





# **IV PREMIO OISS**

“Protección social en Salud”



**Organización Iberoamericana de Seguridad Social**

Secretaría General

Velázquez, 105, 1ª planta

28006 Madrid - ESPAÑA

Correo electrónico: [sec.general@oiss.org](mailto:sec.general@oiss.org)

[www.oiss.org](http://www.oiss.org)

**Edita: Secretaría General de la OISS**

Velázquez, 105, 1.º

Telfs.: 34 - 91 561 17 47 / 34 - 91 561 19 55

Fax: 34 - 91 564 56 33

28006 MADRID (España)

Correo electrónico: [sec.general@oiss.org](mailto:sec.general@oiss.org)

ISBN: 978-84-935939-0-2

Dep. Legal: M. 33.457-2007

Imprime: IDD

**Julio 2007**

## Índice

<b>1. PRESENTACIÓN DEL SECRETARIO GENERAL</b> .....	7
<b>2. CONVOCATORIA</b> .....	11
<b>3. ACTA</b> .....	17
<b>4. TRABAJOS</b> .....	21
<b>4.1. SALUD PARA TODOS. REDES DE SALUD COMUNITARIA PARA MÉXICO</b> .....	23
<b>Autores: Marte F. Trejos Sadoval</b> <b>Ferdinard Recio Solano</b> <b>Nicasio Rodríguez Bustos</b>	
<b>5. ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL</b> .....	157
<b>5.1. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL DE LA OISS</b> .....	159
<b>5.2. LA OISS EN INTERNET</b> .....	166
<b>5.3. PUBLICACIONES DE LA OISS</b> .....	167



# **Presentación del Secretario General**





## Presentación del Secretario General

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social en febrero de 2006, convocó el “IV Premio OISS. Protección social en Salud” y cuya adjudicación se produjo durante la celebración de la Comisión Directiva de la OISS, que tuvo lugar en Buenos Aires (Argentina) del 28 a 30 de marzo de 2007.

El Jurado que concedió los premios estuvo integrado por:

- D. José Soto Tonel. Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos (España).
- D. Rubén Torres. Consultor OPS/OMS. Ex Superintendente de Salud (Argentina).

El fallo del jurado y la resolución de la OISS otorgando los Premios se comunicó inmediatamente a los galardonados.

El ganador del premio recibió una dotación de 5.000\$ USA y el ganador del accesit, 1.000\$ USA y fueron los siguientes:

- **Premio:** *“Salud para todos. Redes de salud comunitaria para México”.*

Autores: Marte F. Trejos Sandoval  
Ferdimard Recio Solano  
Nicasio Rodríguez Bustos

- **Accesit:** *“Estrés socio-laboral en las unidades de atención integral de la Administración Nacional de la Seguridad Social”.*

Autor: Eduardo Mario Bustos Villar

De acuerdo con la normativa específica, la OISS se reservó el derecho de difusión, por los medios que estimara oportuno, del fallo del jurado, de la concesión de los premios, de la entrega de los mismos, así como de su publicación, identificando en todo caso la autoría de los mismos. A estos efectos este libro supone el cumplimiento de lo expresado.

La OISS con la convocatoria de estos premios, cuyos trabajos galardonados ahora se publican, trata de contribuir al análisis, el conocimiento y discusión de experiencias en estas importantes materias, en la línea marcada en la convocatoria periódica de los premios OISS que alcanzan ya su cuarta edición y que se dirigen al tratamiento de las principales cuestiones que en cada momento se plantean en los sistemas de Seguridad Social.

ADOLFO JIMÉNEZ FERNÁNDEZ  
SECRETARIO GENERAL



# Convocatoria



## IV PREMIO OISS.

### “Protección social en Salud”

Ya desde sus orígenes, la “asistencia sanitaria” ha sido uno de los aspectos fundamentales de los seguros sociales primero y de los actuales sistemas de Seguridad Social más tarde.

De este modo, la Seguridad Social se ha transformado, en la mayoría de los países, en el medio a través del cual la atención sanitaria se ha logrado extender a capas importantes de la población, en una tendencia hacia la universalización que es ya una realidad en muchos países.

Sin embargo, en otros muchos y singularmente en el ámbito iberoamericano, esa meta de la universalización es aún una utopía muy lejana a pesar de los esfuerzos desarrollados hasta el momento, lo que implica la existencia de millones de personas que no tienen acceso a la protección sanitaria o la tienen en condiciones muy precarias, a través de servicios más próximos a la beneficencia que a un verdadero derecho social, o asumiendo el elevado coste que supone recibir la atención a través de la iniciativa privada cuando sus circunstancias lo hacen posible.

De este modo, la mejora y la ampliación de la protección social en salud debe considerarse, en Iberoamérica, como un objetivo prioritario para aquellos Estados que no han logrado alcanzar aún cotas satisfactorias de cobertura y como un importante medio para fomentar y potenciar la cohesión social en la región.

Y en tal sentido, el análisis de la situación existente, el conocimiento de experiencias ya aplicadas o el planteamiento de nuevas propuestas, así como la difusión de todas ellas pueden, sin duda, contribuir a un mayor desarrollo de la protección social en salud en el ámbito iberoamericano.

Por tal razón, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en el marco de su función de permanente promoción de la protección social y conforme al acuerdo adoptado por el Comité Permanente reunido en Mérida (México) el 23 de febrero de 2006.

### C O N V O C A

El IV Premio OISS para trabajos de investigación o difusión relacionados con el tema “Protección social en Salud”, de acuerdo con las siguientes bases

### B A S E S

*PRIMERA.*—Podrán concurrir a este premio los trabajos realizados, individualmente o en equipo, por nacionales de cualquiera de los países iberoamericanos, relacionados con el tema objeto de la convocatoria y que se refieran a:

- *Análisis de la problemática y experiencias en mejora de la cobertura de la protección social en salud en Iberoamérica.*
- *Exposición de experiencias concretas llevadas a cabo en este campo.*
- *Formulación de propuestas de implementación de medidas en la materia.*
- *Estudio comparado de la evolución o situación en diferentes países de iberoamérica.*

*SEGUNDA.*—El premio será de CINCO MIL DÓLARES USA (5.000,-\$) y no podrá ser dividido.

La OISS podrá otorgar, además, uno o más accésits de MIL DÓLARES USA (1.000,-\$) en función de la calidad de los trabajos presentados y a propuesta del Jurado constituido al efecto.

*TERCERA.*—El Jurado que concederá el premio estará integrado por personalidades de reconocido prestigio en el ámbito de la Seguridad Social en Iberoamérica, designadas a tal efecto por la Secretaría General de la OISS.

*CUARTA.*—Los trabajos que concurren al premio deberán ser inéditos y tener una extensión no inferior a cien páginas, a tamaño DIN A-4, impreso a doble espacio.

Los trabajos se presentarán en los idiomas español o portugués, remitiendo el original y una copia en soporte papel y en formato electrónico a la sede de la Secretaría General de la OISS, sita en:

C/ Velázquez, 105-1.<sup>a</sup> planta  
28006 Madrid (España)  
Tels.: 91 561 17 47 / 91 561 19 55 Fax: 91 564 56 33  
E-mail: sec.general@oiss.org

O en cualquiera de los Centros de Acción Regional de la organización que se relacionan a continuación:

***Centro de Acción Regional de la OISS en Argentina***

Suipacha, 782, 1º - BUENOS AIRES (Argentina)  
Tels.: (5411) 43 26 04 07 / 43 93 35 26  
Fax: (5411) 43 26 03 78  
E-mail: conosur@oiss.org.ar

***Delegación Regional de la OISS en Bolivia***

Avenida 6 de Agosto, nº 2455  
Edificio Hilda. Piso 5º. Cajón Postal 4318. La Paz (Bolivia)  
Tel.: (5912) 244 38 83 Fax: (5912) 244 37 35  
E-mail: delegación@oiss.org.bo

***Centro Regional de la OISS para Colombia y el Área Andina***

Carrera 6, nº 34-51 - Bogotá (Colombia)  
Tel.: (571) 245 41 02 Fax: (571) 340 22 38  
E-mail: oiss@etb.net.co

***Centro Subregional de la OISS para Centroamérica y Caribe***

Zapote, detrás del antiguo Itán, del “Parque Los Mangos”,  
100 mts. Sur, casa esquinera blanca con rejas celestes  
Tel: (506) 283 93 18-20 Fax: (506) 280 70 68  
E-mail: info@oiss-cr.org

***Delegación Nacional de la OISS en Chile***

Agustinas, 1022 – Oficina 728 - SANTIAGO (Chile)  
Tel.: (562) 696 63 39 Fax: (562) 671 37 68  
E-mail: oisschile@123.cl

*QUINTA.*—Los trabajos presentados serán firmados con seudónimo, sin que pueda figurar en ellos el nombre del autor o autores del mismo ni cualquier otro dato al respecto. No se admitirán a concurso los trabajos remitidos mediante correo electrónico que no garanticen la confidencialidad respecto a la autoría de los mismos.

Junto con el trabajo se presentará un sobre cerrado, identificado con el seudónimo utilizado, en cuyo interior se detallarán los siguientes datos del autor o autores del mismo:

- Nombre y apellidos.
- Nacionalidad.
- Número de pasaporte.
- Domicilio: calle, número, piso, ciudad, código postal, país.
- Teléfono de contacto, fax y dirección de correo electrónico (e-mail).
- Firma.

En el caso de que los autores del trabajo presentado sean varios, deberán designar en ese mismo documento cuál de ellos actuará como representante del equipo a todos los efectos.

*SEXTA.*—Los trabajos que opten al premio deberán haberse recibido en alguna de las sedes consignadas con anterioridad, antes del 31 de octubre de 2006.

El fallo del jurado y la resolución de la OISS otorgando el premio se emitirán antes del 31 de enero de 2007 y se comunicarán inmediatamente a los galardonados. El fallo será inapelable.

La entrega del premio se realizará en el marco de la Comisión Directiva de la OISS que tendrá lugar en el primer semestre de 2007 en Buenos Aires (Argentina). A tal efecto la OISS correrá con los gastos de viaje y estancia del autor del trabajo premiado (o representante del equipo en su caso) para la recogida del mismo. a

*SÉPTIMA.*—La OISS se reserva el derecho de difundir, por los medios que estime oportunos, el fallo del Jurado, la concesión del premio y los accésits en su caso, y su entrega. Igualmente la OISS se reserva el derecho de publicar o difundir por cualquier medio los trabajos premiados y los que hayan recibido accésits, citando en todo caso la autoría de los mismos. Los trabajos presentados a esta convocatoria que no hayan sido premiados podrán ser consultados por las instituciones miembros de la Organización, si bien no podrán ser publicados total o parcialmente sin la previa autorización de sus autores.

*OCTAVA.*—No podrán concurrir a esta convocatoria las personas que presten servicios en cualquiera de los Centros de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, ostenten cargos representativos en dicha Organización o formen parte del Jurado designado al efecto.

*NOVENA.*—El hecho de participar en esta convocatoria supone la plena aceptación de las presentes bases en todos sus términos.

Abril 2006





**Acta**



## Acta de otorgamiento del "IV Premio OISS. Protección social en Salud"

PRIMERO. El Comité Permanente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en reunión celebrada en Mérida (México) el 25 de febrero de 2006, acordó convocar el IV Premio ISS sobre "*Protección social en Salud*".

SEGUNDO. Conforme a dicho acuerdo, la Secretaría General de la OISS procedió, en abril de 2006, a publicar la convocatoria del IV Premio OISS "*Protección social en Salud*".

La dotación del premio se estableció en 5.000\$ USA y la fecha de entrega de los trabajos que optaran al mismo hasta el 31 de octubre de 2006. Como Anexo I figura copia de esta convocatoria.

TERCERO. De acuerdo con dicha convocatoria, la Secretaría General designó el jurado internacional de dichos premios, formado por personas de reconocido prestigio en el ámbito de la Seguridad Social. El jurado quedó formado por las siguientes personas:

- D. José Soto Bonel. Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos (España).
- D. Rubén Torres. Consultor OPS/OMS. Ex Superintendente de Salud (Argentina).

CUARTO. El jurado, en uso de sus atribuciones, ha tenido por presentados en forma a los "Premios OISS", por reunir los requisitos establecidos en la convocatoria, los trabajos relacionados con el Anexo II con exposición de su título y seudónimo con el que han concurrido a los Premios.

QUINTO. En su evaluación el jurado destaca la calidad de la mayor parte de los trabajos presentados.

SEXTO. Tras la evaluación realizada sobre los siguientes aspectos de cada uno de los trabajos: cumplimiento de los requisitos de la convocatoria; adecuación al objetivo del premio; planteamiento del tema; desarrollo del tema; y conclusiones. El jurado ha acordado otorgar el IV Premio OISS al trabajo siguiente:

- **Título del trabajo premiado:**

*"Salud para todos. Redes de salud comunitaria para México."*

Seudónimo:

*"Todos unidos por la salud."*

Igualmente y dada la calidad del trabajo, ha acordado otorgar un accésit al trabajo siguiente:

- **Título del trabajo:**

*"Estrés socio-laboral en las unidades de atención integral de la Administración Nacional de la Seguridad Social."*

Seudónimo:

*"Chalten."*

SÉPTIMO. Abiertas las plicas correspondientes a cada uno de los trabajos premiados, han resultado ser sus autores las siguientes personas:

**Trabajo:** *“Salud para todos. Redes de salud comunitaria para México”*

**Seudónimo:** “Todos unidos por la salud”

**Autores:** Marte F. Trejos Sandoval  
Ferdinard Recio Solano  
Nicasio Rodríguez Bustos

**Trabajo:** *“Estrés socio-laboral en las unidades de atención integral de la Administración Nacional de la Seguridad Social”*

**Seudónimo:** “Chalten”

**Autor:** Eduardo Mario Bustos Villar

OCTAVO. Por la Secretaría General de la OISS se procede a comunicar a los autores de los trabajos premiados el otorgamiento de los premios, así como a citarlos para su entrega durante los actos del de la Comisión Directiva de la OISS que tendrá lugar en Buenos Aires (Argentina) del 28 al 31 de marzo de 2007.

Madrid marzo de 2004

El Secretario General

ADOLFO JIMÉNEZ FERNÁNDEZ

# Trabajos



# **Salud para todos**

## **Redes de salud comunitaria para México**

**Marte F. Trejos Sadoval  
Ferdimard Recio Solano  
Nicasio Rodríguez Bustos**





## Índice de la investigación premiada

<b>Introducción</b> .....	29
<b>El pasado</b>	
1. Antecedentes .....	33
1.1. La protección a la salud en América antigua .....	33
1.2. La colonia y la destrucción del modelo prehispánico .....	36
1.3. Nacimiento de la Seguridad Social en Europa .....	37
1.4. Los dos enfoques .....	38
1.4.1. Bismark .....	38
1.4.2. Beveridge .....	39
1.5. El modelo mixto .....	40
1.5.1. Perspectivas actuales .....	40
<b>El presente</b>	
2. Protección social en Salud en el México moderno .....	45
2.1. El nacimiento de la Protección social en Salud .....	45
2.2. Se desborda el modelo .....	48
2.2.1. Demografía .....	49
2.2.2. Epidemiología .....	50
2.2.3. Oferta y demanda .....	50
2.2.4. Financieros .....	53
2.3. Planeación estratégica de la salud en México .....	55
2.4. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). .....	61
2.5. Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado .....	64
3. El problema de la reforma .....	67
3.1. Un pacto de salud para todos los mexicanos que incluya entre otros los siguientes elementos. ....	68
3.2. La reforma en el IMSS hacia la privatización de los servicios .....	69
3.3. La reforma en el ISSSTE .....	69
<b>El futuro</b>	
4. Hacia un nuevo modelo gerencial de salud comunitario .....	77
4.1. Cobertura actual, seguro popular y los objetivos del milenio .....	77

4.2. Redes de Salud Comunitaria .....	86
4.3. Sistema de Redes Comunitarias de Salud (SIRECOS) .....	88
4.3.1. Fundamentos del modelo comunitario .....	90
4.3.2. Áreas de oportunidad .....	90
4.3.3. ¿Hacia dónde vamos? .....	91
4.3.4. Características (SIRECOS) .....	92
4.3.5. Integración de los Servicios Médicos .....	93
4.3.6. Objetivos de la Gestión Gerencial Comunitaria por Contrato .....	96
4.3.7. Contenido de los Acuerdos de Gestión de Redes Comunitarias .....	96
4.3.7.1. Contenido de los Acuerdos de Redes Comunitarias .....	97
4.3.8. Beneficios separados .....	97
5. Gestión de Redes de los Servicios de Salud .....	99
5.1. Módulo asistencial .....	99
5.1.1. Reorientación del Sistema de Salud hacia la demanda de las comunidades .....	99
5.1.2. Atención a los objetivos vitales del Sistema de Salud .....	100
5.1.3. Los adultos mayores en México .....	101
5.1.4. Reorientación hacia el Módulo de Redes de Salud .....	102
5.1.5. Desarrollo del programa de Medicina natural, tradicional, y alternativa .....	103
5.1.6. Adecuar dos polos de atención .....	103
5.1.7. Medicina preventiva y medicina familiar .....	104
5.1.8. Capacitación y desarrollo humano en enfermería comunitaria .....	106
5.2. Módulo financiero .....	106
5.2.1. Cambio del modelo actual a futuro de gerencia hospitalaria .....	107
5.2.2. Reingeniería de Procesos de Gestión y Abasto .....	109
5.2.3. Proceso de asignación en base a la demanda .....	110
5.2.4. Separación del financiamiento y la provisión .....	112
5.2.5. Desarrollo de la red informática .....	114
5.2.6. Estructura del tablero de control de gerencia hospitalaria .....	115
5.2.7. Tablero de control para el abasto de medicamentos .....	119
5.2.8. Capacitación continua en gerencia hospitalaria .....	119
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>123</b>
<b>7. Anexos y Gráficos .....</b>	<b>127</b>
Indicadores de gestión hospitalaria .....	129
Evolución de los principales indicadores del tablero de control de gestión hospitalaria diciembre del 2003 .....	131
Tablero de control presupuesto por hospital .....	132
Tablero de medicamentos .....	133
Matriz de políticas, para la reforma en el área médica del ISSSTE .....	134
Indicadores demográficos en países seleccionados .....	138
Infraestructura en salud .....	140
Principales indicadores de la Seguridad Social .....	142
Nivel de gasto federal y principales programas para la superación de la pobreza .....	143

Principales indicadores de la evolución de la salud y de la calidad de los servicios . . . . .	144
Evolución de las principales causas de muerte por grandes grupos de edad . . . . .	145
Gasto programable del IMSS por ramo de aseguramiento . . . . .	146
Gasto programable del ISSSTE por ramo de seguro . . . . .	146
Principales indicadores del sistema de Protección Social en Salud . . . . .	147
Principales indicadores sociodemográficos de la población indígena . . . . .	148
Principales indicadores de la evolución de la salud y de la calidad de los servicios . . . . .	149
Restos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 . . . . .	151
Asignación desigual de recursos públicos según condición de aseguramiento. Gasto público para asegurados y no asegurados, 2002 . . . . .	151
Desigualdad geográfica en la asignación de recursos públicos. Recursos Federales (FASSA*) destinados al gasto en Salud de la población no asegurada, 2002 . . . . .	151
Bajo nivel de inversión en Salud. Gasto en Salud como porcentaje del PIB, 2002 . . . . .	152
Desequilibrio en el destino del gasto. Composición del gasto público para población no asegurada, 1995-2002 . . . . .	152
Presencia del Seguro Popular de Salud en las entidades federativas durante la fase inicial: 2001-2003 . . . . .	153
Modelo financiero-operativo del Sistema de Protección Social en Salud . . . . .	153
<b>8. Bibliografía</b> . . . . .	155

## Índice de cuadros estadísticos y gráficas

C-1.	Población indígena con base en datos censales . . . . .	37
C-2.	Pirámide modelo actual de Atención de la Salud . . . . .	41
C-3.	Estructura por edad y sexo de la población 2005 . . . . .	50
C-4.	Primeras causas de mortalidad . . . . .	51
C-5.	Población derechohabiente del IMSS y del ISSSTE . . . . .	51
C-6.	Porcentaje de población derechohabiente . . . . .	52
C-7.	Pirámide de edades . . . . .	53
C-8.	Principales indicadores de la Seguridad Social . . . . .	54
C-9.	Propuestas de reforma del Sistema de Salud . . . . .	58
C-10.	Propuestas de reformas del Sistema de Salud . . . . .	58
C-11.	Tendencia del fondo médico ISSSTE . . . . .	70
C-12.	Ingresos y egresos del fondo médico . . . . .	71
C-13.	Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación . . . . .	78
C-14.	Nivel de gasto federal y principales programas para la superación de la pobreza . . . . .	79
C-15.	Gastos en salud . . . . .	80
C-16.	Salud en países seleccionados por nivel de desarrollo . . . . .	81
C-17.	Indicadores de mortalidad femenina por entidad federativa . . . . .	82-83
C-18.	Familias afiliadas y recursos ejercidos en el seguro popular de la salud . . . . .	84
	Modelo de Salud Comunitaria . . . . .	89
	Características del SIRECOS . . . . .	92
	Integración de una red del Sistema Gerencial Comunitario de Salud (SIRECOS) . . . . .	93
	Los Consejos Comunitarios “Todos juntos apoyando a la Salud” . . . . .	94
	Coordinación regional del SIRECOS . . . . .	95
	Dispersión de los médicos-pacientes por delegación . . . . .	107
	Medicamentos y material de curación . . . . .	109
	Evaluación de los principales indicadores del tablero de control de gestión hospitalaria de los hospitales regionales . . . . .	110
	Evolución de indicadores de satisfacción al derechohabiente por surtimiento completo de recetas. . . . .	111
	Control del índice conjuntado por delegación . . . . .	112
	Sistema informático y red de servicios . . . . .	115
	Ejemplo de indicadores en el tablero de control de gerencia hospitalaria . . . . .	116
	Distribución de las observaciones . . . . .	116
	Distribución del presupuesto . . . . .	117
	Calificación frecuentación-eficiencia . . . . .	118
	Clave del medicamento, existencia inicial, entradas, salidas, existencia final. Resultado en el índice abasto . . . . .	120

## Introducción

Ante la problemática actual que representan los sistemas de salud en Iberoamérica y México, se conjugan una serie de factores demográficos, epidemiológicos y financieros, pero muy en especial de cobertura, segmentación y fragmentación de los servicios, que impiden la adopción de políticas públicas eficaces. Surge la necesidad de plantearnos visiones de largo plazo hacia un nuevo paradigma acorde a nuestros tiempos, con una imagen objetivo de cobertura total, evitando así las situaciones coyunturales, que continúan siendo el eje de nuestros sistemas de Seguridad Social.

Para afrontar estos retos, hemos decidido partir de una visión objetivo desde la misma esencia de nuestras comunidades. Porque en Iberoamérica y México desde tiempos ancestrales se observa ya un sistema de Seguridad Social, adecuado a las características de lo que fuera su gran civilización prehispánica, basada en un enfoque comunitario, con el bienestar de la comunidad por encima del individuo.

No obstante, con la llegada de los modelos europeos, este sistema autóctono fue desechado, dejando en la miseria a millones de comunitarios, en especial de las zonas rurales, a quienes se les dio el nombre de Indios. A pesar de los siglos, los remanentes de este antiguo método persisten. Ante la imposibilidad de los gobiernos de atender tantos pacientes, en especial por el costo que representan, aún existen terapeutas, y los llamados médicos tradicionales que proporcionan curas en ocasiones gratuitas para sus comunidades.

Por ello, en esta propuesta partimos desde nuestra larga historia, presentando en forma sucinta lo que fuera nuestra salud comunitaria, la irrupción de los modelos europeos asistenciales y privados, así como el surgimiento de la Seguridad Social en el México moderno y los organismos creados para este fin en el siglo xx.

No cabe duda que nuestro México ha mostrado grandes avances hacia el siglo xxi, pero tampoco que nuestros enormes rezagos incitan a la imaginación y la creación de nuevas y viejas alternativas, citaríamos por último aquellas palabras de Louis Pauwels “Nada es Nuevo salvo lo que se ha olvidado”.

Es necesario señalar que los modelos Bismark y Beveridge nacieron en Europa, se han tropicalizado en buena parte de sus propuestas en los países Iberoamericanos, pero se basan en comunidades ajenas a nuestra idiosincrasia y por tanto tienden a fracasar, cuando se obvia que la medicina comunitaria debe de respetar las características de cada lugar.

Al pensar en una reforma e incluso en una refundación Social en materia de Salud, que asegure amplia cobertura, un mejor control sobre el gasto, economías a escala pero muy en especial equidad, calidad y mayor eficiencia en los niveles de atención, debemos organizar todos los subsistemas y sus fuentes de financiamiento, teniendo como objetivo la cobertura, para que a partir de un Pacto de Salud para todos los Mexicanos, surja el enfoque integral en la Salud en la Comunidad, tanto física como del medio ambiente.

Esto nos lleva en un futuro a pensar en la medicina de prevención, como medicina comunitaria, redes apoyadas por la enfermería comunitaria y la Gerencia Hospitalaria, tal como se concibe en los modernos sistemas, pero basada en los remanentes de nuestra esencia histórica.

Sea pues este pequeño documento, una aportación que nos permita atisbar en el umbral del futuro, mirando desde un pasado casi olvidado y rehaciendo nuestro presente.



**El pasado**





# 1. Antecedentes

## 1.1. *La protección a la salud en América antigua*

La Protección a la salud en lo que hoy llamamos América, lleva un proceso tan largo como su existencia, al parecer, desde muy temprano en la historia de las comunidades americanas el bienestar físico y del espíritu constituían una prioridad para la población.

Estudios antropológicos de esos antiguos centros de población han revelado el papel preponderante de la salud, incluso se han descubierto restos de posibles policlínicas, consultorios, tratamientos con acupuntura y estatuillas mostrando cirugías complejas. En Teotihuacan, por ejemplo, el llamado Tlalocan, parece que era en realidad un centro de especialidades, donde los antiguos médicos teotihuacanos atendían los diversos padecimientos de la población.

Los mayas dejaron variadas representaciones de tratamientos para sus enfermedades, en algunas vasijas vemos el uso común de colonicos, que se practicaban incluso como una demostración de cultura y elevada posición social. Asimismo utilizaban puntas “puts”, realizadas con espinas de maguey, henequén y pescado, para sangrar y restablecer el flujo de energía en los miembros afectados.

El eminente neurocirujano Martínez Duhalt, nos mostró en cierta ocasión una serie de figuras de posibles médicos mayas practicando una cirugía de cabeza, 5 de estos alrededor de un paciente, según nos explicó de acuerdo a sus elevados conocimientos. Asimismo se conservan estatuillas de madres en el momento de la concepción y guardaban un especial lugar para aquellas que morían durante el parto a las que llamaban Cihuateteotl (mujeres “diosas”).

Monte Alban de los zapotecos bien pudo ser uno de estos centros de curación, al menos así lo demuestran diversas estelas donde pueden verse a personajes con los órganos internos expuestos, embarazos y malformaciones, una mala interpretación llevó a los primeros investigadores a concluir se trataba de sacrificios humanos. Hoy se dice que Macchu Picchu bien pudo ser un retiro, utilizado para la curación y la espiritualidad como Monte Alban.

Según las investigaciones más actuales, esta compleja medicina se convertiría con el tiempo en una especie de modelo de Seguridad Social Iberoamericano, basado en el interés de la comunidad por mantener sanos a sus pobladores, en especial a sus representantes ante otras comunidades. Siendo ellos mismos quienes definían la cobertura de sus beneficiarios, al parecer todos, ¿y quiénes eran todos?

Podríamos desmembrar la estructura de los beneficiarios en estas antiguas ciudades de la forma siguiente:

- Un consejo de ancianos se reunía para discutir y definir el presente y futuro de la comunidad. Formado por los hombres y mujeres de mayor edad (más de 52 años), estos ancianos sabios eran muy venerados, llevaban nombres como Ahau Kan, “el Señor de la sabiduría, Tolteca formador de hombres”, “la curandera Tlazolteotl”, “Ix nuk la anciana consejera y sabia”. Al morir se constituían a la vez en los ancestros, personajes superiores que jugaban un papel determinante en las decisiones de los gobernantes.

Los ancestros se invocaban mediante ceremonias mágicas guiadas por especialistas, para ello realizaban ofrendas, quemaban inciensos y auto sacrificios con los puts, utilizando las llamadas plantas de poder para alcanzar las visiones, en rituales que todavía se practican en nuestras comunidades alejadas.

Al deceso del gobernante en turno, el consejo de ancianos decidía quien sería el próximo, en muchas ocasiones conservando el linaje familiar del anterior o legándolo a una nueva familia, si las condiciones de su oráculo así lo demostraban. Este gobernante entre los aztecas se llamaba Tlahtoani, que quiere decir “el que lleva la voz del consejo”.

Cuando murió Moctezuma, por ejemplo, el consejo decidió nombrar a Cuihtlahuac y a la muerte de éste a Cuahutemoc, quienes no eran familiares entre sí. Los mayas le llamaban a su gobernante “Halach Uinic el gran hombre”, los Aymaras “Viracocha”, los incas lo nombraban “El Inca” y los Zapotecos “El Cosijo”.

Junto al gobernante se encontraba siempre la mujer, objeto de veneración especial, a quien se dedicaba una buena cantidad de la información cósmica, como se muestra en los códices antiguos, El llamado Códice Dresde de los mayas conserva una buena cantidad de sus costumbres como la continuadora de la especie, desde que es niña, la concepción, la madre, hasta su ancianidad. De hecho, su cosmogonía no contemplaba un dios masculino, porque este se formaba por “la dualidad masculino-femenino, Ometeotl”, las dos esencias, se llamaba entre los aztecas.

Del lado femenino surgieron las bases de la medicina comunitaria, porque era la mujer como administradora quien se encargaba de las redes médicas. Siendo ellas las mejores curanderas, quienes se dedicaban al servicio de la comunidad, especialmente al cumplir 52 años. Se les llamaba Tlazolteotl, eran yerbateras, parteras, sobadoras, hueseras y otras especialidades que todavía hoy se practican.

El mismo calendario se basaba en las actividades de la mujer, ya que se constituyó dándole un lugar muy elevado, por eso se movía en el numeral 13, como lunaciones y menstruaciones tienen en promedio una mujer durante el año. La concepción se ligaba a los 260 días, que constituyó otro de los numerales más sorprendentes, porque relacionaba los movimientos del sol, la luna, los planetas y las estrellas. Lo que nos habla de la exactitud que buscaban para asegurar el nacimiento de los futuros comunitarios.

El modelo de gobierno entre los aztecas tenía un consejo de ancianos y dos personajes principales, el Tlahtoani, que llevaba la voz del consejo y la Cihuacoatl que administraba el territorio. Ya en la práctica de gobierno no necesariamente se trataba de una mujer, más bien se convirtió en una especie de ministerio de Hacienda, que manejaba los ingresos y cargos de la confederación. La mujer del Tlahtoani administraba las redes de curanderos.

Los llamados sacerdotes, en realidad tenían una serie de cargos en esa estructura gubernamental, los había para realizar y cuidar la lluvia, Tlaloc Tlamacazque, los médicos y curanderos Quetzalcoatl, las mujeres Tlazolteotl, los maestros Temashtiani y también “El Tolteca”. Todos con un rango muy reconocido que les daba el velar por la Seguridad Social de la comunidad.

Todos en su juventud y hasta cierta edad debían prestar el servicio militar y ser guerreros, para eso eran educados en los Calmecac, equivalentes a nuestras universidades actuales, donde estudiaban las distintas expresiones de la naturaleza para convertirlos en especialistas hacia una sola ciencia, de la cual derivaría cada uno su propio camino, de acuerdo a los designios del mismo calendario. Un gran guerrero sería aquel que las comprendiera todas y las practicara además.

Viejas historias cuentan que los niños eran escogidos para su futuro en una ceremonia muy especial que se practicaba al cumplir 13 años. El historiador Chavero cuenta que se llamaba Pal Em Ke entre los Mayas. En tanto el Doctor, Felipe Fernández dice que tomaban una pócima, quizás realizada en base a hongos alucinógenos, debiendo cumplir ciertas pruebas, siendo la de mayor puntaje atravesar un laberinto llamado Satunsa.

Acorde a estos puntajes eran escogidos los miembros del Calmecac y sus futuros gobernantes. Pakal, por ejemplo, debió atravesar el laberinto y al emerger fue proclamado Halach Huinic de Palenque, cual era su destino marcado en el calendario. Quienes no pasaban la prueba serían desechados, sin oportunidad alguna de volverla a realizar, trabajarían en actividades menos relevantes.

Otros personajes muy solicitados fueron los orfebres, los lapidarios, los escritores y pintores, Tlacuilo, quienes dejaron sus huellas en las imponentes construcciones que aún resisten el paso del tiempo. En Teotihuacan realizaban grandes concursos entre barrios, Calpullis, para adornar la ciudad, toda estaba tapizada de pintura y esculturas, lo que hoy vemos es sólo la calavera. No debemos dejar de mencionar a los productores y los comerciantes, Pochtecas, que viajaban por todo el territorio y más

allá llevando y trayendo un sin fin de mercaderías. En las momias egipcias se han detectado residuos de la hoja de la Coca, que sólo se produce en Sudamérica.

Comúnmente se cree que en este modelo el de más bajo rango era el campesino, un poco extralolando las costumbres actuales, en su mayoría heredadas a los europeos. Pero no debemos olvidar que las plantas eran de gran estima, el cacao se utilizaba como moneda. Se realizaban grandes ceremonias para sembrar y cosechar el maíz, base de toda nuestra alimentación, el tabaco se consideraba de alto rango, además de la gran variedad de hierbas y plantas medicinales que tenían etiqueta de sagradas.

El famoso rey poeta Netzahualcoyotl, cultivaba distintas especies de plantas y maíz, asimismo era un connotado floricultor y estudió a detalle los secretos de la hidráulica, tal como puede corroborarse en los llamados “baños de Nerzahualcoyotl”. Podemos afirmar entonces que este antiguo modelo de Seguridad Social se basaba en un enfoque comunitario, con el bienestar de la comunidad por encima del individuo, muy distinto al actual donde el individuo desea estar por encima de la comunidad.

Tal vez este sea el principio de muchos de los llamados sacrificios humanos, ya que los sacrificados jugaban las reglas de las comunidades para servir como ofrendas mágicas a la naturaleza. Hoy se cree que era un orgullo morir por la comunidad, así lo demuestran leyendas como las de Quetzalcoatl quien se lanza al fuego para crear al sol, el orgullo que mostraban los jugadores de pelota por alcanzar esa distinción y las famosas guerras floridas de los aztecas.

No obstante, es fácil percibir que el sistema se fue degradando con el tiempo. En la América antigua de los teotihuacanos parece que este momento se dio con el posicionamiento de los comerciantes, quienes pudieron amasar fortunas y un poder superior al de los propios gobernantes, como aquellos banqueros venecianos.

Si pudiéramos comparar la protección a la salud con los modelos actuales, nos parecería el modelo de salud prehispánico cercano a los conceptos de *Bebverige*, ya que se constituía en un servicio para toda la población, para quienes se construían los centros sanitarios y a quienes se les proporcionaba además consulta, servicios directos en casa y mediante grandes curaciones colectivas.

El pago se daba a través del trabajo y los impuestos, en muchas comunidades aún hoy se practica “el Tequio”, donde todos cooperan para construir el camino, la plaza, la iglesia y la red hidráulica. En aquella época participaron en las construcciones públicas que nos continúan maravillando.

Huelga decir que los impuestos eran muy onerosos, en el Códice Borbónico se muestra una gran cantidad de los productos que debían colectarse entre los confederados para mantener el modelo, se distribuían después entre los servidores, aunque muchos de ellos recibían regalos y ofrendas de la población. Esto desembocó en la inconformidad final y el apoyo a los invasores por parte de algunos pueblos que se resistían a pagar, considerándolo humillante y a quienes Cortéz hizo la promesa de liberarlos del pago.

También es necesario notar como gran parte del modelo se basaba en la medicina preventiva. Existía por ejemplo un enorme apego por la limpieza y el baño, son famosos los temascales públicos y privados, los centros comunitarios de limpieza, como en la Roma imperial, así como la gran dedicación a los corredores hidráulicos y los desagües. Las ciudades eran muy limpias, tal como narra Bernal Díaz del Castillo.

Las Tlazolteotl se encargaban de extender la medicina preventiva, ellas preparaban diversas infusiones medicinales a base de hierbas y plantas que hoy se utilizan en la moderna farmacopea, para prevenir enfermedades. Se han encontrado pocos vestigios de posibles plagas epidémicas como las que azotaron a la Europa Medieval. Los conquistadores trajeron consigo estas pestes, que fueron en realidad las causantes de la caída de Tenochtitlan, asolados por una epidemia de viruela negra, que no conocían y por tanto tampoco sabían de su cura.

Los Quetzalcoatl podrían ser equivalentes al moderno médico cirujano, ya que utilizaban diversos métodos para curación, tales como medicamentos a través de hierbas y plantas, acupuntura con los puts de maguey, extracción de muelas, masajes, temascales, incluso cirugías de mayor monta, algunas registradas como “sacrificios humanos”.

La incompreensión de los nuevos conquistadores los llevó a declarar la guerra a esta medicina y nombrar a este modelo de salud como “brujería”. Los antiguos médicos fueron perseguidos sin piedad

y llevados a la inquisición, se les dio el nombre de brujos, como hasta hoy se les conoce. Toda la población quedó desprotegida y por tanto en menos de dos siglos habían muerto más de las dos terceras partes de los habitantes de la nueva América, además de la esclavitud y del exterminio calculado por los nuevos dueños de la tierra.

Algunos colonos se apegaron y estudiaron la antigua curandería, uno de los casos notables fue Cabeza de Vaca, quien se convirtiera en chaman. Otros viajeros escribieron curiosos libros acerca de las plantas medicinales y desde luego ciertos frailes, quienes a pesar de sus limitaciones para entender, dedicaron buena parte de su vida al estudio de las plantas y las curas naturales.

Con el tiempo se perdieron las esencias del modelo primigenio en América, dejando a la superchería y la ignorancia las otrora elevadas prácticas curativas al imponer las nuevas características de salud, ajenas a la idiosincrasia de estos pueblos. Estos estilos se basaban en fomentar la medicina privada, reservada para los nobles, ya muy apegada al concepto científico que se desarrollaba en Europa.

### *1.2. La colonia y la destrucción del modelo prehispanico*

Durante la Colonia surge un nuevo tipo de curación, apoyada en los grandes descubrimientos anatómicos y el nacimiento de la medicina moderna. Es el origen de las prestigiosas escuelas de medicina, entre las que sobresale la Real y Pontificia Universidad de la Nueva España, germen de la Universidad de México, semillero de grandes pensadores que adornarán nuestra ciencia y cultura en todas las épocas posteriores.

Pero esta medicina sólo abarcó a las esferas elevadas de la población, salvo cuando los médicos resultaban filántropos, las comunidades continuaron escondiendo sus costumbres y a sus antiguos médicos, ahora brujos, quienes fueron heredando sus conocimientos de padres a hijos y de maestros a sus alumnos, por fuera de la ciencia oficial. Gracias a esta costumbre, también comunitaria, muchos pueblos alejados de la Seguridad Social, pueden todavía tener vínculos con curanderos locales y regionales, en ausencia de la medicina moderna.

En muchas ocasiones estos curanderos llegaron a ser verdaderos protectores de la comunidad, siendo incluso muy combatidos por la medicina oficial. Podemos mencionar al Marakame huichol, el H´men maya, la Tlazolteotl náhuatl, entre otros. El H´men por ejemplo, es un personaje que además de practicar la medicina y la yerbatería, también realiza ceremonias para la lluvia y ofrendas sagradas para diversas actividades personales y colectivas, que lo convierten en un sacerdote alternativo, no muy bien visto por la iglesia católica, pero en quien los comunitarios tienen más fe.

El H´men como en aquellos tiempos, no cobra por sus servicios, por el contrario, en muchas ocasiones da casa y comida al paciente, que ha viajado muchos kilómetros para consultarlo y que por obviedad no tiene dinero o derecho para la consulta en un centro de salud. El H´men le proporciona medicamentos realizados a base de yerbas, por eso se dice yerbatero, también le realiza rituales con cantos y plantas sagradas para mejorar su parte energética, llamada Wol entre los mayas.

En este concepto de enfermedad el H´men cree que estamos constituidos por tres partes, el Wol que es nuestra envoltura energética, el Pisan equivalente a lo que llamamos alma y el cuerpo físico de nombre Lum. La prevención se realiza en el Wol, ya que cuando se convierte en melancolía, Choz nak, nosotros le decimos depresión, infiere en el Pixan y después se manifiesta en el Lum ya como una enfermedad, a veces incurable, es este un antiguo y muy moderno enfoque de la enfermedad.

Por otro lado, la medicina moderna continuó con su proceso de desarrollo creando hospitales, consultorios privados y dispensarios para atender a la población marginada, basados en los sistemas asistenciales religiosos de Europa como CARITAS. Al amanecer del siglo xx, aún se conservaba esta dualidad en la medicina, pero cada día se marginaban mas las comunidades llamadas indígenas, alejando a sus pobladores de los centros de salud. Juan Rulfo retrata de manera dramática este proceso en su Magistral "El Llano en llamas" ¿No Oyes Ladrar a los Perros?, cuando el padre carga a su hijo por kilómetros buscando un doctor y por fin llega al pueblo, pero el niño ya ha muerto.

Perseguidos, nos solo por la colonia, sino además por el desprecio de los médicos científicos, los antiguos protectores de la comunidad tienden a desaparecer, ya que comenzaron a emigrar a los centros de población, donde se sub-ocuparon, desaprovechando el gran potencial que estos agentes podrían tener en un sistema integral de salud.

En la actualidad, las comunidades indígenas marginadas del desarrollo del país, cuentan con una población mayor a 7,2 millones de habitantes.

**Cuadro 1. Población indígena con base en datos censales**

Año	Población hablante de lengua indígena <sup>(2)</sup> (miles)			Población indígena registrada por el INEGI <sup>(3)</sup> (miles)	Población indígena que habla español (%)	Población indígena que no habla español (%)	Municipios con 70 % y más de hablantes de lengua indígena	Localidades con 70 % y más de hablantes de lengua indígena
	Total	Hombres	Mujeres					
1980	5.181,0	2.685,3	2.495,7	n.d.	75,9	24,1	n.d.	n.d.
1990	5.282,3	2.629,3	2.653,0	6.412,0	83,5	16,5	383	13.179
1995	5.483,6	2.744,1	2.739,5	6.715,6	85,2	14,8	337	13.303
2000	6.044,5	2.989,9	3.058,7	7.278,0	83,1	16,9	346	14.906

<sup>(1)</sup> Los datos de 2005 se obtendrán una vez que estén disponibles los resultados del conteo de población 2005, lo cual se estima que sean hasta los primeros meses de 2006. Datos revisados y actualizados por la dependencia responsable.

<sup>(2)</sup> Se considera a la población de 5 años y más que habla lengua indígena.

<sup>(3)</sup> Incluye a la población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena y a los menores de 4 años que residen en hogares donde el jefe o cónyuge hablan alguna lengua indígena.

n.d.: No disponible.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática.

Al finalizar el siglo xx, en México a pesar de los grandes esfuerzos de sus gobiernos, aun persistía una gran división de instancias asistenciales y la falta de cobertura. Esto ha generado que una buena parte de la población, (casi la mitad) no tenga acceso a la medicina social y menos a la privada, de estos mas de 7 millones son indígenas distribuidos en unas 15.000 comunidades, según el último censo. Aparte de este sector, otros 20 millones, se incluye en la medicina de extensión gubernamental de la Secretaría de Salud, que a últimos años impulsa el modelo del Seguro Popular, unos 40 millones pertenecen a la Seguridad Social y los demás, 10% de la población, tienen dinero suficiente para acceder a la medicina privada y las aseguradoras.

### 1.3. Nacimiento de la Seguridad Social en Europa

En tanto América antigua desarrollaba su sistema comunitario de Seguridad Social, si aceptamos llamarle así, en Europa se daban diversas agrupaciones de protección, generalmente para objetivos específicos, como los Hospitalarios que cuidaban y protegían a los peregrinos, las hermandades de caridad y otras surgidas de las terribles pestes que casi exterminaron a la población. Aparecieron entonces las medidas de ayuda mutua, los gremios y las cofradías que solían recolectar aportaciones de sus miembros, incluso para proporcionar ayuda a los desvalidos y casi siempre promovidos por la Iglesia Católica.

Al término de la Edad Media, los comerciantes se reunían en aquellas famosas ferias de Burgos, de donde surgieron las ciudades y de donde proviene el nombre burgués, en tanto los banqueros italianos abrían nuevas líneas de financiamiento al comercio, que terminarían por arruinar a los señores feudales, para dar nacimiento a una nueva clase económica. La búsqueda de tesoros para sus países y de ampliar estas rutas de comercio, llevó a los europeos a la época de los “descubrimientos” y la colonización de las nuevas tierras.

En Inglaterra, la Revolución Industrial marcaría el rumbo de una nueva época, concluyó así el período del mercantilismo e inicia el tiempo de la acumulación del capital a través del trabajo de los proletarios, quienes son expulsados de los campos (liberación de los siervos) y deberán vender su mano de obra para la producción de mercancías, en tanto más barata fuera y con menos prestaciones, mayor la ganancia para los nuevos capitalistas. Termina también la etapa de los descubrimientos y comienza la colonización.

La obra del economista inglés Adam Smith, "La Riqueza de las Naciones", continúa hoy siendo una inspiración para los modelos empresariales neoliberales, en especial de los llamados países desarrollados que hoy tratan de imponer en su proyecto de globalización económica. En la Riqueza de las Naciones ya se plantean varias de las tesis determinantes que hoy impulsan este enfoque para el planeta y definen el pequeño rol que se pretende para el Estado en los países pobres.

Respecto a la Seguridad Social Adam Smith declaró: "Para el liberalismo económico, la pobreza y las privaciones de las clases inferiores aparecen como un hecho inevitable y necesario, lo que determina en este momento la protección de las necesidades sociales pesa única y exclusivamente en la previsión individual, es decir, en el ahorro de los individuos".

Esta frase bien puede complementarse con otra muy actual del Consenso de Washington, cuando cita: "La ciencia no es para los países subdesarrollados, es muy cara y ellos deben de atacar otro tipo de problemas. La tecnología, a cambio, es para todos, sólo depende de quienes la soliciten". Con estos dos conceptos, podemos aclarar ideas también acerca del papel de muchas de las organizaciones y agencias que promueven reformas sociales, cuando deben jugar las cartas del neoliberalismo.

No en vano, el mismo Adam Smith decía que cada nación debía aportar al intercambio lo que producía, dándole el precio de valor al trabajo que el producto encerraba, no vale lo mismo un barril de petróleo que la maquinaria para extraerlo, una tonelada de azúcar ante un sistema de computo. Por lo que la separación de países ricos y pobres también continúa siendo un hecho necesario para acumular, teniendo los países pobres muy pocas posibilidades de salir de su condición actual.

No obstante, cada día parece mas claro que sin una verdadera refundación social, al menos en Latinoamérica, las condiciones políticas para los mismos neoliberales de los países ricos serán terminales, los grandes problemas de la emigración son un ejemplo vivo y preocupante. Recordemos que en la Europa de esos siglos de acumulación, surgieron los movimientos proletarios, que culminan con la Comuna de París y la proliferación de las tesis de Carlos Marx por el mundo. Es decir, la presión social de las fuerzas productivas, decía el mismo Marx, conduce a nuevos paradigmas en el modo de producción y en el cambio de la superestructura (Las Instituciones).

#### *1.4. Los dos enfoques*

##### *1.4.1. Bismarck*

El canciller alemán Otho Von Bismarck así lo percibió, con el temor a las terribles consecuencias sociales y la posible llegada del comunismo, cuando apenas iniciaba Alemania su proceso de industrialización, decidió promulgar la primera ley de Seguridad Social.

El modelo de Bismarck fue implantado en 1881, en el se contemplaba por vez primera una ley a favor de la Seguridad Social como instrumento del Estado, incluyéndose en la misma un renglón para el Seguro de Enfermedad, que fuera publicado en 1883 y donde se establecía una cotización de 75% para el empresario y 25% para el trabajador. Prestándole asistencia médica y 50% del salario al enfermo.

Este modelo contemplaba solo a los trabajadores y era obligatorio, pero aún siendo cerrado por su carácter profesional, va a influir de manera determinante en casi todos los modelos posteriores, con algunas variaciones, como el ingreso participativo del Estado y los sindicatos, continúa siendo actual, tal es espíritu de las seguridades sociales promulgadas en México a inicios del siglo xx.

Podemos notar como desde un vínculo de seres individuales agrupados para solucionar sus problemas, en este caso la salud, Bismarck pasa al incluir el pago de un segundo interesado, el patrón, quien también debe procurar el bienestar y por tanto la productividad de sus empleados. Posteriormente interviene el Estado con su cuota al ciudadano, recolectada de estos mismos a través de políticas fiscales, pero la protección social continuará siendo solo para quienes producen la riqueza del Estado, quedando fuera todos los demás.

Otro punto digno de apuntar es que las prestaciones sociales de los seguros nacen casi juntas, tanto para los accidentes de trabajo, la protección a la enfermedad, la invalidez y la vejez. Esto llevará con el tiempo a crear organismos del Estado que proporcionarán atención múltiple a través del aseguramiento y los distintos servicios. En muchas ocasiones esta multiplicidad suele ser la causa de la crisis del sistema, sobre todo cuando se manifiestan los subsidios cruzados y la interacción de los fondos de reserva.

Poco a poco fue extendiéndose el sistema de seguros sociales, ampliando la cobertura de los trabajadores industriales, a los servicios y a trabajadores por cuenta propia, eliminando los topes salariales para el aseguramiento, hasta llegar a un sistema muy similar al actual.

#### 1.4.2. Beveridge

Es hasta 1944 que William Beveridge plantea en Inglaterra un nuevo enfoque para el alcance de la Seguridad Social. Beveridge propone el arriesgado modelo de universalizar los servicios, es decir proporcionarlos a toda la población, mediante una política fiscal eficiente que permitiera redistribuir el ingreso hacia el bienestar de todos los pobladores, ya no sólo de los trabajadores. Es importante notar que este concepto se presenta en Inglaterra y no en un país socialista, por lo que no puede señalarse como una idea comunista o populista, como actualmente se pretende denostar a modelos similares para los países latinoamericanos, señalándolos como políticas izquierdistas.

En el informe Beveridge se propone que el modelo debe descansar sobre recursos provenientes del Estado, con los que debía atenderse la carga de la asistencia en salud. Asimismo proponía cotizaciones uniformes que debían pagar todos los asegurados, para tener a la vez prestaciones similares, alcanzando la universalización de la cobertura, para que abarcara a todos los ciudadanos.

Para el éxito del modelo, Beveridge acudía a crear una administración que unificara la gestión del sistema, algo que debe retomarse en los modelos actuales Latinoamericanos, donde resulta indudable la necesidad de unificar y reorganizar los sistemas sanitarios y de salud, mejorando así el coste/beneficio en su aplicación. En la práctica y con el tiempo, los sistemas Bismarck y Beveridge se hicieron compatibles, se mezclaron y en la actualidad los países toman de uno y otro indistintamente para establecer sus sistemas.

Un tercer enfoque a la cuestión lo hallamos en EU, modelo fracasado, que se pretende implantar a Latinoamérica través de sus corporaciones financieras y organizaciones de vigilancia. En este sistema se privilegia de nuevo, como decía Adam Smith, la facultad individual del ciudadano, que tendrá acceso a los servicios acorde a sus posibilidades, a través de seguros privados y asistencia pública limitada. En EU conviven las instituciones de seguros puramente privadas, con las desarrolladas por fundaciones y benefactores privados, "Hospital de Veteranos" como ejemplo, con una mínima parte que subvenciona el Estado.

Las organizaciones que surgen del espíritu del neoliberalismo, *laissez faire*, *laissez-paserr* (dejar hacer-dejar pasar), proporcionan al Estado neoliberal un carácter de policía, apoyado por una "mano invisible" El libre Mercado, cuya misión consiste en cuidar los negocios de sus sociedades y establecer sistemas afines en los países bajo su control, sin importar si estos funcionan para ellos, por eso es globalización. En este papel, su gobierno puede intervenir a otros, si así conviene a sus intereses, cuidando sus reglas y tratando de mantener solamente los servicios públicos que por razones de seguridad no pertenezcan al influjo de los "mercados".

Aún sin tomar en cuenta los problemas sociales y estructurales generados en EU, que pueden ser el principio de su final. A priori, la privatización de la Seguridad Social no parece ser compatible con América Latina por una simple razón: El modelo proveniente del liberalismo, descende de la necesi-

dad de amasar capital, utilizando la deuda pública para apoyar este fin, eliminando los demás obstáculos. Además, en Latinoamérica no existen o son poco utilizados los modelos de fundaciones y benefactores, salvo cuando provienen de los mismos países ricos.

México y Latinoamérica descienden de modelos comunitarios, al no acabar con los habitantes y costumbres autóctonas (en EU casi lo hicieron), conviven en economías duales, por eso el pensamiento anglosajón de privatización choca con las reglas de la herencia ancestral comunitaria, un ejemplo; en el campo se observa en el choque entre las parcelas privadas y los ejidos comunales. Esto es algo que las agencias para el desarrollo siempre tratan de evitar, dejándolo al folklore y creyendo que sus técnicas van a funcionar, en México se les dice “tecnócratas”. A principios del Siglo xx se les decía “Los Científicos”.

En cierta ocasión, platicando con los habitantes de una comunidad aislada en Oaxaca, para instalar el sistema de saneamiento, ellos proponían el lugar antiguo y nosotros llevábamos planos muy detallados para demostrarles su error. Después de un rato de discutir, uno se acercó y dijo: Aquí el Lic. es hombre de razón. Me sentí orgulloso que lo reconociera, pero lo que en realidad quería expresar para su grupo era: ¡Este no entiende nada!

### *1.5. El modelo mixto*

Los mismos modelos de Bismarck y Beveridge se han entrelazado y ahora se aplican sistemas mixtos, donde conviven las ideas sociales y privadas. Quizás lo importante de la visión consiste en no perder la rectoría del Estado, dejando al libre juego de la oferta y la demanda el derecho a la salud, porque puede desembocar en enfrentamientos sociales y hasta en la disolución del mismo Estado, como bien avizoraron Bismarck y Beveridge.

La salud es en el siglo xxi un tema que atañe a todo nuestro mundo, hoy se habla no sólo de la salud de los seres humanos, también de la salud del planeta.

#### *1.5.1 Perspectivas actuales*

Pecando de esquemáticos, podríamos definir dos grandes enfoques para los modelos de salud, el primero surge de la visión de protección a la enfermedad, desde las leyes de Bismarck. Habla de proporcionar un servicio de curación al trabajador enfermo, quien además tendrá derecho a una parte de su salario. Con ciertas variaciones los sistemas de seguridad social en México siguen estas pautas, pero se extienden a los familiares más cercanos al trabajador, proporcionándoles servicios que en el medio se llaman curativos, se trata entonces de un enfoque de Medicina Curativa.

La Medicina Curativa logró grandes avances en el siglo que terminó, en especial la medicina invasiva y de imagen, quizás en estos dos conceptos de tecnología descansan gran parte de los servicios en los hospitales especializados. Por un lado la moderna aplicación de técnicas de imagenología como TAC, RM, RX, Medicina nuclear y por el otro, quirófanos equipados con instrumental de punta, terapias intensivas, así como modernas salas de urgencia y de rehabilitación.

En un sistema bien administrado pero cerrado, estos servicios pueden alcanzar altos niveles de calidad, el problema comienza cuando hay que proporcionarlo a los familiares y también pasar de la enfermedad a la prevención de la enfermedad, y sobre todo, cuando se pretende ampliar la cobertura, como proponía Beveridge, es entonces cuando aparece el enfoque de la Medicina Preventiva, que en las últimas décadas ha tomado un papel preponderante en los países desarrollados, a través de la medicina familiar.

En Europa muchos países han tornado la mirada hacia privilegiar la medicina preventiva, si bien la curativa ha proporcionado una mayor esperanza de vida a la población, esta necesita de una labor de prevención y mantenimiento, para lo cual no estaba preparada la medicina curativa, la consecuencia se manifiesta en la saturación de los hospitales y el crecimiento de las áreas de consulta, porque el paciente no desea regresar al primer nivel de atención.

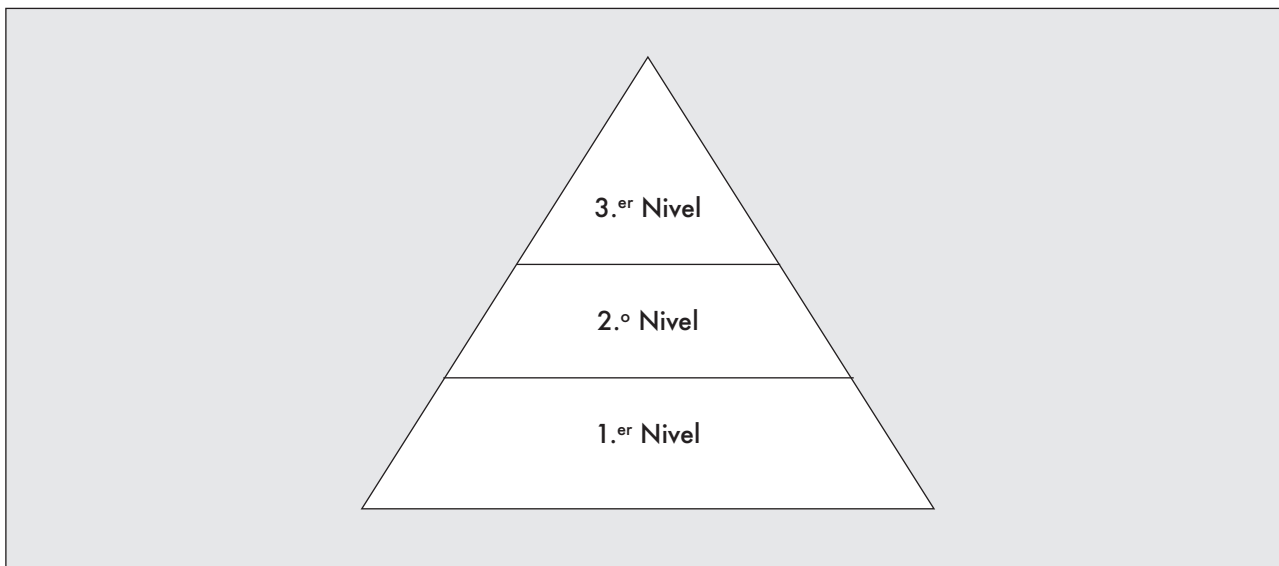


El Doctor José Luis Freyre nos comenta en sus apuntes para OISS el desarrollo que la medicina de primer nivel ha logrado en distintos países de Europa a través de los médicos generales MG, señalando como cuatro características básicas:

- La existencia de un primer nivel de servicios de salud diferenciado, en el cual el MG es la puerta obligada de acceso de los pacientes para los servicios especializados.
- La habilitación de los MG como responsable de la salud del grupo de población a su cargo.
- La existencia de la medicina general como una especialidad médica con identidad propia y un programa de formación adecuado.
- El pago al MG por capitación, o con un importante nivel caputivo.
- La existencia de listas de personas a cargo de cada médico favorece la relación médico-paciente, facilita la medicina preventiva, la promoción a la salud y añadiría, el control a detalle de la cobertura. Estos sistemas se aplican en España, Gran Bretaña, Italia, Portugal, Irlanda, Holanda e incluso en las HMO de Estados Unidos.

Tradicionalmente los sistemas de salud se presentan integrados en una pirámide, siendo la base el Primer Nivel de atención, es decir, la clínica, consultorio, médico familiar o MG. Un Segundo Nivel para medicina general y de algunas especialidades y un Hospital Regional de alta resolución, llamado también Tercer nivel. En la práctica, en México los modelos tienden a privilegiar al Tercer Nivel (como veremos más adelante) a costa de los otros dos, generando falta de contención de pacientes en el Primer Nivel. Por tanto el modelo se desborda en el ápice de la pirámide, repercute en la calidad de atención, se torna limitado y es obsoleto para las necesidades demográficas y epidemiológicas del siglo XXI (ver figura 2).

**Cuadro 2. Modelo actual de atención**



El modelo se encarece entonces, tanto por la tecnología que necesita, como por la falta de contención en el Primer Nivel. Agreguemos que en América Latina los modelos están segmentados, es decir, cada uno es en sí un subsistema, que atiende grupos específicos de la población. En México el IMSS para los trabajadores, ISSSTE para burócratas, PEMEX para petroleros, SEDENA para los militares, la SSA para el Seguro Popular. Todos gozan de una parte de los subsidios del gobierno, por lo que el coste resulta muy elevado y de baja eficacia por su dispersión, aún cuando todos representen menos del 3% del PIB.

El mismo Dr. Freyre considera como premisas básicas instalar este modelo de salud comunitario: “para facilitar la cobertura poblacional más amplia, un mejor control sobre el gasto, economías a esca-

la, equidad y mayor eficiencia en los niveles de atención, es conveniente unificar todos los subsistemas y sus fuentes de financiación”.

Es esencial entonces que el sistema de gestión y administración sea eficaz y contenga un alto grado de eficiencia. Es obligado aprender de la experiencia del modelo en otros países, pero resulta peligroso experimentar con recetas de reformas sanitarias. Consideramos además, que es de vital importancia conocer la idiosincrasia del país donde se aplicará el modelo.

Es necesario también crear la puerta de entrada al sistema a través de los “Consejos Comunitarios de Salud” y el control de acceso a especialidades, como sucede en el caso de los MG. Y, por último, la prioridad fundamental del modelo es lograr que sea de amplia cobertura, coste/beneficio efectivo, profesional y sobre todo, rigurosamente ético.

**El presente**



## 2. Protección social en Salud en el México Moderno

### 2.1. *El nacimiento de la Protección social en Salud*

A inicios del siglo xx, en los últimos años de la época porfiriana: aparecen dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, decretada en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales plasmaban en forma escrita, por primera vez en México, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Se trata también de las primeras derivaciones en México de un modelo tipo Bismarck establecido en Alemania por esos años.

Una vez derrocado Porfirio Díaz, México continuó sumergido en un largo proceso de incertidumbre y luchas por el poder. No obstante, las ideas sociales de Europa y en especial de los socialistas, habían calado hondo en buena parte de los intelectuales como los hermanos Flores Magón, los artistas gráficos como Posadas y desde luego a muchos de los líderes que se convertirían en el Constituyente de 1917, Ellos dejarían las bases constitucionales de lo que sería la Seguridad Social, en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Cuando se declara “de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares”.

Es esta una época del México Revolucionario de crímenes, traiciones y confrontaciones, a partir de la muerte de Francisco I. Madero, a manos de Victoriano Huerta, continuaron los asesinatos del mismo Huerta, Emiliano Zapata, Francisco Villa y de varios de los constituyentes por Venustiano Carranza y después de él mismo por Álvaro Obregón, y de este perpetrado desde la Iglesia Católica, que auspiciará además la Guerra de los Cristeros con el cruel enfrentamiento de los pobres contra los campesinos.

No obstante, continuaron extendiéndose los ideales del gran movimiento socialista inspirados ahora en la nueva Unión Soviética y Lenin, que incluía a participantes obreros, campesinos, artistas e intelectuales como Diego Rivera, Frida Khalo, David A. Siqueiros. Estos movimientos desembocaron entre otras cosas en la muerte del disidente ruso.

León Trosky, el nacimiento del Partido Nacional Revolucionario Institucional (PNR) con el General Calles, que se convertiría en el PRI y el consiguiente ascenso a la presidencia de la República del General Lázaro Cárdenas en 1934.

Ya en 1925 se había presentado al congreso una iniciativa de “Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales”, además de mencionar la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, que se compondría de una administración tripartita pero cuya integración económica debía corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definían con precisión las responsabilidades de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. Todo con una visión social derivada de los pensamientos proletarios de la época.

La iniciativa de este seguro obrero suscitó desde luego, la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también el gobierno federal debería aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que “se considera de utilidad pública la expedición de la

Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos”.

En éste período también se institucionalizó el Movimiento Social Mexicano a través de la integración de las grandes corporaciones sindicales, cobijadas en un principio por esas ideas socialistas. Esta central va constituirse después en una estructura monolítica y a la vez flexible para adaptarse a las necesidades de los gobiernos y patronos por casi 70 años. Además de participar y en muchas ocasiones influir en las altas esferas de decisión, a través del histórico líder de la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) Fidel Velásquez, especie de dictador oculto durante mas de medio siglo.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de “Ley del Seguro Social”, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, el Licenciado Ignacio García Téllez.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un “Instituto de Seguros Sociales”, de aportación tripartita, que ya incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patronos y que “cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria”.

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas se expropió la industria del petróleo, a manos de compañías inglesas, con la visión de constituirlo como el energético básico y necesario para el desarrollo de México. Asimismo se crearon los ejidos colectivos, tratando de aprovechar al máximo las tierras laborables expropiadas a los terratenientes en un gran proceso de Reforma Agraria, que nos convirtió durante décadas en exportadores de productos agrícolas.

Destacan también en este período, las acciones de apoyo que los mexicanos prestaron a la República Española, que culminará con la llegada de grandes científicos, artistas, intelectuales, poetas, cineastas y republicanos perseguidos, toda una nueva generación de mexicanos que enriquecieron y enoblecieron nuestra sangre y nuestra cultura.

Aprovechando la Segunda Guerra Mundial, que llevó a los países desarrollados a la fabricación de armamentos. En el nuestro surgió el llamado Proceso de Sustitución de Importaciones, es decir, expandir la base industrial nacional para crear productos de los cuales se carecía por la guerra. Esto dio como consecuencia un cambio en el rumbo del gobierno con la presidencia de Manuel Ávila Camacho, ampliando la base industrial y consolidando el control de la base trabajadora, a través del corporativismo sindical, que se verá fortalecido por los organismos burocráticos inspirados en las nuevas ideas de administración pública.

Es el Presidente Manuel Ávila Camacho quien logra por fin reunir a las partes que conformarían la Seguridad Social en México y en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, culminando así los esfuerzos para unificar el mando de los servicios de salud. Es el 15 de octubre de 1943, cuando el Presidente Ávila Camacho expide el siguiente decreto: “Artículo lo Se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, dependencias estas dos, que se extinguen”. Un organismo destinado a coordinar las políticas de salud en la Seguridad Social.

Desde 1942 las circunstancias se mostraban favorables para que pudiera implantarse en México el Seguro Social; para ello se anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y se le encomendó al licenciado García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de limar las asperezas entre las partes y procurar la conciliación obrero-patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de “proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”. El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial, la Ley del Seguro Social.

Ahí se determinaba, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es 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. Como un instrumento básico de la Seguridad Social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

El nuevo presidente Miguel Alemán Valdés, fue nombrado “El primer obrero de México”, dándose a la tarea de expandir los capitales privados mexicanos, mediante un espectacular cambio originado por la industria de la construcción: carreteras, presas, multifamiliares, fraccionamientos, fábricas, monumentos y nuestra Ciudad Universitaria, a través de la deuda externa. Es en éste proceso de modernización en la década de los 50, cuando las ideas de seguridad social vertidas en nuestra Constitución de 1917 y largamente acariciadas, toman forma con la consolidación física del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El IMSS había surgido entonces, cobijado por el gobierno, los patronos y los grandes sindicatos, constituidos en una poderosa central dirigida por Fidel Velásquez, esta negociación resultó en un principio espectacular. Se construyeron enormes hospitales, clínicas familiares, campos deportivos, teatros y auditorios culturales, dando lugar por muchos años, en tanto se agotaba el Fondo de Reserva, a toda una cultura del “Seguro Social” en las clases trabajadoras y fomentando además una incipiente clase media de trabajadores del IMSS.

Los ramos de protección del IMSS se definieron en:

- **Enfermedades y Maternidad.**
- **Riesgos de Trabajo.**
- **Invalidez y Vida.**
- **Retiro.**
- **Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.**
- **Guarderías y Prestaciones sociales.**

Los sindicatos de burócratas se constituyeron también en una sola Central, que a diferencia de la obrera, cambiaría de líder cada tres años, lo cual permitiría al presidente en turno designarlo acorde a las necesidades del momento. Una vez integrados en la FSTSE (Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado) a imagen del IMSS, promueven el establecimiento de su propio Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, el hoy conocido ISSSTE, cristalizado por el presidente Adolfo López Mateos.

En 1959, con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estatuto Jurídico de la FSTSE, se efectuó una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, donde el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la Iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. El presidente Adolfo López Mateos dijo: “... la única forma de lograr una eficaz protección social es establecer obligatoriamente la inclusión de todos los servidores públicos en los beneficios de la Ley, pues de otra manera no se protegería a los grupos económicamente más débiles y que más requieren de los servicios que se implantan. En estas condiciones puedo afirmar que queda la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado como una de las más favorables y tutelares en el mundo”.

En ese mismo año se transformó y adicionó el Apartado B al Artículo 123 de la Constitución, con la incorporación de las garantías contenidas en el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado. Esto colocó los derechos de los servidores del Estado por encima de toda ley reglamentaria.

El ISSSTE como el IMSS, de acuerdo a su ley, cubriría además de las prestaciones relativas a la salud, las prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendía estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto serían los trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, los de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal fueran incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.



La ampliación de la atención a la salud, marcó un acelerado proceso de construcción, adquisición y adaptación de centros hospitalarios, entre los que se encontraban el Hospital 20 de Noviembre. De esta manera, el Instituto tomaba las medidas necesarias para atender al casi medio millón de personas que entonces estaban bajo su protección.

Los dos institutos creados para el apoyo de los trabajadores y burócratas, vivieron sus mejores años en aquel entonces, cuando dirigieron sus esfuerzos hacia la atención de una extensa población materno infantil, acorde a las estadísticas de la época, donde se mostraba una pirámide de edades casi perfecta. Los mismos logotipos de imagen surgieron con los símbolos de apoyo a la paternidad. Una madre con su hijo para el IMSS y una pareja con dos hijos para el ISSSTE como una interpretación alegórica a la protección del México futuro.

Con el final del período del presidente Adolfo López Mateos en la década de los sesentas, se agudiza la decadencia de la industria nacional, el mismo viaja a muchos países ofreciendo estos productos. Pero se trata de enfrentar la expansión de las empresas norteamericanas, convertidas en corporaciones, entonces se produce la desaparición de una buena parte de los empresarios nacionales y las primeras crisis de empleo, catalizadas en movimientos políticos de campesinos, maestros, ferrocarrileros, médicos y por último, en la rebelión estudiantil de 1968, de trágicas consecuencias.

No obstante, los sistemas de Seguridad Social continuaron expandiéndose y atomizándose, nace el Instituto para las fuerzas armadas FAM, el de PEMEX, incluso modelos estatales, siempre con la misma visión: de ofrecer servicios de protección a sus trabajadores. Por otro lado, la Secretaría de Salud y Asistencia también desarrollará su propio sistema de Institutos y clínicas, con un poco más de tendencia hacia lograr una cobertura más amplia en la población no asegurada.

## *2.2. Se desborda el modelo*

Es a principios de los años ochenta cuando el modelo de Salud y Seguridad Social para la Salud de México, comienza a desquebrajarse, la crisis de la deuda y el petróleo, el agotamiento de los fondos de reserva, las Devaluaciones, la Corrupción de las Instituciones, la continua apertura a las prebendas exigidas por los sindicatos, el sistema de pensiones y los recursos utilizados de manera discrecional, impactaron de manera decisiva al modelo de salud curativa de la población.

En 1982, se fijaron tope a las aportaciones de los asegurados como un logro sindical, exonerando a los pensionados del pago a los servicios de salud, de la misma forma se abrieron nuevos espacios de inversión con deuda, aprovechando el creciente subsidio del Gobierno Federal. Por esos tiempos colapsó la economía nacional, el IMSS comienza a desprenderse de inmuebles para poder sufragar su elevado coste, atado a las negociaciones, decisiones y limitaciones de su sindicato, la calidad de los servicios inicia un detrimento significativo en la atención de los servicios médicos, con las consecuentes quejas de los pacientes.



El ISSSTE había caído bajo el poder de los sindicalistas burócratas de la FSTSE, con los consecuentes actos de corrupción de políticos alejados del sistema, que cambiaban constantemente y utilizaban el gasto corriente de acuerdo a sus propios intereses. Con la crisis económica y de los sindicatos, se produce así mismo la decadencia de los institutos de seguridad social, los últimos años del siglo se caracterizaran por “la globalización y el neoliberalismo económico”, poco a poco las ideas sociales fueron quedando de lado, en diversos países del mundo van surgiendo nuevos modelos mixtos y privados de Seguridad Social.

A lo anterior debemos añadir el cambio en el perfil epidemiológico de la población, si al inicio la atención se dedicaba al control madres y niños, así como el combate a la tos ferina, viruela, poliomielitis, tuberculosis, entre otras. Ahora se había ampliado el horizonte de vida de la población, dando como consecuencia nuevos padecimientos de origen crónico degenerativo, que comenzaron a incidir de manera muy importante sobre el coste de la atención médica.

Al amanecer del siglo XXI podríamos definir en el actual sistema de salud, cuatro grandes áreas de oportunidad, las que sin duda habrán de ser de vital importancia para las decisiones a tomarse para una reforma integral en los próximos años:

- Demografía.
- Epidemiología.
- Oferta y Demanda.
- Financiamiento.

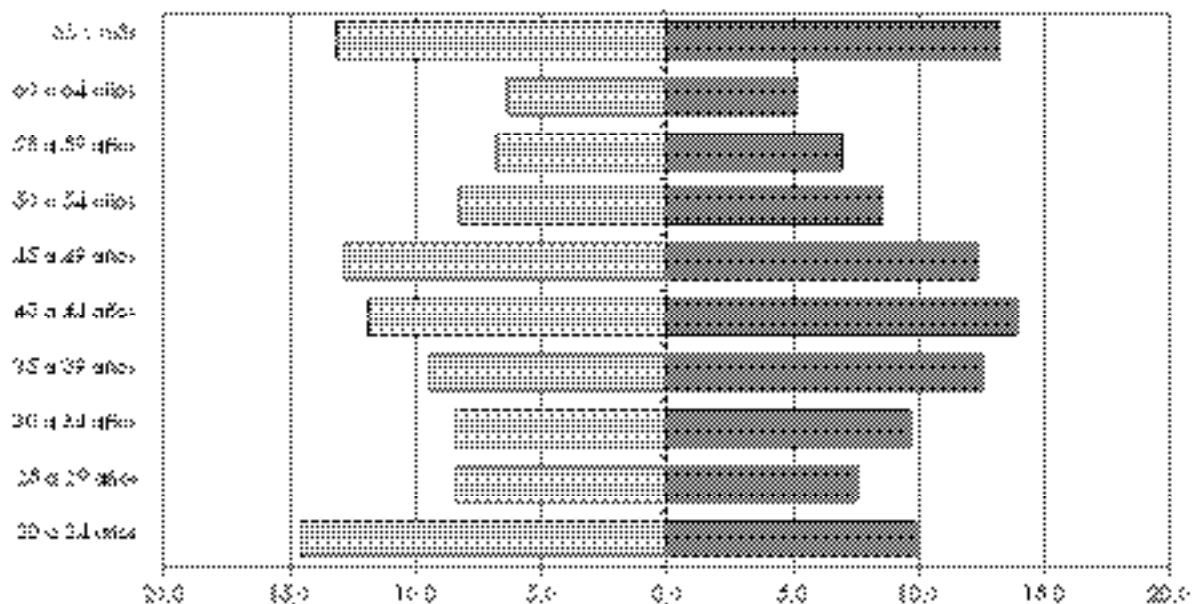
### 2.2.1. Demografía

En la actualidad, la cobertura de los servicios de salud, difícilmente cubre a la mitad de la población, además, recientes estudios actuariales, demuestran que el cambio en el perfil epidemiológico en la población tenderá a aumentar en la próxima década. Las tasas de crecimiento de la población entre 50 y 64 años se incrementarán de manera significativa a partir del año 2006, en tanto la porción de la población cotizante los institutos continuará su marcado descenso, apoyado por las políticas de retiro voluntario y jubilación.

Este es el umbral de una situación financiera que se refleja en una crisis en la provisión de los servicios de salud, que además deberá enfocarse en un alto porcentaje a la atención de adultos mayores, quienes dejarán de aportar pero exigirán una atención cada vez más creciente y compleja.

Como ejemplo, señalemos que en el año 2005 la población mayor a 65 años representa alrededor del 13% de los derechohabientes del ISSSTE, en tanto los mayores de 55 años constituyen el 25% de la población con derechos. Con ésta tendencia ya en el año 2010 los mayores de 65 años ascenderán al 15% y los de 55 años en adelante constituirán el 28% de los usuarios. De acuerdo a las proyecciones demográficas, para el 2020 la población de 55 años podrá constituir el 50% del total.

Resulta obvio que nuestros institutos de salud deben adecuarse, para estar preparados a enfrentar éste gran reto demográfico y sus consecuencias epidemiológicas, por tanto el papel de la planeación estratégica para los próximos años es vital, ¿cómo lograr una adecuada atención de servicios de salud para tantos derechohabientes?

**Cuadro 3. Estructura por edad y sexo de la población 2005**

Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE en el 2005.

### 2.2.2. Epidemiología

El cambio de perfil epidemiológico se demuestra en los hospitales, al observar los espacios creados para la atención materno-infantil, en la actualidad las áreas pediátricas y ginecológicas muestran subocupación, en tanto las de medicina interna, necesitan del auxilio de nuevas camas y médicos especializados en enfermedades crónico-degenerativas, que tampoco fueron preparados con antelación, hay gran número de ginecólogos y pediatras, pero muy pocos gerontólogos, cardiólogos y oncólogos. Las nuevas generaciones de residentes estudiantes de postgrado muestran más del 50% de sus egresados todavía caminando hacia las áreas materno-infantiles.

No obstante, dominan ya enfermedades como Diabetes Mellitus, tumores malignos, hipertensión, neurológicas, vasculares, insuficiencias renales, pulmonares, respiratorias, SIDA y todas las gerontológicas. Además de las consecuencias del estrés y la tensión de la vida moderna, que generan las principales causas de atención en las urgencias de los hospitales.

Pero además debemos reconocer, que no obstante la ampliación en el horizonte de vida, esto no ha significado una mejor calidad de la misma, ya que estos padecimientos se encuentran sujetos a largos tratamientos con elevado coste y de cualquier manera se reflejan en las causas de mortalidad, donde no obstante todos los avances, las afecciones en el período peri natal continúan siendo de las primeras.

### 2.2.3. Oferta y demanda

La atención se definió en un principio hacia las enfermedades curativas, esto dio como consecuencia la creación de hospitales definidos principalmente hacia mujeres y niños, que fueron a la vez las primeras especialidades, con la consecuente saturación de los especialistas en pediatría, ginecología y afines.

Asimismo se privilegió el servicio del hospital en detrimento de la clínica de primer nivel de atención, con el tiempo, sujeto a necesidades políticas de coyuntura, el sistema de crecimiento no fue homogéneo, creando grandes desequilibrios regionales en la atención. En la Actualidad el ISSSTE y el IMSS atienden 55 millones de usuarios.

**Cuadro 4. Primeras causas de mortalidad**

Número	Causa de Mortalidad	Total de casos	Tasa*
1	Diabetes Mellitus	1.577	456,9
2	Enfermedades del Corazón	1.342	388,8
3	Enfermedades Cerebro vasculares	849	246,0
4	Enfermedad Isquémica del Corazón	607	175,8
5	Enfermedades del Hígado	596	172,7
6	Tumores Malignos	560	166,2
7	Afecciones del periodo peri natal	387	112,1
8	Insuficiencia Renal	337	97,6
9	EPOC	318	92,1
10	Influenza y Neumonía	297	86,0
	<b>TOTAL</b>	<b>6.617</b>	<b>1.994,2</b>

Fuente: ISSSTE 2005

**Cuadro 5. Población derecho habiente del IMSS y del ISSSTE  
(miles de personas) (Continuará)**

AÑO	Total de derechohabientes			Asegurados permanentes y eventuales			Familiares de asegurados		
	Total	IMSS	ISSSTE	Total	IMSS	ISSSTE <sup>2/</sup>	Total	IMSS	ISSSTE
1980	29.110	24.125	4.985	7.804	6.369	1.435	20.441	17.019	3.422
1985	37.975	31.528	6.447	9.989	8.132	1.857	26.365	21.963	4.402
1990	46.877	38.575	8.302	12.776	10.764	2.012	31.584	25.674	5.910
1991	47.459	38.952	8.507	13.352	11.333	2.019	31.471	25.392	6.079
1992	46.108	37.466	8.842	13.415	11.389	2.046	29.917	23.755	6.182
1993	45.656	38.737	8.919	13.424	11.317	2.107	29.231	22.884	6.347
1994	45.656	36.554	9.101	13.711	11.561	2.150	28.751	22.299	6.452
1995	43.570	34.324	9.246	13.112	10.932	2.180	27.074	20.533	6.541
1996	46.572	37.261	9.311	14.083	11.895	2.188	28.931	20.366	6.565
1997	48.935	39.463	9.472	14.935	12.714	2.221	30.272	23.613	6.659
1998	51.666	41.942	9.724	15.886	13.611	2.275	31.915	25.095	6.820
1999	54.454	44.557	9.897	16.864	14.560	2.304	33.559	26.649	6.910
2000	56.600	46.534	10.066	17.578	15.240	2.338	34.832	27.822	7.010
2001	56.109	45.872	10.237	17.500	15.131	2.369	34.201	27.099	7.102
2002	56.508	46.199	10.309	17.890	15.517	2.373	34.001	26.887	7.114
2003	52.203	41.851	10.352	18.117	15.750	2.367	29.226	22.127	7.099
2004	53.456	42.993	10.463	18.667	16.288	2.379	29.724	22.590	7.134
2005 <sup>e/</sup>	55.149	44.548	10.601	19.277	16.884	2.393	30.465	23.291	7.174

1/ Debido al redondeo de cifras la suma de los parciales puede no coincidir con el total.

2/ Se refiere a servidores públicos afiliados al régimen del ISSSTE.

e/ Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Si observamos el nivel de utilización de los servicios de salud por regiones notaremos de inmediato más problemas, porque el número de médicos asignados por familias resulta muy dispar. Al igual que si tomamos los consultorios como referencia para el número de recursos físicos, resultará discrecional la distribución de los mismos.

Ahora bien, un alto porcentaje de la población joven opta por servicios privados, aún teniendo Seguridad Social por parte del estado, así se observa que la población entre los 30 y 45 años con un ingreso mayor a los cuatro salarios mínimos, se permite acudir a los servicios privados de salud para atender patologías de bajo costo. En tanto aumenta la edad y se limitan los ingresos, la población destina menos recursos a los servicios privados y demanda mayor atención de los servicios sociales, que son además los de mayor costo.

Durante muchos años se privilegió la atención del IMSS como la mejor de Latinoamérica, pero a finales del siglo, el hacinamiento y la creciente demanda originaron una pérdida significativa en la calidad de atención y el abasto de medicamentos. Sujeto este último a los designios de las grandes empresas farmacéuticas, los tratamientos encarecieron de forma significativa, resultando en promedios de abasto de medicamentos no superiores al 60%.

Además, el abandono en el sistema de la medicina preventiva, dio como consecuencia que no existiera contención en el llamado primer nivel de atención, quedando este sólo para trámite de referencias hacia los hospitales, saturados en sus áreas de consulta externa.

Una parte de la población de las clases con mayores recursos, (funcionarios de alto nivel, legisladores, magistrados, entre otros) han preferido sistemas de aseguramiento privado, en especial las clases dirigentes, quienes ya poco utilizan los servicios sociales, propugnando por su privatización y proponiendo modelos como el de Estados Unidos.

**Cuadro 6. Porcentaje de población derechohabiente**

	Hombres %	Mujeres %	Total %
0 a 4 años	38,3	38,9	38,6
5 a 9 años	39,7	41,2	40,4
10 a 11 años	46,2	39,4	42,8
12 a 14 años	39,6	42,7	41,2
15 a 19 años	52,3	48,8	50,5
20 a 24 años	64,8	45,0	54,9
25 a 29 años	43,0	42,6	42,8
30 a 34 años	41,5	36,7	39,1
35 a 39 años	47,0	40,1	43,5
40 a 44 años	47,2	41,4	44,3
45 a 49 años	46,1	35,3	40,7
50 a 54 años	46,9	39,2	43,1
55 a 59 años	38,1	24,7	31,4
60 a 64 años	37,2	28,5	32,9
65 y más	27,6	33,0	30,3
Total	43,7	38,5	41,1

La población que acude menos a otros servicios médicos es la más envejecida.

Fuente: ISSSTE Tesis-Antares Consultores.

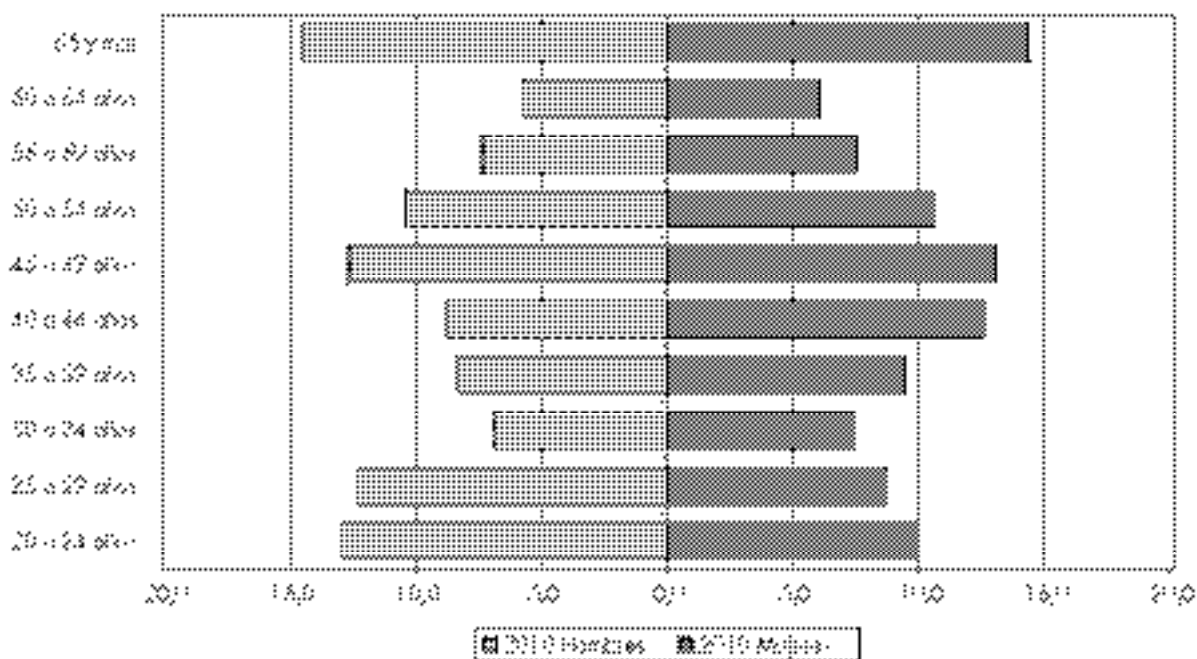
2.2.4. Financieros

Como consecuencia de lo anterior, existe un subsidio cruzado entre las poblaciones más jóvenes que no utilizan los servicios de salud, pero que cotizan al esquema, **hacia la población de la tercera edad**, que más demanda los servicios. No obstante, el impacto resulta muy elevado, ya que deben atender patologías poco tratadas en un nivel preventivo, porque generalmente se canalizan al segundo y tercer nivel de la atención.

Este envejecimiento de la población se refleja en el ISSSTE en un número superior a 1.500.000 pensionados y alrededor de los 300.000 más que cuentan con los requisitos necesarios, lo que implica una futura presión en los servicios de salud sin que exista un pago estricto de las cuotas, que les fueron dispensadas como logro sindical.

Por tanto, éste ingreso se refleja en el déficit del fondo médico que se disparó de 1.000 a 1.700 millones de pesos en los primeros años del milenio, ya que “el subsidio cruzado” no alcanza para sostener el costo de las enfermedades crónico-degenerativas, aunado esto al adelgazamiento de la burocracia.

**Cuadro 7. Pirámide de edades**



Fuente: ISSSTE. Estructura por edad y sexo de la población derechohabiente a 2020.

Esta tendencia no parece mostrar un cambio para los próximos años, porque los costos relacionados con dichas patologías serán muy elevados, llevando a la institución a la total fragilidad financiera en el área de salud de no tomarse decisiones a corto plazo con una reforma estructural, que de una vez por todas solucione la problemática de las pensiones, ya que constituirá sin duda un alivio a las fuertes presiones financieras que actualmente someten a los servicios de salud.

Cuadro 8. Principales indicadores de la Seguridad Social

Concepto	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>e/</sup>
Gasto programable por derechohabiente (pesos)			360	514	665	827	948	1.229	1.403	1.695	2.085	2.545	2.851	3.212	3.414	4.236	4.969	4.559
			483	692	786	904	1.102	1.212	1.723	2.176	2.689	3.374	3.923	4.501	4.628	5.585	5.848	6.440
Número de trabajadores en activo por pensionado			8,3	8,4	8,1	7,4	7,1	6,1	6,3	6,4	6,6	6,8	6,8	6,3	6,1	5,8	5,7	5,6
	13,1	9,4	9,3	8,8	8,1	7,6	7,2	6,8	6,5	6,2	5,9	5,6	5,3	5,0	4,7	4,3	4,0	3,7
Pensionados respecto a cada 1.000 trabajadores en activo			77	103	111	120	124	139	135	132	128	123	122	158	163	167	176	181
	52	72	107	114	124	132	139	146	155	162	169	180	187	199	213	231	247	269
Número de veces de la cuantía mínima de las pensiones en relación al salario mínimo en el Distrito Federal			n.d															
	1,1			0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

e/ En IMSS cifras en flujo de efectivo reales a junio y estimadas a diciembre de 2005. En ISSSTE cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: de 1995 a 2004. Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Para 2005 Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

### 2.3. Planeación estratégica de la salud en México

En este apartado acerca de la planeación estratégica de la salud actual en México, presentamos en términos generales, los avances de las acciones más relevantes y significativas que se han realizado desde 1983 a la fecha, cuando inicia la gran crisis y con el deseo de que se lograra una continuidad en la forma de abordar y resolver los problemas de salud para nuestro país.

Los avances en la planeación del sector salud parten del 25 de agosto de 1981 en que fue creada por acuerdo presidencial la "Coordinación de los Servicios de salud", forjándosele como objetivo: Determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros para establecer la bases que permitieran integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubriera a toda la población. Para lograr su cometido la Coordinación se integró como una unidad de asesoría y apoyo de la Presidencia de la República, en los términos del artículo 8º de la ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

A efecto de mantener una estrecha relación con las dependencias federales y con las entidades federativas en todo lo concerniente a los servicios de salud, se constituyó un "Consejo Consultivo", formado por los representantes de las Instituciones que participan en el Gabinete del Sector Salud y los Comités Asesores, uno compuesto por representantes de la Secretaría de Programación y Presupuesto y otro por representantes de la Coordinación General de Estudios Administrativos.

El trabajo de estos dos comités permitió establecer criterios normativos en materia de programación, presupuestación, información y evaluación, por una parte y el análisis de las estructuras y procedimientos administrativos de los organismos que otorgan servicios de salud, por la otra.

Además de estas instancias de asesoramiento y consulta, la comunicación entre funcionarios de la Coordinación de Servicios de Salud y de las dependencias involucradas en el Consejo y los Comités fueron frecuentes fructíferas. Lo que permitió que la Coordinación también llegara a participar en la formulación de los programas de acción del Sector Público a través del Marco Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social en lo que concierne a los Servicios de Salud.

Un avance substancial en las tareas de la Coordinación se consiguió entre febrero y septiembre de 1982, a partir de la firma de los acuerdos con los gobernadores de 20 Estados de la República Mexicana para constituir subcomités especiales para el estudio de las formas de Integración de los Servicios de Salud, dentro de los correspondientes Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES).

Los grupos de trabajo así integrados permitieron conocer los puntos de vista de quienes tenían a su cargo la gestión de los servicios de salud en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Guanajuato, Guerrero, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

La Coordinación contrajo un compromiso en la reunión del Gabinete del Sector Salud el 14 de diciembre de 1981. Allí se planteó la realización de acciones inmediatas y de acciones mediatas. Las inmediatas consistieron en la celebración de varios convenios de integración entre los que figuraron los suscritos:

1. Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, para transferir a la primera alguna unidad de atención médica primaria e investigación del DIF.
2. Entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Educación Pública, con el objeto de transferir a la primera los servicios de higiene escolar proporcionados por la segunda en las escuelas del DF y en los Estados.
3. Entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para Trabajadores del estado, para transferir a este Instituto los servicios médicos que la Secretaría venía proporcionando a su personal en el DF. En los convenios que se lograron, tratando de asegurar la continuidad, la calidad y la cantidad de los servicios prestados y no sufrieran menoscabo los derechos adquiridos por los trabajadores que cambiaron de adscripción.

En esta medida, los convenios mencionados se pueden considerar como un intento que trataba de integrar los servicios de salud, en que se preserva el funcionamiento de los mismos y proteger el orden social, sin que se crearan demandas financieras adicionales.

En lo que se refiere a las acciones mediatas, la Coordinación se planteó la tarea de realizar un diagnóstico de la salud en el país para identificar los elementos políticos, organizacionales e institucionales que han condicionado el desarrollo de los servicios de la salud; definir los perfiles de demanda de esos servicios y conocer las características de los servicios y recursos de atención médica.

La coordinación también se propuso examinar los aspectos normativos en materia de salud e identificar las probabilidades y limitaciones derivadas de la entonces ordenación jurídica para en cada caso, proponiendo también las medidas conducentes a la integración de los programas y de los organismos responsables de ciertas actividades en el campo de la salud.

Todo lo anterior permitió crear las bases para la Planeación Estratégica de un Sistema de Salud Nacional que cuidara la salud de todos los mexicanos. Limitado a definir los objetivos en materia de salud, precisar los problemas más importantes, especificar los programas prioritarios, identificar los principales recursos y poner en práctica, las políticas que permitan avanzar en la compleja tarea de proteger la salud de los mexicanos.

“De acuerdo con la tesis del Sistema Nacional de Planeación Democrática, el Sistema Nacional de Salud (SNS), se pretende armonizar los programas del Gobierno Federal con los estatales, con el concurso de los Sectores Social y Privado, ***a fin de dar cumplimiento al Derecho a la Salud, manifestado en el artículo 4º Constitucional.***”

Los grandes propósitos del Sistema Nacional de Salud, son los de:

a) Ampliar la cobertura de los Servicios de Salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y elevar la calidad de los servicios que se prestan.

La Coordinación de los Servicios de Salud en sus trabajos desarrollados en 1981 y 82, señaló cinco objetivos y veinticuatro estrategias como bases para la consolidación de un SNS. Durante la gestión del Dr. Guillermo Soberón, en su aportación al Plan Nacional de Desarrollo, amplió a siete los objetivos y a cuarenta y tres las estrategias. Los objetivos están contenidos en la Ley General de Salud y son:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que con dicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparada y minusválida, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y el crecimiento físico y mental de la niñez.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos para mejorar la salud.
- Acelerar la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presenten para su protección.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) recae por Ley, en la Secretaría de Salud, responsable de los siguientes puntos:

1. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud
2. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.



3. Impulsar la desconcentración y descentralización de los Servicios de Salud.
4. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud.
5. Coordinar el proceso de programación de las actividades del Sector Salud.
6. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
7. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud.
8. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

La Ley General de salud define 27 asuntos de Salubridad General y distribuye la competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. De esta manera, a la SSA a más de las responsabilidades generales encomendadas anteriormente, le asigna (Artículo 13 de la LGS) diversas atribuciones, entre las que merecen mencionar especial la organización de los servicios del control sanitario, la sanidad internacional y el programa contra la fármaco dependencia.

En el caso del Sector Salud, la ley Orgánica de la Administración Pública Federal promulgada por el gobierno del Lic. Miguel De la Madrid, introdujo un cambio fundamental, el del agrupamiento por programas, funciones y servicios de todo tipo de instituciones, de manera que el sector se ha integrado por:

- Los servicios de salud de la SSA no descentralizados.
- Las funciones, programas y servicios de salud de las instituciones de Seguridad Social.
- Las dependencias y entidades de la Administración Pública federal.
- Los servicios de salud de los organismos estatales descentralizados
- El subsector de las Instituciones Nacionales de Salud.
- El subsector de Asistencia Social conformado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

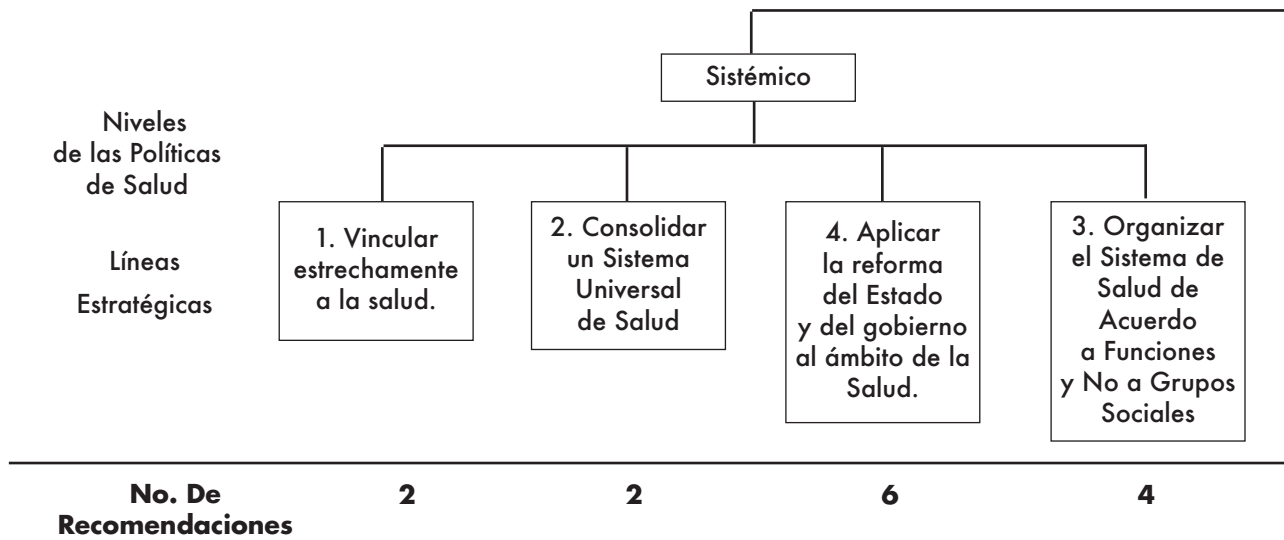
Para ciertas tareas del sector salud existen organismos de apoyo de alto nivel, como el Gabinete de Salud, que es una instancia presidencial de coordinación para el cumplimiento de las políticas y programas de salud del Gobierno federal y el Consejo de Salubridad General, con dependencia directa del Presidente de la República.

Cabe destacar al Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud 1982-1988, durante la presidencia del Miguel De la Madrid, marcada ya por la gran crisis económica, cuya su gestión se caracterizó por la reforma más profunda de la medicina oficial desde que se funda la Secretaría, tanto en sus bases legales y doctrinarias como en su planeación y programación. La adición al Artículo cuarto de la Constitución estableció el derecho a la protección de la Salud. La Ley General de Salud, promulgada en febrero de 1984 que define las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes, dio origen a la creación del Sistema Nacional de Salud actual. Como reflejo de las numerosas transformaciones en 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió de nombre a Secretaría de Salud.

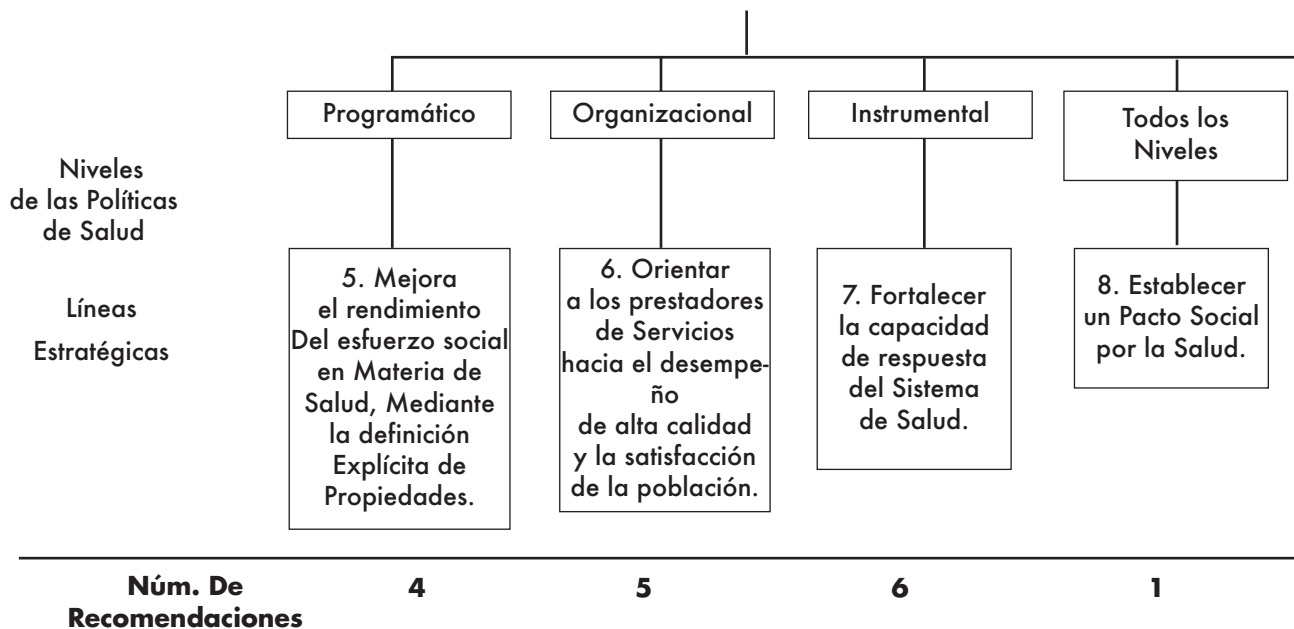
En 1994 la Fundación Mexicana para la Salud, Institución No Gubernamental al servicio de la comunidad, publica el libro ECONOMÍA Y SALUD. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. FUNSALUD ofrece a la sociedad en su conjunto, los resultados de un amplio esfuerzo de análisis y propuestas; presentando como punto clave está publicación un hacia dónde vamos y su propuesta estratégica.

En este documento se ofrece una propuesta para la reforma. Se trata de un planteamiento que la Fundación Mexicana para la Salud hace al país entero. Como tal, es un punto de partida, no de llegada. De hecho, no se presenta un camino único, sino que comparan diversas alternativas.

**Cuadro 9. Propuestas de reforma del Sistema de Salud**



**Cuadro 10. Propuestas de reforma del Sistema de Salud**



Fuente: La Salud en México. FUNSALUD.

A fin de facilitar el análisis de tales alternativas, hemos considerado útil ordenar los elementos de la propuesta en forma de un árbol de decisiones, tal como se muestra en el esquema anterior. Este se encuentra organizado en tres grupos, que van de mayor a menor generalidad. Así se empieza por considerar cuatro grandes niveles en los que se definen las políticas de salud. De esos niveles se derivan ocho líneas estratégicas y de estas últimas se desprenden 30 recomendaciones específicas. En esta forma pueden visualizarse los diferentes caminos que puede tomar la reforma. La reforma no es un proceso de “todo o nada”. Es posible y valioso realizar cambios parciales del acuerdo con las condiciones económicas, sociales y políticas del país.

En esta Visión de Conjunto no se explicarán cada uno de los niveles, las líneas estratégicas o las recomendaciones, pero a cambio, se extrae de ellos los siete mensajes centrales a los que llegó el estudio:

1. Es necesario desarrollar una reforma del Sistema de Salud, que vincule eficazmente a la salud con el desarrollo económico y social.
2. Resulta indispensable alcanzar la cobertura universal antes del año 2000 (?). Para ello, deberá definirse un paquete de servicios esenciales de salud que se hará accesible a toda la población.
3. El Sistema de Salud debe superar su segmentación actual. Lo que se requiere es un sistema plural y solidario, que combine lo mejor de los sectores público y privado. Para ello, el Sistema de Salud debería organizarse por funciones y no por grupos sociales.
4. Es conveniente promover nuevas formas de organización, intermedias entre el gigantismo de las instituciones públicas y la atomización del sector privado.
5. A fin de mejorar la satisfacción de la población y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores, debe reconocerse la libertad de elección por parte de los usuarios.
6. Es necesario establecer una estrategia concertada para elevar la calidad y eficiencia en todas las organizaciones de salud, incluyendo el reforzamiento de la capacidad gerencial.
7. Se requiere de un Pacto Social por la Salud, que permita instituir un mecanismo de convergencia para conducir la reforma del Sistema de Salud.

En la parte final del documento se presenta la idea de "Más dinero para la salud y más salud por el dinero" que se transforma en el paquete universal de servicios esenciales de salud.

La forma más equitativa, racional y transparente de definir las prioridades para llegar a la cobertura universal es a través de un paquete o canasta de servicios esenciales de salud comunitaria. Tras un detallado análisis de costo/efectividad, se han calculado tres paquetes indicativos, que incluyen un número progresivamente mayor de intervenciones de acuerdo con el monto de la inversión que la sociedad esté dispuesta a realizar. Los beneficios potenciales del paquete son:

- Con las coberturas esperadas para el año 2000, la prestación de los servicios del paquete permitiría ganar aproximadamente 3 millones de años de vida saludable (AVISA) cada año, que representan alrededor del 25% de la carga de la enfermedad en 1991.

b) Una tercera parte de los AVISA ganados se debe a las intervenciones de salud pública y de extensión comunitaria.

Costo incremental del Paquete:

1. El costo adicional del paquete, sobre lo que ya se gasta en salud, es de aproximadamente 11 mil millones de nuevos pesos anuales o 132 nuevos pesos por persona.
2. La cifra anterior representa alrededor de 20% del gasto total en salud durante 1992.
3. El financiamiento del paquete puede provenir de: Una mayor asignación presupuestal o de una mayor eficiencia del gasto que libere recursos actualmente desperdiciados.

A todo lo anteriormente expuesto en este capítulo, podemos comentar como se logro aplicar parte de ello en el período 2001 al 2006, por la Secretaría de Salud.

En 1996 al realizarse la transformación de la Nueva Ley del IMSS se da paso a la creación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) ya que se crea la idea, que para solucionar el problema de los servicios de la salud de la población de la clase media, se considera que esta puede pagar servicios de Gastos Médicos Integrales además de las cuotas que entrega quincenalmente en la nómina.

Para los servicios de Seguridad Social del IMSS e ISSSTE aparte de que se da ha entender que las empresas afiliadas al IMSS podrán solicitar entrar al número de empresas que cuentan con el convenio creado en 1957 de Reversión de Cuotas, como los tienen los bancos, mineras, sementeras, empre-

sas del Estado de Nuevo León y otras más. Pero al crearse el reglamento para este tipo de servicios por la Comisión Nacional de Seguro y Fianzas (CNSF), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se dan cuenta que no es tan fácil poder cumplirlos y su difusión entre la población no es lo suficientemente convincente para que el número sea mayoritario, ya que en ese momento solo dos millones de personas cuentan con seguros de gastos médicos mayores y su transformación a los “Seguros Integrales”, requiere de cumplir con ciertas políticas que no permiten fácilmente hacer los cambios, además el costo de los mismos, aun cuando la SHCP permita hacerlos deducibles en la presentación de su pago de impuestos.

En el ISSSTE este tipo de servicio se le llama Ampliación de Servicios de Salud en ámbito privado, bajo acuerdo del Consejo se les entrega un tope de su gasto médico asignado a las instituciones gubernamentales Federales descentralizadas o de nueva integración, lo que permite que aparezcan las Administradoras de Servicios de Salud, donde su función es crear redes de servicios de salud de proveedores o prestadores de servicios a precios preferenciales en todo el país o en algunas regiones y cobrar sus servicios, teniendo como base un porcentaje que va del 8 al 12% del gasto realizado por la empresa o institución sobre los servicios de salud de su personal. Para este tipo de Administradoras de Servicios de salud no se han creado reglamentos específicos por parte de la Secretaría de Salud y de la SHCP.

Los retos a los que se debía enfrentar el Sistema de Salud en el período 2001 a 2006, se fundamentaron en:

**Equidad:** Cambio en el perfil de salud con desigualdades sociales y regionales.

**Calidad:** Desempeño heterogéneo y trato inadecuado.

**Protección Financiera:** Inseguridad por el riesgo de sufrir gastos catastróficos.

Todo ello acompañado de la transición demográfica de hombre y mujeres con aumento de más de 3,8% anual en la población mayor de 65 años, acompañados de las enfermedades propias de la edad y de las crónicas degenerativas. Cuando el gasto total en salud es del 5,7% del PIB igual a \$32.087 millones de dólares o \$329 dólares por persona anuales, teniendo en la composición del gasto en salud 46% gasto público; 52% pago de bolsillo y 2% prepago privado.

Teniendo como Estrategias Sustantivas: Vincular a la salud con el desarrollo económico y social. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Llevar a cabo una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Brindar protección financiera a toda la población.

Estrategias Instrumentales: Federalización efectiva de la Salud. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud. Lograr una mayor integración funcional de la prestación de servicios, separándola progresivamente del financiamiento. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana.

Es por ello que la Ley General de Salud en 2003 tiene la siguiente modificación: Artículo 77 Bis 1, párrafo 1, “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud”, creando una garantía individual y un derecho exigible.

**MIDAS (Programa Nacional de Salud ProNaSa):**

Es un Modelo Integrado, de atención individual, familiar y comunitaria, basada en compromisos, orientados al usuario y articulador del cuidado profesional con el auto cuidado. Descentralizado, horizontal, eficiente, equitativo, alta calidad y capacidad resolutive. Separación de las funciones de Regulación, Financiamiento y Prestación de Servicios. Dirigido a la universalización del acceso a la población de los servicios de salud.

Dentro de las líneas de acción del ProNaSa que inicio la construcción del MIDAS para:

**Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario. Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas. Optimizar la capacidad instalada. Crear redes virtuales para la prestación de Servicios de Salud.**

A la fecha podemos comentar que, el modelo integrado de atención a la salud (MIDAS) ha constituido la respuesta planeada a los cambios que deben de producirse ante las necesidades de salud de los próximos 25 años. Busca integrar los esfuerzos dispersos del Sector Salud en una acción conjunta. Pretende involucrar a los tres grandes actores del Sistema de salud: las instituciones de seguridad social, las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada y el sector privado. Por lo que se debe considerar como el proyecto más innovador y estratégico de este sexenio y en el cual basamos nuestra propuesta de Medicina Comunitaria para todos.

#### 2.4. *El instituto mexicano del Seguro Social (IMSS)*

No deseamos pasar a nuestra propuesta, sin antes dar un breve recorrido por las dos instituciones que más usuarios atiende, ya que de su estabilización dependerá gran parte de las acciones a tomar en los próximos años. Iniciemos por el más grande. El Instituto Mexicano del Seguro Social que padece una problemática semejante a la descrita para en cuanto a los aspectos Demográficos, Epidemiológicos, de Oferta y Demanda de derechohabientes y Financieros. A continuación exponemos las características y fundamentos de esta Institución:

1. El IMSS tiene como misión administrar los riesgos que se expresan en la Constitución y que se especifican en los distintos ramos de seguro que regula la Ley del Seguro Social, para los que se requiere de la adecuada administración de las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y en dinero, que logre estabilizar al asegurado.
2. Cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente y de sus familiares, así como la tendida en esquemas de solidaridad social. Lo anterior, a través de proveer servicios preventivos y curativos médicos con niveles de oportunidad y calidad ofrecer a la madre trabajadora servicios de guarderías que permitan un cuidado adecuado de sus hijos pequeños, contribuyendo así a un círculo virtuoso de mejora en la calidad de la atención y en la productividad de los trabajadores en sus hogares.
3. En su carácter de organismo fiscal autónomo, fomentar la competitividad de las empresas, la transparencia de la información que genera su función fiscal y su recaudación más eficaz.

Como ya se mencionó en IMSS nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la Seguridad Social tiene como finalidad el 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, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patronatos, el estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo, Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez, Guarderías y Prestaciones Sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: Los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesano y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las Administraciones Públicas de la federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendida en otras leyes o decretos como sujetos de Seguridad Social.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero.

Tenemos así que:

- El seguro de Enfermedades y Maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: Ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- El Seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo de trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.
- El seguro de Invalidez y Vida protege contra riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el pago de una pensión a él o sus beneficiarios.
- El de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este grupo, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la ley.
- Finalmente, el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones Sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

Con el fin de recuperar la viabilidad financiera y eliminar iniquidades que a través del tiempo se presentaron, en 1995 surge una Nueva Ley del Seguro Social.

Entre las innovaciones fundamentales de este ordenamiento jurídico está la creación de las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores. Su manejo se encomienda a las Administradoras de Fondos para el retiro (Afores).

También se crea el seguro de Salud para la Familia, que permite a los trabajadores no asalariados, que laboran por su cuenta, disfrutar junto con su familia, de la atención médica integral del IMSS.

La nueva Ley extiende el régimen obligatorio a los jornaleros agrícolas y posibles así la creación de guarderías para los hijos de las madres trabajadoras del campo. Con ello se dio un paso trascendental hacia la extensión de la seguridad social al medio rural.

En el año 2001 se realizan otras reformas a la Ley del IMSS, los resultados de estas se pueden agrupar en dos apartados:

- a) Los relativos a la gestión del Instituto, y
- b) Los referidos a las pensiones.

Sobre el primer apartado, se destacan diez puntos:

PRIMERO: perfeccionar la autonomía fiscal del Instituto.

SEGUNDO: dotar al Instituto de mayores facultades presupuestarias.

TERCERO: fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas.

CUARTO: modernizar la gestión del Consejo Técnico.

QUINTO: sentar las bases para la modernización tecnológica del Instituto.

SEXTO: crear un Fondo para el cumplimiento de las obligaciones laborales a favor de los trabajadores del Instituto.

SÉPTIMO: establecer un nuevo régimen de reservas para el Instituto en su carácter de entidad administradora de seguros.

OCTAVO: posibilitar un nuevo régimen de servicios personales.

NOVENO: generar beneficios para los trabajadores.

DÉCIMO: otorgar también beneficios para las empresas.

El segundo apartado de las reformas fue relativo a las pensiones, 1,2 millones de pensionados reciben incrementos a sus pensiones, particularmente aquellos con menores percepciones. Ningún pensionado por vejez tiene una pensión inferior a un salario mínimo; además de viudas con pensiones de hasta 1,5 salarios mínimos reciben, un incremento del diez por ciento; igualmente todos los jubilados de 60 años o más de cesantía y vejez obtienen un incremento del diez por ciento. Más todavía, las reformas indexan todas las pensiones al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Con ello se pretende garantizar el poder de compra, protegiendo así no sólo a los pensionados actuales, sino también a los trabajadores actuales, que serán los jubilados del mañana.

En 2004 se reforman los artículos 227 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, donde establece que el Instituto podrá destinar recursos de las cuotas obrero patronales o de las aportaciones de Seguridad Social del gobierno federal a financiamiento del Fondo para el cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractuales correspondiente a las nuevas plazas o sustituciones que se autoricen a partir de entrada en vigor de estas reformas.

Pero, es conveniente señalar, que aún con estas reformas no queda resuelto en su totalidad el problema financiero del Instituto, menos el de su viabilidad. Sin embargo, si representan un paso más para construir un nuevo marco legal que sirva de base para generar acuerdos y consensos que nos permitan resolver otros problemas aún pendientes en la agenda del Instituto.

Hoy, el IMSS cuenta con más de 370 mil trabajadores en todo el país y su trabajo se desarrollado en un contexto macroeconómico difícil, descansado en gran medida en los esfuerzos de austeridad y de combate a la evasión. Esta ruta, sin embargo, tiene claros límites; ha ayudado a sortear la coyuntura pero no es una solución permanente a la problemática.

El IMSS continua siendo la Institución de Seguridad Social más grande de América Latina, pero fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza de México; es sin duda, una de las instituciones más queridas por los mexicanos. Hoy el IMSS confronta nuevamente condiciones difíciles que amenazan viabilidad.

En 1979 el Gobierno de la república le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia; ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-COPLAMAR, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El programa recibió un renombre a partir del año 2002 al denominarse como IMSS- Oportunidades.

El programa IMSS-Oportunidades, financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condiciones de marginación en zonas rurales del país.

Asimismo, dentro del proceso de mejora de atención médica, el Instituto ha diseñado e implementado la estrategia de Programas Integrados de Salud, más conocida como PREVENIMSS y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes.

El modelo de atención a la salud que el Instituto ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica mencionada anteriormente se ha traducido en **elevados gastos de atención médica** y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo.

En un intento de dar respuesta a la problemática antes mencionada, el Instituto diseñó y consensó la estrategia PREVENIMSS durante 2001 y la implantó y puso en operación durante 2002. Se trata de una estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad: niños (menores de 10 años) y adultos mayores (de 60 y más años).

La definición de estos grupos y el contenido de los programas de salud correspondiente, se hizo con base en la transición demográfica y epidemiológica y en el cambio de enfoque de programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

### 2.5. Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado

Podemos asegurar que este modelo de salud nació de las necesidades políticas de la época y difícilmente se realizaron perspectivas demográficas a largo plazo. En ese entonces se contaba con un amplio fondo de reserva y los trabajadores no exigirían una pensión hasta muchos años después.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia cubriría las necesidades de combate a las enfermedades endémicas, mediante campañas anuales de vacunación, en tanto sus Institutos darían un privilegio especial a la medicina curativa. Se trataba de nosocomios de alta tecnología, investigación y grandes especialidades como Cardiología, Nutrición, Neurología, todos con toma de decisión y patrimonio propio.

El IMSS planificó su modelo de salud en dos grandes apartados, la medicina familiar y la medicina especializada, fortaleciendo la segunda gracias a sus fondos de reserva. Se crea entonces el Centro Médico Nacional, que captaba lo último en tecnología invasiva y de imagen. Asimismo nacen las clínicas de especialidades como el Hospital de la Madre y hospitales como La Raza, que serán orgullo del modelo mexicano de salud por muchos años.

En el ISSSTE el Hospital 20 de Noviembre encabezará una serie de nosocomios como el “Adolfo López Mateos”, “General Zaragoza”, “1º de Octubre”, todos integrando un modelo similar, pero de mas bajo costo al IMSS, privilegiando también la medicina curativa. Lo mismo sucede en las fuerzas armadas y PEMEX, en una competencia por crear cada vez mejores hospitales de alta especialidad.

Los gobiernos estatales edificarán asimismo los suyos, auspiciados por el momento político de cada gobernador con el presidente, pero con muy poca planificación integral y equidad regional, varios podrían tener especialidades semejantes y estar separados por solo unos kilómetros, dejando descubierta el resto del territorio. En el ISSSTE, por ejemplo, hay 3 Hospitales separados por muy poca distancia: “Adolfo López Mateos”, “20 de Noviembre” y “Darío Fernández”, en tanto en otros estados no hay ninguno.

El modelo de salud de estos Institutos desarrolló una amplia generación de médicos especialistas, en un principio ginecólogos y pediatras. También se destacó por su alta tecnología, en su mayoría importada por las grandes corporaciones internacionales, con elevados costos de operación.

Con el tiempo el modelo se derivó cada vez mas a este tipo de medicina curativa, sacrificando para ello a la medicina comunitaria y a la medicina preventiva. Para los mismos médicos resultaba un castigo trabajar en una clínica, además de ser vistos con cierto desprecio por sus colegas especialistas. El dinero corría para actualizar los nosocomios a la velocidad de la obsolescencia planificada de los aparatos, el cambio hacia el TAC y de este a la Resonancia Magnética son un ejemplo reciente. La compra de las bombas de cobalto y los litotrictores constituyen otra muestra, incluso de la competencia entre institutos por obtener cada quien el suyo.

Otra rama de alto coste lo constituyó la adquisición de medicamentos sofisticados, de amplio espectro y última generación, incluso experimentales, que muchos médicos recetaban aduciendo su eficacia con el correspondiente impacto a las finanzas de las instituciones, las constantes ampliaciones de sus cuadros básicos y la subrogación. Al iniciar este nuevo siglo entre el ISSSTE y el IMSS se ejercían al año mas de 20 mil millones de pesos (2 mil millones de dólares) por este tipo de medicamentos.

En cuanto a la medicina familiar, fue cada fue día cediendo el paso, dando como consecuencia el deterioro de las clínicas de primer nivel y la falta de práctica clínica entre los médicos, sujetos a la tecnología, (por un dolor de cabeza solicitan un TAC), convirtieron esta instancia en sólo un paso para llegar al hospital, lo que hoy se denomina referencia, que casi nunca logra una contrarreferencia, ya que los pacientes prefieren engrosar las largas filas del hospital.

No obstante, el modelo continuo sofisticándose, en 1986 surgió la idea de crear tres niveles de atención: el nivel primario de la clínica, el hospital general y el hospital de tercer nivel o regional. Por otro lado, en 1985, debido al terrible terremoto que sacudió la ciudad de México, el Centro Médico Nacional, orgullo de todos los mexicanos y otros de nuestros hermosos hospitales desaparecieron, teniendo que comenzar de nuevo con la construcción nosocomios de alto costo.

A inicios de los noventa, el ISSSTE sacrificó los últimos recursos del agotado fondo de reserva para reconstruir el Hospital “20 de Noviembre”. El proyecto que contemplaba continuar con su modernización, manifestó un costo inicial de 40 millones de pesos (4 millones de dólares) llegando a más de 800 millones (80 millones de dólares), con el endeudamiento respectivo, además de no proporcionar



atención a los derechohabientes que sufren para lograr una cita, algo muy irracional de nuestros sistemas de salud.

Entonces, las clínicas de primer nivel se depreciaron, los hospitales de segundo nivel no tenían infraestructura para recibir la demanda, al no haber contención de los usuarios, estos peleaban por alcanzar el tercer nivel, aún cuando su enfermedad fuera curable en el primer nivel, que no tenía los recursos para contenerlo. Como resultado se saturaron los hospitales de alta especialidad y las urgencias de estos, tratando de conseguir un lugar en la lista de los médicos especialistas, aislando además al Centro Médico, al cual sólo puede llegarse con la recomendación de algún alto funcionario, porque además no cuenta con sala de urgencias.

La consecuencia es una medicina de alto costo y baja calidad, con la consiguiente deshumanización de los prestadores del servicio, quienes fueron convirtiendo en número la alta demanda a la que se enfrentaban y poniendo todo tipo de trabas para aceptarlos, aún siendo derechohabientes, la falta de práctica clínica y la casi extinción del médico familiar.

El paciente a la vez exige una atención eficiente, pero por tratarse de medicina curativa, el coste de la atención supera por mucho sus cuotas. En suma una medicina cara y mala, donde en muchas ocasiones el paciente debe surtirse sus propios medicamentos, recomendados por el médico pero fuera del Cuadro Básico de la institución.



### 3. El problema de la reforma

Normalmente se considera que una reforma es un cambio para mejorar, la OMS define la reforma de salud como “un esfuerzo resuelto por un cambio para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia del sector salud”. Pero una reforma en muchas ocasiones no trata de sustituir un modelo, solamente mejorarlo.

Por eso, como la misma OMS considera, en ocasiones la reforma solo responde a exigencias estructurales, asuntos como recortar el gasto público, que desde luego podrá mejorar la eficiencia de la administración pública, pero no necesariamente lograr la equidad y la cobertura sanitaria. Las reformas tienen que ver principalmente con números y eficiencia del modelo, aún a costa de sacrificar el servicio social que representan, este enfoque se agudizó en los últimos años del siglo xx, cuando el mundo parecía navegar hacia el “eficientísimo empresarial”.

Esta tendencia ha llevado a plantear reformas que promueven el abandono del sector público en la ejecución de programas de salud, para que se concentre únicamente en un rol normativo y regulador. Los procesos de privatización no siempre tienen un buen término, porque corren el peligro de debilitar a los ministerios de salud, al no tener el poder suficiente para coordinar a los actores privados, públicos e internacionales, por tanto no es evidente que ésta reforma signifique mejoría. También debe tenerse cuidado con la descentralización ilimitada, ya que puede producir el mismo efecto.

En los últimos años del siglo pasado, la palabra Reforma se puso de moda y se convirtió en un concepto muy ligado a seguridad social y otras actividades del estado, como una manera elegante de evitar la que significaría un Cambio. Desde la década de los sesentas se planteaban ajustes y adecuaciones a las legislaciones y modelos vigentes, pero fue a partir de los noventa cuando se habla incluso de refundación del sistema, término suavizado con el concepto Reforma.

Porque un cambio se refiere a penetrar en las modificaciones estructurales de los programas de cobertura, más que a mejorar el sistema actual. Una refundación, se plantea como un proceso de adopción en los objetivos de la seguridad social, para redefinir cuáles son los sectores que deben ser prioritarios, los mecanismos para obtener los recursos que permitan cumplir con los objetivos y cómo adecuar los regímenes vigentes con el modelo al que se pretende llegar.

Es decir iniciar el planteamiento hacia un nuevo paradigma, con una visión de largo plazo que permita navegar en el presente hacia un puerto futuro, al menos con una imagen objetivo de cobertura total, evitando que las situaciones coyunturales continúen siendo “el eje de nuestros sistemas de Seguridad Social”.

En éste proceso, todos los países de América Latina, con excepción de Brasil, han optado por reformas mixtas, con especial seguimiento al caso Chileno, como el primer experimento. Estas adecuaciones han sido propuestas, valoradas y vigiladas por organismos internacionales, en particular Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), siendo el primero, quien de alguna manera a través de los organismos multilaterales de crédito, intenta definir los alcances de éstos programas. En éste sentido el Banco Mundial define para sus reformas:

- Facilitar las medidas para traspasar parte del ingreso de los años de trabajo activo a la vejez.
- Proporcionar un ingreso básico mínimo que proteja a los que tuvieron un ingreso bajo durante toda su vida.
- Asegurar a los ancianos contra los riesgos a los que son vulnerables, incapacidad, longevidad e inflación.

- Minimizar los costos ocultos que obstaculizan el crecimiento, como la reducción de empleo y ahorro, asignación ineficiente de capital y trabajo, cargas fiscales, gastos administrativos y la evasión.
- Ser sostenibles, basados en la planificación a largo plazo, previendo las condiciones económicas y demográficas.
- Ser transparentes, para poder tomar decisiones bien fundadas.

En los países Latinoamericanos las reformas con énfasis en las experiencias chilenas, han tenido diversos alcances, en el caso peruano el sistema de capitalización individual fue propuesto en 1991, Colombia lo adopta en 1993, Argentina crea un sistema mixto en 1994 y Uruguay en 1996.

En México los trabajos inician en 1991, modificando los aspectos de cobertura de los trabajadores asalariados por las empresas, en 1992 se instala el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), caracterizado por el financiamiento a cargo de los empleadores, entregando las contribuciones a cuentas bancarias especiales, depositando los fondos al Banco de México y permitiendo a los trabajadores retirar los ahorros una vez cumplidos los 65 años.

Este programa admite el capital privado a través de las AFORE, como imagen de las AFP chilenas, salvo que pueden ser privadas, públicas o de participación social. Resulta conveniente resaltar que a 10 años de estas transformaciones, los avances han sido pequeños, además de no evitar el deterioro financiero y la calidad de la atención de los servicios de salud.

Esta disyuntiva se presenta de manera más profunda por la segmentación, el ISSSTE desde su creación, al modificar la constitución y crear el apartado B, ha sido un Instituto para los trabajadores del Estado, no obstante este no aporta como patrón, como sucede en el caso del IMSS, además de no recibir cuotas de sus pensionados y carecer de un fondo para su pago, recurriendo al subsidio gubernamental.

Al capitalizar individualmente los trabajadores, el ISSSTE dejaría de participar como regulador del sistema, pero tendría que proporcionarles los servicios de salud, aún a los pensionados que ya no aportan. En el caso del subsidio cruzado de los activos hacia estos, la situación no resultaría mejor, porque cada día es menor la proporción de los activos respecto a los pensionados, descendiendo a un peligroso piso de 3 a 1.

### *3.1. Un pacto en la salud de todos los mexicanos que incluya entre otros los siguientes elementos*

- Aprovechar la cultura de las comunidades, a través de terapeutas tradicionales y alternativos en beneficio de la prevención de la salud de su población.
- Establecer un pacto fiscal para la Seguridad Social en salud del país.
- Asegurar la eficiencia en el uso de los recursos del estado.
- Transparencia.
- Rendición de Cuentas.
- Reglas claras.
- Mayor disponibilidad de recursos para que el fisco pueda cumplir con las prioridades del desarrollo y la Seguridad Social.
- Promover la Inter-institucionalidad y la Inter-sectorialidad.
- Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Asimismo debe existir una respuesta de las instituciones de nuestro país y un desafío para alcanzar los objetivos a través de los siguientes principios orientadores para el desarrollo de políticas de salud que abarquen a todos los mexicanos. A manera de resumen podríamos recordar que los factores críticos de la situación financiera actual son:

- El envejecimiento de la población asegurada y beneficiada. Esto impacta de manera significativa en la estructura del coste de la atención médica, atendiendo una población de más de 500 mil pensionados, (los de más elevado costo), sin retribución al sistema.

- El otorgamiento de retiro a temprana edad, afecta en el mismo sentido, en la actualidad existen más de 300 mil sujetos con capacidad de retiro.
- El agotamiento como consecuencia, de los recursos presupuestales para financiar las demandas del fondo de Salud.
- Desorganización en los 3 niveles de atención, en un sistema híbrido que creció acorde a necesidades políticas de cada gobierno sexenal.
- Una estructura institucional obsoleta y dependiente, poco flexible para la toma de decisiones que se genera de un modelo caro y con baja calidad de servicios en la atención para las comunidades y la población de México.

### *3.2. La reforma en el IMSS hacia la privatización de servicios*

A inicio del 2003, en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se publicó el nuevo reglamento de organización Interna del IMSS. En el segundo capítulo, correspondiente a los órganos de operación administrativa concentrada, se creó la figura de “Unidades Médicas de Especialidad” (UMAES).

Entre las atribuciones del Director de la UMAES, enumeradas en el Artículo 151-B del reglamento destacan dos apartados:

El numeral IV y el XVI el primero apunta: “Otorgar permisos de uso de espacios disponibles en las Áreas de las UMAES, conforme a los lineamientos expedidos por el Consejo Técnico, y en su caso suscribirlos”.

El numeral XVI-que agrega fuertes modificaciones a la estructura del IMSS, señala que el director de la UMAES podrá llevar a cabo los procedimientos de contratación que tengan por objeto la adquisición, arrendamiento y prestación de servicios, así como la Licitación Pública de Servicios relacionados con la misma, en los términos de la legislación, disposiciones reglamentarias y administrativas aplicables. Así mismo resaltan los cobros por los servicios de alta especialidad a las personas no aseguradas-como se estipula en el inciso B numeral XII del artículo 151-B del mismo reglamento.

Otro elemento de la reforma del IMSS son los llamados Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). De reciente creación, los GRD establecen parámetros que ya se emplean en el Instituto con el fin de cuantificar el costo de las enfermedades de las personas.

De esta manera, el IMSS calcula el costo efectivo de cada uno de los servicios que se otorgan. Se prevé que con este modelo se pondera el costo/efectividad de los servicios, a mayor degradación de la atención médica ante la incapacidad de atender la enorme demanda de la población derechohabiente y la insuficiente infraestructura.

Las reformas a la Institución contemplan el arrendamiento a la iniciativa privada de las instalaciones sanitarias y el reforzamiento de una “Visión Gerencial de la atención a la Salud”.

Con esta modificación a la Ley del Seguro Social regresa por una parte a las Organizaciones Mutualistas Obreras, donde solo los trabajadores contribuyen a su protección, ésta modificación libera al patrón y al estado de la responsabilidad de contribuir a las pensiones de los trabajadores con el agravante para el IMSS de que el patrón es el que administra esos fondos y los trabajadores no tienen ingerencia sobre sus propios ahorros. Esta modificación es fundamental, ya que da un giro del Modelo de Seguridad Social establecido en México.

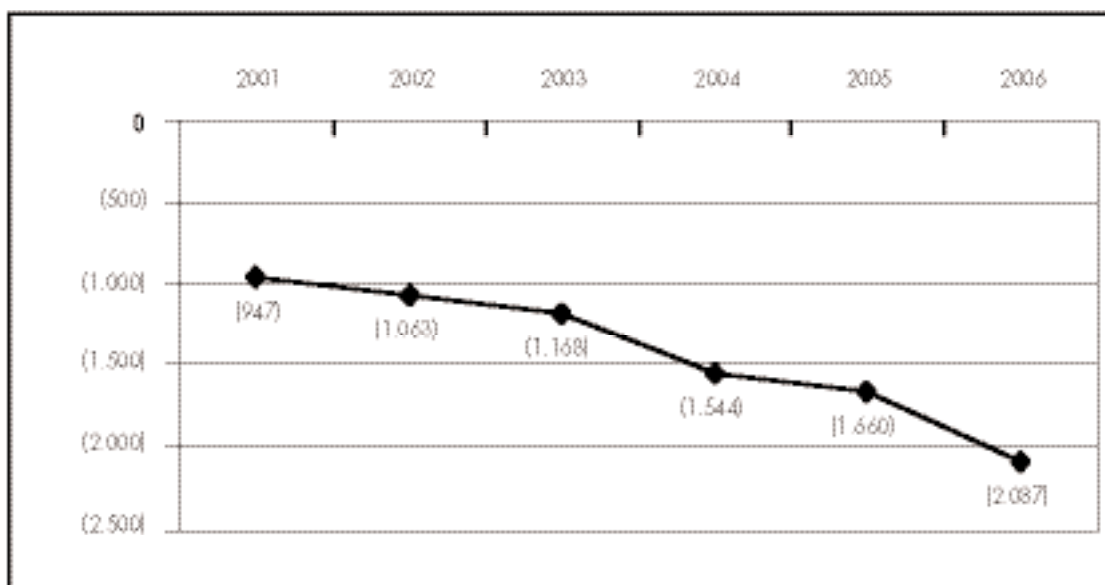
### *3.3. La reforma en el ISSSTE*

El Lic. Benjamín González Roaro, ex-Director General del ISSSTE, en su libro “La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos”; nos señala que el ISSSTE es la segunda Institución de Seguridad Social en México y requiere una transformación, una reforma a fondo, profunda que le de sustentabilidad financiera y que le dé también una garantía de largo plazo, una permanencia a futuro, que no sea carga para las generaciones actuales y mucho menos para las generaciones futuras.

Por eso, se ha trabajado en consolidar una propuesta que contenga el consenso de todos los actores políticos que tienen que ver con la vida del ISSSTE y que le de a la vez solidez financiera y permita mejorar la calidad de los servicios que presta.

Si analizamos la tendencia financiera del fondo médico observamos un déficit estimado de 2 mil millones de pesos para el año 2006 y si consideramos que el porcentaje de individuos de la tercera edad es mayor en el ISSSTE (7,24%) que el IMSS (6%), también la proporción de mujeres con capacidad para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas (9,8%), y que los derechohabientes del ISSSTE son de mayor nivel escolar, por tanto más exigentes.

**Cuadro 11. Tendencia del fondo médico ISSSTE**

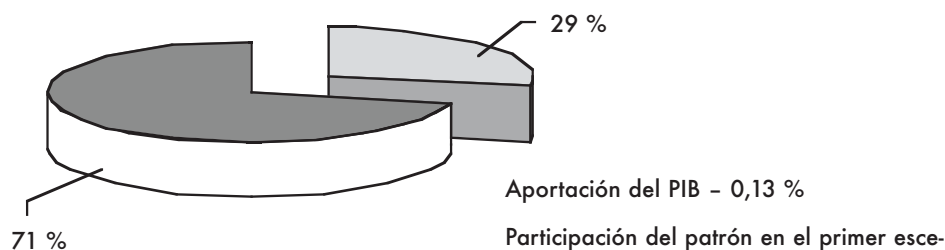


Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE.

Ante este panorama, México debate qué reforma realizar para equilibrar las finanzas del fondo de salud, podríamos enfrentar tres escenarios:

**Primero:** No hacer nada y continuar con el estado inercial, esto nos conduciría a la quiebra técnica a más tardar en el año 2008, como se observa en la Tendencia del Fondo Médico, aún sin considerar los 300 mil trabajadores susceptibles de jubilación.

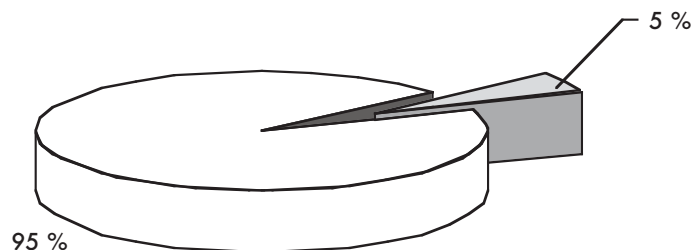
#### Primer escenario



Es obvio que el primer escenario resulta el más oscuro, sin embargo, por las condiciones políticas actuales, prevalece el debate, con una alta probabilidad de diferir el problema a la siguiente administración, que de acuerdo a la ideología del candidato triunfador podría definirse hacia una mayor intervención del Estado o un intento de privatización para los servicios.

**Segundo:** En el IMSS la cuota se divide en la parte del trabajador, otra del patrón y la del Estado, en el caso del ISSSTE, al ser el patrón el Estado no participa con esta aportación. De realizarse una reforma tipo IMSS, se presentarían más obligaciones para el Gobierno Federal, que deberá incrementar sus aportaciones en un 33% promedio, para la atención de sus trabajadores.

**Segundo escenario**

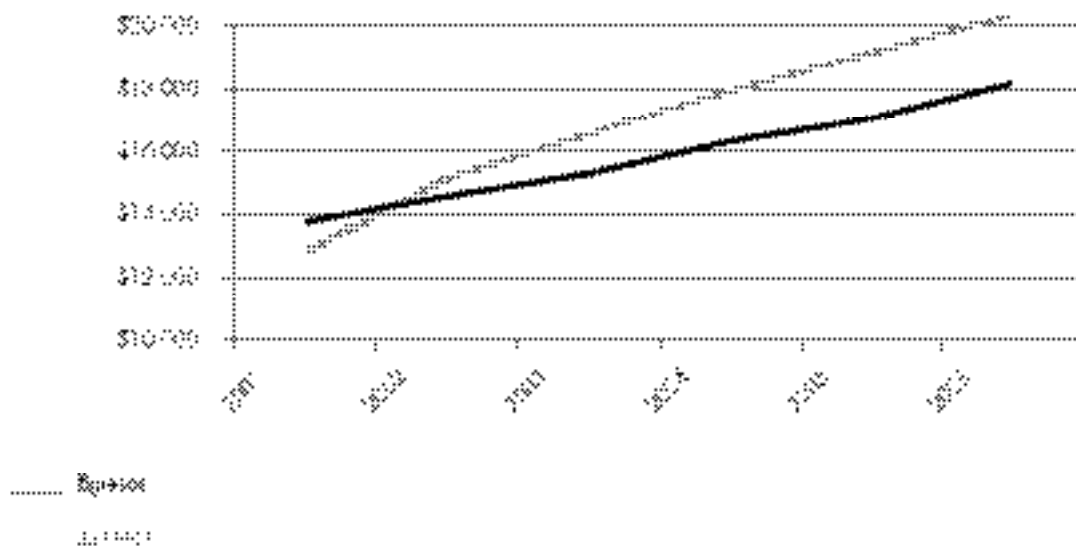


Aportación del PIB - 0,19 % Participación del patrón en el segundo escenario.

El segundo escenario nos plantea la posibilidad de aliviar el déficit con recursos frescos, pero a mediano plazo deberá cubrirse la necesidad de renovar el equipo obsoleto, que según cálculos de las áreas de mantenimiento puede ascender a \$ 2.500 millones de pesos y además prepararse para recibir 300 mil nuevos pensionados.

En este escenario resulta muy importante legislar la cuota de los pensionados, que deberá transferir el patrón (Estado), para eliminar los subsidios cruzados. Para ello resultará necesario realizar una separación total del Fondo de Pensiones respecto al Fondo de Salud, haciéndolos totalmente independientes, solo así podrían cubrirse los costos de atención de una manera captada y transparente, porque el problema real del fondo médico surge del financiamiento con altos costos, de los servicios de salud para los pensionados.

**Cuadro 12. Ingresos y egresos del fondo médico**



Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE y de Tesis Antares Consultores.  
Una reforma tipo IMSS mejora a corto plazo.

En un sistema capitado de gestión, el patrón, en este caso el Estado, debe transferir a los hospitales, el costo de la atención que generan sus derechohabientes, incluyendo los pensionados, aun cuando no les cobre el derecho a la salud. Esto generaría mayor control en el gasto, equidad en la atención y la mejora continua de los servicios en los hospitales de especialidad.

**Tercero:** La reestructuración de los servicios de salud, con un nuevo modelo que garantice la transparencia de los recursos aplicados, permitiendo al Estado el pago justo por los servicios de sus trabajadores y el desarrollo de un servicio de gerencia hospitalaria.

Al tercer escenario se agrega el desarrollo de la Gerencia Hospitalaria del sistema de salud, porque además de obsoleta resulta cara y de baja calidad, se trata de un proceso de modernización para

un sistema que lleva mas de 40 años, en el cual de acuerdo a experiencias internacionales, debe participar el Estado como rector, pero abrirse hacia un sistema gerencial. Aquí también consideramos dos posibilidades:

- Una reforma adecuación del modelo actual, en base a la rectoría del Estado, mediante una Planeación estratégica basada en Gerencia Hospitalaria: mejora continua de los servicios asistenciales y Autonomía de gestión de los prestadores de servicios. (Modelo Estatal).
- Un Sistema mixto de atención, que separe de forma definitiva el financiamiento de la provisión (Modelo Liberal), abriendo el servicio de salud, este tendría como principal detractor a los sindicatos y trabajadores, acostumbrados por mas de 70 años al Estado paternalista.

Para enfrentar estos retos se propone un cambio en el enfoque tradicional, hacia un modelo que contemple el desarrollo gerencial de sus participantes, que les permita ser agentes de cambio en la búsqueda de objetivos comunes para todo un sistema autofinanciable, que defina aspectos gerenciales como:

- **Impulsar el Desarrollo Institucional mediante:**

- Reorganización corporativa y del Fondo de Salud.
- Separación paulatina del financiamiento y provisión de los servicios.
- Aportaciones captadas y mayor gestión al modelo de salud.
- Desconcentración de los recursos.
- Supervisión de los procesos a través de grupos de gestión de calidad y contención de costos.

- **Eficiencia:**

- Presupuestaria y de gestión.
- Diseño de fórmulas y fondos para la asignación de recursos.
- Desarrollo de sistemas de costeo por producto y servicio.
- Desarrollo de sistemas de subrogación parcial de servicios.

- **Equidad:**

- Bases de datos de derechohabientes para los Médicos Generales y enfermeras Comunitarias.
- Desarrollo de la medicina Tradicional y de la Integral Familiar.
- Reingeniería de la Red hospitalaria.
- Establecimiento de un Sistema de Salud Comunitario basado en la Gestión desconcentrada.
- Tableros de control de gestión (BALANCED SCORE CARD).
- Asignación captada de los recursos.
- Indicadores de productividad y abasto de medicamentos.

Como conclusión, podemos decir que se presenta actualmente en los Institutos de Seguridad Social que participan en la Salud, una precaria situación financiera, producto de la misma historia reciente de nuestro país, esto ha generado cambios trascendentales a la política original, bajo el amparo en que fue creado nuestro sistema de salud.

Estos cambios se han reflejado de manera determinante en las áreas de salud, dejando obsoleto el modelo del siglo pasado, que hoy se debate con altos costos de ejecución y mantenimiento de instalaciones viejas, pobre calidad de atención, una demanda que se incrementa y que es constitucionalmente válida. Pero sobre todo, con una urgente necesidad de reorganizar los servicios, aprovechando para ello las modernas técnicas que han demostrado ser un éxito en otros modelos institucionales y que pueden ser el detonador para su actualización al siglo XXI.

En México, el largo proceso sindical que sostuvo el modelo corporativo, bajo las ideas de justicia social, entró en descomposición y se encontró de frente a la oleada privatizadora, Quedando además obsoleto ante nuevas corrientes de seguridad social en el mundo y a la promoción de los modelos privados de EE.UU.



Aunado a esto, se implantaron las políticas de liquidación y retiro, con el objetivo adelgazar la estructura de la clase trabajadora, tanto en las empresas como en la burocracia, bajo el amparo de las nuevas ideas privatizadoras, pero que a la vez presionan sobre el sistema de salud con nuevos pensionados.

Esto ha generado un efecto multiplicador en la carga pensionaria por el cambio en el perfil epidemiológico, además de un descenso dramático en la proporción de trabajadores activos respecto a los pensionados, quienes con la ampliación a sus perspectivas de vida, pasaron a formar parte de una clase empobrecida, con un derecho a servicio de salud. Como pensiones y salud se encuentran perversamente unidas, el deterioro del primero propició la caída del segundo.

Las consecuencias llevaron a los dos Institutos de Seguridad Social a la necesidad impostergable de reformas; con las arcas vacías, dependían ya de manera casi íntegra de los subsidios federales, por tanto fueron sujetos a las políticas restrictivas de la federación, a través de los planes hacendarios y actuariales que fríamente determinan su futuro, en detrimento tanto de sus empleados como de la calidad de los servicios a sus derechohabientes.

Ante ese reto, en la actualidad, las consejerías internacionales como el Banco Mundial plantean la disyuntiva de continuar con el modelo social de salud como una función única del estado o abrirlo al capital privado.

En el caso de las pensiones, los primeros intentos de ésta segunda corriente, basados en el modelo chileno, como ya se mencionó; dieron lugar a la creación del SAR, (Sistema de Ahorro para el Retiro), con la aparición en 1993 de las llamadas AFORES privadas. Sus consecuencias al no ser del todo satisfactorias, produjeron gran inseguridad entre los trabajadores para aceptar cambios en su sistema tradicional de pensiones, a toda luz obsoleta, pero con un alto contenido de socialización, utilizado durante años en los discursos de nuestros gobernantes, que hoy intentan deslindarse. Pero, si las pensiones se privatizan, ¿cómo financiar ahora el sistema de salud?

Durante la dictadura militar (1974-1982), Chile inició el proceso llamado “la retirada del estado”, correspondiendo a José Piñera como Ministro del Trabajo, la desincorporación del sistema tradicionalmente social a través del principio de capitalización individual, la Administración de los fondos por empresas privadas, adscripción obligatoria a cada una de esas empresas y la búsqueda de la rentabilidad en inversiones según explica Rodolfo Saldain de OISS.

Este sistema, con variaciones, se ha tratado de implantar en los demás países de Latinoamérica, produciendo movimientos sociales, alta inseguridad en sus gobiernos y un giro hacia la izquierda en sus incipientes democracias. Sin embargo, debemos de reconocer que solamente prescindiendo y eliminando las demandas de los sindicatos mediante una terrible dictadura como la chilena, podrían establecerse condiciones de éste tipo. Una prueba lo constituye la actual discusión para los pensionados del ISSSTE acerca de aceptar un sistema de AFORE públicas, que pretenden ser administradas por los mismos sindicatos.

Es importante recordar que el origen del desarrollo de la Seguridad Social en nuestro País, se ha ligado desde su creación a las relaciones de poder, en las cuales han jugado un papel determinante los sindicatos. Si bien en los discursos, se menciona la democracia, solidaridad, justicia social y la equidad, en la práctica, son las negociaciones de alto nivel sindicatos –gobierno– patronos, los que han definido las políticas de coyuntura a seguir y también a nuestros gobernantes.

En tanto se dan éstas discusiones, el servicio de salud se ha convertido en una verdadera problemática para el Estado, mostrando una pobre calidad de servicios, altos déficit de financiamiento y el requerimiento masivo de su atención, dado el empobrecimiento de la población, en especial de los adultos mayores y los grupos vulnerables.

En suma, esto es lo que sucede a los dos principales institutos de Seguridad Social en México y entre ambos ejercen un promedio de 3 mil millones de dls. anuales, de los cuales 2 mil se utilizan para compra de medicamentos. El costo por derechohabiente asciende a 50 dólares. en el IMSS y 60 dólares percapita para el ISSSTE, con una cobertura de 55 millones de mexicanos, es decir la mitad de la población.

No obstante estas cifras astronómicas, el principal problema de México continúa siendo la cobertura, ya que si bien las próximas reformas para estos institutos podrían aliviar su actual situación, en especial de características financieras, la pregunta es: ¿cómo atender a la mayor parte de la población que carece de acceso a los institutos de salud y que constituye un factor creciente de desestabilización social, enfrentada a las políticas neoliberales?



**El futuro**



## 4. Hacia un nuevo modelo gerencial de Salud Comunitaria

Ante el gran reto que se nos presenta para los próximos años, resulta definitivo que los países de América Latina necesitan proyectos de reformas sociales a fondo, para evitar consecuencias que sin duda afectarían a los países ricos, tales como epidemias, emigración, depredación, pobreza, deuda externa y movimientos sociales.

Por tanto es necesario explorar nuevas fórmulas, hasta hoy, aprovechando las experiencias exitosas de otros países para “tropicalizarlas” en México, en la búsqueda de fomentar acciones de salud para nuestras naciones, pero en especial “mirando hacia adentro”.

Aún siendo necesario pensar en una reforma de refundación social, atacando de nuevo el problema de la cobertura, destacamos que en las soluciones deben participar todos los actores de la Seguridad Social, ya que es necesario un *pacto amplio para* poder definir sus alcances, debemos partir de *un sistema mixto, es decir, que aproveche los distintos modelos públicos y privados, pero sin perder de vista la rectoría del Estado.*

En este pacto juegan un papel preponderante los sindicatos mexicanos, ya que deben participar como entes activos en el mejoramiento de las condiciones actuales y no como afectados por el cambio. En la práctica se demuestra que sin la comprensión de los sindicatos en una visión a futuro, la propuesta comunitaria estaría condenada al fracaso, porque constituye la parte más sensible del sistema.

Una primera condición para este modelo comunitario consiste en separar el servicio de salud de las pensiones, para que cada uno cuente con su propio financiamiento y administración, evitando así los subsidios cruzados como en los grandes institutos de Seguridad Social.

A la vez, resulta indispensable reorganizar los servicios de salud, aprovechando la gran infraestructura con la que México cuenta, a través de sistemas de portabilidad y cuotas capitadas que permitan su desarrollo adecuado. Esta política reduciría el coste del Estado, que actualmente financia varios sistemas autónomos y ampliaría los beneficios, utilizando los mismos recursos.

La participación de las instituciones privadas como las aseguradoras y financieras también sería necesaria para mejorar la calidad de los servicios, proporcionando una atención más de acuerdo a las expectativas del usuario. Con estas premisas podría abrirse la atención a toda la población, garantizándole su acceso al Sistema de Salud.

### 4.1. Cobertura actual, seguro popular y los objetivos del milenio

¿Pero, cual sería la cobertura de los Programas de Salud en nuestro país? ¿Qué pasa con los millones de pobres, que no tienen acceso a la salud? Para ello nos permitiremos citar algunas cifras surgidas de las discusiones legislativas a las glosas del 5.º informe de gobierno de la actual administración, en el Sector Salud, donde sobresalen las siguientes conclusiones.

El reto reside en la falta de protección financiera, para más de 50 millones de mexicanos que no gozan de cobertura de salud. A pesar de los avances en Seguridad Social, la mitad del gasto de salud procede directamente de las personas. Esto deja a millones de familias, ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus familiares sufrir enfermedades, dolor por falta de recursos económicos.

El siguiente cuadro elaborado por El Consejo Nacional de Población nos presenta el índice y grado de marginación de las entidades federativas de nuestro país. Destaca que Veinte Estados de la Repú-

blica que agrupan a 50.905.856 habitantes. Que representan el 52% del total de la población, tienen grados de marginación que van de Medio a Muy Alto.

Los Estados de Campeche, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas presentan índices de marginación Muy Altos y Altos.

**Cuadro 13. Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación**

Clave de la entidad federativa	Entidad federativa	Población total	Índice de marginación	Grado de marginación	Lugar que ocupa en el contexto nacional
	Nacional	97.483.412			
01	Aguascalientes	Zacatecas	944.285	- 0,97340	Bajo
02	Baja California		2.487.367	- 1,26849	Muy bajo
03	Baja California Sur		424.041	- 0,80173	Bajo
04	Campeche		690.689	0,70170	Alto
05	Coahuila de Zaragoza		2.298.070	- 1,20202	Muy bajo
06	Colima		542.627	- 0,68709	Bajo
07	Chiapas		3.920.892	2,25073	Muy alto
08	Chihuahua		3.052.907	- 0,78007	Bajo
09	Distrito Federal		8.605.239	- 1,52944	Muy bajo
10	Durango		1.448.661	- 0,11390	Medio
11	Guanajuato		4.663.032	0,07966	Alto
12	Guerrero		3.079.649	2,11781	Muy alto
13	Hidalgo		2.235.591	0,87701	Muy alto
14	Jalisco		6.322.002	- 0,76076	Bajo
15	México		13.096.686	- 0,60460	Bajo
16	Michoacán de Ocam-		3.985.667	0,44913	Alto
17	po		1.555.296	- 0,35571	Medio
18	Morelos		920.185	0,05813	Alto
19	Nayarit		3.834.141	- 1,39258	Muy bajo
20	Nuevo León		3.438.765	2,07869	Muy alto
21	Oaxaca		5.076.686	0,72048	Alto
22	Puebla		1.404.306	- 0,10726	Medio
23	Querétaro de Arteaga		874.963	- 0,35917	Medio
24	Quintana Roo		2.299.360	0,72114	Alto
25	San Luis Potosí		2.536.844	- 0,09957	Medio
26	Sinaloa		2.216.969	- 0,75590	Bajo
27	Sonora		1.891.829	0,65540	Alto
28	Tabasco		2.753.222	- 0,69053	Bajo
29	Tamaulipas		962.646	- 0,18493	Medio
30	Tlaxcala		6.908.975	1,27756	Muy alto
21	Veracruz-Llave		1.658.210	0,38133	Alto
32	Yucatán		1.353.610	0,29837	Alto

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Muy bajo	4	17.224,817
Bajo	8	29.352.739
Medio	6	8.782.716
Alto	9	19.583.872
Muy alto	5	22.539,268

<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>97.483.412</b>
--------------	-----------	-------------------

Alto	52 %	50.905.856
Bajo	48 %	46.577.556

Destaquemos los beneficios de los programas Oportunidades y Seguro Popular que atienden a familias en zonas rurales, semi-urbanas y urbanas, abarcando 2.435 municipios y unas 82.000 comunidades: Como comparación diremos que sólo el estado de Oaxaca, uno de los más pobres, tiene 500 municipios y unas 60.000 comunidades aisladas, para establecer el tamaño en la cobertura de estos programas.

Este tipo de programas extensivos son aplicados como aspirinas a la solución del problema en cada sexenio de gobierno, durante el período de Luis Echeverría fue el PIDER, posteriormente se integró al IMSS como COPLAMAR, Carlos Salinas le llamó SOLIDARIDAD, porque estaba de moda Lech Walesa, en esencia buscan ampliar cobertura y proporcionar los servicios a la población más empobrecida, hoy es Oportunidades, ¿y mañana?

**Cuadro 14. Nivel de gasto federal y principales programas para la superación de la pobreza<sup>(1)</sup>**

Concepto	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>Gasto para la superación de la pobreza</b>													
Gasto per cápita para la superación de la pobreza (pesos) <sup>(2, 3)</sup>	64,5	172,6	213,3	277,0	314,5	415,5	617,9	607,8	680,5	830,7	884,6	1.037,9	1.215,7
Gasto público federal para la superación de la pobreza/PIB (%) <sup>(3, 4)</sup>	0,7	1,1	1,1	1	1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,6
% del gasto público federal para la superación de la pobreza/Gasto programable total <sup>(3)</sup>	4,7	6,4	6,9	6,5	5,7	6,8	7,2	7,1	7,4	7,9	7,4	8,2	9,8
Gasto por ejecutar (%) <sup>(3)</sup>	100	100	100	99,7	98,8	58,9	56,2	57,8	55,9	59,1	60,2	65,2	67,6
Gobierno Federal				0,3	1,2	17,6	18,5	17,7	18,2	17,0	15,7	13,4	12
Gobiernos estatales						23,5	25,3	24,5	25,9	23,9	24,1	21,4	20,4
Gobiernos municipales													
<b>Beneficiarios del programa oportunidades</b>													
Familias (miles) <sup>(5)</sup>					300,7	1.595,6	2.306,3	2.476,4	3.237,7	4.240	4.240	5.000	5.000
Zonas rurales					300,7	1.595,6	2.306,3	2.129,8	2.524,5	3.090,8	3.010,6	3.452,6	3.452,5
Zonas semiurbanas								341,6	599,4	616,1	747,4	870,2	870,2
Zonas urbanas								5	113,8	533,1	482	677,3	677,3
Municipios					456	1.743	2.155	2.166	2.317	2.354	2.360	2.429	2.435
Localidades					10.769	40.906	53.055	53.232	67.737	70.520	70.436	82.973	82.993
<b>Apoyos de oportunidades</b>													
Suplementos alimenticios distribuidos (mill. de dosis)					5	254,1	543,8	555,7	665,3	566,4	529,2	523,6	561,2
Promedio de consultas mensuales (miles)						435	1.359,8	1.624,4	1.836,4	2.295,8	2.661,5	2.903,1	3.242,9
Menores de 5 años registrados								1.468,4	1.656,8	2.008,5	2.004,4	2.138,8	2.549,2
En control de desnutrición								1.274,3	1.525,7	1.910,2	1.943,6	2.081	2.382,2
Con desnutrición								318,3	333	404,2	412,3	420,2	533,7
Mujeres embarazadas y en lactancia													
Registradas								304,4	317,9	358,9	654,1	364,7	470,9
En control								282,6	298,8	348,9	344,2	357,2	449,1
<b>Programas de desayunos escolares</b>													
Desayunos repartidos por día (miles)	599,4	1.271,0	1.930,3	2.092,7	2.737,7	2.958,7	3.440,3	3.630,2	3.673,9	3.758	3.998,5	4.531,2	4.618,8
<b>Programa de abastos social de leche</b>													
Familias beneficiadas (miles)	2.180,9	2.916,9	3.121	3.089,3	3.041,6	2.681,3	2.394,4	2.394,3	2.632,1	2.825,5	3.040,1	3.013,3	2.977
<b>Programas productivos</b>													
Programa de empleo temporal			662,1	851,3	845,2	984,2	1.189,7	1.086,3	985,5	932,6	406,7	340,4	211,8
Empleos generados (miles)													
<b>Desarrollo del patrimonio</b>													
Créditos y subsidios otorgados con recursos fiscales para vivienda (núm.) <sup>(6)</sup>						7.975	14.079	38.619	30.842	133.349	191.491	131.763	108.032

Nota: Debido a que la SEP actualizó la información relativa al gasto realizado vía Ramo 33 en Telesecundarias, las cifras del gasto del Gobierno Federal en programas para superar la pobreza cambian desde 1998 a 2004, y en este sentido se actualiza la información con dicho gasto.

(1) Se presentan datos a partir del inicio del Programa.

(2) Se calculó con base en la población nacional de acuerdo con los datos definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda de 2.000 presentados por el Consejo Nacional de Población a mediados de 2003.

(3) En 2005 los cálculos fueron realizados con base en el presupuesto autorizado.

(4) Las cifras pueden diferir respecto a lo publicado en el informe de Gobierno de 2003, debido a que las relaciones respecto al Producto Interno Bruto se elaboraron con base en la serie del PIB a precios corrientes de cada año obtenida a partir de cálculos trimestrales provenientes del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), mientras que en los Informes del Gobierno anteriores se utilizaron datos del PIB provenientes del cálculo anual del SCNM.

(5) Familias registradas en el padrón activo. Hasta 1999 las familias beneficiarias de Oportunidades (antes Progresá) se identificaban en su totalidad como rurales. A partir del año 2000 se precisan las cifras de familias semiurbanas y urbanas. En 2001 la información corresponde al cierre del bimestre noviembre-diciembre. En función del mecanismo de operación del Programa, y de acuerdo con su esquema de verificación de responsabilidades, las familias que recibieron sus apoyos con cargo al presupuesto 2001 fueron 3.116.042.

(6) Se refiere a los programas de Apoyos y Subsidios a la Vivienda (PROSAV). "Tu Casa" y Vivienda Rural.

(e) Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público con base en la información proporcionada por las dependencias y entidades.

Si definimos la extensión de la seguridad en salud como: **“La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que el individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios de sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”**.

Es importante destacar, que la Población excluida de la protección social en salud está compuesta generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como las mujeres y los grupos mayores, minusválidos, VHSIDA, niños y otros grupos vulnerables.

Si bien ha aumentado el gasto de gobierno, es difícil comparar largos períodos de tiempo, debido a las devaluaciones recurrentes, A guisa de ejemplo, en 1992 el gasto promedio per cápita era de 0,50 Dlls. actuales y se incremento a 11 dlls actuales para 2005, sin embargo en 1995 hubo una fuerte devaluación del peso frente al dólar. En tanto, la participación en el PIB representó el 2,4 en 2004 y 2,6% en 2005, muy por debajo de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la inequidad de los beneficios a nivel regional.

**Cuadro 15. Gastos en Salud**

Concepto	Millones de pesos		
	2003	2004	2005 <sup>(1)</sup>
Total <sup>(2)</sup>	181.130,4	184.678,8	207.352,1
Instituciones que cubren la población No asegurada	52.681,1	48.867,7	65.549,8
Secretaría de Salud <sup>(3)</sup>	19.744,7	14.335,7	31.320,7
Ramo 33 (FASSA)	32.936,4	34.532,0	34.229,1
Instituciones que cubren la población asegurada	128.449,3	135.811,1	141.802,2
SEDENA	2.075,6	1.997,6	2.085,2
PEMEX	6.731,2	6.999,6	5.799,0
IMSS	102.234,9	103.747,9	104.937,3
ISSSTE	17.407,6	18.782,5	21.527,5
OTROS <sup>(4)</sup>		4.283,5	7.453,2
Porcentaje de Gasto en Salud respecto a PIB	2,6	2,4	2,6

<sup>(1)</sup> Cifras del presupuesto autorizado por la Honorable Cámara de Diputados. Excluye las de las entidades de control presupuestario directo y las aportaciones del ISSSTE-FOVISTE.

<sup>(2)</sup> La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo de las cifras.

<sup>(3)</sup> Incluye recursos del sector central, así como los subsidios y transferencias a entidades paraestatales apoyadas y órganos administrativos desconcentrados, así como entidades federativas y a los sectores social y privado.

<sup>(4)</sup> En 2004 y 2005 incluye al Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social. Adicionalmente para 2005 incluye el Ramo 13 Secretaría de Marina.

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003 y 2004. Para 2005 Presupuesto de Egresos de la Federación.

Como ya se mencionó, la pobreza según cifras oficiales alcanza a más de 50 millones de mexicanos y otros 20 han emigrado a Estados Unidos, los resultados son catastróficos. La tasa de mortalidad de menores de un año en México es de 24, en Argentina y Chile son 16 y 10 respectivamente, en tanto la mortalidad infantil es de 16,4 en México, Cuba tiene 6 y Canadá 5,5.

Asimismo, dentro de nuestro país existen graves desequilibrios regionales, en tanto Chiapas la mortalidad infantil alcanza promedios de 38,8 por 100.000, en Nuevo León es apenas de 3,15. En tanto la materna-infantil se dispara a 98,8 en Guerrero, en Guanajuato desciende a 18,9.



**Cuadro 16. Salud en países seleccionados por nivel de desarrollo**

Concepto	Desarrollo humano alto										Desarrollo humano medio						Desarrollo humano bajo						
	Total mundial	EUA <sup>(1)</sup>	Canadá <sup>(1)</sup>	Argentina <sup>(1)</sup>	Chile	Singapur	España	Portugal	Francia	México <sup>(1)</sup>	Brasil <sup>(1)</sup>	Belice	Guatemala	Honduras	El Salvador	Panamá	Malasia	Tanzania	Bangladesh	Sudán	Yemen	Senegal	Haití
Esperanza de vida al nacer (años)	71,5	73,2	67,1	63,4	69,5	72,9	68,0	72,4	62,4	59,5	67,6	53,7	53,8	58,2	66,2	63,0	46,5	45,2	43,6	39,8	41,8	46,5	49,7
	66,4	76,5	72,9	74,9	77,1	78,1	75,2	78,1	72,2	67,2	73,6	64,0	65,6	69,1	73,6	71,9	51,1	58,1	55,0	59,4	52,3	52,0	40,5
	66,9	76,8	73,1	75,1	77,3	78,1	75,5	78,2	73,4	67,0	74,9	64,4	69,6	69,4	73,8	72,2	47,9	58,6	55,4	56,5	52,7	54,0	40,5
	66,7	76,8	73,2	75,2	77,4	78,3	75,5	78,4	73,7	67,5	73,8	65,7	65,7	69,5	73,9	72,2	51,1	58,9	55,6	60,1	52,9	52,4	41,0
	66,7	77,1	74,2	76,1	78,1	79,3	76,2	79,0	75,2	68,1	71,4	65,8	68,9	70,7	74,7	73,1	43,3	61,4	55,6	60,0	52,9	49,5	32,4
	66,7	76,9	79,2	73,9	77,8	77,8	75,9	78,7	73,1	67,8	70,4	71,7	65,3	68,8	70,4	74,4	44,0	60,5	55,4	59,4	52,3	49,1	33,4
	66,9	77,0	79,3	74,1	78,0	78,0	76,1	78,9	73,3	68,0	71,5	65,7	68,8	70,6	74,6	73,0	43,5	61,1	55,5	59,8	52,7	49,4	32,7
Tasa de mortalidad de menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	79	20	19	59	76	22	27	18	79	96	56	115	116	111	46	46	129	145	104	194	164	148	109
	28	7	6	19	11	4	6	5	28	36	35	41	33	30	18	9	91	79	73	87	70	91	112
	56	7	6	18	10	4	5	4	25	32	34	44	32	34	20	8	104	54	68	85	68	83	112
	56	7	5	16	10	3	4	5	24	31	34	43	31	33	19	8	104	51	65	79	79	79	112
	56	7	5	16	10	3	4	4	24	30	34	36	32	33	19	8	104	51	64	79	79	79	108
	148	26	23	71	96	26	34	24	110	135	77	168	170	162	68	63	218	239	172	303	279	221	181
	84	8	6	22	12	5	6	5	34	42	43	52	44	34	20	10	142	106	115	121	121	130	202
80	8	6	22	12	4	6	5	33	40	43	60	42	42	27	9	141	89	109	119	118	129	202	
81	8	6	21	12	4	5	5	30	38	41	59	40	40	26	9	165	82	108	117	139	125	202	
81	8	7	19	12	4	6	6	29	36	40	58	38	39	25	8	165	77	107	107	138	123	202	
81	8	7	19	12	4	6	6	29	36	40	49	42	39	25	8	165	77	94	107	138	123	192	
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	8	38	38	23	6	6	6	10	48	160	140	190	220	160	85	39	530	440	550	350	560	560	650
	8	38	38	20	6	6	6	10	55	160	140	190	110	120	70	39	530	440	550	350	560	560	650
	8	41	41	23	6	6	6	10	55	160	140	190	110	120	70	41	530	350	550	350	560	560	650
	8	41	41	23	6	6	6	10	55	160	140	190	110	120	70	41	530	400	550	350	560	560	650
	8	41	41	23	6	6	0	10	79	160	140	190	110	120	70	30	530	380	550	350	560	560	650

(1) Países miembros de la OCDE. En el informe sobre el Derecho Humano 2003, presentado a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual muestra cifras correspondientes a 2001 se señala que México alcanzó un índice de Desarrollo Humano superior al alcanzado en 2000, lo cual le permitió ubicarse por primera vez en la lista de países con desarrollo humano alto.

(2) Datos del informe sobre Desarrollo Humano 2002. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2002.

(3) Los datos se refieren a estimaciones correspondientes al período especificado.

(4) Datos del Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2003.

(5) Datos del Informe sobre Desarrollo Humano 2004. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2004.

(6) Los datos corresponden a la mortalidad materna son los facilitados por las autoridades nacionales. Periódicamente, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) los evalúan y realizan ajustes para explicar los problemas manifiestos de informes insuficientes y de errores en la clasificación de la mortalidad materna, así como para elaborar estimaciones sobre los países que no cuentan con datos (los detalles de las estimaciones sobre los países que no cuentan con datos (los detalles de las estimaciones más recientes de 1995 figuran en el cuadro 3 de indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio). Los datos se refieren al año más reciente disponible en el período especificado.

(7) Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado.

Fuente: Informes sobre el Desarrollo Humano 2000, 2002, 2003, 2004. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.



**Cuadro 17. Indicadores de mortalidad femenina por entidad federativa (Continuación)**

Entidad federativa y año	Mortalidad materna <sup>(2)</sup>	Mortalidad por cáncer <sup>(3)</sup>		Entidad federativa y año	Mortalidad materna <sup>(2)</sup>	Mortalidad por cáncer <sup>(3)</sup>		Entidad federativa y año	Mortalidad materna <sup>(2)</sup>	Mortalidad por cáncer <sup>(3)</sup>	
		Cérvico uterino	De mama			Cérvico uterino	De mama			Cérvico uterino	De mama
Nayarit				Quintana Roo				Veracruz			
1995	108,1	41,8	20,9	1995	73,5	15,7	4,5	1995	25,3	21,5	19,9
2000	65,5	35,6	16,2	2000	96,0	15,7	7,3	2000	64,0	18,4	17,0
2001	61,5	25,5	11,9	2001	76,1	15,7	5,9	2001	57,7	19,3	19,0
2002	83,4	22,3	14,1	2002	50,5	12,9	10,2	2002	39,4	17,8	19,4
2003	79,5	24,7	16,7	2003	65,4	14,8	6,1	2003	37,9	14,7	16,3
2004 (p)	53,8	23,8	17,1	2004 (p)	50,9	13,9	6,1	2004 (p)	45,2	14,0	17,6
2005 (e)	n.d.	23,6	17,8	2005 (e)	n.d.	13,7	6,0	2005 (e)	n.d.	13,6	17,5
Nuevo León				San Luis Potosí				Yucatán			
1995	22,4	14,7	24,1	1995	83,2	21,9	14,4	1995	161,9	21,0	8,6
2000	49,0	12,2	21,6	2000	74,0	22,0	10,4	2000	66,3	17,6	6,6
2001	24,2	10,9	18,2	2001	94,7	21,5	13,3	2001	90,6	15,3	11,5
2002	28,5	10,0	22,2	2002	89,0	18,5	12,3	2002	91,2	14,4	12,3
2003	13,1	10,4	17,0	2003	84,0	20,2	9,2	2003	77,2	17,9	10,7
2004 (p)	15,9	9,9	17,4	2004 (p)	73,0	19,5	11,2	2004 (p)	58,2	17,0	10,4
2005 (e)	n.d.	9,7	17,6	2005 (e)	n.d.	19,3	11,0	2005 (e)	n.d.	16,7	10,3
Oaxaca				Sinaloa				Zacatecas			
1995	148,6	27,1	6,4	1995	22,0	24,0	16,2	1995	104,8	28,9	13,2
2000	112,2	21,7	8,2	2000	50,8	19,2	15,3	2000	88,1	24,6	12,7
2001	93,2	25,1	8,3	2001	26,1	18,9	12,3	2001	69,5	26,0	12,2
2002	103,1	26,4	8,1	2002	36,2	14,9	15,5	2002	83,7	24,4	12,7
2003	85,7	25,7	10,0	2003	21,4	15,3	16,8	2003	71,2	24,4	13,3
2004 (p)	86,9	25,1	10,3	2004 (p)	35,7	15,6	17,1	2004 (p)	78,1	23,6	13,7
2005 (e)	n.d.	25,0	10,7	2005 (e)	n.d.	15,5	17,0	2005 (e)	n.d.	23,4	13,6
Puebla				Sonora				Tamaulipas			
1995	149,8	23,3	10,1	1995	49,4	23,7	16,9	1995	96,0	31,1	8,4
2000	79,6	19,6	9,8	2000	39,1	15,6	19,8	2000	83,0	29,5	12,8
2001	100,8	18,1	11,9	2001	52,3	16,9	18,1	2001	62,6	23,6	10,7
2002	79,2	17,7	11,7	2002	48,9	14,6	17,5	2002	86,8	25,8	10,0
2003	81,4	16,5	11,1	2003	38,8	15,0	18,1	2003	63,2	23,4	11,0
2004 (p)	80,8	17,1	11,3	2004 (p)	39,3	14,9	21,3	2004 (p)	51,4	22,5	14,7
2005 (e)	n.d.	17,0	11,6	2005 (e)	n.d.	14,4	19,4	2005 (e)	n.d.	22,2	14,7
Querétaro				Tabasco				Tlaxcala			
1995	89,8	19,3	13,5	1995	39,2	23,1	6,6	1995	59,5	16,5	12,6
2000	102,4	16,3	10,7	2000	52,7	21,0	9,2	2000	66,7	12,8	13,5
2001	69,2	14,4	14,1	2001	19,4	25,3	12,3	2001	52,3	17,1	14,1
2002	60,5	11,6	11,3	2002	36,7	18,7	10,4	2002	53,8	13,2	11,4
2003	54,8	12,3	13,4	2003	54,3	17,7	8,1	2003	76,1	15,5	16,1
2004 (p)	58,4	11,8	16,5	2004 (p)	52,3	17,3	11,3	2004 (p)	32,0	15,0	16,6
2005 (e)	n.d.	11,8	15,0	2005 (e)	n.d.	17,2	11,0	2005 (e)	n.d.	14,9	16,6

(1) El total nacional no incluye las defunciones de residentes en el extranjero ni las de entidad de residencia no especificada. No se incluyen las muertes de edad no especificada.

(2) Por cada 100.000 nacimientos.

(3) Tasa por 100.000 mujeres de 25 años y más.

(p) Cifras preliminares.

(e) Cifras estimadas.

n.d.: No disponible.

Fuente: Secretaría de Salud.

La tendencia parece llevarnos a un país de derechohabientes y no derechohabientes, con bajas posibilidades de subsistir en un sistema segmentado, por ejemplo, en 2005 para lograr incorporar 2 millones de familias al Seguro Popular se requirió una inversión de 200 millones de dls. Lo que de nuevo nos remite a un sistema caro de salud, con una cobertura insuficiente y una atomización que lo encarece más y proporciona además de inequidad, baja calidad de los servicios, como decía Keynes, a largo plazo todos estaremos muertos.

**Cuadro 18. Familias afiliadas y recursos ejercidos en el Seguro Popular de la Salud**

Entidad Federativa	Número de familias afiliadas				Recursos ejercicios (millones de pesos)			
	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>Total Nacional</b>	<b>295.513</b>	<b>613.938</b>	<b>1.563.572</b>	<b>2.071.512<sup>(4)</sup></b>	<b>205</b>	<b>1.003</b>	<b>2.963</b>	<b>1.935</b>
Aguascalientes	8.361	15.032	64.234	88.113	3	24	52	62,8
Baja California	21.738	44.216	50.000	50.843	14	55	132	71,8
Baja California Sur <sup>(2)</sup>		4.320	12.674	12.724	3	4	17	6,1
Campeche	4.979	11.990	35.000	35.648	6	17	43	31,7
Coahuila	15.585		60.000	15.146	10		141	12,7
Colima	37.901	67.850	9.769	68.979	18	118	8	31,1
Chiapas	5.430	38.076	67.479	59.996	4	57	82	63,7
Chihuahua				30.000				15,0
Durango				6.665				4,0
Guanajuato	11.077	17.448	119.888	129.368	7	31	166	54,8
Guerrero	6.940	8.282	12.000	13.674	6	12	35	19,0
Hidalgo	6.234	19.869	43.838	46.242	8	33	77	44,1
Jalisco	7.478	24.516	94.825	100.210	8	35	197	152,3
México	8.209	8.259	78.425	118.486	7	11	143	141,7
Michoacán		3.044	10.000	10.000		5	22	0,8
Morelos	2.673	8.521	24.997	28.117	3	10	56	39,8
Nayarit			34.974	54.974			27	52,5
Nuevo León			26.000	27.832			30	24,9
Oaxaca	8.392	10.593	52.530	55.747	7	22	102	74,6
Puebla			112.912	120.713			133	52,6
Querétaro			9.749	10.863			4	4,6
Quintana Roo <sup>(3)</sup>	7.520	7.559	7.976	8.750	6	15	15	7,7
San Luis Potosi	21.042	46.790	52.211	79.363	15	85	159	114,5
Sinaloa	55.376	88.796	95.000	106.165	30	176	255	120,8
Sonora	16.641	10.365	29.038	70.850	12	18	48	55,4
Tabasco	13.489	87.846	187.726	327.964	9	137	528	315,3
Tamaulipas	23.461	50.029	150.000	155.000	20	88	257	146,7
Tlaxcala		2.280	16.855	17.852		2	22	21,2
Veracruz		14.737	73.836	81.829		11	138	148,7
Yucatán		2.556	10.000	10.734		2	9	9,7
Zacatecas	9.987	22.964	21.636	30.907	9	35	65	34,4

(1) Se reportan datos a partir del inicio del Programa. Se presentan datos de las entidades federativas donde opera el SPS.

(2) Aunque no hay familias afiliadas en el 2002, se destinaron estos recursos al cierre del año para la puesta en marcha del programa para promoción, afiliación, equipo y gastos operativos en la entidad.

(3) Aunque el estado ya tenía familias afiliadas desde el 2002, los recursos se ejercieron hasta julio de 2004, fecha en la que se firmó el Acuerdo de Coordinación con esta entidad federativa. Antes de la firma no es posible liberar y radicar los recursos.

(4) El total nacional incluye 97.758 familias afiliadas al SPSS pendientes de tramitar.

(e) Cifras estimadas al 30 de junio de 2005.

Fuente: Secretaría de Salud.

¿Qué hacer, hacia dónde vamos?, ¿Somos un país poblado por la pobreza y dividido entre derechohabientes y no derechohabientes?, ¿Tenemos garantizada la vejez con salud, o viviremos más, pero con una baja calidad de vida?, ¿podremos acceder plenamente a los servicios de salud?, ¿será cada vez peor la falta de calidad en estos servicios?

La situación existente en México desde la década de 1990, ha mostrado distintas facetas: por una parte una dimensión alentadora, que responde a la profundización de la democracia y sus instituciones, los logros significativos la estabilidad macroeconómica la notable apertura de nuestra economía y el progreso de los indicadores sociales y por la otra, una dimensión decepcionante debido al bajo ritmo de crecimiento, la escasa reducción de la pobreza, la persistencia de una inequidad y una exclusión acentuadas y la magnitud del descontento social, a nivel Nacional.

### **Objetivos del milenio**

Dada la estrecha relación existente entre los determinantes políticos económicos y sociales del desarrollo, si estas tendencias negativas persisten pueden llegar a poner en peligro los adelantos logrados.

El cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio depende en gran medida del acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud, junto con un ejercicio pleno de los derechos individuales.

Desde el punto de vista del actual sistema, las limitaciones más importantes son la segmentación y la fragmentación de los servicios de salud que impiden la adopción de medidas eficaces en función de los costos para diversos grupos, por que impone condiciones de acceso a los sistemas de salud que solo pueden satisfacer los grupos más privilegiados en lo social lo laboral y lo económico.

Se traduce a su vez en una atomización del derecho a la salud que, a pesar de estar consagrados en los cuerpos legales como Universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago.

Los resultados en México demuestran que de un 20 a un 77% de la población no tiene acceso al servicio de salud cuando lo necesita y un 50% en promedio no cuenta con servicio de salud de ningún tipo, situación que se ha agravado debido a los cambios en el mercado de trabajo en particular con el incremento de la economía informal.

Por consiguiente, los más excluidos en este campo son los pobres de zonas rurales, comunidades indígenas y zonas urbanas marginadas y que están insertos en la economía informal. Las mujeres sufren una mayor exclusión que los hombres en razón de su inserción en el mercado laboral ante la necesidad de atender sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres en México no realiza trabajo remunerado; cuando si lo hacen participan en el sector informal en ocupaciones a tiempo parcial que por lo general no están cubiertas por la Seguridad Social es proporcionalmente mayor que la del hombre.

La fragmentación de los servicios de salud entre instituciones como el IMSS el ISSSTE y el Seguro Popular dificultan las intervenciones eficaces en función de los costos, por que la existencia de múltiples agentes que actúan sin coordinación, impide una estandarización adecuada de la calidad, el contenido, el costo y la aplicación encarecen las intervenciones y contribuye al uso ineficiente de los recursos del sistema. Esto último se expresa entre otras cosas en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de la Seguridad Social y altos porcentajes de demanda insatisfecha en el servicio del sistema público.

Como se ha tratado en capítulos anteriores, el sistema de salud en México enfrenta serios problemas de suficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo de sus integrantes. La comprensión de los objetivos del desarrollo del milenio como un componente esencial y una fuerza propulsora del desarrollo en materia de salud, es un requisito indispensable, trasladarlos al contexto de la formulación de políticas nacionales.

A continuación se presenta una enumeración de desafíos pendientes en cuanto a las políticas necesarias para cumplir con los objetivos del desarrollo del milenio:

**PROMOVER LA INTERSECTORIALIDAD Y LA INTER-INSTITUCIONALIDAD.** La salud es un fenómeno multidimensional, una manera reincidir en la reducción de tasas de mortalidad infantil y mater-

na es mediante un trabajo conjunto en las áreas de salud y educación. De aquí la necesidad reejecutar programas intersectoriales destinados a transformar el entorno en que se desenvuelve la vida comunitaria, dirigidos a los más vulnerables, y que tengan como unidad articuladora a la familia, la escuela, organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil, o municipios, colonias y localidades saludables.

**MEJORAR LA EQUIDAD Y EXTENDER LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE SALUD.** El incremento del número absoluto de personas en condiciones de pobreza y de la brecha entre quienes tienen acceso a los beneficios del desarrollo y quienes no lo tienen, se refleja también en la protección social relacionada con la salud para reducir la desigualdad de acceso a los servicios; mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos; fortalecer la capacidad de distribución de recursos del estado e incrementar la participación social en los procesos de diseño, monitoreo e implementación de las políticas públicas sobre salud.

Siempre respetando la diversidad cultural de los distintos grupos sociales, la adopción de medidas que sustenten un crecimiento económico equitativo y sostenible y el reconocimiento del ser humano como elemento central del desarrollo para incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud.

Es necesario replantear los temas de financiamiento público y de eficiencia y efecto distributivo del gasto y argumentar a favor de la necesidad de una mayor inversión en programas de salud pública y servicios personales de salud con fondos públicos, mediante el incremento o mejoramiento del mecanismo de recaudación de impuestos o del alza de las contribuciones sociales.

**MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD.** Se trata de fortalecer las políticas públicas sobre salud y de organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento a fin de atender las necesidades de salud de la población en un marco de equidad así mismo garantizar un conjunto de prestaciones universales para los ciudadanos manteniendo un equilibrio adecuado entre los sistemas de seguro financiado mediante contribuciones o sistemas solidarios de carácter público y los de financiamiento privado.

En el ámbito de los sistemas de salud es necesario trabajar simultáneamente en las áreas de gestión, financiamiento, seguros y prestación de servicios. Se trata de fortalecer estas funciones, realizar la eficiencia en la estructura atender solidariamente diferentes fuentes de financiamiento a fin de atender las necesidades de salud de la población en un marco de equidad. Para garantizar en conjunto prestaciones universales a la ciudadanía, manteniendo un equilibrio adecuado entre los sistemas de seguro financiado mediante contribuciones o sistemas solidarios de carácter público y los de financiamiento privado.

La existencia de un seguro público gestionado con criterios de solidaridad eficiencia y transparencia y obligación de rendir cuentas, y con una posición relevante o dominante en su ámbito es un factor que puede contribuir notablemente a racionalizar el sistema de seguros y reducir los riesgos de exclusión.

También debemos, fortalecer una red de servicios que garantice el derecho universal a la salud, bajo criterios de promoción y prevención y fortaleciendo la estrategia de atención primaria y salud comunitaria, para respaldar la demanda de servicios de los grupos con mayor riesgo de exclusión (pobres, indígenas, entre otros), así como articular a través de esta red a todos los prestadores de servicios de salud y fortalecer la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

#### *4.2. Redes de Salud Comunitaria*

Al referirnos a la creación de un sistema de redes Comunitarias de Salud, tomamos como base para esta propuesta al modelo cultural tradicional de nuestros países latinoamericanos y especialmente, México. Esto a medida tradicional y alternativa persiste aún entre nuestros pueblos y comunidades, a pesar del abandono y la discriminación, negándose los modernos sistemas de salud a incluirlos, sin tomar en cuenta que bien financiados y certificados, podrían ser la piedra angular, hacia un futuro de cobertura integral.

Estos agentes comunitarios, aún pertenecen a la llamada medicina tradicional y atienden de manera preventiva e histórica la ausencia de la Seguridad Social y la medicina en sus poblados. Se trata de Terapeutas Tradicionales y Alternativos, curanderos, sobadores, yerbateros, que bien aprovechados, y apoyadas por las enfermeras comunitarias podrían constituir el cimiento del modelo, ellos son los monitores naturales para enlazar los servicios de salud, porque además de la medicina preventiva, pueden capacitarse y certificarse para vigilar la salud ambiental y el mejoramiento de la comunidad, a través de consejos comunitarios, tal como dicta nuestra herencia ancestral.

Los poblados se unen entonces mediante redes comunitarias de medicina tradicional, que ya existen y se agrupan en varios pueblos, (liga de comunidades mayas, liga de pueblos zapotecas, los pueblos de huicholes, por citar algunas) para formar regiones, por donde se mueven los curanderos tradicionales y los MG. Por ejemplo: un Ah Men Maya, visita toda la región curando y realizando ceremonias, pero a la vez es visitado por pacientes de diferentes lugares, hoy, incluso de sitios muy lejanos del mundo.

En la zona de Sotuta, Yucatán, habían 7 yerbateros, uno de ellos, "Don Jacinto Tzab", recibía en su choza pacientes de toda la zona (20 en promedio diario), muchos de ellos viajaban kilómetros a pie para llegar en busca de medicina natural, ya que no contaban con recursos para doctor y medicamentos, pero tampoco son atendidos, por saturación, en las clínicas familiares. Cercano al poblado de Don Jacinto se encuentra en centro de medicina tradicional de nombre Peto, donde todos los habitantes de la región se surten de medicamentos naturales. Esto lejos de ser aprovechado por los sistemas de salud, generalmente trata de combatirse o se desacredita, pero son costumbres ancestrales que debemos incluir, si deseamos una cobertura total con el apoyo de enfermeras comunitarias.

El consejo comunitario de la localidad sabe y decide, pero a la vez lleva el control de los pobladores y también de los enfermos, por tanto, desde este sitio puede originarse la gestión necesaria para tender al paciente en su padecimiento. Así, los monitores comunitarios erigidos en consejo, se constituyen en la base del sistema que habrá de continuarse en los distintos niveles de atención médica.

Sin dejar de lado la rectoría del Estado, este modelo sólo funciona como un sistema mixto de salud, donde convivan distintas formas de financiamiento y gestión, se trata entonces de un Modelo Mixto en busca de la cobertura total. En este tienen cabida las fundaciones de ayuda, ONG, organismos del Estado, Institutos de Seguridad Social, hospitales privados, organizaciones de seguros y bancarias y desde luego, la comunidad, todas planeadas, coordinadas y supervisadas a través de una sola estructura rectora. La herramienta esencial de este complejo y extenso sistema de atención, puede ser por su característica legal, Los Contratos de Gestión Gerencial Hospitalaria, que se especifican de acuerdo a la capacidad de atención y los diversos caminos a tomar para la solución del problema. Desde los programas para atender el desarrollo ambiental, escuelas saludables, saneamiento de las aguas, drenaje, salud y educación, hasta la referencia y contra referencia de enfermos en los niveles de atención médica.

## **Visión**

Lograr a través de los diversos sistemas hoy segmentados, uno solo Sistema de redes de Salud Comunitario que tienda hacia la cobertura total. En la búsqueda de ampliar la cobertura, racionalizar recursos, mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, dar equidad en la atención a los de usuarios y desarrollar un modelo que equilibre las finanzas públicas.

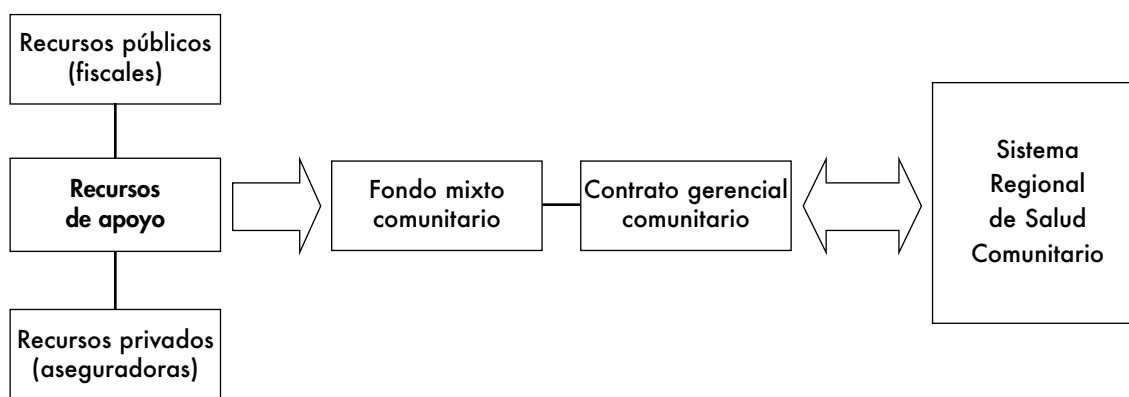
## **Misión**

Integrar a las regiones del país a través de redes Comunitarias de Salud, aprovechando nuestras raíces y nuestra cultura con las más modernas técnicas en salud y el apoyo de médicos y enfermeras comunitarias, para atender el mejoramiento integral de las comunidades en todos los aspectos que constituyen la salud, con capacidad de decisión para gestionar el acceso a los sistemas preventivo y curativo para sus pobladores y grupos vulnerables.

## Financiamiento

El financiamiento del sistema se sostiene mediante recursos públicos, los recursos de fundaciones nacionales e internacionales y recursos de aseguradoras financieras y de los propios usuarios, a través de contratos Gerenciales Hospitalarios con las diferentes Instituciones Públicas y Privadas del Sector Salud.

De manera esquemática los recursos del sistema pueden obtenerse de la siguiente manera:



### 4.3. Sistema de Redes Comunitarias de Salud (SIRECOS)

El Sistema de redes Comunitario de Salud es un proyecto realizable para garantizar la cobertura de Salud a la población y debe formar parte del Sistema de Seguridad Social del país, coordinando a todas las instancias públicas, privadas y sociales para integrarse al proceso de cambios profundos que en lo económico y social requieren de nuestras comunidades, incluyendo educación en salud para todos, mejores condiciones de vida para los grupos vulnerables, y la seguridad de los derechos sociales de todos mexicanos.

Su base jurídica se encuentra en la Ley de Salud y es lograr un gran impulso en lo social y económico, con igualdad y equidad, para cualquier comunidad, en las distintas regiones del país en que se encuentren.

De esta forma el 19 de septiembre del 2006 se publicaron en el Diario Oficial las reformas a diversas disposiciones de la Ley General de Salud correspondientes a los siguientes objetivos:

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político, sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

Promover el programa de nutrición materno infantil en los pueblos y comunidades indígenas.

Artículo X. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud de los prestadores de Servicios de Salud, de los sectores público, social y privado de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 11. La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizarán mediante convenios y contratos los cuales se ajustarán a las siguientes bases: I al IV. Definición de las responsabilidades que asuman las partes.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección a la salud se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I al IX.

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.



Artículo 93. De la misma manera se reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en las comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Artículo 383. La participación de las autoridades municipales y de las autoridades de las comunidades indígenas, estará determinada por los convenios que celebre con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

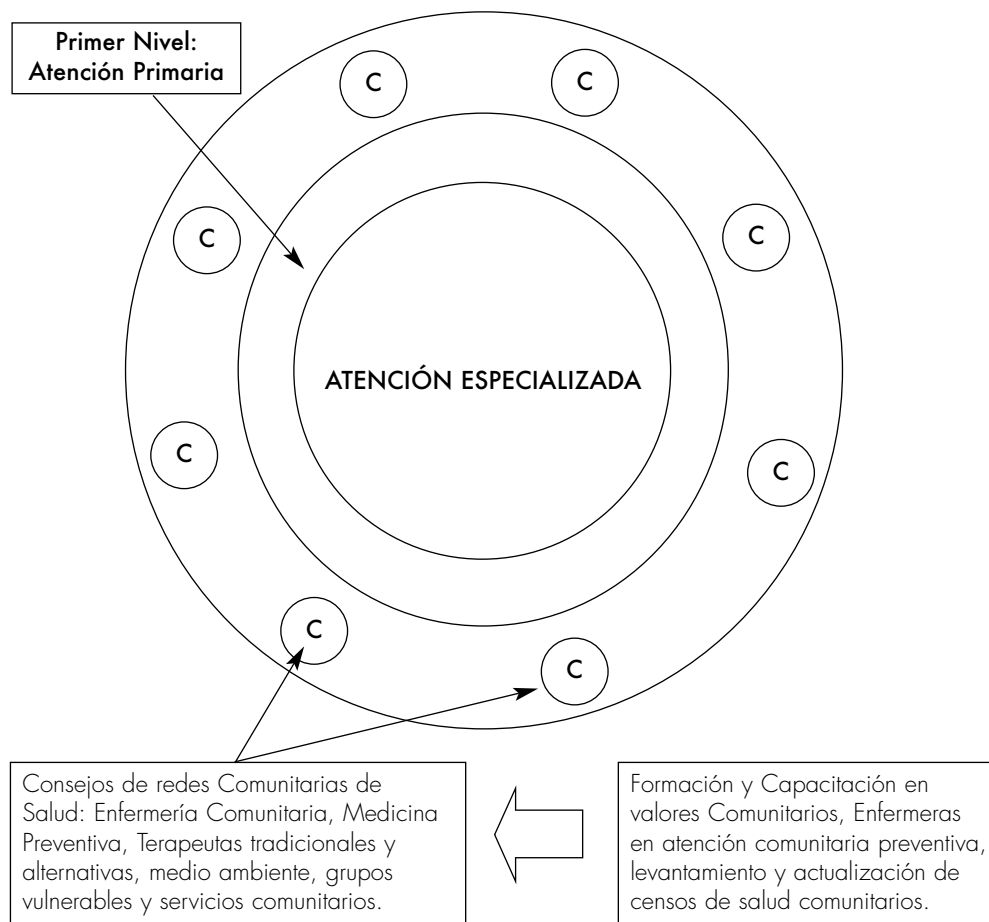
Con este marco jurídico, interinstitucional e intersectorial, puede incrementarse la eficiencia y la eficacia en la utilización óptima de la infraestructura de la salud en México, fomentando calidad en los servicios y garantizando la sostenibilidad del Sistema especialmente en términos financieros, para eliminar las desigualdades regionales en materia de salud, fomentando además la participación comunitaria tradicional de la población y de las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Las medidas propuestas para las Redes Comunitarias de Servicios de Salud, se orientan hacia la consecución de mayores beneficios económicos y sociales para todos por igual, haciendo énfasis en la atención hacia los grupos más vulnerables, es decir, los pobres, los niños, los jóvenes, la mujer, los ancianos, los inválidos y los enfermos.

La estrategia es fomentar el establecimiento de los Consejos Comunitarios de Salud a nivel de barrio o colonia, municipio, estado, micro-región y región. Esta estrategia se constituye como una política fundamental, abarcando toda la sociedad y el Estado. Considerando como pilar fundamental, incrementar la participación de la comunidad, en las gestiones y acciones de salud para todos los ciudadanos.

Por esto, se propone establecer formas participativas de la sociedad, como son los consejos comunitarios de salud a nivel nacional, regional, micro-regional, municipal, consejos populares de salud a nivel de barrio o colonia, como órganos de coordinación intersectorial e interinstitucional.

### Modelo de Salud Comunitaria



#### 4.3.1. *Fundamentos del modelo comunitario*

La Ley Nacional de Salud, presenta los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Para alcanzar los objetivos se plantea un conjunto de estrategias y líneas de acción para cada una de ellas. Estas estrategias indican:

- Construir un federalismo comunitario en materia de salud, mediante las líneas de acción:
  - Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de los recursos.
  - Culminar los procesos de descentralización.
  - Consolidar la desconcentración de los servicios de salud y las reformas.
  - Fortalecer la cooperación interestatal y regional en los servicios.
  - Regionalizar los servicios de salud y promover la participación comunitaria.

Además de:

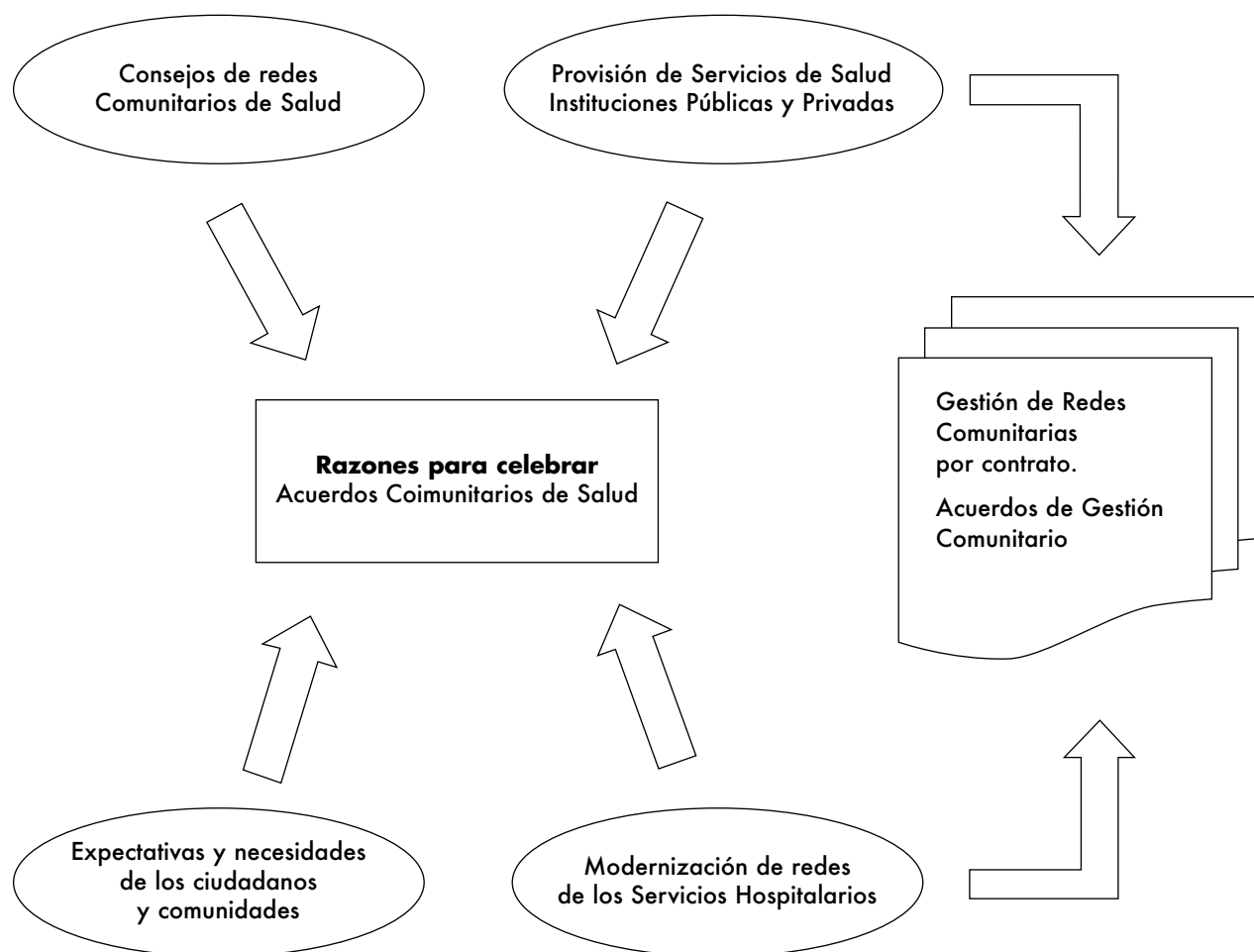
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud, a través de las siguientes líneas de acción:
  - Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
  - Promover la autonomía de Gerencia Hospitalaria y la gestión por contrato (Acuerdo de Gestión de redes de Gerencia Hospitalaria).
  - Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas.
  - Optimizar la capacidad instalada en las Instituciones Públicas y Privadas de Salud.
  - Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud.

#### 4.3.2. *Áreas de oportunidad*

- Los servicios médicos que proporcionan las Instituciones Públicas y Privadas de Salud no cumplen en su totalidad con las expectativas, cobertura y equidad de los ciudadanos y comunidades, en aspectos de calidad, calidez personal, oportunidad y efectividad.
- Es insuficiente la participación de las comunidades, la medicina tradicional en los Servicios de Salud y se observa que la eficiencia en la prestación de servicios no es la deseada y el factor efectividad/costo tiende a ser muy bajo, entre otras causas se ha detectado lo siguiente:
  - El abasto de medicamentos no se realiza con eficiencia, oportunidad y efectividad y no se utilizan los tratamientos tradicionales y preventivos en la atención de la salud.
  - El mantenimiento de bienes muebles, inmuebles y equipos tiene tiempos de respuesta muy largos y afectan a la población usuaria.
  - Los servicios prestados son caros.
  - Los instrumentos para determinar la demanda y la oferta son rudimentarios.
  - La oferta de servicios no corresponde en su totalidad la demanda de los mismos.
  - Los prestadores de los servicios médicos se amparan en la insuficiencia de recursos para justificar la falta de oportunidad, calidad, efectividad y eficiencia de los mismos.

- La toma de decisiones se subordina a las delegaciones de las Instituciones o áreas centrales.
- El compromiso se diluye en los diferentes niveles de autoridad. No existen instrumentos de evaluación y seguimiento de la atención médica.
- La cobertura de los Servicios Médicos no se *presta con equidad* en todas las regiones y municipios del país y se pone énfasis en derechohabientes y No derechohabientes. Los demás no importan.

4.3.3. ¿Hacia dónde vamos?

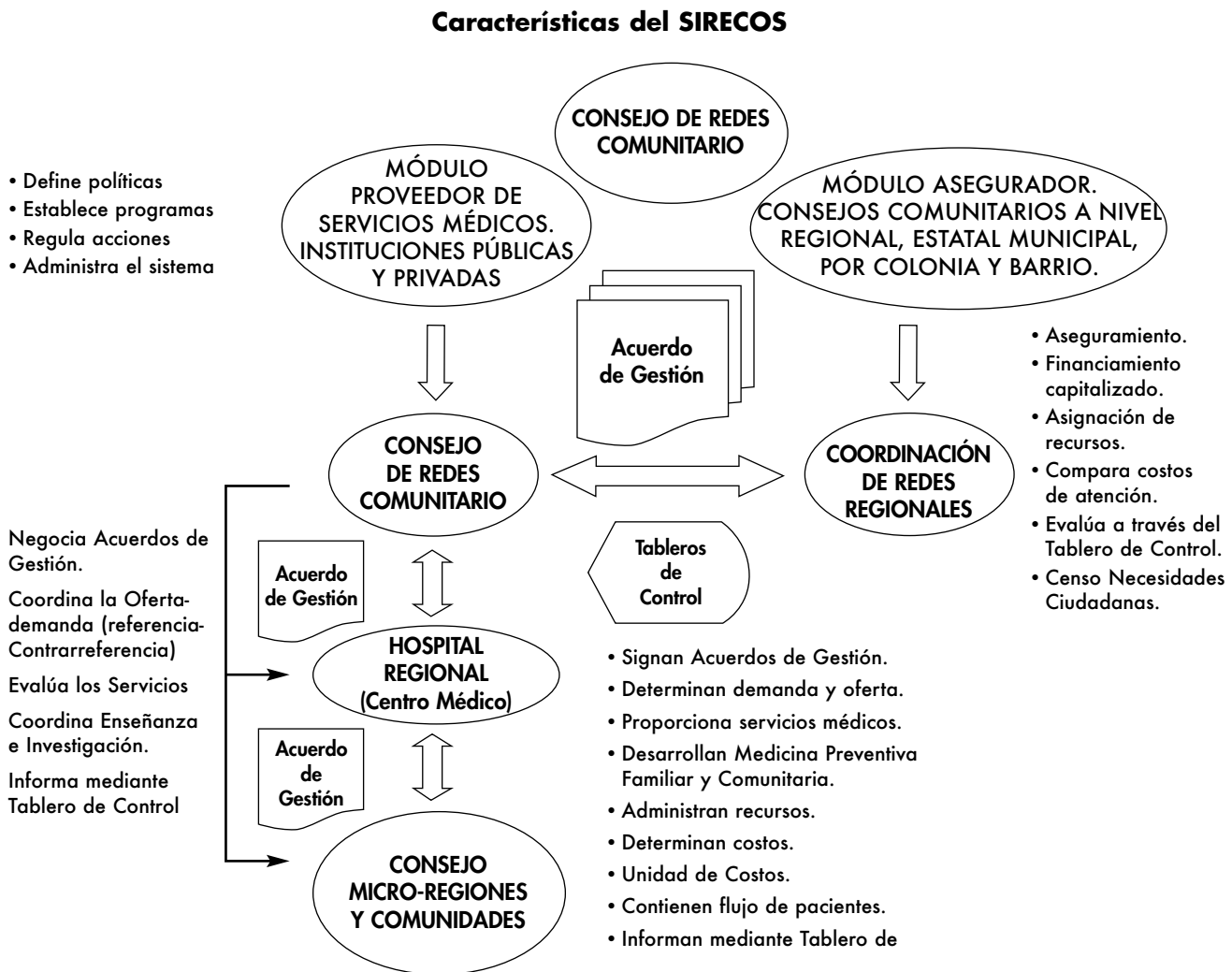


El Acuerdo de Gestión Comunitario deberá ser el instrumento fundamental para:

- Que todos los ciudadanos reciban los servicios de salud con base en sus expectativas y necesidades
- Que las Instituciones públicas, privadas y sociales brinden los servicios con mayor calidad y efectividad-costo.
- Proveer en los proveedores de Servicios Médicos la modernización en la Gerencia Hospitalaria de los Servicios.
- Que los consejos de redes comunitarias, (El asegurador) tengan la confianza de la satisfacción del ciu-

4.3.4. Características del SIRECOS

Para cumplir con los lineamientos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, las Reformas en Materia de Salud y solucionar la causalidad presentada y la problemática generada se hace indispensable crear en el País el Sistema de Redes Comunitarias de Salud (SIRECOS).

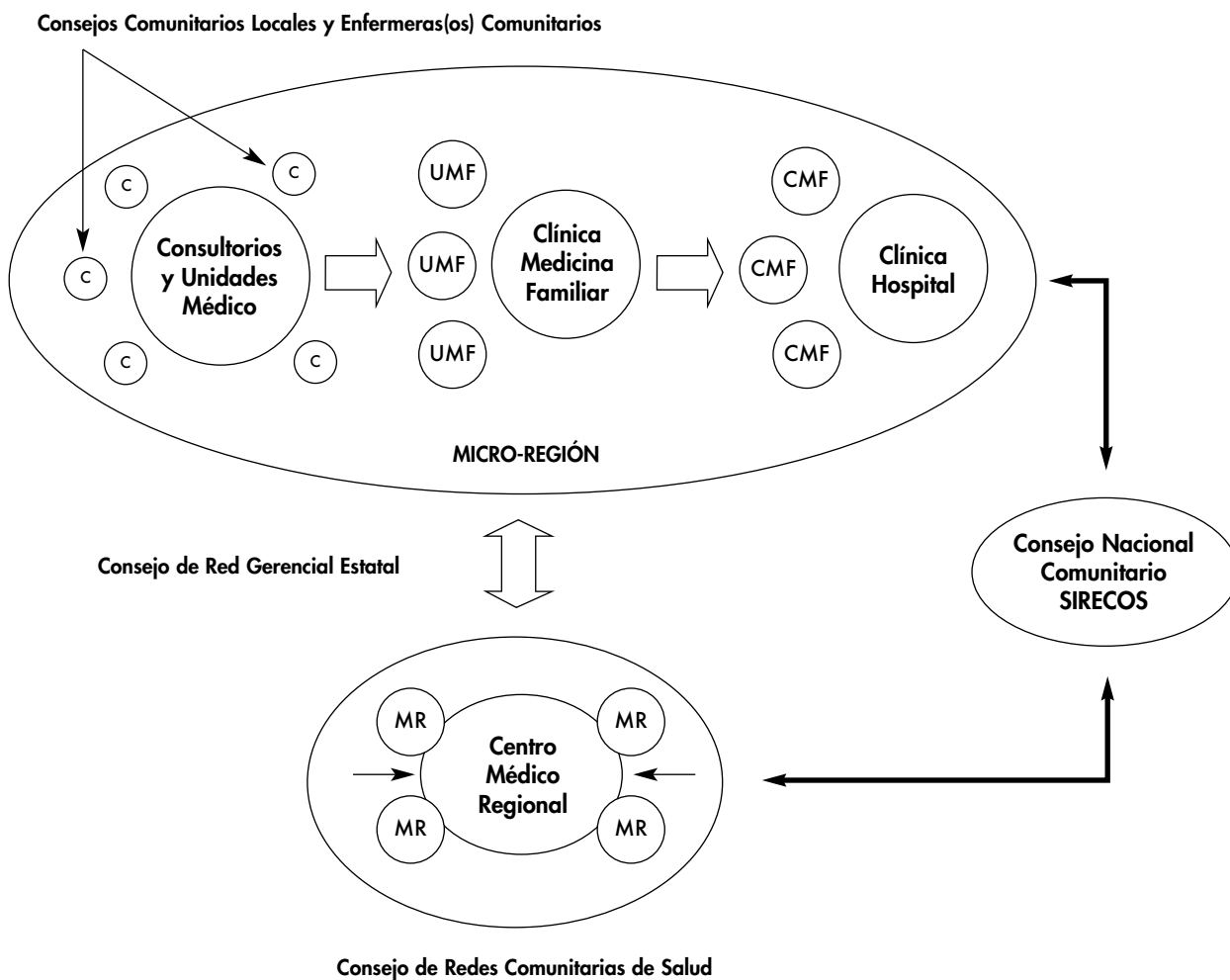


**Características de las Redes Regionales**

- Ser responsable de un área, sus derechohabientes y comunidades con rasgos demográficos y epidemiológicos comunes.
- Estar integradas por micro-regiones que concurren hacia Clínicas de Medicina Familiar y un Hospital General Regional que se consolida como Centro Médico Regional de Especialidades.
- Contar con Autonomía de Gestión en el manejo gerencial de los recursos.
- Cumplir con los lineamientos institucionales para el cuidado de la salud integral de su comunidad.
- Obtener capacidad resolutoria para el 99% de la demanda generada en su ámbito de competencia.

- Construir un campo idóneo para las labores formativas y la educación del grupo comunitario interdisciplinario de salud.
- Educar, formar y fomentar la salud a los usuarios de los servicios en su ámbito regional.

### Integración de una red del sistema gerencial Comunitario de Salud (SIRECOS)



#### 4.3.5. Integración de los Servicios Médicos

##### Medicina Comunitaria

Los Consejos de redes Comunitarios de Salud, integrados por una mesa directiva que proviene de las Enfermeras(os) Comunitarios representantes de las Instituciones de salud Públicas y privadas, funcionarios públicos estatales y municipales, representantes de organizaciones no gubernamentales de la salud, mujeres, adultos mayores, inválidos, enfermos de SIDA, desempleados, empresarios, representantes de las Iglesias, líderes sociales, jóvenes, inmigrantes, pobres e indígenas.

“Todos juntos apoyando a la salud”, suscribirán un acuerdo de gestión para su comunidad, a nivel de colonia o barrio, localidad, municipio, estado y región, en donde queden plasmadas las necesidades en materia de salud, servicios comunitarios y de medio ambiente que tienen sus comunidades y la concertación de los servicios médicos a través de el desarrollo comunitario.

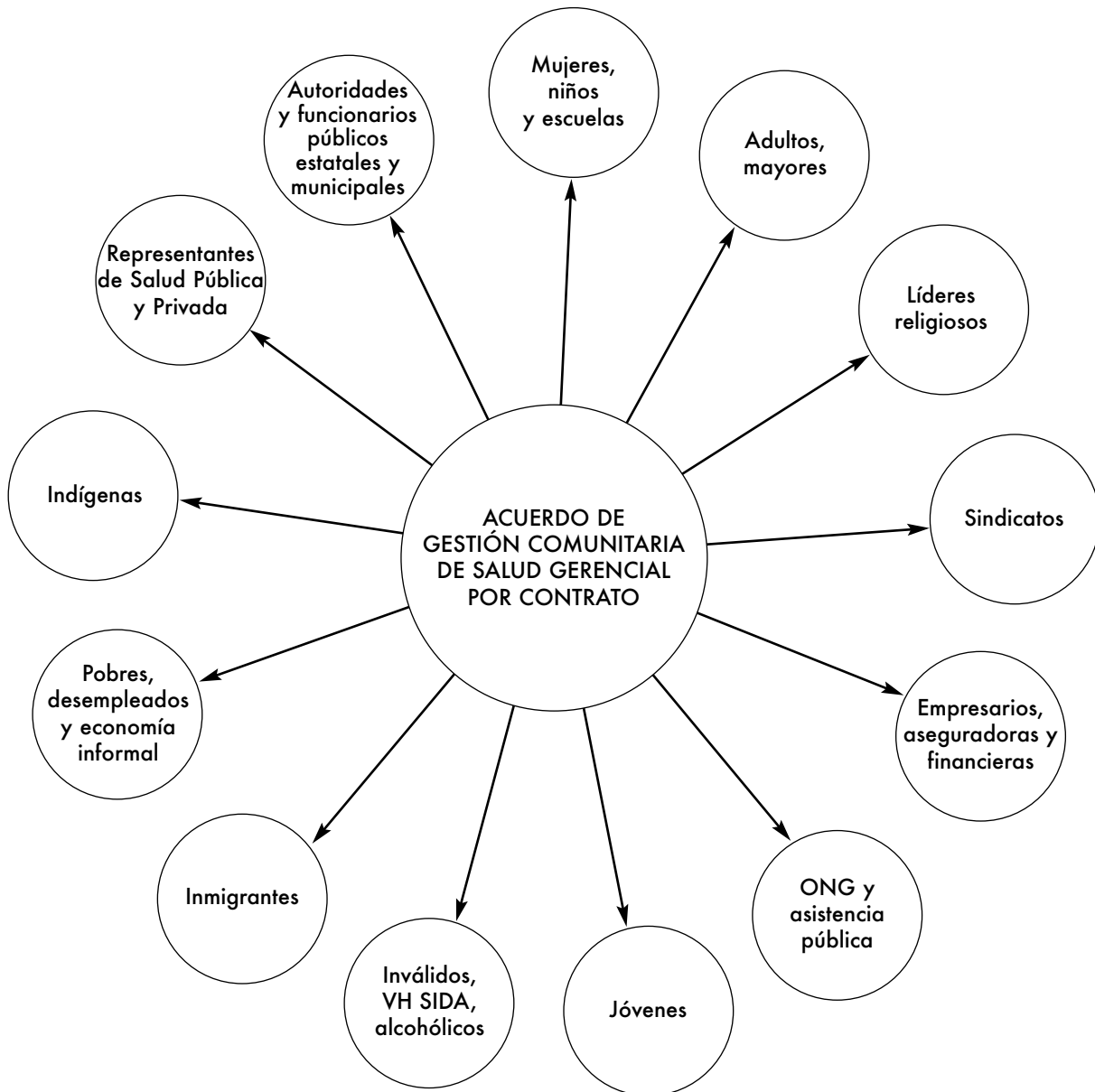
**Región**

Los servicios médicos regionales se integrarán en forma jerárquica fungiendo como eje un Hospital Regional con el cual se relacionarán e interactuarán micro-regiones en las cuales el eje será la Unidad Médica, Clínica Hospital u Hospital General y los Consejos Comunitarios de Salud.

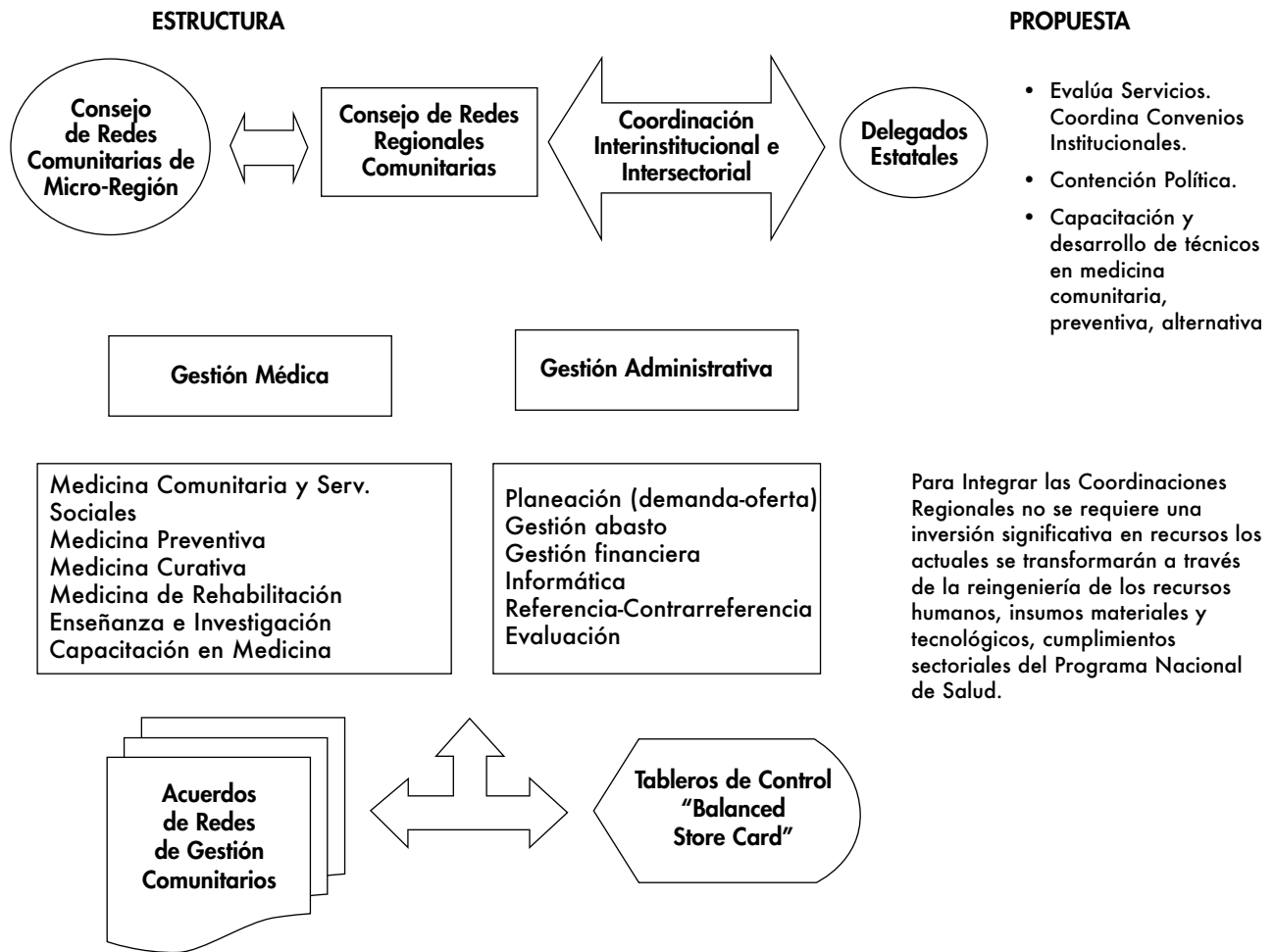
**Micro-Región**

Se integrará jerárquicamente por unidades médicas de 1er. nivel de atención\* teniendo como eje, los Consejos Comunitarios, la Medicina General (MG), y Enfermeras(os) Comunitarios así los consultorios auxiliares se relacionan e interactúan con una Unidad de Medicina Familiar y un conjunto de éstas con una Clínica de Medicina familiar y un grupo de las últimas con una Clínica Hospital o con un Hospital Regional.

**Los Consejos Comunitarios “Todos juntos apoyando a la Salud”**



### Coordinación regional del SIRECOS



### Desarrollo de las Micro-Regiones

Las políticas para el desarrollo de las micro-regiones se basan en Modelo Integral de Salud Comunitaria, en su ámbito a desconcentrar, con dos acciones básicas bien definidas:

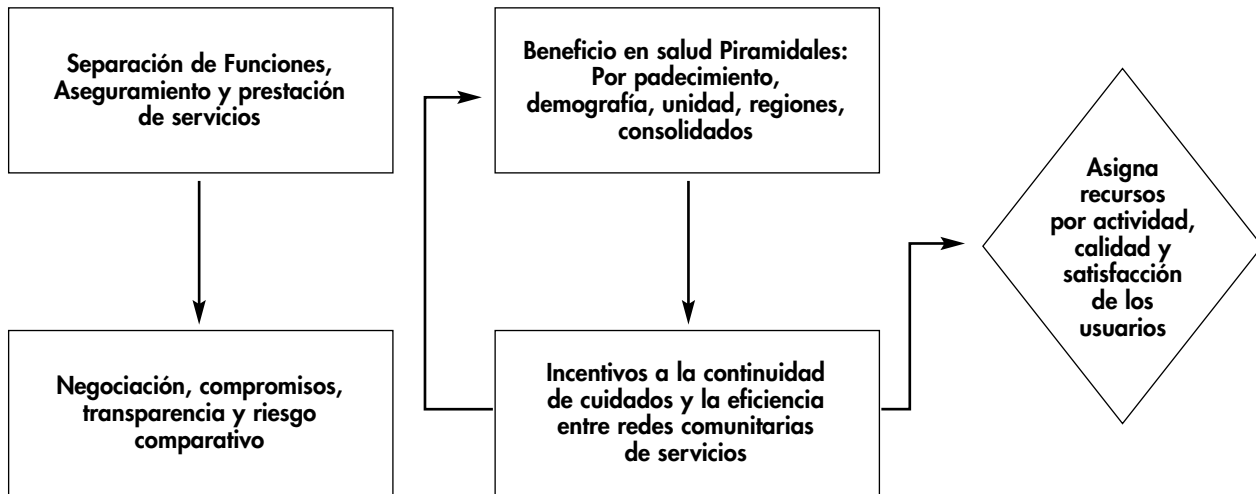
#### Provisión de servicios Médicos:

- Medicina Comunitaria.
- Tratamientos Tradicionales y Alternativos.
- Medicina Preventiva.
- Medicina Curativa.
- Medicina de Rehabilitación.
- Enseñanza e Investigación.

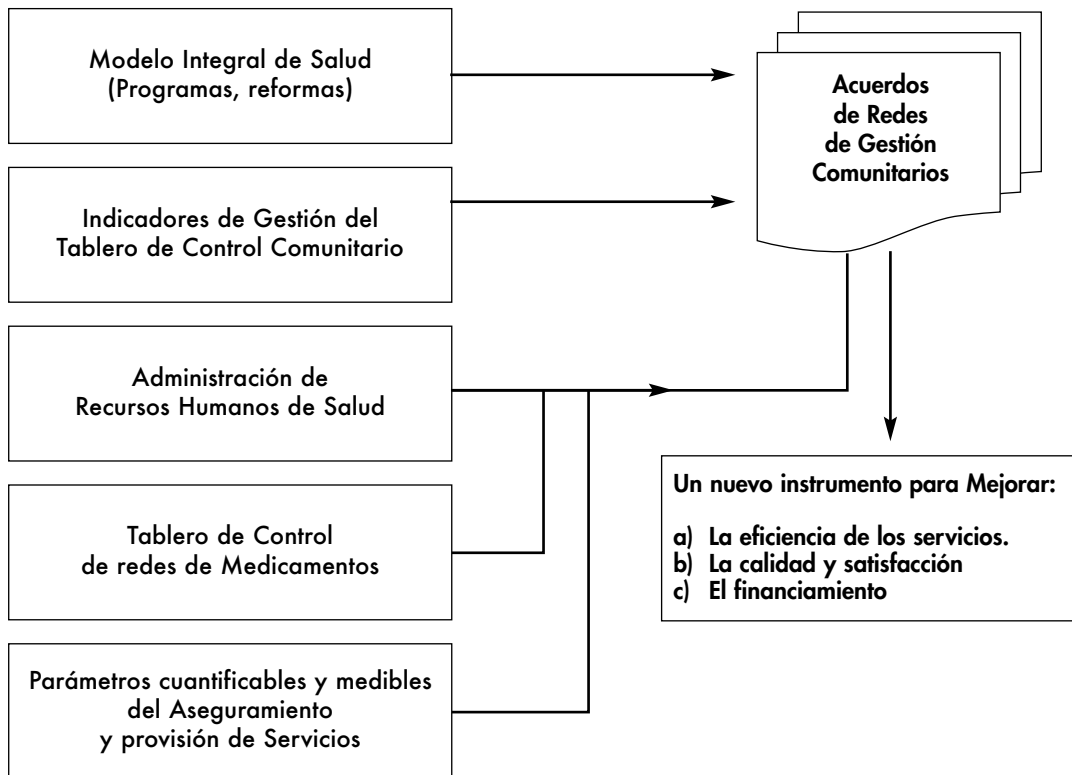
#### Gerencia Hospitalaria:

- Demanda-Oferta.
- Programa-Presupuesto/Control.
- Programa-Presupuesto/Calidad.
- Convenio Gerencial de Gestión Comunitaria Hospitalaria.
- Administración Gerencial de Recursos: Materiales, Humanos, Financieros, Informática, Tablero de Control, Rendición de Cuentas, Tablero de Control, etc.

4.3.6. *Objetivos de la Gestión Comunitaria por Contrato*

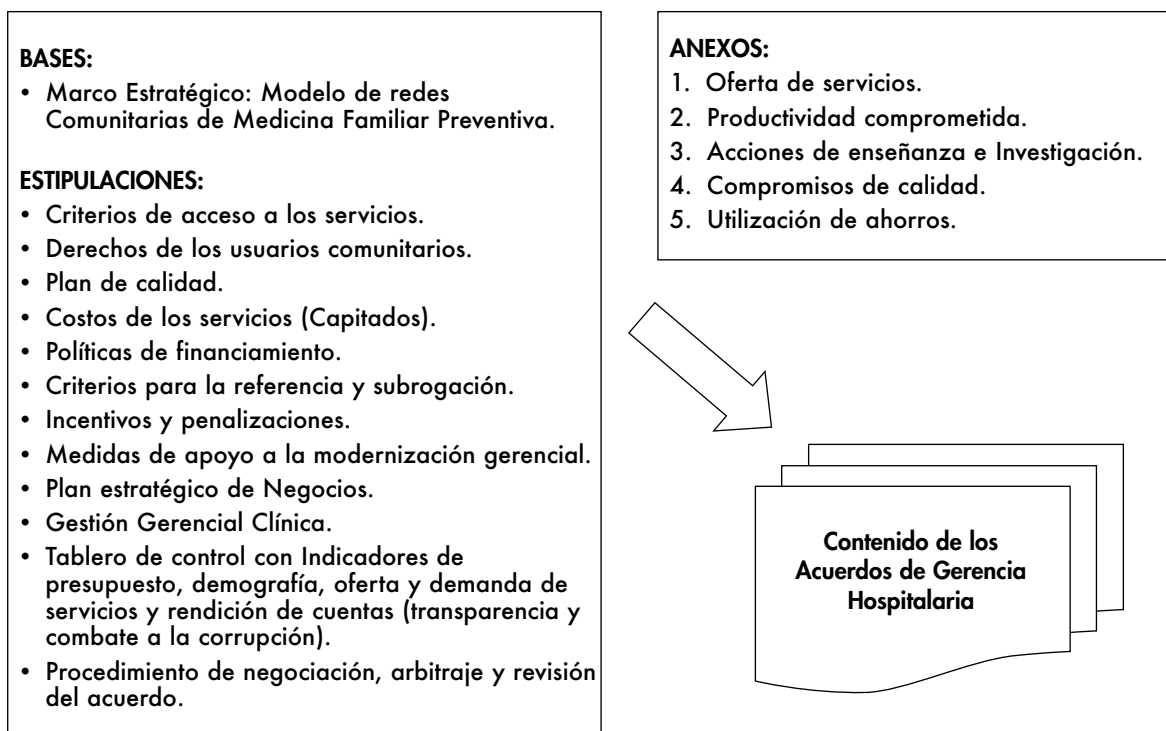


4.3.7. *Contenido de los Acuerdos de Gestión de Redes Comunitarias*





## 4.3.7.1. Contenido de los Acuerdos de Redes Comunitarias



## 4.3.8. Beneficios separados

- Capacitar Directivos tales como Gerentes de los Hospitales, al Personal Médico y de enfermería comunitaria, terapeutas, medicina tradicional, alternativa para prestar los servicios sociales comunitarios con base en su conocimiento, experiencia y guías diagnósticas.
- Asegurar que los servicios de salud se presten con el mayor índice de cobertura de efectividad costo y la mejor calidad a la población.
- Prestar los servicios comunitarios de salud que requiere la población en sus comunidades con oportunidad y calidez.
- Facilitar al personal de las unidades de salud las herramientas para una gestión más transparente, precisa, eficiente y efectiva, y los recursos necesarios y suficientes para proporcionar los servicios médicos con calidez y humildad.
- Hacer más eficiente y efectivo el tránsito de pacientes entre los diferentes niveles de atención de salud a nivel interinstitucional y privado para todos.
- Desarrollar con mayor efectividad y eficiencia los programas y acciones de la medicina tradicional alternativa preventiva para el bienestar comunitario.
- Crea una cultura de responsabilidad y servicio entre el personal de las unidades médicas del Sector Salud.



## 5. Gestión de redes de los Servicios de Salud

### 5.1. *Modulo asistencial*

#### 5.1.1. *Reorientación del Sistema de Salud hacia la demanda de las comunidades*

Enfoque orientado a la Demanda. En los próximos años, la población que requerirá los Servicios de Salud; representa un cambio en el perfil demográfico, en 2010 los adultos mayores de 65 años representarán el 15% de los demandantes, por lo que se prevé un incremento en la prevención y control de enfermedades del corazón, enfermedad del cerebro vasculares, asma bronquial, diabetes mellitus, neuropatía epidérmica, alcoholismo y accidentes.

Por tanto, los servicios sociales comunitarios deberán trabajar en colaboración con miembros de la familia, vecinos, voluntarios y organización sin fin de lucro. En todas las comunidades existen grupos de ingresos con necesidades comunes, que pueden gestionar ayuda a los servicios comunitarios para satisfacerlas. Las personas que requieran más información de asesoramiento acerca de lo que tiene a su disposición y algunos pueden necesitar incluso servicios de abogados y profesionistas para hacer valer sus derechos económicos, de salud, sociales y culturales.

Todo ello supone la utilización horizontal de los servicios comunitarios por todos los ciudadanos, primero los pobres y los grupos más desfavorecidos.

De esta forma los servicios comunitarios de salud cumplen cuatro funciones, pues así como pueden prevenir, curar, readaptar o simplemente facilitar cuidados. Asimismo pueden prevenir el causar prejuicios o la invalidez, proteger a los ancianos, a los discapacitados, las esposas maltratadas o abandonadas, los niños que no reciben de sus padres los cuidados adecuados, los alcohólicos, los drogadictos, los inválidos, los enfermos mentales, los que han cumplido una meta de prisión y sobre todo la discriminación que sufren las comunidades indígenas en nuestro país.

De esta forma **todos juntos podemos ayudar a que las comunidades realicen sus capacidades en potencia**. A la par que los Servicios de Salud, los servicios comunitarios pueden aportar una contribución significativa a la calidad de vida a las personas y a las familias el suministro de apoyo de amigos y vecinos y de otros organismos pueden permitir a los ancianos continuar viviendo en el seno de la comunidad, y hacer valer los derechos a la prestación de Seguridad Social ante los organismos competentes.

Todos los niveles de ingresos podrían solicitar ayuda a las redes de servicios comunitarios, su utilización por los grupos de altos ingresos elimina el estigma de que son servicios destinados exclusivamente a los pobres.

En nuestro país las redes de servicios comunitarios pueden estar divididas en organizaciones, por grupos de destinatarios, por problemas sociales, por religiones, por fuentes de fondos, a fin de lograr una coordinación para que los usuarios reciban atención permanente y que la red se ocupe de satisfacer todas sus necesidades o ser remitidos a otros organismos si requieren una ayuda especializada, de aquí la importancia relevante y fundamental del médico familiar como eje del sistema de atención medica para constituirse como centro de asistencia social primaria y coordinar los diversos servicios sociales especializados y orientar a los usuarios hacia los servicios más idóneos según sus necesidades.

El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.

La atención es la mayor fortaleza y potencialidad que tendría el nuevo sistema de salud. Porque pretendemos mejorar los indicadores de salud, satisfacer las necesidades de la población y construir un pilar básico de la salud pública nacional.

### *5.1.2. Atención a los objetivos vitales del Sistema de Salud*

#### **Estomatología**

La atención de estomatología ha sufrido deterioro debido a la carencia de recursos materiales, por ser un área especializada y de alta demanda de importaciones. La necesidad básica es adquirir los elementos necesarios para los servicios básicos y la prevención y promoción de la salud bucal.

#### **Servicios de óptica**

La actividad de óptica ha mostrado un deterioro significativo. Esta actividad es de gran repercusión social casi una de cada cinco personas requieren de estos servicios, la población mexicana envejece, se instruye y cada día fomenta más las actividades intelectuales por lo que los requerimientos de anteojos aumentan cada día más. Por esta razón se propone en el nuevo sistema de salud un programa integral de óptica para la solución de la problemática actual, mediante una correcta organización de estos servicios, adquisición de materiales, piezas de repuesto y equipamiento para la actividad que garantice la atención de la población a la población necesitada.

#### **Sistema integrado de la urgencia y la emergencia médica**

Con el objetivo de incrementar el nivel de resolución de las acciones de salud y acercar aun más los servicios de atención de urgencia que contribuirá significativamente a perfeccionar y hacer más eficientes los planes para situaciones excepcionales en todas las premisas de desastres.

#### ***Programa materno infantil***

Constituye una tarea de primer orden para el Sistema de Salud Comunitario. La salud pública debe priorizar siempre a los grupos poblacionales de riesgo, deben destacar las acciones sociales y de salud con relación a la mujer y los niños.

#### ***Enfermedades crónicas no transmisibles***

El perfil epidemiológico de nuestro país, se caracteriza por el predominio de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vascular y los accidentes, representan casi las dos terceras partes de todas las defunciones que se producen en México.

Además merecen mencionarse por su morbilidad la diabetes Mellitus, la cirrosis hepática, el asma y la hipertensión arterial.

Estas enfermedades se encuentran relacionadas con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, dieta inadecuada y otros componentes.

La estrategia para el abordaje de estos problemas de salud es aumentar las acciones intersectoriales (IMSS; ISSSTE-SEGURO POPULAR) en las que participan los principales grupos de especialistas e instituciones. Se debe trabajar con mayor énfasis en la prevención y control de enfermedades del corazón, enfermedades cerebro vasculares, asma bronquial, diabetes mellitus, neuropatía epidémica, alcoholismo y accidentes.

### 5.1.3. Los adultos mayores en México

En el sexenio del Presidente José López Portillo se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), ya que en ese entonces se contaba con 3.000.000 millones de personas mayores a los sesenta años, el cual se transforma en el presente sexenio como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y que a la fecha cuenta el país con 10.000.000 millones de persona mayores a los 60 años.

El INSEN crea la especialidad de Geriátría con médicos generales en 1980, la cual desaparece en 1985 y es el ISSSTE en 1990 la que conforma la especialidad de Geriátría con reconocimiento universitario con médicos especialistas de Medicina Interna, en el H. G. Lic Adolfo López Mateos.

El reto que enfrentan las instituciones de Seguridad Social y Servicios de Salud del país, es muy grande si recordamos que estos pacientes son las personas que por motivos de su edad presentan enfermedades crónico degenerativas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, neuropatía renal, cáncer de próstata, etc. las cuales provocan un alto costo en el consumo de medicamentos y de revisiones periódicas para su adecuado control preventivo y evitar mayores complicaciones. Los adultos mayores, hoy, pueden tener acceso a un esquema preventivo de vacunación.

Desde 2001 a la fecha, 33 mil 500 adultos en plenitud obtuvieron una opción laboral en la iniciativa privada. En los programas gubernamentales se han entregado 8 millones de pesos a los adultos mayores, para iniciar o consolidar una actividad productiva. y en presente año, mediante el programa Tercera Llamada, Mi Palabra Vale por Tres, 430 adultos mayores han sido beneficiados con préstamos, que suman un total de 3 mil 700. Se han entregado 4,1 millones de credenciales –ahora digitalizadas para evitar falsificaciones–, que permiten que el adulto mayor obtenga descuentos en más de 20 mil establecimientos en todo el país.

Aunque en los últimos días nos encontramos que los campesinos mayores de 65 años, que representan el 31% de los casi 25 millones de trabajadores del medio rural actualmente, podrán tener acceso a una pensión vitalicia de \$1.480 pesos mensuales y acceder al Seguro Popular de la Secretaría de Salud, además de \$50.000 pesos de subsidio, a través del Nuevo Fondo de Ahorro para Campesinos Mayores creado por la Presidencia de la República.

También hay que hacer notar que en el Gobierno del Distrito Federal, se instituyó en el presente sexenio, el subsidio de personas de la tercera edad mayores de setenta años a los cuales por vía bancaria se les hace entrega de \$701,50 pesos mensualmente y en los servicios médicos del GDF se les brindan los servicios y medicamentos en forma gratuita y en ocasiones a bajo costo.

En algunas unidades médicas de la Seguridad Social se han creado el servicio de Tanatología, con el fin de poder orientar a los pacientes y a sus familiares, él poder aceptar que la calidad de vida que tiene el paciente o su familiar, ya no es la adecuada y por tal motivo se les debe de canalizar a sus hogares, para tener una muerte digna y ser acompañados de sus seres queridos.

Lo anterior hace que se herede al próximo gobierno una bomba de tiempo por pensiones, con un pasivo del 116% del PIB; que a sido manifestado por el presidente y secretario de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, durante la presentación del libro *Sistemas Estatales de Pensiones*, donde hacen referencia que tan sólo el pasivo de las pensiones del ISSSTE asciende a 35 mil millones de pesos; otro 25% en cada una de las entidades federativas; otro 13% del PIB al régimen de pensiones del IMSS; 9% al régimen del sector paraestatal formado por Pemex, Comisión Federal de Electricidad y Luz y Fuerza del Centro. También lo vemos en las universidades, banca de desarrollo, Suprema Corte de Justicia de la Nación. Todo ello por depender del financiamiento público general, lo cual motiva a realizar los acuerdos con sensibilidad, objetividad y responsabilidad, con el fin de poder lograr las reformas que reclama la salud de la República, buscando ser o más congruentes el la visión y misión que tiene el Estado en esta materia.

Todo lo anterior nos hace reflexionar, que es indispensable pensar en el Desarrollo Sustentable del Programa Nacional de Salud, con una visión gerencial que analice a fondo la situación actual buscando medidas de solución permanente y no solo de acciones intermedias, ya que cada día el número de adultos mayores ira en crecimiento y las unidades médicas deberán ampliar los servicios de geriatría y medicina interna, por las de pediatría y ginecoobstetricia; así como crear programas especiales preventivos, para las personas de 50 años con el fin de que al llegar a la edad de la plenitud, sus padecimientos sean más controlables y se mantengan con posibilidades de seguir trabajando después de su jubilación o que busquen la forma de no ser jubilados.

Para complementar aspectos de información en salud con base en lo expuesto por el presidente fox en el sexto informe de gobierno.

En estos seis años la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en 12,9% con el apoyo de los padres de familia. Se amplió el esquema de vacunación previendo el ataque de neumococos y rota virus en los pequeños y vacunando contra la influenza estacional a menores de 3 años.

Durante el primer semestre de 2006, la cobertura de vacunación en niños menores de un año fue de 95% y la de un año a cuatro de edad fue de 98,1%. El Gobierno del Presidente Fox autorizó una partida presupuestal de 135 millones de pesos, para la compra de una reserva estratégica de antivirales y evitar una pandemia de influenza.

Los recursos destinados a combatir el VIH/SIDA son 18 veces mayores que en el año 2000 y se otorga una dotación completa y eficaz de antirretrovirales.

Con financiamiento de los gobiernos federal, estatal y municipal, además de recursos del Sistema de Protección Social en Salud, de 2001 a junio de 2006, se han canalizado recursos para la Construcción y puesta en operación de 1.297 unidades médicas. De 2003 a 2005 se incorporaron 43 unidades hospitalarias al ISSSTE y en 2006 operarán 8 unidades más. La Secretaría de Salud cuenta ya en operación con el Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Medicina Genómica.

El IMSS atendió, en promedio, cada día, casi 1.400 nacimientos y más de 42 mil casos de urgencias médicas en todo el país. En estos seis años construyó 17 hospitales y 54 unidades médicas de atención ambulatoria. Además, amplió y remodeló otras 446 instalaciones médicas. El registro de Afiliación contiene una base de datos de 12,9 millones de trabajadores. Con el Expediente Clínico Electrónico, implementado en esta administración, se hará más rápido el servicio para 34 millones de derechohabientes del IMSS. En las guarderías del IMSS actualmente ya se atienden a 200 mil niños.

Durante la actual administración se ha contado con un total de 144 mil 159 médicos y 201 mil 850 enfermeras. Esto implica un aumento de 20,6 y 6% respectivamente en el período 2000-2006.

#### *5.1.4. Reorientación hacia el Modelo de Redes de Salud*

Es sin duda un gran reto, ya que con los años el paciente se acostumbró a pensionarse en los hospitales, desechando la clínica, salvo para conseguir las ansiadas referencias o la subrogación. Lo mismo sucedió al médico, que en la actualidad solo mediante estudios sofisticados se atreve a diagnosticar, hará unos 10 años solicitaban un TAC, hoy recurren a la Resonancia Magnética, por tanto constituye un cambio trascendente en la labor clínica del MG.

Podemos hablar de dos instancias, el MG que cuenta con las listas de pacientes y la Clínica Familiar que proporcionaría educación y servicio de medicina preventiva, en este servicio pueden incluirse algunos que actualmente se encuentran en las áreas de prestaciones, educación y entretenimiento para los jubilados.

Hay en la actualidad en el mundo, una corriente más ecléctica en lo que a medicina preventiva se refiere, rompiendo el paradigma de acudir al médico alópata tradicional, para penetrar entre la población que cada día acude más a medicinas alternativas, entre otras cosas por el costo de los tratamientos y medicamentos alópatas, esto ha generado la participación y apoyo de instituciones y organizaciones de alto prestigio como UAM; Chapingo, Universidad de Morelos y otras.

En México, desde hará unos 50 años, los médicos han mirado hacia la medicina tradicional, herencia de gran prestigio de nuestras antiguas culturas, además de las curas llegadas de oriente, que sin duda producen muy buenos resultados en la medicina preventiva, no obstante, los institutos gubernamentales las rechazan por prejuicio.

Como ejemplo mencionaré un paciente sufrió un accidente vascular, fue declarado por la medicina alópata como caso perdido, sin embargo, a través de la acupuntura y la rehabilitación oriental recuperó el habla, el movimiento y casi un 90% de sus facultades perdidas.

La medicina alternativa se encuentra muy extendida entre la población, su uso regulado daría confianza a los pacientes para permanecer en el primer nivel de atención, con costos sin duda inferiores a los actuales, este tipo de terapias las practican los adultos mayores y constituyen la base de sus tratamientos, no podemos seguir ignorándolo. De hecho, muchos médicos la recomiendan y hasta la proporcionan, como un servicio alternativo o en el mismo hospital.

Además de proporcionar tratamientos con acupuntura, pueden instruirlos en yoga, Tai Chi, con la formación de grupos (clubes) de diabéticos, hipertensos, adictos, depresivos, adolescentes, tercera edad, que permitan la extensión de la atención primaria y familiar, previniendo las enfermedades y su cuidado. Atendiendo las listas de pacientes, porque muchos de ellos se encuentran actualmente remitidos a los hospitales regionales y ahí les proporcionan estos ejercicios.

Otra labor muy importante es la educación continua en el cuidado de la salud, mediante una extensión de servicios a las guarderías, fomentando la medicina preventiva y la atención a tiempo de sintomatologías que pueden complicarse, prevención y control de epidemias infantiles y entre los mayores, cáncer cérvico-uterino, próstata y problemas cardiovasculares, entre otros.

#### 5.1.5. Desarrollo del programa de medicina natural tradicional y alternativa

Constituye una estrategia prioritaria para el sistema de salud, la capacidad para producir en México, un número importante de los 900 renglones que tiene el formulario de salud básica, con la cual podemos ahorrar 4 o 5 veces el costo que representarían estos medicamentos adquiridos en el exterior. Es una prioridad del sistema la identificación y producción de los medicamentos vitales que no pueden faltar y que la población necesita realmente. El enfoque fundamental es tratar de reducir la falta de medicamentos y eliminar todas las situaciones o problemáticas posibles en la ruta crítica.

También es estratégico para el sistema de salud impulsar la medicina tradicional y natural con todo el rigor científico con el objetivo fundamental de lograr capacidad de producción local y desarrollar un grupo de técnicas como acupuntura, digiopuntura, láser terapia, balneoterapia, es decir, conjugar técnicas antiguas y novedosas, para una medicina integral que sustituya con mayor cobertura el enfoque de la medicina clásica.

Otro aspecto es la tecnología médica de nuestras comunidades indígenas, desarrollada en el país y que con poca inversión puede sustituir e incluso ayudar a dar un salto a la salud pública.

#### 5.1.6. Adecuar dos polos de atención

El cambio integra a los hospitales generales, convirtiéndolos también en unidades de especialización con recursos desconcentrados, para la medicina curativa. Asimismo deberán privilegiarse, extenderse y homogeneizarse los servicios de medicina familiar preventiva, para que realmente constituyan la puerta de entrada al sistema, con los MG como porteros, en una política de gestión de calidad y contención de costos hacia la medicina curativa.

La reingeniería de los procesos actuales deberá adecuarse a un nuevo sistema de contratación y provisión de servicios que transparente las acciones, para poder implantar programas factibles de mejora en la calidad y el desarrollo de una cultura clínica y de Gestión Gerencial entre los prestadores y usuarios del servicio.

He aquí la importancia de las cuotas capitadas y de tener precisión en la medición de costos de la atención en las especialidades, puede incluso recurrirse a las alternativas de desarrollar el concepto Hospital Abierto, que permita el financiamiento normado de las unidades.

Acorde a los perfiles demográficos y epidemiológicos pueden adecuarse las especialidades para cada uno de los hospitales generales, a través de los flujos de pacientes y de las referencias hacia los hospitales regionales. Esto permitiría la atención en sus lugares de origen o en ciudades cercanas, acudiendo a la contratación de servicios muy especializados y faltantes mediante convenios locales, evitando así el traslado continuo de pacientes a los que está sujeto el sistema actual.

En la actualidad, las especialidades de los hospitales aún conservan la estructura tradicional, lo que genera baja ocupación en las áreas de pediatría y Gineco-obstetricia y saturación en medicina interna.

#### **OCUPACIÓN PROMEDIO DE UN HOSPITAL REGIONAL**

Pediatría	45%
Ginecología	55%
Cirugía	81%
Medicina Interna	99%

Las áreas gerontológicas y de cuidado al adulto mayor, apenas comenzaron a cobrar importancia a través del Programa de Atención a la Tercera Edad, se trata de fincar las bases mediante proyectos de capacitación a médicos, enfermeras y familiares en el cuidado del adulto mayor. En un futuro se deberá incluso contar con hospitales de cuidado al adulto mayor, eso sin tomar en cuenta las solicitudes de atención continua.

En el año 2010, más de un millón de jubilados presionaran sobre los servicios médicos, por tanto, además de solucionar el problema de las cuotas y los subsidios cruzados, deberá dedicarse una buena parte del presupuesto al tratamiento de enfermedades costosas, con la necesidad de adecuar la infraestructura y dirigir inversiones hacia esa demanda.

### 5.1.7. Medicina preventiva y medicina familiar

José M. Freyre, menciona al médico general (MG), como el portero de los servicios médicos especializados, siendo por ello un componente esencial en la organización racional de los servicios. Su objetivo es que solo los pacientes cuyos problemas no puedan ser resueltos en el primer nivel, sean referidos por su MG al especialista.

Esta función de portero MG ha demostrado sus ventajas comparativas en muchos países desarrollados como Gran Bretaña, Canadá, España, incluso las HMO en Estados Unidos. Debe ser por tanto una necesidad organizativa en los estados de menos recursos, para poder garantizar a la población asegurada los mejores servicios con los recursos disponibles.

En México la experiencia nos muestra que conviven dos tipos de medicina, la oficial que se imparte a través de los sistemas de salud y la comunitaria, a la que tiene acceso la mayoría de la población marginada, esta es un remanente del modo de producción anterior, pero continua vigente y en los últimos años ha cobrado una fama muy especial.

Entonces podríamos proponer la puerta de entrada al sistema desde estos niveles, ya que con una preparación especial por parte de expertos comunitarios, el modelo puede descansar en el médico tradicional, que tiene acceso directo y conoce a todos los pacientes de la comunidad. El médico comunitario y los técnicos que se preparen de las parteras, sobadores, hierbateros, puede además integrarse en un plan completo de salud, que contemple medio ambiente, agua, drenaje, salud infantil y otros aspectos vitales para la subsistencia de nuestras comunidades.

La existencia de listas de pacientes para cada comunidad y de estas hacia el MG favorecería la relación médico-paciente, facilitando la medicina preventiva y la promoción de la salud. Esto incidiría además en la equidad y homogeneidad de los grupos regionales.

Diversos modelos se han experimentado en estos sistemas de primer nivel, para la relación contractual de estos MG, ya que este resulta el primer contacto del paciente con el sistema, pero además, una contención de pacientes en esta etapa llamada medicina familiar, podría detener la presión a la sobre demanda de los hospitales de especialidad.

#### **Tipo de ejercicio médico**

- Liberal puro
- Liberal con contrato de pago por acto
- Liberal por contrato a una lista de población
- Relación laboral

#### **Pago**

- Por acto, tarifa libre
- Por acto, con tarifas acordadas
- Captativo, por persona atendida
- Salario

En Estados Unidos predominan las Health Maintenance Organizations como el modelo liberal y algunos otros modelos de carácter público, orientados a sectores concretos de la población como personas mayores y veteranos de guerra. No obstante, más de 30 millones de norteamericanos, carecen de cualquier tipo de aseguramiento.

Los sistemas europeos, con sus variantes, suenan más atractivos al profesionalizar médicos que atiendan este primer contacto, acercándolos al paciente, evaluándolos y creando marcas de referencia,



“Bench Marking”, que los haga eficientes, sin soltar el control del pago por evento o por listas de pacientes. Desde este modelo también puede extenderse un amplio programa de capacitación a las comunidades, que integre a los médicos naturales en el proceso y amplíe la cobertura, a través de la vigilancia de los MG o médicos familiares.

En México, tal vez esto se acercaría a los conceptos sindicales de una privatización, ya que por décadas se ha practicado desde el Estado sólo para los sistemas de asalariados, por tanto ellos deben estar convencidos y jugar un papel preponderante para ampliar la cobertura. No debemos olvidar que alrededor de las clínicas de cada sistema de salud laboran miles de trabajadores entre médicos, enfermeras, administrativos y técnicos. La mayoría pertenecen al sindicato (trabajadores de base) y son quienes además generan el más alto porcentaje de conflictos, por inasistencias, burocracia, robos hormiga y mala calidad del servicio.

Para adelgazar las plantillas se han implantado los programas de Retiro Voluntario, pero al ser indiscriminados afectan más que ayudan, porque recaen en muchas ocasiones en las áreas clave y al no permitir la sustitución inciden en la mala calidad de los servicios. Sobre todo cuando se retira personal de mantenimiento, técnicos radiólogos e incluso algunos administrativos clave, el contador por ejemplo. Sería necesario efectuar estudios de campo más eficientes, evitando políticas genéricas que afecten el funcionamiento.

El modelo Beveridge, aplicado en varios países de la CEE, reconoce el derecho a la salud y la atención sanitaria en igualdad de condiciones, su cobertura es universal, los recursos están regionalizados y son mayoritariamente públicos, basados en impuestos generales. En este sistema los usuarios tienen una elección limitada del médico general y en algunos países se ha desarrollado la elección del especialista.

En general todos estos sistemas de salud actuales buscan:

- Equidad y suficiencia.
- Protección social que asegure el acceso universal a las prestaciones básicas.
- Eficiencia del modelo.
- Libertad de elección.
- Autonomía profesional.

Para México, estas dos últimas resultan las más difíciles de implantar, sin embargo son muy necesarias. Para lograrlo, en la primera etapa de una reforma, es necesario revertir el modelo actual, estableciendo las bases para la medicina comunitaria y la medicina familiar, como visión del modelo, buscando:

- Separación de la financiación y provisión de servicios.
- Integración de la medicina tradicional a la oficial.
- Descentralización progresiva de la gestión.
- Mayor participación de los derechohabientes facilitando la libre elección del médico.
- Control y delimitación del gasto farmacéutico.

No obstante, para su logro, en esta primera etapa de la Planeación Estratégica, deben atenderse en forma paralela las áreas de oportunidad, algunas con rezagos muy importantes como:

- Desarrollo de una cultura de medicina preventiva con la anticipación al daño.
- Capacitación integral al médico, la comunidad y al usuario.
- Libertad de elección del médico familiar.
- Atención especial y capacitación para personas de la tercera edad, incluyendo medicina alternativa.
- Incremento de la capacidad resolutoria de las clínicas de primer nivel.
- Incentivos al desempeño.
- Criterios homogéneos en la disponibilidad de los médicos y clínicas familiares.

Para elevar la calidad de atención se realizan acciones como:

- Citas programadas por teléfono e Internet.
- Módulos de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Capacitación continua a los médicos familiares.
- Programa de estímulos a la eficiencia y calidad del personal.
- Información impresa para la utilización de los servicios.
- Creación de los centros integrales de servicios.
- Desarrollo de programas para la atención del envejecimiento.
- Elaboración de protocolos en el manejo de pacientes.
- Establecimiento de un cuadro básico, con atención especial a las claves de medicamentos para la atención primaria de la salud.
- Desregularización de los sistemas de abasto.

#### *5.1.8. Capacitación y desarrollo humano en enfermería comunitaria*

- Es importante destacar la capacitación de los recursos humanos en Gerencia Hospitalaria para todo el personal del Sector Salud, especialmente el de Directivos y enfermería y salud Comunitaria que establece la comunidad como paciente; el cuidado de las personas en su hogar; las políticas de Salud en la comunidad; la reingeniería de la profesión de enfermería a una empresa social en los cuidados de salud y las implicaciones y manejo del cuidado de la salud. Entre otros principios básicos se pueden establecer los siguientes directivos:
  - Enfermeras Comunitarias.
  - Naturaleza de la Salud Comunitaria.
  - Diversidad Cultural en la Comunidad.
  - Aspectos Básicos de la alianza de las Instituciones para la salud.
  - Un método para la evaluación de la Salud Comunitaria.
  - La comunidad como cliente.
  - Elementos para el diagnóstico de la comunidad.
  - Intervención de enfermería en la atención de las comunidades.
  - Atendiendo a las personas en sus hogares o sitios de residencia.
  - Valoración de la salud familiar.
  - Las intervenciones de Enfermería y los resultados de los clientes comunitarios en una era tecnológica.
  - Continuidad de la atención, tentativas para manejar la atención en forma integral. Infraestructura para la prestación de la atención y funciones de la enfermera de salud comunitaria.
  - Efecto de la acreditación y actualización profesional sobre la continuidad de la atención.
  - Reingeniería de la profesión de enfermería.
  - El negocio y la política de enfermería en la salud comunitaria.
  - El negocio de la salud comunitaria.
  - La política de la salud comunitaria.

#### *5.2. Módulo financiero*

Todos los esfuerzos del Módulo Financiero se dirigirán a fortalecer un Sistema Nacional de Hospitales, a través de: Reducción de los casos vistos en consulta externa de Hospitales; reducción de los casos en servicios de urgencia hospitalarios; reducción del número de ingresos hospitalarios y de la estadía promedio; incremento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia.

Lo anterior con el propósito de redefinir la estructuración y capacidad de camas en los diferentes servicios asistenciales del hospital en función de la demanda real existente en su región, con un concepto claro de red y de sus responsabilidades institucionales; optimizar la utilización de las capacida-

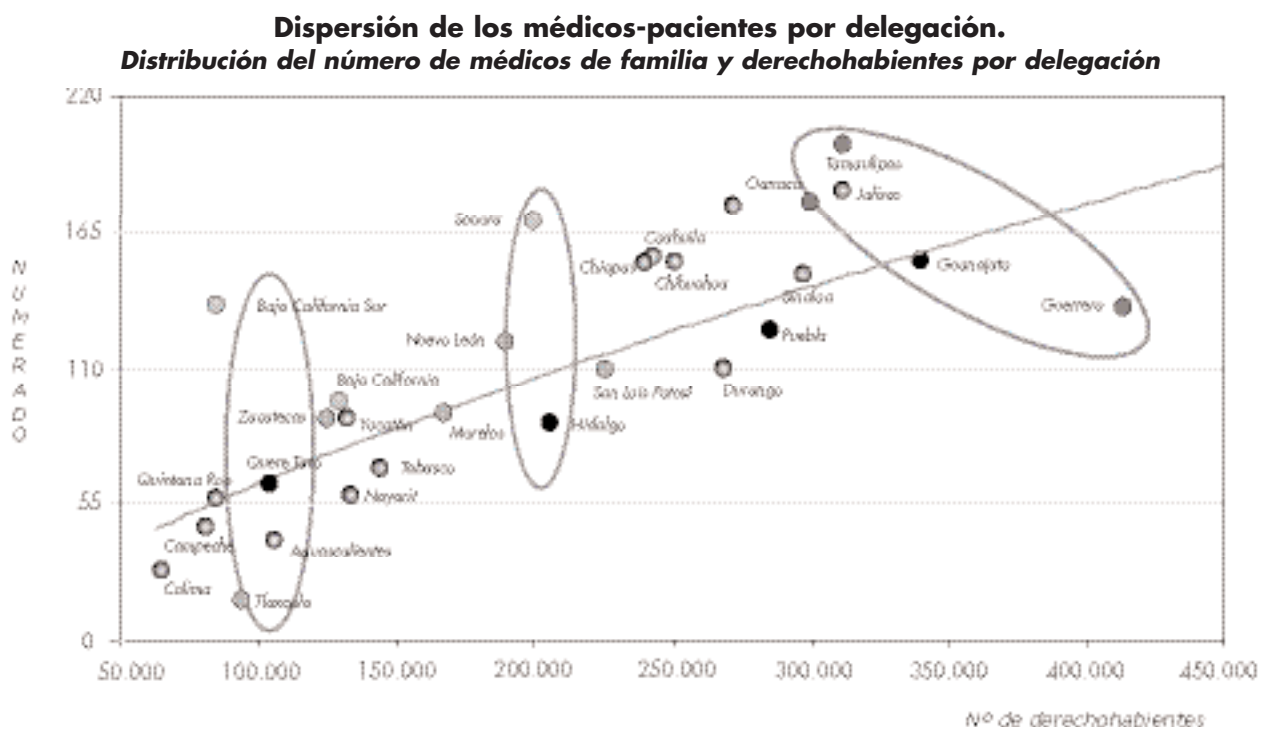
des y de los recursos humanos y materiales existentes a nivel de cada institución; reducir los costos en el sub-sistema hospitalario utilizando permanentemente el principio de la racionalidad económica y de la gerencia hospitalaria, para elevar el nivel de satisfacción de la población, de las comunidades que utilizan nuestros servicios y brindando un mayor confort institucional, a través de los siguiente elementos.

5.2.1. Cambio del modelo actual a futuro de gerencia hospitalaria

Para el futuro, continúa siendo uno de los retos principales la homogeneización de los servicios primarios de atención, evitando la dispersión de los mismos, en la actualidad se cuenta con clínicas de primer nivel y consultorios, con fallas de información, heterogénea toma de decisiones y la consiguiente falta de oportunidad en el servicio.

Otro de los problemas de fuerte presión proviene de la necesidad de regularizar al personal asignado para la atención médica, ya que padece de fuertes desequilibrios, a pesar de varios intentos fallidos para su desconcentración, debido entre otras cosas a la necesidad de organizar bases de datos confiables que permitan asignar los recursos capitados y modernizar la información oportuna de la gestión.

Por último, es necesaria la desconcentración y desregulación de los servicios médicos, como una sola estructura que permita flexibilidad y evite duplicidad de funciones, altos costos de operación, lentitud en la toma de decisiones y falta de integración.



Fuente: Elaborado con Información de Tesis Antares Consultores.

Los Hospitales Generales y Regionales, se integran por una red de nosocomios que cuentan con una mayor tecnología para la atención de pacientes, son por ello los más socorridos, pero carecen de respuesta oportuna, algunos incluso son híbridos, ya que ejecutan labores de clínica y a la vez de hospital.

El principal problema de estos hospitales lo constituye su falta de autonomía, además de la triplicidad de mandos que padecen, por un lado su director, bajo la estructura vertical de un organismo central que los coordina de manera normativa. Pero, dependen de manera presupuestal de las “Delegación Estatales”, dándole la formas de un organismo supeditado, con duplicidad de órdenes y poca participación en la toma de decisiones.

De acuerdo a las corrientes en los países desarrollados, existe ya el acuerdo de considerar a los hospitales como empresas, dándoles descentralización absoluta en la toma de decisiones, sin intervención jerárquica superior que postergue situaciones graves y urgentes, lo cual también constituye también un riesgo, de no existir capacitación técnica.

No sucede así en nuestro sistema, donde se acentúa la dependencia y asimismo la falta de coordinación, estos hospitales generales son la segunda instancia a la que recurre el paciente, mediante una referencia de su clínica de primer nivel.

Cuentan con área de urgencias, sección de imageneología, consulta externa y hospitalización. No obstante, por las mismas condiciones de su dependencia, padecen de graves carencias, además de no conocerse el verdadero costo de la atención, ya que sus estadísticas financieras y demográficas se realizan en otras instancias ajenas.

Así, las decisiones son sólo clínicas sin una consideración económica, por el mismo desconocimiento de sus autoridades, respecto entre otras cosas, a los techos financieros, estos se negocian en la Delegación, en tanto los costos se manejan de forma indirecta en las áreas centrales financieras y los acuerdos los toma el Delegado estatal, acorde a sus prioridades.

En la práctica, las autoridades de estos hospitales son en realidad enlaces con las Delegaciones Estatales, donde acuden constantemente para negociar sus recursos, tales como limpieza, vigilancia, mantenimiento, salarios e insumos para la salud, a la vez que la decisión de sus necesidades tecnológicas, forman parte de los programas de gestión de la delegaciones, sin un plan de negocios que justifique sus necesidades.

La falta de Gestión de Gerencia Hospitalaria ha generado verdaderos desequilibrios, durante los últimos años el área normativa ha presentado proyectos acción, en especial de los recursos humanos. En forma global, estos lucen excesivos de acuerdo a las normas establecidas y con poca capacidad para distribuirlos en forma equitativa, dada la multiplicidad de las áreas de apoyo que participan en el proceso, como Finanzas, Administración, Delegaciones, Sindicato y una casi nula aportación de los hospitales.

En la problemática a futuro, cualquier reforma en salud tiene que contemplar un cambio radical en la atención y capacidad de estos hospitales, pero en especial su participación en la planeación estratégica, ya que en la actualidad constituyen un “hoyo negro”, que afecta todo el sistema e impide establecer estudios reales de costos.

Como ejemplo, en la instalación del Sistema de Abasto, se detectaron grandes cantidades de medicamentos en sobre-inventarios, algunos ya caducos, que incluso pertenecían a otros niveles de atención. Estos insumos, al encontrarse aislado el hospital, carecían de la posibilidad de transferencias, por lo que a la vez se registraban desabastos de otros con los que se contaba en otras regiones del país, generando además duplicidad del gasto de la compra central en claves, que en ese año (2003) alcanzaba \$3.000 millones.

*Las visiones más expresadas por los expertos en salud, imaginan un futuro con Gerencia Hospitalaria:*

- Con libre elección.
- Eliminación de la burocracia.
- Eliminación de esperas.
- Amabilidad en el trato.
- Confort.
- Información clínica y de costes.
- Personalización de la atención médica.

Esto nos llevaría a cambios radicales en la gestión de nuestros hospitales generales, pero cualquiera de éstos, debe tener como base la consideración de los niveles de autonomía que pretendan proporcionarles.

Por tanto, nuestra misión a mediano plazo debe ser:

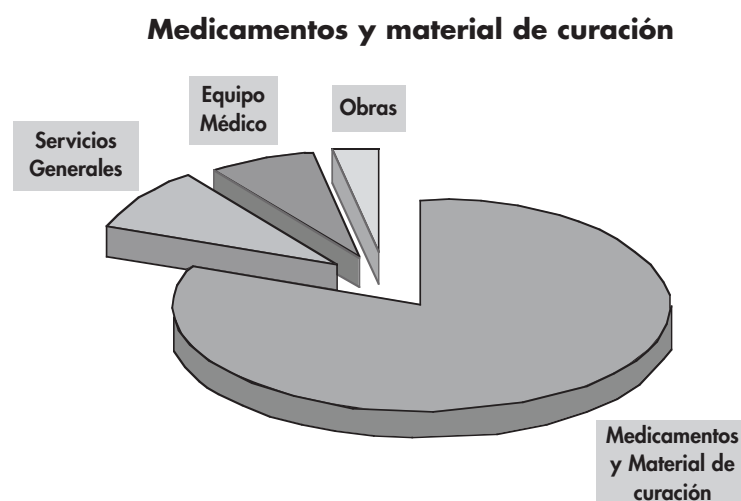
- Autonomía de gestión.
- Autonomía en la toma de decisiones reguladas por la normatividad.
- Competencia regulada entre hospitales, con tableros de control y marcas de referencia.
- Reingeniería de los procesos.

- Mejora continua de la calidad en la atención.
- Ampliación de la asistencia externa.
- Reducción de estancia hospitalaria.
- Reducción de tiempos de espera en atención a pacientes.
- Desarrollo de sistemas y tecnología.
- Conocimiento de los costos asistenciales.
- Asignación capitada y por productividad de los recursos.
- Capacitación continua en el sistema de gestión de calidad.

### 5.2.2. Reingeniería de los Procesos de Gestión y Abasto

La distribución del presupuesto asignado al fondo de salud, nos permite contar con un mapa para iniciar el análisis de las principales áreas de oportunidad.

Este presupuesto en gasto corriente se distribuye de la siguiente forma:



Medicamentos y material de curación	– 81%
Servicios generales	– 9%
Equipo Médico	– 7%
Obras	– 3%

Como puede observarse, al iniciar el proyecto el consumo de insumos para la salud abarcaba casi la totalidad del presupuesto, determinando el decremento de aquellas destinadas a la conservación de las instalaciones, que por las razones ya expuestas en el estudio presentan un atraso importante, en especial la necesidad de equipo médico, que en el año 2003 ascendía a \$2.500 millones.

Tableros de control: Para la correcta administración del Fondo Médico, podemos aplicar dos tableros de control básicos, uno para conocer a través de indicadores la gestión, el otro para el control de los insumos. Para el primero se propone una base de datos que desagrega información presupuestal, económica, demográfica, epidemiológica y de infraestructura.

En el caso del segundo, para el control de los inventarios se consideraron, entradas, salidas, stock, niveles de sobre-inversión e indicador del porcentaje de abasto.

Una vez interrelacionadas las variables entre sí, se calculan los indicadores bajo un efecto de costo-beneficio, para conocer: calidad de los servicios, eficiencia administrativa, gestión hospitalaria y atención.

Estos indicadores permiten calcular la atención por cada una de las regiones, agrupándolas en estudios de cluster, para tener un mapa situacional de la atención y sus costos, además de permitir las marcas de referencia para los estudios de Bench Marking.

### Evaluación de los principales indicadores del tablero de control de gestión hospitalaria de los hospitales regionales. Diciembre 2003

	Consulta por hora médico especialista	Promedio de piezas de medicamentos por consulta	Promedio de días abogados por licencia médica en consulta externa	Porcentaje de pacientes referidos	Intervenciones quirúrgicas mayores por quirófano por día	Promedio de días estancia total	Promedio de estudios de radiología en egreso hospitalario	Tasa de mortalidad hospitalaria ajustada general	Consulta por hora médico especialista	Porcentaje de cesáreas	Porcentaje de ocupación hospitalaria en medicina interna
Parámetro Institucional	3	6	13	3	3	6	1,2	2,5	90	40	90
PDTE. Benito Juárez Oaxaca	2,55	4,00	11,30	1,3	3,10	4,42	0,52	2,1	74,7	62,3	79,9
Puebla	2,35	3,66	4,58	0,5	2,77	5,49	0,72	2,8	67,0	70,3	90,9
LIC. Adolfo López Mateos	3,92	4,18	16,56	0,0	3,45	5,74	1,06	3,0	87,7	56,5	89,4
León	2,57	4,03	11,55	0,5	1,36	4,76	1,04	2,9	7,12	63,6	75,8
GRAL. Ignacio Zaragoza	2,81	4,51	15,94	1,2	5,31	6,30	0,05	2,4	59,8	34,6	77,1
DR. Cardenas de la Cega, Sinaloa	2,17	0,70	27,53	0,2	2,63	3,54	1,12	2,3	63,1	61,8	79,6
Monterrey	1,38	4,50	18,02	0,45	2,70	6,17	1,52	3,2	72,0	67,4	94,5
CMN 20 de Noviembre	1,80	3,40	11,36	0,00	1,55	7,70	1,07	2,2	70,8	88,9	63,1
10 de Octubre	2,50	5,08	18,35	4,0	2,52	6,69	2,55	5,3	82,8	53,4	92,4
Dr. Valentín Gómez Farías. Jalisco	1,66	2,00	12,71	0,1	1,83	5,61	0,32	4,3	72,4	55,7	75,6
Mérida	1,73	6,88	15,04	0,3	1,87	56,9	1,66	3,9	75,0	70,1	94,2

#### 5.2.3. Proceso de asignación en base a la demanda

Para iniciar el cambio de enfoque en la distribución de los insumos, debe dejarse el modelo de oferta (empujar) al basado en la demanda (jalar), ya que el modelo empujar, generaba como consecuencia desabasto y sobre inventarios, en tanto el jalar permitiría satisfacer las necesidades reales, con la tendencia hacia el inventario cero.

En este contexto realizamos las siguientes acciones de preparación para la reingeniería del proceso:

- Información y control de los insumos por centro de trabajo.
- Definición de necesidades por regiones y estacionalidad (jalar).
- Proceso Licitatorio oportuno.
- Sistema de control de almacenes e inventarios (SICOIN).
- Instalación de tablero de control por claves, unidades y regiones.

En el primer caso nos encontramos ante un promedio de abasto a nivel nacional del 65%, además detectamos más de 100 claves de medicamentos con un costo cercano a los \$200 millones que se manifestaban en lento y nulo desplazamiento o que habían sido asignados a unidades que no los utilizan, por ejemplo, medicamentos de tercer nivel de especialidad en clínicas y consultorios.

El proceso empujar generaba estos fuertes desequilibrios porque se basa en las necesidades detectadas a nivel central, estas se conjunta mediante reuniones de concertación con las unidades, pero al carecer de un control en los inventarios, se definen mediante aumentos porcentuales en la distribución, la colocación de insumos que se consideran necesarios y la petición de los médicos de otros innovadores, que en ocasiones son de alto costo y no se utilizan.

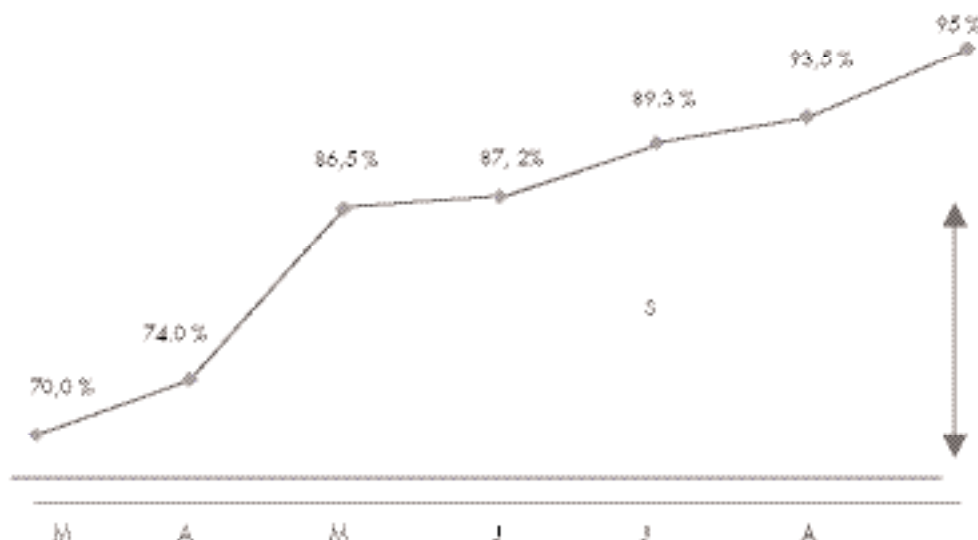
Para solucionar el problema debió actualizarse el Cuadro Básico de Insumos, reduciéndolo de 700 a 419 claves en medicamentos, de los cuales 210 se asignaron como esenciales, (no deben fallar) de acuerdo a grupos multidisciplinarios de médicos. En tanto se redistribuían los sobre inventarios, a través de transferencias que permitieron elevar los niveles de abasto hasta el 95%, cifra que se mantiene en la actualidad.

El control surgió como resultado de esta primera fase de implantación, ya que a través de los almacenes se estableció un monitoreo electrónico que permite conocer las necesidades por unidad y región, de acuerdo al nivel de inventarios, para reponer los faltantes, evitando el surtimiento de claves con lento o nulo movimiento.

### Resultados:

Una vez aplicado el modelo, los resultados fueron evaluados por el Ministerio de Salud, obteniéndose en ese año un constante mejoramiento en los niveles de abasto, a la vez que se contuvieron costos y regularizaron los sobre inventarios.

**Evolución de indicadores de satisfacción al derechohabiente por surtimiento completo de recetas**



Fuente: AT: Kearny de México, año 2003.

Al conjuntar los niveles de atención por unidades, por primera vez se obtuvo un índice a nivel nacional, mostrando la evolución por cada Delegación estatal y permitiendo al grupo directivo, en ese entonces presidido por el Director General del Instituto, tomar las medidas por región, unidad y cada clave de medicamentos, para su correcta asignación acorde a la demanda certificada del consumo.

Una limitante al modelo puede ser la mala asignación de las recetas o la demanda en base a necesidades no reales, por ende el consumo debe estar certificado para evitar distorsiones, que puedan generar nuevos sobre inventarios o fomentar la corrupción.

De esta forma se unen los dos tableros de control, ya que a través de los indicadores de gestión podemos conocer y certificar los niveles de abasto en concordancia a la productividad.

El tablero de Gestión nos proporciona

- Número de Pacientes.
- Número de Camas.

### Control del índice conjuntado por delegación

N.º	15 DELEGACIONES	%
1	Campeche	99
2	Tlaxcala	99
3	México	97
4	Guanajuato	97
5	Chiapas	96
6	Nayarit	96
7	Hidalgo	96
8	Tabasco	96
9	Baja California Sur	96
10	Tabasco	94
11	Oaxaca	94
12	Zacatecas	94
13	Michoacán	93
14	Colima	93
15	Aguascalientes	93
	<b>Total Nacional</b>	<b>95,2</b>

Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE y de AT Kearny de

- Morbilidad.
- Perfil Demográfico Epidemiológico.
- Estacionalidad.
- Dosis y Horario.
- Número de Recetas por Especialidad.
- Claves por Procedimiento.
- Guías Diagnóstico-Terapéuticas.
- Presupuesto Ejercido por Claves.
- Costo Efectividad por Tratamiento.

Nuevas disciplinas como la fármaco-vigilancia y la fármaco-economía, se han interesado por el impacto de estas políticas, para analizar el costo y la efectividad, que permitan en un futuro el acercamiento a los altos costos de la tecnología y los medicamentos, así como su prescripción, que mantengan elevados niveles de abasto, pero a la vez proporcionen alternativas para disminuir los altos niveles de financiamiento, que como ya vimos abarcan casi el total del presupuesto en salud.

Es necesario mencionar que este proyecto se ha desarrollado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, con el aval de empresas y organizaciones independientes que midan el grado de satisfacción del usuario, a través del índice de recetas surtidas completas, de acuerdo a las claves definidas en el Cuadro Básico Institucional.

#### 5.2.4. Separación del financiamiento y la provisión

Es este uno de los temas más importantes en el Modelo de Gerencia Hospitalaria, consiste en crear una parte compradora y una vendedora de servicios, que permita el mejoramiento continuo de la calidad, a través de cumplir con los requisitos que el financiador solicita para sus trabajadores y plasmarlo en acuerdos de Gerencia Hospitalaria.



Para el caso de nuestro análisis, tradicionalmente ha sido el área médica, quien se hace cargo del programa asistencial, sin embargo su papel suele ser normativo, careciendo la mayor parte de las veces de criterios certeros para conocer el costo, la administración y la situación geo-referenciada de los recursos, por tanto proporciona el servicio que no cuenta con los elementos para una correcta toma de decisiones.

El área financiera al tomar control como financiador, puede convertirse en juez y parte en la asignación de recursos, además de no proporcionárselos al sector de salud, porque se destina en forma directa a las delegaciones estatales.

Es así que el modelo financiero se aboca a recopilar la estadística, decide los convenios, asigna los recursos, dejando de lado al área médica, pero tampoco tiene los criterios de servicio suficientes, en el resultado de los mismos, para crear las bases firmes en los programas capitados de gestión.

Esto conduce a no conocer cuales son los límites de actuación entre un órgano financiero y uno de provisión, en especial cuando ambos pertenecen a la misma corporación. Asimismo sugiere la necesidad de concentrar los recursos de provisión hacia un solo conducto, que administre el fondo de salud y pueda así responder a los requerimientos del órgano financiero.

Este organismo administrador debe distribuir los fondos regionales bajo criterios capitados, en base a perfiles demográficos geo-referenciados, así como realizar la planeación estratégica, gestionar servicios, supervisar la aplicación de los presupuestos convenidos con el órgano financiador, regular la calidad de los servicios y proporcionar alternativas para cubrir los costos de la atención que proporciona.

De tal forma, el financiamiento y la provisión deben concentrarse en dos vertientes únicas de la aplicación, evitando terceros y áreas de apoyo en el proceso que produzcan duplicidad de criterios y falta de controles en la aplicación de los recursos, además de contribuir para adelgazar la estructura burocrática que actualmente padecen los Servicios de Salud.

**Costo de la Atención:** Este mismo problema se refleja en la carencia de información para conocer el costo real de la atención médica, las bolsas se concentran en el órgano financiero, quien reparte por asignaciones históricas, sin conocer en forma real el costo capitado de sus recursos.

Diversos modelos se han ejecutado a nivel internacional para conocer estos costeos, uno de ellos llamado GRD (grupos relacionados de diagnóstico), pretende establecer a detalle los paquetes aplicados en cada uno de los eventos médicos, para así definir de manera más precisa el costo por padecimiento, aplicando los resultados a los acuerdos de gestión que el servicio administrador de salud debe negociar con el financiador.

Los acuerdos de gestión, permiten negociar entre las dos entidades recursos acordes a la planeación financiera que incluyen la aplicación, eficiencia, eficacia y estrategias en el tiempo para su desarrollo en la búsqueda de autosuficiencia, basados en modelos actuariales que permitan su correcta aplicación y capitalización a futuro.

En la actualidad no solo los hospitales desconocen los costos de la atención que proporcionan, también los pacientes, quienes exigen atención rápida y expedita, arguyendo el pago de la atención, pero no saben la relación entre lo que aportan y lo que el servicio de salud les proporciona. Este fenómeno se observa en especial entre los pensionados, quienes necesitan de mayores recursos para su atención, en muchos casos de enfermedades crónico degenerativas que superan por mucho las aportaciones de toda una vida.

El nivel de gasto capitado es un indicador que no permitiría saber, como enfrenta cada entidad el costo de la población que cubre, como resultado entre el gasto ejercido y la población protegida, en este caso podemos partir de las siguientes fórmulas:

- Gasto/población.
- Gasto/trabajador.
- Gasto/familias trabajadoras.
- Gasto/pensionista.
- Gasto/familiar de pensionista.
- Gasto/usuarios del servicio.
- Gasto/eventos proporcionados.

Los indicadores se desagregan a detalle, partiendo de la unidad responsable del servicio, con esto podemos conocer por ejemplo: el costo de una operación, pero asimismo de la gasa, el instrumental, los medicamentos, los recursos humanos aplicados y los servicios anexos del caso.

Gastos por evento \* número de eventos = costo capitado del servicio = asignación de recursos.

La implantación de un sistema de control de gestión que integre las acciones de la provisión puede concebirse en tres posibilidades:

- Dar todos los recursos de la provisión al área médica tradicional, pero con un cambio radical del servicio normativo aislado que actualmente desarrolla, a la participación directa en la operación, desconcentrando hacia las unidades de salud, en una primera etapa en el conocimiento capitado de su aplicación, estableciendo las estrategias en el manejo y responsabilidad del presupuesto, que aún no tendría las condiciones de su aplicación directa por unidad. La ventaja sería la unidad del sistema, pero al tiempo el área médica ha quedado rezagada a nivel asistencial, por lo que requeriría de cambios estructurales para convertirse en un organismo proveedor y administrador de los servicios, que además se negocie y apliquen los acuerdos de la Gestión Gerencial Hospitalaria.
- Desconcentrar a través de las delegaciones, dejando solo una pequeña coordinación médica que atienda los servicios asistenciales, pero dejando la toma de decisiones a cada delegación. Esto tiene como ventaja el acceso directo a los recursos, pero deja las decisiones al delegado regional, marginando a las unidades del desarrollo en la gestión.
- En este renglón guardan especial interés el desarrollo de los programas de costos de la atención, los tableros de control con marcas referenciadas, así como el nivel de informática del sistema, que facilite la oportunidad y calidad de los servicios. De la precisión en el desarrollo de este sistema, puede aspirarse a la autosuficiencia financiera, que permita a los prestadores del servicio contar con recursos y mejorar la infraestructura de sus instalaciones.

Los convenios con organizaciones y fundaciones, además del servicio a los derechohabientes y de cobertura universal como el Seguro Popular, pueden dar a estas unidades del futuro la características de unidades abiertas, autosuficientes y con elevados niveles de calidad. Un ejemplo lo vemos en el Veteran Hospital de Miami, que a través de fundaciones proporciona servicios de calidad, además de contar con tecnología de punta.

Asimismo resulta necesario cambiar el enfoque de unidades asistenciales a centros gerenciales, que a través de planes de negocios puedan negociar los acuerdos de gestión más convenientes para la región, evaluando resultados y desarrollando una nueva cultura de servicios, basada en la eficiencia, eficacia y equidad.

### 5.2.5. Desarrollo de la red informática

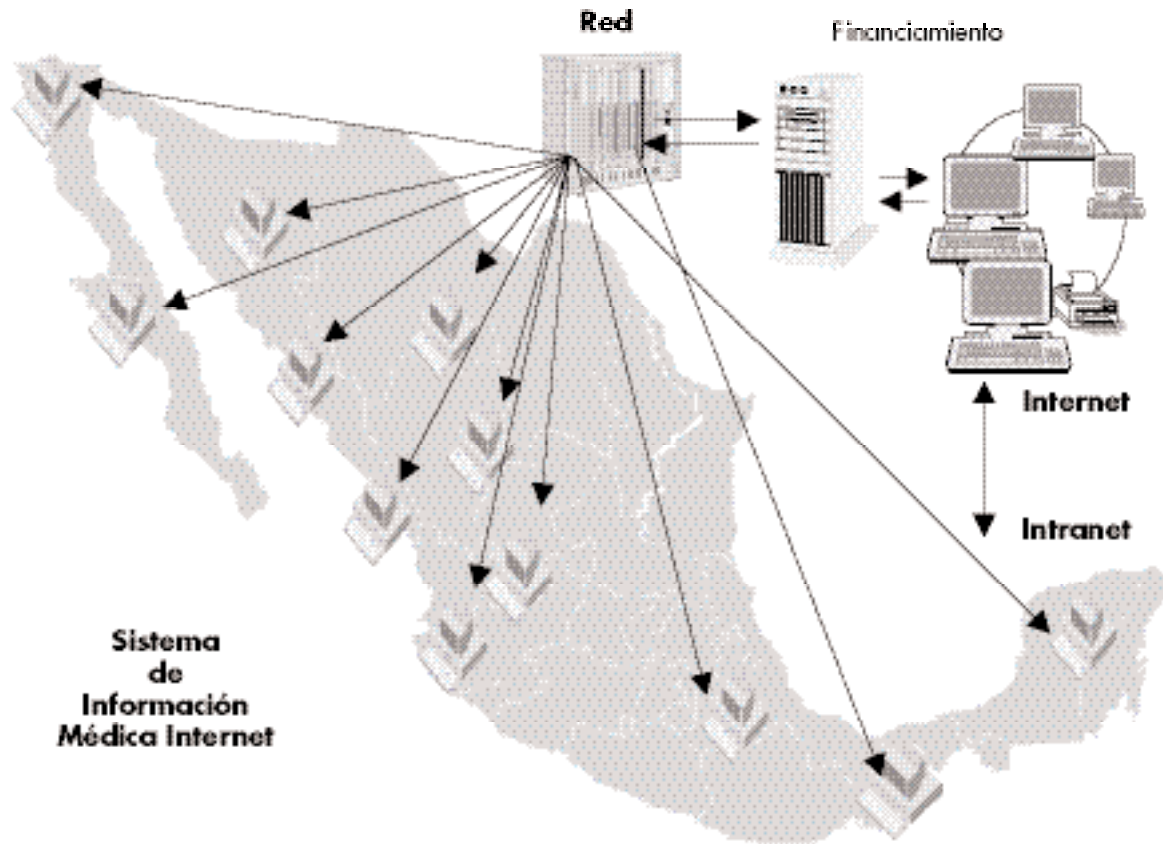
Para modernizar los servicios, es necesario modernizar los sistemas, creando los módulos para administrar correctamente los procesos de gestión, estos nuevos sistemas se crean a partir de bases de datos relacionales que apoyen la toma de decisiones.

De esta manera el primer módulo a desarrollar se basa en la distribución y control del abasto de insumos para la salud, para ello deben integrarse en red los principales movimientos en los almacenes delegacionales, consolidando los resultados de las unidades y agrupando por región los consumos reales y las coberturas.

Otro sistema de suma importancia es el que integra las listas de pacientes para los MG, en este caso el ISSSTE desarrolló un programa de citas por teléfono, que permite crear una base de datos para la atención de los derechohabientes, sin embargo, el gran reto consiste en integrar la red completa, dada la dispersión de la atención primaria. Para ello, a través de los acuerdos de gestión pueden cubrirse estas áreas.

Los acuerdos de gestión permiten mediante un correcto uso de los recursos, acceder a premios y estímulos para el mejoramiento de las unidades, que acceden acorde a las marcas de referencia a recursos frescos que se reflejan en el mejoramiento de la calidad de atención, además de crear sana competencia entre regiones para el acceso a estos recursos.

**Sistema informático y red de servicios**



5.2.6. Estructura del tablero de control de gerencia hospitalaria

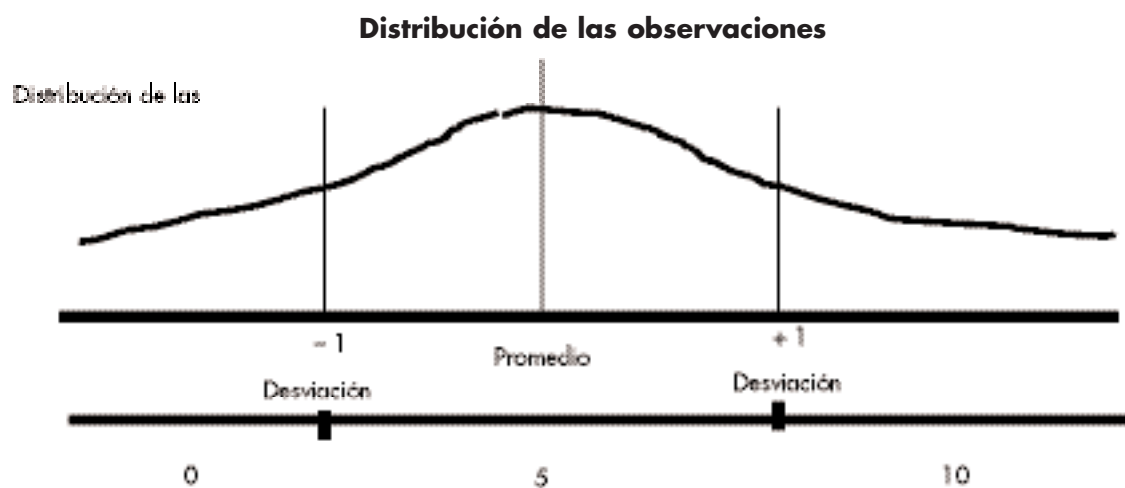
COMPONENTES	VARIABLES	RESULTADO
Presupuesto	Gasto total	Gasto real
Económico	Por capítulos	
Demográfico	IPC médico	Gasto capitado
	Población	Morbilidad
Oferta	Tipo y sexo	
Epidemiológicos	Derechohabiente	Índice por usuarios
	Recursos	Morbilidad
	Regionales	Gasto capitado

Cuantificación de resultados: Para obtener el índice se califica a cada una de las regiones, de acuerdo a su promedio y desviación estándar. Otorgándose la calificación en base a su posición de acuerdo a la marca de referencia.

**Ejemplo de indicadores en el tablero de control de gerencia hospitalaria**

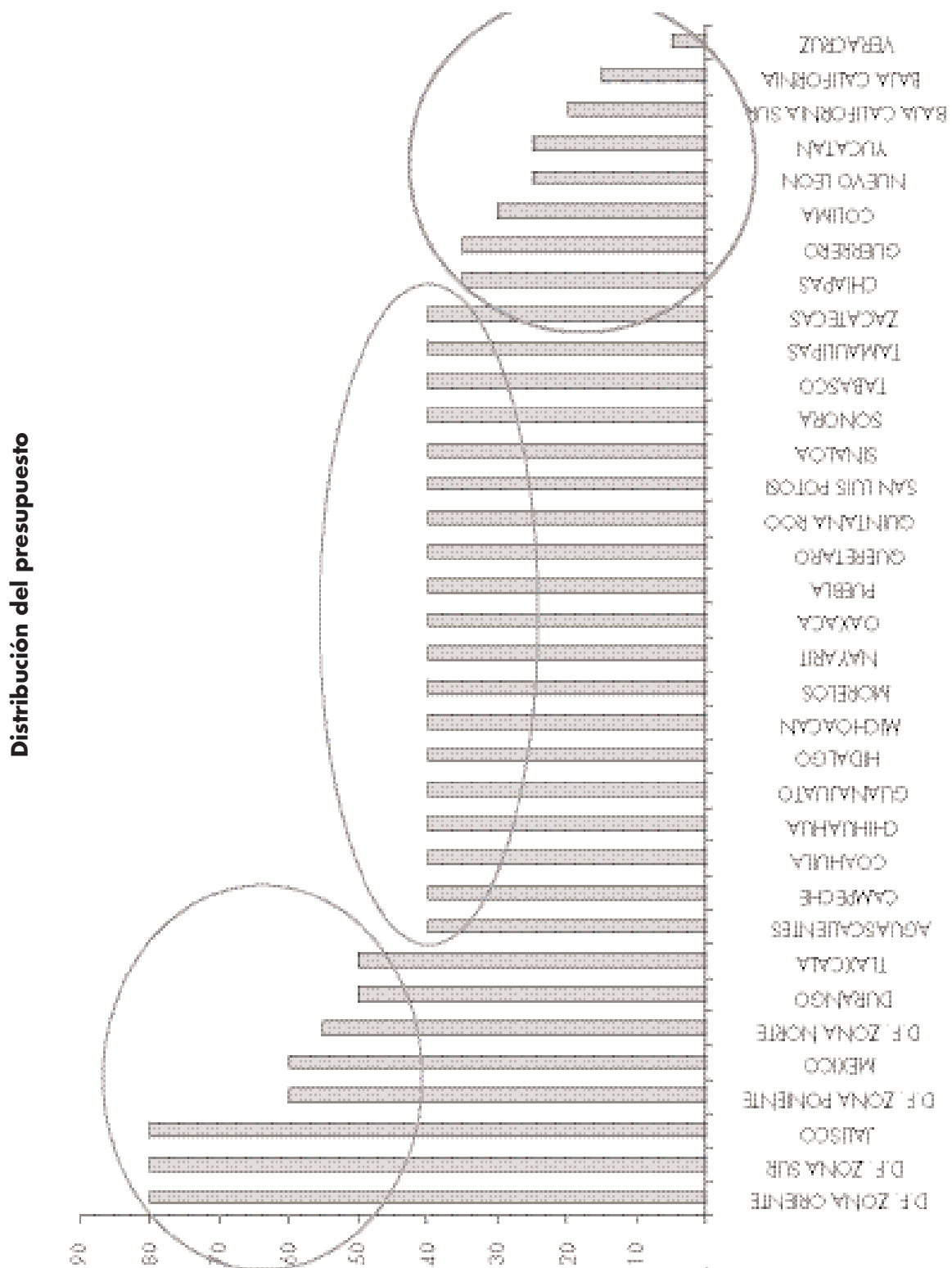
Delegaciones	Nivel anual de gasto capitado			
	Gasto global capitado			
	Gasto capitado	Gasto trabajadores	Gasto pensionistas	Gasto familiares
Coahuila	5	5	5	5
Colima	0	5	0	5
Chiapas	5	5	5	5
Chihuahua	5	5	5	5
Durango	5	10	10	5
Guanajuato	5	5	5	5
Guerrero	5	10	10	5
Hidalgo	5	5	5	5
Jalisco	10	10	10	10
México	10	10	10	10
Michoacan	5	5	5	5
Morelos	5	5	5	5
Nayarit	5	5	5	5

Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE y de Tesis Antares Consultores.



Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE.

Realicemos ahora el ejercicio de acuerdo al índice de la distribución del presupuesto actual por delegaciones:



*Fuente:* Elaborado con Información del ISSSTE. Puede observarse que la distribución se efectúa en tres grandes grupos, el mayor se concentra en las delegaciones del DF en tanto los menores se asignan a Baja California y Veracruz.

Al combinar los presupuestos con los resultados del servicio se observa:



Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE y de Tesis Antares Consultores. Resultados para la toma de decisiones.

Se observa un patrón de gasto medio para un nivel de atención media Jalisco y México tienen un volumen de atención alto y un nivel de gasto bajo.

Aguascalientes, Morelos, Nayarit y Campeche muestran volúmenes de atención bajos y un nivel de gasto superior.

Veracruz presenta baja calificación tanto en atención como en gasto.

En base a los tableros podemos tomar decisiones acerca de:

- Criterios de ponderación para los índices de eficiencia y productividad.
- Políticas de contención de costos, acorde a las desviaciones.
- Pruebas piloto para el desarrollo de indicadores regionales.
- Definir los criterios de asignación en base a resultados obtenidos.
- Desarrollo gerencial de las unidades del sistema.
- Marcas de referencia para fijar incentivos a la gestión.
- Incremento en la eficiencia en la aplicación del Fondo médico.

Además es importante tener en cuenta por los directivos hospitalarios para facilitar la función gerencial hospitalaria los siguientes indicadores:

- GENERALES:

\*Camas de dotación y camas reales. Médicos por cama real por cada servicio. Estadía por servicio y por causas de ingreso en el servicio. Consultas por médicos en hospital y casos vistos por consulta. Número de consultas hospitalarias por egreso en las principales causas de egreso por servicio. Promedio de investigaciones diagnósticas por egreso.

- NIVEL DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Evaluar en detalle las diez primeras causas de ingreso todos los meses. Evaluar diariamente las indicaciones hemograma, glicemia, rayos X, y electrocardiogramas. Número de indicaciones por médico positividad y destinatario.

### 5.2.7. Tablero de control para el abasto de medicamentos

El surtimiento de los medicamentos, señala la OMS, constituyen la credibilidad y eficacia del sistema, de poco sirve un buen diagnóstico si no se tiene la terapia necesaria. La falta de medicamentos puede bloquear todo el funcionamiento del sistema y los gastos representan salida de divisas, ya que la mayoría son de importación.

Esto nos lleva a la conclusión que cualquier intento de cambio, debe comenzar con una reestructuración del abasto, para lograrlo es necesario analizar las asignaciones para insumos, su consumo racional, además de regular los niveles de inventarios con los que cuenta cada una de las unidades que conforman el sistema.

Tradicionalmente se pensaba que la solución al tema del abasto radicaba en:

- Comprar con eficiencia.
- Almacenar adecuadamente.
- Distribuir a bajo costo.
- Enfoque de Oferta de insumos adquiridos.
- Respetar el techo presupuestario asignado.

Sin embargo, la esencia de la mala asignación del abasto radica en un uso de insumos ineficiente y un proceso de prescripción inadecuado. Por tanto el punto de partida consiste en la selección de los medicamentos esenciales en función de la demanda de la población.

El Instituto se encontraba inmerso en aplicar políticas orientadas a agilizar y abaratar el proceso de gestión del abasto, pero durante varios años el centro de atención de la estrategia radicaba en la gestión del uso y prescripción de los insumos de moda.

Para romper con esta tradicional forma de asignación, se implanto un cambio radical en el modelo, sólo así el círculo vicioso se podía romper hacia un Enfoque de Demanda.

El proceso de abasto hacia la oferta contribuye a la creación de un círculo vicioso caracterizado por:

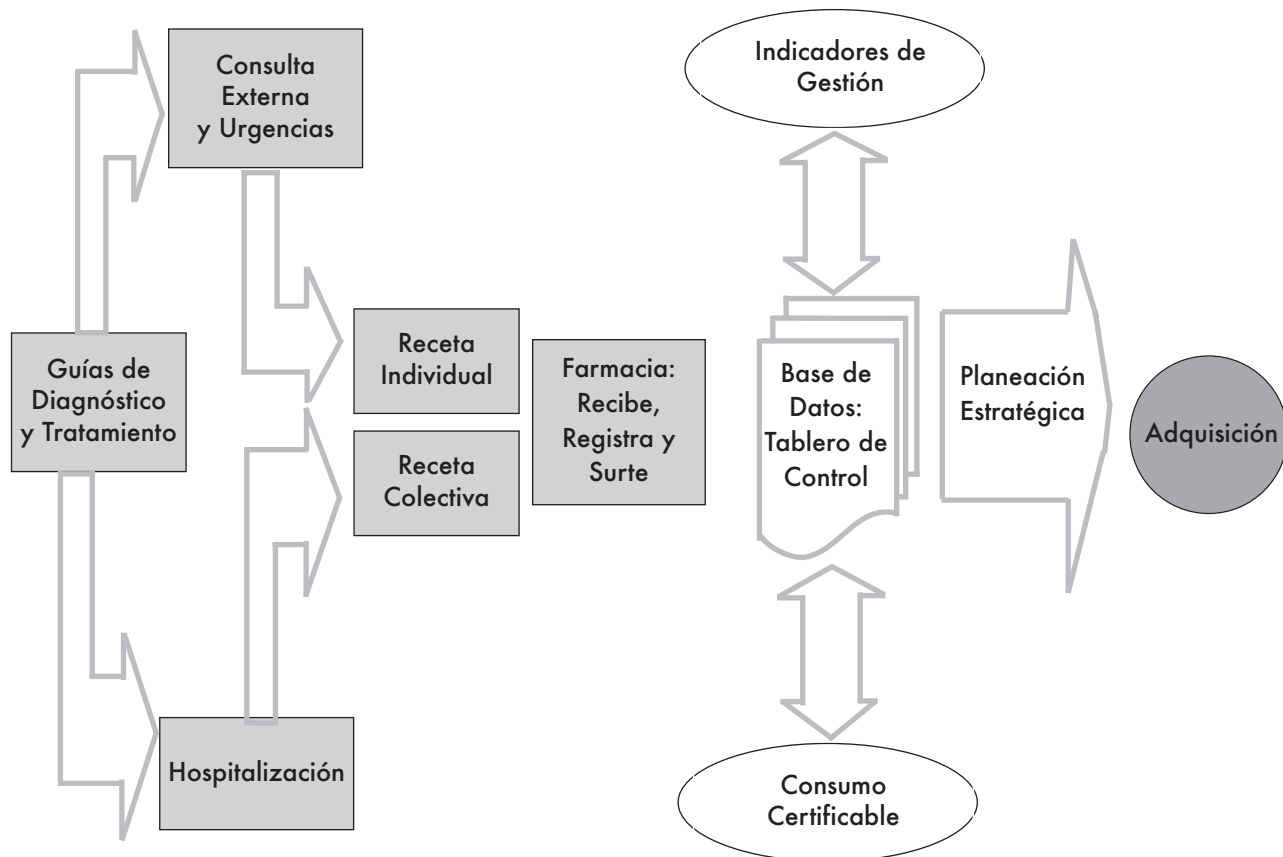
- Desvinculación entre la parte proveedora de los Servicios de Salud y el resto de la cadena de abastecimiento.
- Carencia de información suficiente, oportuna y confiable sobre los consumos reales de medicamentos y de sistemas informáticos, que agilicen el proceso de abastecimiento, que disminuyan los costos de operación y que proporcionen mayor certidumbre y transparencia.
- Problemas de coordinación entre las distintas áreas involucradas en el suministro.
- Falta de transparencia en la gestión, que permite la corrupción y una excesiva discrecionalidad en los tratamientos.
- Con el cambio de modelo, el proceso en base a la demanda (jalar) busca.
- Vincular permanentemente la prescripción, requisición y control del abasto con las necesidades de las unidades médicas evitando sobre inversión y déficit de insumos para la salud.
- Permitir la contención de costos y el uso racional de insumos basado en estas cuatro fases.
- El principal problema consiste en certificar los consumos de acuerdo a las necesidades reales, integrando así los requerimientos de cada unidad, a través de un sistema automático que permita la consolidación de las necesidades.
- En este sistema juega un papel determinante el Tablero de Control de Inventarios, que debe reflejar.

### 5.2.8. Capacitación continua en gerencia hospitalaria

Nada funciona sin una adecuada orientación y capacitación, tanto a los usuarios como a los proveedores del servicio, ya que ambos se han quedado en el rezago.

Los proveedores del servicio se sienten incapaces y se oponen a cualquier mejora, con la participación en ocasiones perjudicial de los sindicatos. Los pacientes exigen pero desconocen las normas y las alternativas para su tratamiento, menos para la prevención de posibles padecimientos.

**Clave del medicamento, existencia inicial, entradas, salidas, existencia final.  
Resultado en el índice abasto**



Fuente: Elaborado con Información del ISSSTE.

Esto aunado a que ambas partes participan en el mal trato a las instalaciones, acostumbrados por la frase “que lo pague el gobierno”. Dando como consecuencia unidades con altos grados de depredación en sus recursos e instalaciones, robo hormiga de medicamentos, comida, instrumental, papel higiénico, merma de ropa hospitalaria, equipo descompuesto, baños destruidos, abandono de quirófanos, entre muchos otros síntomas de descomposición, corrupción y falta de transparencia.

La capacitación debe comenzar con el buen uso y cuidado de las instalaciones, además de promover las nuevas estrategias y posibilidades de la medicina familiar, pero de poco sirve enfocarse a los derechohabientes sin una ardua labor hacia los prestadores del servicio, en especial médicos, enfermeras y los administrativos faltistas, mediante cursos de integración, boletines e información continua.

Esto conlleva a programas de calidad, con incentivos y reconocimientos a los mejores, implantando una política de competitividad, con marcas de referencias nacionales y regionales, que redunde en beneficio a la atención de los usuarios del servicio.

La nueva Gerencia de Salud considera los hospitales como empresas sociales productoras de procesos-Servicios de Salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social para el caso de Hospitales Públicos y económica para el caso de Hospitales Privados. Bajo este enfoque la Gerencia Hospitalaria es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes y que tiene la calida como meta, abarcando los siguientes temas:

- Gestión Hospitalaria.
- Acciones de dirección.
- Administración Estratégica del Hospital.
- Funciones de Gerencia.
- Gestión de Personal.



- Políticas de Personal.
- Gerencia y Estrategia.
- Actividades del Trabajo Gerencial.

Con el apoyo del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social para impartir los siguientes cursos regionales:

- Curso para Formadores en Gerencia Social.
- Curso de Liderazgo y Gerencia Social.
- Cursos de Gerencia Social para Directivos.
- Seminario de Líderes Jóvenes.
- Seminario para Organizaciones No Gubernamentales.
- Taller de Gerencia Social.
- Seminario Responsabilidad Social Empresarios.
- Taller de Gerencia Hospital Eficaz, Eficiente y Sostenible.
- Taller de Medición de Desempeño.
- Taller de Pobreza Rural.
- Reformas de Sistema de Salud.
- Liderazgo para la Gerencia Social para Directores de Escuelas Públicas.



## 6. Conclusiones

- La Protección a la salud en lo que hoy llamamos América, lleva un proceso tan largo como su existencia, al parecer, desde muy temprano en la historia de las comunidades americanas el bienestar físico y del espíritu constituían una prioridad para la población. Podemos afirmar entonces que este antiguo modelo de Seguridad Social se basaba en un enfoque comunitario, con el bienestar de la comunidad por encima del individuo, muy distinto al actual donde el individuo desea estar por encima de la comunidad.
- El modelo de salud prehispánico es cercano a los conceptos de Beveridge, ya que se constituía en un servicio para toda la población, para quienes se construían los centros sanitarios y a quienes se les proporcionaba además consulta, servicios directos en casa y mediante grandes curaciones colectivas. El pago se realizaba a través del Tequio trabajo comunitario.
- La colonia destruyó el modelo comunitario, estableciéndose la medicina Europea, de alta calidad y profesionalismo, pero privada, con un enfoque hacia la medicina asistencial, similar a la realizada por las asociaciones Cristianas en Europa.
- Bismark en Alemania propone el modelo de Seguridad Social para los trabajadores, incluyendo al patrón, Beveridge propone un modelo de cobertura total, con servicios y aportaciones semejantes, en la actualidad los modelos son mixtos.
- Es hasta principios del Siglo xx, debido a los sistemas de aseguramiento creados en Europa por Bismark, que nuevamente se retoma a la idea de Seguridad Social en México, pero es hasta 1942 cuando se cristaliza con la creación de SSA y el IMSS.
- El modelo del México actual de salud es caro, tanto por la tecnología que necesita, como por la falta de contención en el Primer Nivel, asimismo está segmentado. En México el IMSS para los trabajadores, ISSSTE para burócratas, PEMEX para petroleros, SEDENA para los militares, la SSA para el Seguro Popular. Todos gozan de una parte de los subsidios del gobierno, por lo que el coste resulta muy elevado y de baja eficacia por su dispersión, aún cuando todos representen menos del 3% del PIB.
- Es importante destacar las acciones de apoyo que los mexicanos prestaron a la República Española, que culminará con la llegada de grandes científicos, artistas, intelectuales, poetas, cineastas y republicanos perseguidos, toda una nueva generación de mexicanos que enriquecieron y ennoblecieron nuestra sangre y nuestra cultura.
- En la actualidad, la cobertura de los Servicios de Salud, difícilmente cubre a la mitad de la población, además, recientes estudios actuariales, demuestran que el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico en la población tenderá a aumentar en la próxima década, debido al encarecimiento en la expectativa de vida para la población, justo nos lleva hacia el envejecimiento pero también a las enfermedades crónico degenerativas.
- Además, el abandono en el sistema de la medicina preventiva, dio como consecuencia que no existiera contención en el llamado primer nivel de atención, quedando este sólo para trámite de referencias hacia los hospitales, saturados en sus áreas de consulta externa.
- Una parte de la población de las clases con mayores recursos, (funcionarios de alto nivel, legisladores, magistrados, entre otros) han preferido sistemas de aseguramiento privado, en especial las clases dirigentes, quienes ya poco utilizan los servicios sociales, propugnando por su privatización y proponiendo modelos como el de Estados Unidos.

- Pero en nuestro país existen todavía graves desequilibrios regionales, en tanto Chiapas la mortalidad infantil alcanza promedios de 38,8 por 100.000, en Nuevo León es apenas de 3,15. En materna-infantil se dispara a 98,8 en Guerrero, y en Guanajuato desciende a 18,9.
- La situación existente en México desde la década de 1990, ha mostrado distintas facetas: por una parte una dimensión alentadora, que responde a la profundización de la democracia y sus instituciones, los logros significativos la estabilidad macroeconómica la notable apertura de nuestra economía, y el progreso de los indicadores sociales y en el otro extremo, una dimensión decepcionante debido al bajo ritmo de crecimiento, el desempleo consecuente, la escasa reducción de la pobreza, la persistencia de una inequidad y una exclusión acentuadas y la magnitud del descontento social, a nivel Nacional.
- Desde el punto de vista del actual sistema, las limitaciones más importantes surgieron la segmentación y la fragmentación de los Servicios de Salud que impiden la adopción de medidas eficaces en función de los costos para diversos grupos, por que impone condiciones de acceso a los sistemas de salud que solo pueden satisfacer los grupos mas privilegiados en lo social lo laboral y lo económico.
- Se traduce a su vez en una atomización del derecho a la salud que, a pesar de estar consagrados en los cuerpos legales como Universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago.
- Los resultados en México demuestran que de un 20 a un 77% de la población no tiene acceso al servicio de salud cuando lo necesita y un 50% en promedio no cuenta con servicio de salud de ningún tipo, situación que se ha agravado debido a los cambios en el mercado de trabajo en particular con el incremento de la economía informal.
- Por consiguiente, los más excluidos en este campo son los pobres de zonas rurales, comunidades indígenas y zonas urbanas marginadas y que están insertos en la economía informal. Las mujeres sufren una mayor exclusión que los hombres en razón de su inserción en el mercado laboral ante la necesidad de atender sus obligaciones domésticas, mas de la mitad de las mujeres en México no realiza trabajo remunerado; cuando si lo hacen participan en el sector informal en ocupaciones a tiempo parcial que por lo general no están cubiertas por la Seguridad Social es proporcionalmente mayor que la del hombre.
- La fragmentación de los Servicios de Salud entre instituciones como el IMSS el ISSSTE y el Seguro Popular dificultan las intervenciones eficaces en función de los costos, por la existencia de múltiples agentes esto impide una estandarización adecuada de la calidad, el contenido, el costo y la aplicación encarecen las intervenciones y contribuye al uso ineficiente de los recursos del sistema. Esto último se expresa entre otras cosas en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de la Seguridad Social y altos porcentajes de demanda insatisfecha en el servicio del sistema público.
- Se recomienda una refundación social en materia de salud para México, dada la presión social de las fuerzas productivas, conduce a nuevos paradigmas en el modo de producción y en el cambio de la superestructura (las Instituciones).
- El Dr. Freyre de la OISS considera como premisas básicas instalar un modelo de salud comunitario: “para facilitar la cobertura poblacional más amplia, un mejor control sobre el gasto, economías a escala, equidad y mayor eficiencia en los niveles de atención, es conveniente unificar todos los subsistemas y sus fuentes de financiación”.
- Es necesario también crear la puerta de entrada al sistema a través de las redes Comunitarias de Salud” y el control de acceso a especialidades, como sucede en el caso de los MG. Para lograr que sea de amplia cobertura, coste/beneficio efectivo, profesional y sobre todo, rigurosamente ético.
- Resulta obvio que nuestros institutos de salud deben adecuarse, para estar preparados a enfrentar éste gran reto demográfico y sus consecuencias epidemiológicas, por tanto el papel de la planeación estratégica para los próximos años es vital, ¿cómo lograr una adecuada atención de servicios de salud para tantos derechohabientes?
- Se requiere de un Pacto Social por la Salud, que permita instituir un mecanismo de convergencia para conducir la reforma del sistema de salud, “más dinero para la salud y más salud por el dinero” que se transforma en el paquete universal de servicios esenciales de salud comunitaria.

- Se propone por tanto, reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario. Fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, al promover la autonomía gerencial hospitalaria y la gestión por contrato. Creando mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas para optimizar la capacidad instalada y a través de redes virtuales comunitarias para la prestación de Servicios de Salud.
- Lograr a través de los diversos sistemas hoy segmentados, un solo modelo de redes de salud Comunitaria que tienda hacia la cobertura total. En la búsqueda de ampliar la cobertura, racionalizar recursos, mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, dar equidad en la atención a los de usuarios y desarrollar un modelo que equilibre las finanzas públicas.
- Integrar a las regiones del país a través de redes comunitarias de salud, aprovechando nuestras raíces y nuestra cultura con las más modernas técnicas en salud y el apoyo de médicos, enfermeras y agentes terapeutas de la región comunitarias, quienes fungen como monitores de la salud para atender el mejoramiento integral de las comunidades en todos los aspectos que constituyen la salud, con capacidad de decisión para gestionar el acceso a los sistemas preventivo y curativo de los pobladores y grupos vulnerables.
- Es decir, iniciar el planteamiento hacia un nuevo paradigma, con una visión de largo plazo que permita navegar en el presente hacia un puerto futuro, al menos con una imagen objetivo de cobertura total, evitando que las situaciones coyunturales continúen siendo “el eje de nuestros sistemas de Seguridad Social”.
- Por ello, resulta necesario pensar en una reforma de refundación social, atacando de nuevo el problema de la cobertura, destacamos que en las soluciones deben participar todos los actores de la Seguridad Social, ya que es necesario un pacto amplio para poder definir sus alcances, debemos partir de un sistema mixto, es decir, que aproveche los distintos modelos públicos y privados, pero sin perder de vista la rectoría del Estado.
- En este pacto juegan un papel preponderante los sindicatos mexicanos, ya que deben participar como entes activos en el mejoramiento de las condiciones actuales y no como afectados por el cambio. En la práctica se demuestra que sin la comprensión de los sindicatos en una visión a futuro, la propuesta comunitaria estaría condenada al fracaso, porque constituye la parte más sensible del sistema.
- A la vez, resulta indispensable reorganizar los Servicios de Salud, aprovechando la gran infraestructura con la que México cuenta, a través de sistemas de portabilidad y cuotas capitadas que permitan su desarrollo adecuado. Esta política reduciría el coste del Estado, que actualmente financia varios sistemas autónomos y ampliaría los beneficios, utilizando los mismos recursos.
- La participación de las instituciones privadas como las aseguradoras y financieras también sería necesaria para mejorar la calidad de los servicios, proporcionando una atención más de acuerdo a las expectativas del usuario. Con estas premisas podría abrirse la atención a toda la población, garantizándole su acceso al sistema de salud.
- El cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio depende en gran medida del acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud, junto con un ejercicio pleno de los derechos individuales.
- Fortalecer una red de servicios comunitarios que garanticen el derecho universal a la salud, bajo criterios de promoción y prevención y fortaleciendo la estrategia de atención primaria y salud comunitaria, para respaldar la demanda de servicios de los grupos con mayor riesgo de exclusión (pobres, indígenas, entre otros), así como articular a través de esta red a todos los prestadores de servicios de salud y fortalecer la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.
- El Sistema de redes Comunitario de Salud es un proyecto realizable para garantizar la cobertura de Salud a la población y debe formar parte del Sistema de Seguridad Social del país en el marco de Gerencia Hospitalaria, coordinando a todas las instancias públicas, privadas y sociales para integrarse al proceso de cambios profundos que en lo económico y social requieren de nuestras comunidades, incluyendo educación en salud para todos, mejores condiciones de vida para los grupos vulnerables, y la seguridad de los derechos sociales de todos mexicanos.

- De esta forma todos juntos podemos ayudar a que las comunidades realicen sus capacidades en potencia. A la par que los Servicios de Salud, los servicios comunitarios pueden aportar una contribución significativa a la calidad de vida a las personas y a las familias el suministro de apoyo de amigos y vecinos y de otros organismos pueden permitir a los ancianos continuar viviendo en el seno de la comunidad, y hacer valer los derechos a la prestación de Seguridad Social ante los organismos competentes.
- Por último proponemos, acorde a nuestras experiencias, herramientas básicas para la gestión y gerencia Hospitalaria, que pueden ser base de la planeación estratégica, al redefinir los dos campos primordiales, el modelo asistencial y el modelo de gestión financiera.

# **Anexos y Gráficas**





## 7. Anexos y Gráficas

### Indicadores de gerencia hospitalaria

Consulta por hora médico especialista	Total de consultas externa especializada otorgadas X 100.	Permite conocer el rendimiento del Recurso Humano.
	Total de Horas médico especialista laboradas en consulta externa.	
Promedio de piezas de medicamentos por consulta.	Número de piezas de medicamentos otorgados en consulta externa de especialidad.	Optimización de la prescripción de medicamentos por recetas.
	Total de consultas externa de especialidad otorgadas.	
Porcentaje de pacientes referidos.	Total de pacientes enviados por Consulta Externa a otras unidades x 100.	Valúa la capacidad resolutive de la Unidad Médica.
	Total de pacientes atendidos en la Consulta Externa de la unidad.	
Promedio de días otorgados por licencia médica en Consulta Externa.	Total de días amparados en licencias médicas en Consulta Externa.	Indica el número promedio de días amparados por Licencias Médicas otorgadas.
	Total de licencias médicas otorgadas en la Consulta Externa.	
Porcentaje de ocupación hospitalaria total.	Número de días paciente totales x 100.	Expresa el grado de ocupación del Hospital y mide la utilización de la capacidad física instalada.
	Número de días cama totales.	
Porcentaje de ocupación hospitalaria en Medicina Interna.	Número de días paciente en Medicina interna x 100.	Expresa el grado de ocupación del Hospital y mide la utilización de la capacidad física instalada en Medicina Interna.
	Número de días cama en Medicina Interna.	
Porcentaje de ocupación hospitalaria en Gineco-obstetricia.	Número de días paciente en Gineco-obstetricia x 100.	Expresa el grado de ocupación del Hospital y mide la utilización de la capacidad física instalada en Gineco-obstetricia.
	Número de días cama en Gineco-obstetricia.	
Porcentaje de ocupación hospitalaria en Cirugía.	Número de días paciente en Cirugía x 100.	Expresa el grado de ocupación del Hospital y mide la utilización de la capacidad física instalada en Cirugía.
	Número de días cama en Cirugía.	
Porcentaje de ocupación hospitalaria en Pediatría.	Número de días paciente en Pediatría x 100.	Expresa el grado de ocupación del Hospital y mide la utilización de la capacidad física instalada en Pediatría.
	Número de días cama en Pediatría.	
Promedio de días estancia total.	Número de días estancia total.	Indica el tiempo promedio que permanecen Hospitalizados los pacientes y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.
	Número de egresos registrados total.	
Promedio de días estancia en Medicina Interna.	Número de días estancia en Medicina Interna.	Indica el tiempo promedio que permanecen Hospitalizados los pacientes en Medicina Interna y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.
	Número de egresos registrados en Medicina Interna.	

**Indicadores de gerencia hospitalaria (continuación)**

Promedio de días estancia en Gineco-obstetricia.	Número de días estancia en Gineco-obstetricia.	Indica el tiempo promedio que permanecen Hospitalizados los pacientes en Gineco-Obstetricia y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.
	Número de egresos registrados en Gineco-obstetricia	
Promedio de días estancia en Cirugía.	Número de días estancia en Cirugía.	Indica el tiempo promedio que permanecen Hospitalizados los pacientes en Cirugía y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.
	Número de egresos registrados en Cirugía.	
Promedio de días estancia en Pediatría.	Número de días estancia en Pediatría.	Indica el tiempo promedio que permanecen Hospitalizados los pacientes en Pediatría y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.
	Número de egresos registrados en Pediatría.	
Promedio de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario.	Número de exámenes de laboratorio en pacientes hospitalizados x 100.	Mide la utilización del recurso y la eficiencia del proceso de diagnóstico.
	Número de egresos registrados total.	
Promedio de estudios de radiología por egreso hospitalario.	No. De estudios de radiología en pacientes hospitalizados x 100.	Mide la utilización del recurso y la eficiencia del proceso de diagnóstico.
	Número de egresos registrados total.	
Gasto per cápita en Salud por población derechohabiente adscrita.	Presupuesto ejercido.	Indica los recursos utilizados en la atención de la salud de la población total del área de influencia de la Unidad Médica.
	Población Derechohabiente adscrita.	
Gasto per cápita en Salud por población derechohabiente usuaria.	Presupuesto ejercido.	Indica los recursos utilizados en la atención de la salud de la población que realmente utiliza los servicios médicos del Hospital.
	Población Derechohabiente Usuaría.	
Gasto promedio de medicamentos por consulta.	Gasto en medicamentos otorgados en recetas de consulta externa.	Indica el costo de la consulta otorgada al paciente.
	Total de consultas externas otorgadas.	
Porcentaje de presupuesto ejercido para subrogación de especialidad.	Presupuesto ejercido en subrogación por especialidad (partida 3414-002).	Indica que porcentaje del presupuesto total autorizado se utiliza para subrogar servicios especializados y muestra la capacidad resolutive.
	Presupuesto directo e indirecto ejercido total.	
Gasto por Servicios Médicos Subrogados de Especialización.	Presupuesto ejercido en especialización subrogada (partida 3414-001).	Indica el costo de los servicios subrogados de especialización.
	Número de pacientes atendidos en subrogación de especialidades.	
Gasto en Traslado de enfermos y heridos.	Presupuesto ejercido en traslados.	Indica el costo por cada traslado de pacientes y la capacidad resolutive de la Unidad.
	Traslados realizados.	
Gasto en Urgencias Calificadas.	Presupuesto ejercido.	Nos indica el costo por cada urgencia calificada.
	Total de Consultas de Urgencia Calificada Atendidas.	
Gasto en Hospitalización especializada.	Presupuesto ejercido.	Indica el costo de por egreso de hospitalización especializado.
	Total de egresos hospitalarios.	
Gasto Promedio por día Cama.	Presupuesto ejercido por el Hospital al mes.	Indica el costo por día cama de Hospitalización.
	Número de días cama mensual	
Gasto por Servicios Médicos Subrogados de Hospitalización.	Presupuesto ejercido en hospitalización subrogada (partida 3414-002).	Indica el costo de los servicios subrogados de Hospitalización
	Número de egresos subrogados de hospitalización.	
Tiempo promedio de espera para el otorgamiento de consulta especializada.	Total de minutos de espera en pacientes de consulta especializada.	Mide la oportunidad en atención de los pacientes en consulta externa y la satisfacción del paciente.
	Número de pacientes encuestados en sala de espera de Consulta Externa especialidades.	

**Evolución de los principales indicadores del tablero de control de gerencia hospitalaria diciembre 2003**

	Consulta por hora médico especialista	Promedio de piezas de medicamentos por consulta	Promedio de días abogados por licencia médica en consulta externa	Porcentaje de pacientes referidos	Intervenciones quirúrgicas mayores por quirófano por día	Promedio de días estancia total	Promedio de estudios de radiología en egreso hospitalario	Tasa de mortalidad hospitalaria ajustada general	Porcentaje de ocupación hospitalaria total	Porcentaje de cesáreas	Porcentaje de ocupación hospitalaria en medicina interna
Parámetro Institucional 3 <sup>er</sup> nivel	3	6	13	3	3	6	1,2	2,5	90	40	90
PDTE. Benito Juárez Oaxaca	2,55	4,00	11,30	1,3	3,10	4,42	0,52	2,1	74,7	62,3	79,9
Puebla	2,35	3,66	11,58	0,5	2,77	5,49	0,72	2,8	67,0	70,3	90,9
LIC. Adolfo López Mateos	3,92	4,18	16,56	0,0	3,46	5,74	1,06	3,0	86,7	56,5	89,4
León	2,57	4,03	11,55	0,5	1,36	4,76	1,04	2,9	71,2	63,6	75,8
GRAL. Ignacio Zaragoza	2,81	4,51	15,94	1,2	5,31	6,30	0,05	2,4	59,8	34,6	77,1
DR. Cardenas de la Cega, Sinaloa	2,17	0,70	27,53	0,2	2,63	3,54	1,12	2,3	63,1	61,1	79,6
Monterrey	1,37	4,50	18,02	0,45	2,70	6,17	1,92	3,2	72,0	67,4	94,5
CMN 20 de Noviembre	1,80	3,40	11,36	0,00	1,58	7,70	1,07	2,2	70,8	88,9	63,1
10 de Octubre	2,50	5,08	18,35	4,0	2,52	6,69	2,55	5,3	82,8	53,4	92,4
Dr. Valentín Gómez Farías. Jalisco	1,56	2,80	12,71	0,1	1,83	5,61	0,32	4,3	72,4	55,7	75,6
Mérida	1,73	6,88	15,04	0,3	1,82	5,69	1,66	3,9	75,0	70,1	94,2

Fuente: Elaborado con Información proporcionada por los Hospitales Regionales del ISSSTE.

Tablero de control presupuesto por hospital. Global (pesos)

	Asignación 2003		Compromiso	Por compromiso	Ejercicio	Diferencia entre asignación original y modificado
	Original	Modificado				
			<b>TOTAL EJERCICIO</b>			
León	33.104.313,78	38.700.795,46	0,00		38.700.795,46	-5.596.481,68
"Pdte. Benito Juárez"	43.873.841,28	52.595.721,64	0,00		52.595.721,64	-8.721.880,36
Puebla	42.977.128,42	54.095.217,50	0,00		54.095.217,50	-11.118.089,08
"Valentín Gómez Farias"	60.154.162,16	71.190.135,96	0,00		71.190.135,96	-11.035.973,80
Mérida	61.857.726,96	72.222.047,80	0,00		72.222.047,60	-10.364.320,64
"Dr. Manuel Cárdenas de la Vega"	58.943.988,57	75.476.547,92	0,00		75.476.547,92	-16.532.559,35
Monterrey	57.555.013,00	76.473.859,84	0,00		76.473.859,84	18.918.846,84
"Lic. Adolfo López Mateos"	103.954.492,00	120.738.258,81	0,00		120.738.258,81	-16.783.766,81
"Gral. Ignacio Zaragoza"	109.060.213,98	124.150.489,42	0,00		124.150.489,42	-15.090.275,44
"1.º de Octubre"	115.948.040,26	158.017.451,97	0,00		158.017.451,97	-42.069.411,71
CMN. "20 de Noviembre"	177.423.398,04	229.4387.446,71	0,00		229.437.446,71	-52.014.048,67
<b>Total</b>	<b>864.852.318,45</b>	<b>1.073.097.972,83</b>	<b>0,00</b>		<b>1.073.097.972,83</b>	<b>208.245.654,38</b>

## Tablero de medicamentos

Con-sec.	Clave	Descripción	REGIÓN CENTRO		
			Existencia Real	Consumo Mensual enero	Cobertura
1	0003	Sucedáneo de leche humana de pretérmino. Polvo. En	332	432	COB<MES
2	0011	Sucedáneo de leche humana de término. Polvo. Prote	23.106	9.549	2,42
3	0014	Formula de seguimiento o continuación. Polvo. Enva	25.327	7.932	3,19
4	0021	Formula de proteína aislada de soya no láctea. Pol	4.707	1.768	2,66
5	0022	Caseinato de calcio, polvo cada 100 g, contienen:	1	4.766	COB<MES
6	0080	Nicotina. tabletas masticables. Cada Tableta de Go	-	-	0 Y S/CPM
7	0081	Nicotina. cartucho, cada cartucho contiene: Nicoti	156	-	SIN CPM
8	0101	Ácido acetilsalicílico, tabletas, cada tableta con	6.285	16.486	COB<MES
9	0103	Ácido acetilsalicílico, tableta soluble, cada tabl	141.419	63.442	2,23
10	0104	Paracetamol (acetaminofen), tabletas, cada tableta	267	178.364	COB<MES
11	0105	Paracetamol (acetaminofen), supositorios, cada sup	28.160	8.198	3,43
12	0106	Paracetamol (acetaminofen), solución oral, cada mi	133.909	37.489	3,57
13	0107	Dextropropoxifeno. cápsulas o comprimidos, cada ca	25.408	7.440	3,42
14	0108	Metamizol sodico (dipirona), comprimidos, cada com	-	-	0 Y S/CPM
15	0109	Metamizol sodico (dipirona), solución inyectable,	81.935	22.749	3,6
16	0113	Butilhioscina/metamizol grageas, cada gragea conti	-	-	0 Y S/CPM
17	0132	Nalbufina, solución inyectable, cada ampolleta con	2.109	2.311	COB<MES
18	0146	Vacuna antineumococcica, cada frasco ampula o jeri	6.099	-	SIN CPM
19	0202	Diazepam, solución inyectable, cada ampolleta cont	177	211	COB<MES
20	0204	Atropina, solución inyectable, cada ampolleta cont	326	140	2,33
21	0206	Flunitrazepam, solución inyectable, cada ampolleta	-	-	0 Y S/CPM
22	0221	Tiopental sodico, solución inyectable, cada frasco	1	930	COB<MES
23	0222	Halotano, líquido, cada envase contiene: halotano	-	-	0 Y S/CPM
24	0224	Enflurano, líquido, cada envase contiene: enfluran	-	-	0 Y S/CPM
25	0226	Ketamina, solución inyectable, cada frasco ampula	769	193	3,98
26	0232	Isoflurano, líquido, cada envase contiene: isoflur	936	296	3,16
27	0233	Sevoflurano líquido, cada frasco contiene: sevoflu	155	703	COB<MES
28	0243	Etomidato, solución inyectable, cada ampolleta con	518	133	3,89
29	0244	Propofol, emulsión inyectable, cada ampolleta o fr	-	-	0 Y S/CPM
30	0245	Propofol, emulsión inyectable, cada frasco ampula	-	-	0 Y S/CPM

**Matriz de políticas, para la reforma en el área médica del ISSSTE (elaborado conjuntamente con funcionarios del banco mundial 1/16 hojas)**

Componentes Principales Acciones	Junio 2002	Junio 2003	Junio 2004	Instrumento de Financiamiento
	BENCHMARKS ESPECÍFICOS			
<b>A. Desarrollo de la Función Proveedora de Servicios de Salud.</b>	<p>Las reformas en el área médica deben considerar los siguientes principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adopción de un Nuevo Modelo Integral de Salud.</li> <li>Adopción de un Nuevo Modelo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios de Salud.</li> <li>Desarrollo de una estrategia de desconcentración a través de la estructuración de micro regiones SISMED.</li> <li>Atención Primaria a la Salud como plataforma del Modelo Integral de Salud con enfoque preventivo y atención programática y sistémica a diferentes grupos de edades y poblaciones.</li> <li>Promoción del hospital autónomo con planes de negocio propios.</li> <li>Desarrollo de la función vendedora de servicios de salud para promover la utilización óptima de la capacidad instalada.</li> <li>Instrumentación de una estrategia para la utilización racional de la inversión en equipo médico relevante.</li> <li>Garantía del abasto total de medicamentos y material de curación y establecimiento de mecanismos de control para su uso racional.</li> <li>Instrumentación de un Programa de Calidad de la Atención a la Salud.</li> </ul>			
1. <b>Issue:</b> requiere reestructurar como premisa de la reforma la parte "Proveedora de Servicios de Salud" para materializar organizacionalmente la separación del financiamiento y la prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) "Redacción de la "Nueva Ley del ISSSTE" en donde se incorporen las atribuciones y se fundamente la separación del financiamiento y la prestación del servicio y para el desarrollo de la función proveedora de servicios. (1.º Proyecto de la Donación Japonesa).</li> <li>b) Redacción del documento normativo: "Hacia un Nuevo Modelo Integral de Salud para el ISSSTE".</li> <li>c) Incorporar en la Nueva Ley del ISSSTE atribuciones logradas por las Leyes de 1997 y 2001 del IMSS en materia de provisión de servicios.</li> <li>d) Presentación de la "Nueva Estructura Orgánica Funcional" de la actual Subdirección General Médica en donde se establezcan áreas responsables de: i) Administración y Venta de Servicios, ii) Atención Primaria-Medicina de Familia, iii) Atención Especializada y Hospitales, iv) Planeación de oferta de servicios, v) calidad de la atención, vi) Equipo, vii) Abasto de Insumos para la Salud, viii) bioestadística, ix) acuerdos de gestión; entre otras.(2.º Proyecto de la Donación Japonesa).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aprobación de la "Nueva Ley del ISSSTE".</li> <li>b) Difusión del nuevo Modelo Integral de Salud para el ISSSTE.</li> <li>c) Instrumentación oficial de la "Reforma Corporativa" en donde se designen los responsables del área "Proveedora de Servicios".</li> <li>d) 1.º Informe de logros del Nuevo Modelo de Atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Informe sobre avances en la eficiencia y calidad resultantes de la Reforma Corporativa del ISSSTE, en donde se dimensionen económica y epidemiológicamente los logros del área "Proveedora de Servicios de Salud".</li> <li>b) 2.º Informe de logros del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Donación Japonesa.</li> <li>(2) Donación Japonesa.</li> </ul>
2. <b>Issue:</b> requiere organizar un Nuevo Mode-	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Establecimiento de un área encargada de la gestión administrativa y la planeación para la provisión de servicios de salud".</li> <li>b) Establecer el "Censo de los Derechohabientes" en donde se recabe información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Instrumentación del "Modelo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios" a partir del "Censo de los Derecho-habientes", de infor-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nuevas acciones económico financieras y médicas soportadas empíricamente a través de la información obtenida por el "pool de riesgos".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(3) Donación Japonesa.</li> <li>(8) Asistencia Técnica.</li> <li>(9) Asistencia Técnica.</li> </ul>

**Matriz de políticas, para la reforma en el área médica del ISSSTE (elaborado conjuntamente con funcionarios del banco mundial 1/16 hojas) (continuación)**

Componentes Principales Acciones	Junio 2002	Junio 2003	Junio 2004	Instrumento de Financiamiento
BENCHMARKS ESPECÍFICOS				
<p>lo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios de Salud</p>	<p>nominal sobre: edad, sexo, nivel de salud y pre-existencias, situación laboral y ubicación geográfica, entre otras variables. (3.º Proyecto de la Donación Japonesa).</p> <p>c) Presentación de términos de referencia: "Diagnóstico de la Red Prestadora de Servicios de Salud" que contemple entre otros objetivos: i) Determinar la capacidad instalada en Unidades de Medicina de Familia y Hospitales del ISSSTE, ii) definir capacidad ociosa a ofertar, iii) maximizar la utilización de la capacidad instalada, iv) disminuir los gastos, v) ampliar la cobertura, vi) mejorar el servicio, vii) coordinar la oferta de servicios entre la red de proveedores, viii) impulsar criterios de austeridad, simplificación y eficiencia, ix) promover servicios integrados, x) generar economías de escala. (8.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p> <p>d) Presentación de términos de referencia para: "Instrumentos Gerenciales para el Nuevo Modelo de Gestión" que contemple entre otros objetivos: i) diseño de TABLERO DE CONTROL para el monitoreo de la administración de servicios, ii) nuevo modelo de GESTIÓN DEL ABASTO, iii) nuevo modelo de gestión de insumos para la salud iv) nuevo modelo de gestión de recursos humanos, v) nuevo modelo de informática, vi) tablero de control de planes de negocio por hospital, vii) tablero de control de gestión de medicina de familia, viii) tablero de control de acuerdos de gestión, ix) tablero de control de quejas, x) tablero de control de calidad de la atención. escala. (9.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	<p>mación económico financiera y de el "Diagnóstico de la Red Prestadora de Servicios de Salud".</p> <p>b) Acciones económico financieras y médicas soportadas empíricamente a través de la información obtenida por el "Modelo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios de Salud".</p> <p>c) Definición de la "Capacidad Resolutiva de la Red Prestadora de Servicios de Salud".</p> <p>d) 1.º Informe de logros del Nuevo Modelo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios de Salud.</p>	<p>b) 2.º Informe de logros del Nuevo Modelo de Gestión Administrativa para la Provisión de Servicios de Salud.</p>	
<p>3. Issue: requiere organizar una estrategia para optimizar la desconcentración de los servicios de salud.</p>	<p>a) Presentación de términos de referencia para: "Estructuración de Áreas de Gestión Desconcentrada o Micro Regiones con Servicios Integrados de Alta Capacidad Resolutiva" SISMED que contemple entre otros objetivos: i) la integración geográfica de unidades de medicina de familia y hospitales de 2.º nivel para formar economías de escala, ii) la ampliación de la capacidad resolutiva, iii) la optimización de la utilización de la capacidad instalada. (10º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	<p>a) Adopción de estrategia de "Áreas de Gestión Desconcentrada".</p>	<p>a) Informe sobre desconcentración financiera y médica hacia "Áreas de Gestión Desconcentrada".</p>	<p>(10) Asistencia Técnica.</p>
<p>4. Issue: requiere reestructurar la puerta de entrada al sistema de salud y la plataforma para la construcción de un modelo desalud preventivo que mejore la calidad de vida de los derechohabientes.</p>	<p>a) Establecimiento de un área encargada de la gestión del Nuevo Modelo de Medicina de Familia".</p> <p>b) Definición del "Nuevo Modelo de Medicina de Familia" en donde se contemplen entre otros objetivos: i) enfoque preventivo, ii) atención por grupo etnario: niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, adulto, adulto mayor, iii) incentivos al desempeño; entre otras. (6.º Proyecto de la Donación Japonesa).</p>	<p>a) Establecimiento del "Nuevo Modelo de Medicina de Familia" para el 50% de los derechohabientes del ISSSTE.</p>	<p>a) Establecimiento del "Nuevo Modelo de Medicina de Familia" para el 100% de los derechohabientes del ISSSTE.</p>	<p>6) Donación Japonesa.</p>

**Matriz de políticas, para la reforma en el área médica del ISSSTE (elaborado conjuntamente con funcionarios del banco mundial 1/16 hojas) (continuación)**

Componentes Principales Acciones	Junio 2002	Junio 2003	Junio 2004	Instrumento de Financiamiento
	BENCHMARKS ESPECÍFICOS			
5. <b>Issue:</b> requiere dotar de mayor autonomía relativa a sus hospitales.	<p>a) Establecimiento de un área encargada de la gestión del Nuevo Modelo de Atención Especializada y Gerencia del Hospital Autónomo. SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE SALUD.</p> <p>b) Presentación de términos de referencia para: "Desarrollo de Planes de Negocio por Hospital" que contemple entre otros objetivos una metodología general para instrumentar en cada hospital: i) el diagnóstico del hospital en materia de recursos humanos, productividad, subrogación, abasto, presupuesto, etc. ii) la estructuración de indicadores de desempeño basal, iii) plan de negocios, iv) parámetros fundamentales para inscribir en los acuerdos de gestión, v) áreas de ganancia rápida (early wins), vi) visión de largo y mediano plazo. (11.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	a) Establecimiento del programa de "Hospital Autónomo" en el 50% de los hospitales de 2.º y 3.º nivel del ISSSTE y evaluación de sus planes de negocio.	a) Establecimiento del programa de "Hospital Autónomo" en el 100% de los hospitales de 2.º y 3.º nivel del ISSSTE y evaluación de sus planes de negocio.	(11) Asistencia Técnica.
6. <b>Issue:</b> E necesita estructurar un área encargada de la administración y venta de servicios.	<p>a) Establecimiento de un área encargada de la gestión de la venta de servicios de salud tanto al área aseguradora financiadora del ISSSTE como a otras instituciones públicas o privadas.</p> <p>b) Presentación de términos de referencia para: "Desarrollo de la Capacidad de Venta de Servicios de Salud" que contemple entre otros objetivos: i) la estrategia administrativa y gerencial para la venta de servicios, ii) la estructuración y manejo gerencial de Acuerdos de Gestión, iii) la regulación de la venta de la capacidad excedente, iv) la regulación del manejo de ingresos por venta de servicios, v) la planeación de la venta y oferta de servicios. (12.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	a) 1.º Informe sobre venta y administración de servicios.	a) 2.º Informe sobre venta y administración de servicios.	(12) Asistencia Técnica.
7. <b>Sigue:</b> necesita reorganizar el área encargada del manejo gerencial del equipo.	<p>a) Establecimiento de un área encargada de la gestión de la tecnología integrada al área prestadora de servicios de salud encargada de la planeación, incorporación y gestión del equipamiento médico relevante.</p> <p>b) Presentación de términos de referencia para: "Instrumentación del Inventario Funcional del Equipo Médico Relevante" que contemple entre otros objetivos: i) la adecuación de la metodología para la estructuración del inventario funcional a las necesidades del ISSSTE, ii) el diseño del levantamiento, captura, procesamiento y análisis del inventario funcional, iii) la capacitación para el levantamiento, iv) el establecimiento de prioridades de equipamiento, v) la determinación de criterios de funcionalidad, productividad y operación por equipo médico relevante. (13.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	a) Estructuración del Inventario Funcional de Equipo Médico Relevante en el 100% de las Unidades Médicas y 1.º Informe sobre Necesidades de Inversión y Optimización de la Capacidad Instalada y la Productividad del Equipo Médico Relevante.	a) Informe sobre el estado del Inventario Funcional de Equipo Médico Relevante del 100% de las Unidades Médicas y 2.º Informe sobre Necesidades de Inversión y Optimización de la Capacidad Instalada y la Productividad del Equipo Médico Relevante.	(13) Asistencia Técnica.



**Matriz de políticas, para la reforma en el área médica del ISSSTE (elaborado conjuntamente con funcionarios del banco mundial 1/16 hojas) (continuación)**

Componentes Principales Acciones	Junio 2002	Junio 2003	Junio 2004	Instrumento de Financiamiento
BENCHMARKS ESPECÍFICOS				
<p>8. <b>Issue:</b> necesita optimizar el abasto de insumos para la salud.</p>	<p>a) Establecimiento del Consejo Interior para el Abasto de Insumos para la Salud.                      b) Establecimiento de un área encargada de la gestión del abasto de insumos para la salud, especialmente medicamentos y material de curación, integrada al área prestadora de servicios de salud.                      c) Presentación de términos de referencia para: "Optimizar el Abasto de Insumos para la Salud en el ISSSTE" que contemple entre otros objetivos: i) mejoras en los procesos de incorporación y mantenimiento de productos en el Cuadro Básico, ii) mejoras en la fase de determinación cuantitativa de medicamentos y material de curación por unidad tipo, iii) mejoras en los procesos de adquisición, iv) mejoras en los procesos de distribución, v) mejoras en los procesos de consumo y establecimiento de Comités de Farmacia y Terapéutica en las Unidades Médicas. (14.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	<p>a) Instrumentación del Consejo Interior para el Abasto y de la Estrategia de Abasto y 1.º Informe de Ahorros en materia de Medicamentos y Material de Curación.</p>	<p>a) 2.º Informe de Abasto Total de Medicamentos y Ahorros.</p>	<p>(14) Asistencia Técnica.</p>
<p>9. <b>Issue:</b> requiere de nuevos instrumentos para mejorar su calidad de la atención tanto en aspectos técnicos como interpersonales</p>	<p>Establecimiento de un área encargada de la gestión de la calidad de la atención tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal.                      Presentación de términos de referencia para apoyar el trabajo de los Grupos de Excelencia en la Práctica Clínica para establecer: "Guías Diagnóstico-Terapéuticas de los Principales Procedimientos Asociados a los GRD's" que contemple entre otros objetivos: i) diseñar y desarrollar los "Protocolos de Atención Médica y Quirúrgica Hospitalaria" de los principales procedimientos médicos y quirúrgicos como parte integrante de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD's, ii) elaborar las "Cédulas de insumos y costos" de los principales procedimientos médicos y quirúrgicos, iii) desarrollar mecanismos para optimizar la congruencia clínico diagnóstico terapéutica de los procedimientos médicos con los procedimientos contables y económicos. (15.º Proyecto de Asistencia Técnica).                      Presentación de términos de referencia para apoyar el trabajo para obtener: "Encuestas Rápidas de Calidad de la Atención" que contemple entre otros objetivos: i) diseñar y desarrollar encuestas rápidas de salida de los principales servicios, ii) sistema de comparación referencial del desempeño, iii) sistema de aplicación inmediata de encuestas por muestreo, iv) mecanismos de levantamiento, captura y procesamiento inmediatos. (16.º Proyecto de Asistencia Técnica, (16.º Proyecto de Asistencia Técnica).</p>	<p>a) 1.º Informe sobre el Programa de Trabajo de Grupos de Excelencia en la Práctica Clínica.                      b) Elaboración de Guías Diagnóstico Terapéuticas de las principales 20 demandas de atención.                      c) 1.º Informe sobre el Programa de Encuestas de Salida.</p>	<p>a) 2.º Informe sobre el Programa de Calidad de la Atención..                      b) Elaboración de Guías Diagnóstico Terapéuticas de las principales 40 demandas de atención.                      c) 2.º Informe sobre el Programa de Encuestas de Salida.</p>	<p>(15) Asistencia Técnica.                      (16) Asistencia Técnica.</p>

## Indicadores demográficos en países seleccionados

Concepto	Total mundial	México (1)	EUA	Canadá	Argentina	Brasil	Chile	Uruguay	Bélica	Guatemala	Honduras	El Ecuador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	ALyC	Singapur	Corea del sur	Malasia	España	Portugal	Francia	Italia	
Población vital (millones de personas)																								
1970	3.696,6	50,8	210,1	21,7	24,0	96,0	9,6	2,8	0,1	5,4	2,6	3,6	2,2	1,8	1,5	285,2	2,1	31,9	10,9	33,8	8,7	50,8	53,8	
1980	4.442,3	68,0	230,9	24,5	28,1	121,6	11,2	2,9	0,1	7,0	3,6	4,6	3,1	2,3	2,3	362,2	2,4	38,1	13,8	37,5	9,8	53,9	58,4	
1990	6.279,5	85,4	255,5	27,7	32,6	149,4	13,2	3,1	0,2	8,9	4,9	5,1	4,0	3,1	3,1	443,7	3,0	42,9	17,8	38,3	10,2	56,7	57,7	
2000	6.085,6	100,6	284,2	30,7	36,9	173,9	15,4	3,3	0,2	11,2	6,4	6,3	5,0	3,9	3,9	522,9	4,0	46,8	23,0	40,7	10,2	59,3	57,7	
2005	6.464,8	106,5	296,2	32,3	38,7	186,4	16,3	3,5	0,3	12,6	7,2	6,9	5,5	4,3	4,3	561,3	4,3	47,6	25,3	43,1	10,5	60,5	58,1	
2015	7.219,4	116,3	325,7	35,1	42,7	209,4	107,9	3,7	0,3	15,9	8,8	8,0	6,6	5,0	5,0	634,1	4,8	49,1	29,6	44,4	10,8	62,3	57,8	
Tasa de crecimiento promedio anual (por ciento)																								
1970-1980	1,8	2,9	0,9	1,2	1,6	2,4	1,5	0,4	1,6	2,6	3,2	2,4	3,2	2,5	2,6	2,41	1,5	1,6	2,4	1,1	1,2	0,6	0,5	
1980-1990	1,7	2,3	1,0	1,2	1,5	2,1	1,7	0,6	2,6	2,4	3,1	1,1	2,6	2,7	2,1	2,0	2,2	1,2	2,6	0,5	0,2	0,5	0,1	
1990-2000	1,4	1,6	1,1	1,0	1,2	1,5	1,6	0,7	2,6	2,3	2,8	2,1	2,2	2,4	2,0	1,6	2,9	0,9	2,5	0,4	0,2	0,4	0,2	
2000-2005	1,2	0,6	1,0	1,0	1,0	1,4	1,1	0,7	2,2	2,4	2,3	1,8	2,0	1,9	1,8	1,4	1,5	0,4	1,9	1,1	0,5	0,4	0,1	
2005-2015	1,1	0,9	0,9	0,8	1,0	1,2	1,0	0,6	1,7	2,3	2,0	1,5	1,9	1,4	1,6	1,2	1,1	0,3	1,5	0,3	0,3	0,3	0,0	
Habitantes entre 16 y 64 años de edad (Millones de personas)																								
1970	2.112,7	24,5	129,9	13,5	15,3	51,8	5,3	1,8	0,1	2,8	1,3	1,8	1,1	0,9	0,8	152,2	1,2	17,4	5,6	21,0	5,4	31,6	34,7	
1980	2.617,4	35,0	153,1	16,6	17,2	70,3	6,9	1,8	0,1	3,6	1,8	2,4	1,5	1,4	1,1	202,4	1,6	23,7	7,8	23,6	6,2	34,4	36,4	
1990	3.214,6	48,5	168,7	18,8	19,7	90,1	8,4	1,9	0,1	4,6	2,5	2,8	2,0	1,8	1,4	281,5	2,2	29,6	10,7	26,3	6,6	37,3	39,0	
2000	3.836,3	62,3	187,8	21,0	22,9	112,9	10,9	2,1	0,1	5,8	3,5	3,7	2,7	2,5	1,8	326,6	2,9	33,6	14,3	28,0	6,9	38,6	38,9	
2005	4.168,0	68,8	199,6	22,4	24,6	123,1	10,9	2,1	0,2	6,6	4,1	4,2	3,2	2,8	2,1	358,9	3,1	34,4	16,0	29,8	7,0	38,5	38,3	
2015	4.744,6	80,1	215,7	24,0	27,7	139,9	12,3	2,3	0,2	8,6	5,4	5,1	4,2	3,4	2,5	418,4	3,5	35,8	19,7	29,6	7,2	38,5	36,9	
Población de 65 años de edad o más (por ciento del total)																								
1970	5,5	4,0	9,8	7,9	48,6	3,6	5,0	8,9	4,3	2,9	2,5	2,8	2,4	4,6	4,3	4,2	3,4	3,3	3,4	9,8	8,2	12,9	10,9	
1980	5,9	3,9	11,2	9,4	49,1	4,1	5,5	10,5	4,6	2,9	2,7	3,2	2,6	4,7	4,5	4,5	4,7	3,8	3,7	10,7	10,5	14,0	13,1	
1990	6,2	4,0	12,2	11,3	51,5	4,4	6,1	11,5	4,3	3,3	2,9	4,2	2,7	4,9	4,9	4,7	5,6	5,0	3,7	13,6	13,4	14,0	15,3	
2000	6,9	4,7	12,3	12,6	56,4	5,4	7,3	13,0	4,2	4,0	3,5	5,0	3,1	5,4	5,5	5,6	7,2	7,4	4,1	16,7	16,1	16,3	18,2	
2005	7,4	5,3	12,3	13,1	59,0	6,1	8,1	13,2	4,3	4,3	3,9	5,4	3,3	5,6	6,0	6,1	8,5	9,4	4,6	16,5	17,1	16,6	20,0	
2015	8,4	7,1	14,1	16,21	64,1	7,8	10,5	13,6	4,7	4,7	4,5	6,2	3,9	7,4	7,5	7,6	13,3	13,2	6,1	18,0	18,9	19,0	23,0	
Tasa bruta de natalidad (por cada 1.000 habitantes)																								
1970-1975	30,9	42,4	15,7	15,6	23,4	33,7	27,3	21,1	40,2	44,0	46,9	42,7	47,1	30,5	35,6	35,5	21,2	29,0	34,7	19,5	19,8	16,3	16,1	
1980-1985	27,6	34,3	15,6	14,8	23,1	30,8	23,4	18,4	37,4	42,3	42,3	33,6	44,1	30,0	28,6	30,8	16,7	21,1	32,6	13,3	14,9	14,3	10,7	
1990-1995	24,6	27,2	15,6	13,8	21,3	22,6	21,9	18,2	34,4	38,9	37,1	29,6	36,0	24,7	25,1	25,5	17,9	15,9	29,1	9,8	11,3	12,8	9,7	
2000-2005	21,1	19,7	14,0	10,5	18,0	20,7	15,7	16,8	27,3	35,6	29,9	25,3	29,1	19,1	22,7	21,7	10,1	10,3	22,9	10,4	10,9	12,5	9,2	
2005-2015	18,6	15,6	12,9	10,2	15,8	16,1	13,7	14,3	20,5	27,8	22,8	19,6	22,0	14,9	17,8	17,2	9,0	8,7	17,4	8,8	9,3	11,1	7,5	

**Indicadores demográficos en países seleccionados (continuación)**

Concepto	Total mundial	México (1)	EUA	Canadá	Argentina	Brasil	Chile	Uruguay	Bélgica	Guatemala	Honduras	El Ecuador	Nicaragua	Costa Rica	Panamá	ALyC	Singapur	Corea del sur	Malasia	España	Portugal	Francia	Italia
Tasa bruta de mortalidad (por cada 1.000 habitantes)																							
1970-1975	11,5	8,9	9,2	7,3	9,0	9,9	8,8	10,1	7,3	13,5	13,4	11,1	12,6	6,8	7,5	9,9	5,2	8,3	8,8	8,6	10,7	10,7	9,8
1980-1985	10,3	6,2	6,9	6,9	8,5	8,4	6,4	9,9	5,7	11,0	9,1	11,1	10,1	4,7	5,7	7,9	5,4	6,5	6,2	7,8	9,7	10,1	9,7
1990-1995	9,5	4,9	8,9	7,1	6,2	7,0	5,5	9,6	5,1	8,5	6,7	6,7	6,3	4,1	5,3	6,7	4,9	5,6	5,1	9,2	10,2	9,2	9,7
2000-2005	9,0	4,5	8,4	7,2	7,7	6,6	5,0	9,1	5,1	6,6	6,2	5,6	5,0	3,9	5,0	6,1	4,9	5,5	4,6	8,8	10,5	9,4	10,0
2015-2020	8,8	5,0	8,6	8,1	7,6	6,8	6,3	8,9	5,8	5,6	5,7	5,7	4,6	4,6	5,4	6,2	7,2	7,4	5,1	9,9	11,6	10,1	12,0
Tasa glob al de fecundidad (hijos por mujer)																							
1970-1975	4,5	6,4	2,0	2,0	3,2	4,7	3,6	3,0	6,3	6,2	7,1	6,1	6,8	4,4	4,9	5,1	2,6	4,3	5,2	2,9	2,8	2,3	2,3
1980-1985	3,6	4,5	1,8	1,6	3,2	3,8	2,7	2,6	5,4	6,1	6,0	4,5	6,0	3,5	3,5	3,9	1,7	2,2	4,2	1,9	2,0	1,9	1,5
1990-1995	3,0	3,2	2,0	1,7	2,9	2,6	2,6	2,6	4,4	5,5	4,9	3,5	4,6	3,0	2,9	3,0	1,8	1,7	3,6	1,3	1,5	1,7	1,3
2000-2005	2,7	2,2	2,0	1,5	2,4	2,4	2,0	2,0	3,2	4,6	3,7	2,9	3,3	2,3	2,7	2,6	1,4	1,2	2,9	1,3	1,5	1,9	1,3
2015-2020	2,4	1,9	1,9	1,5	2,1	2,1	1,9	1,9	2,3	3,3	2,7	2,4	2,4	1,9	2,3	2,2	1,4	1,4	2,2	1,5	1,6	1,9	10,5

(1) La información consignada para México, corresponde a estimaciones y proyecciones de Consejo Nacional de Población, diciembre de 2002. Serie histórica basada en la conciliación demográfica a partir del XII Censo General de Población y Vivienda de 2000. Cifras revisadas y actualizadas por la entidad responsable.

Fuente: World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database y Word Urbanization Prospects. The 2003 Revision. <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>.

**Infraestructura en salud<sup>(1)</sup> (número de obras)**

Año	Unidades de consulta externa			Unidades de hospitalización general			Unidades de hospitalización general	
	Construidas (2)	Ampliación y rehabilitación (3)	Equipamiento (4)	Construidas (2)	Ampliación y rehabilitación (3)	Equipamiento (4)	Construidas (2)	Ampliación y rehabilitación
1991	544	n.d.	n.d.	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1992	245	n.d.	n.d.	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1993	190	n.d.	n.d.	13	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1994	430	n.d.	n.d.	26	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1995	481	n.d.	n.d.	19	n.d.	n.d.	3	n.d.
1996	481	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3	n.d.
1997	773	n.d.	n.d.	51	n.d.	n.d.	1	n.d.
1998	614	1.279	724	44	197	127	1	n.d.
1999	654	1.231	930	33	192	155	0	n.d.
2000	999	3.281	1.996	20	212	213	0	n.d.
2001	227	843	705	6	185	189	3	n.d.
2002	288	1.015	559	9	149	127	2	n.d.
2003(5)	239	526	n.d.	18	119	n.d.	0	13
2004(6)	146	1.142	449	26	51	105	2	n.d.
2005(6)(e)	26	172	9	5	18	19	0	0

(1) La información solo corresponde a la Secretaría de Salud. Se reportan datos a partir de inicio del registro de la información.

(2) Incluye sustitución por obra nueva.

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

(4) Sólo incluye rehabilitación del equipo médico.

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

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

(e) Cifras estimadas al mes de julio.

n.d. No disponible.

Fuente: Secretaría de Salud.

**Infraestructura en salud<sup>(1)</sup> (número de obras)**

Año	Total	Población no asegurada			Población asegurada					
		Total	SSA y servicios de salud de entidades federativas (2)	IMSS-Oportunidades	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
1980	7.983	5.316	3.168	2.148	2.667	1.206	947	162	228	124
1985	10.734	7.705	4.547	3.158	3.029	1.435	1.073	171	207	143
1990	13.195	9.848	6.720	3.128	3.347	1.604	1.163	206	227	147
1991	13.750	10.311	7.008	3.303	3.439	1.679	1.188	183	240	149
1992	14.004	10.523	7.153	3.370	3.481	1.717	1.180	191	243	150
1993	14.216	10.737	7.332	3.405	3.479	1.742	1.178	152	249	158
1994	14.672	11.144	7.651	3.493	3.528	1.747	1.192	153	277	159
1995	15.172	11.645	8.139	3.506	3.527	1.748	1.190	151	279	159
1996	15.653	12.063	8.456	3.607	3.590	1.752	1.198	202	279	159
1997	16.477	12.814	9.207	3.607	3.663	1.755	1.212	206	330	160
1998	17.135	13.439	9.832	3.607	3.596	1.775	1.220	219	349	133
1999	17.822	14.102	10.493	3.609	3.720	1.784	1.232	219	357	128
2000	18.841	15.160	11.551	3.609	3.681	1.784	1.244	215	296	142
2001	19.105	15.396	11.787	3.609	3.709	1.769	1.247	215	341	137
2002	19.318	15.643	12.034	3.609	3.675	1.771	1.246	195	333	130
2003	19.604	15.815	12.206	3.609	3.789	1.854	1.242	195	366	132
2004(3)	19.695	15.903	12.294	3.609	3.792	1.859	1.230	195	366	132
2005(e)	19.794	15.993	12.384	3.609	3.801	1.882	1.226	195	366	132

(1) Incluye unidades de consulta externa y de hospitalización. Sólo incluye información de instituciones del sector público. En 2002 y 2003 cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable.

(2) Incluye los datos de la Secretaría de Salud de Distrito Federal (hasta 1996 denominado Servicios de Salud del Distrito Federal).

(3) Para ISSSTE, PEMEX y SEMAR cifras estimadas.

(e) Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Secretaría de Salud.

## Principales indicadores de la Seguridad Social

Concepto	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>Gasto programable por derechohabiente (pesos)</b>																		
IMSS			360	514	666	827	948	1.229	1.403	1.685	2.085	2.545	2.851	3.212	3.414	4.236	4.969	4.559
ISSSTE			483	692	786	904	1.102	1.212	1.723	2.176	2.689	3.374	3.923	4.501	4.628	5.585	5.848	6.440
<b>Número de trabajadores en activo por pensionado</b>																		
IMSS	13,1	9,4	8,3	8,4	8,1	7,4	7,1	6,1	6,3	6,4	6,6	6,8	6,8	6,3	6,1	5,8	5,7	5,6
ISSSTE	19,0	13,8	9,3	8,8	8,1	7,6	7,2	6,8	6,5	6,2	5,9	5,6	5,3	5,0	4,7	4,3	4,0	3,7
<b>Pensionados respecto a cada 1.000 trabajadores en el activo</b>																		
IMSS	77	103	109	108	111	120	124	139	135	132	128	123	122	158	183	167	176	181
ISSSTE	52	72	107	114	124	132	139	146	155	162	169	180	187	199	213	231	247	269
<b>Número de veces de la cuantía mínima de las pensiones en relación al salario mínimo en el Distrito Federal</b>																		
IMSS	n.d.	n.d.	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
ISSSTE <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

(1) Incluye bono de despensa y previsión social múltiple.

n.d. No disponible.

(e) Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**Nivel de gasto federal y principales programas para la superación de la pobreza<sup>(1)</sup>**

Concepto	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>Gasto para la superación de la pobreza</b>													
Gasto per cápita para la superación de la pobreza (pesos) <sup>(2, 3)</sup>	64,5	172,6	213,3	277,0	314,5	415,5	617,9	607,8	680,5	830,7	884,6	1.037,9	1.215,7
Gasto público federal para la superación de la pobreza/PIB (%) <sup>(3, 4)</sup>	0,7	1,1	1,1	1	1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,6
% del gasto público federal para la superación de la pobreza/Gasto programable total <sup>(3)</sup>	4,7	6,4	6,9	6,5	5,7	6,8	7,2	7,1	7,4	7,9	7,4	8,2	9,8
Gasto por ejecutar (%) <sup>(3)</sup>	100	100	100	99,7	98,8	58,9	56,2	57,8	55,9	59,1	60,2	65,2	67,6
Gobierno Federal				0,3	1,2	17,6	18,5	17,7	18,2	17,0	15,7	13,4	12
Gobiernos estatales						23,5	25,3	24,5	25,9	23,9	24,1	21,4	20,4
Gobiernos municipales													
<b>Beneficiarios del programa oportunidades</b>													
Familias (miles) <sup>(5)</sup>					300,7	1.595,6	2.306,3	2.476,4	3.237,7	4.240	4.240	5.000	5.000
Zonas rurales					300,7	1.595,6	2.306,3	2.129,8	2.524,5	3.090,8	3.010,6	3.452,6	3.452,5
Zonas semiurbanas								341,6	599,4	616,1	747,4	870,2	870,2
Zonas urbanas								5	113,8	533,1	482	677,3	677,3
Municipios					456	1.743	2.155	2.166	2.317	2.354	2.360	2.429	2.435
Localidades					10.769	40.906	53.055	53.232	67.737	70.520	70.436	82.973	82.993
<b>Apoyos de oportunidades</b>													
Suplementos alimenticios distribuidos (mill. de dosis)					5	254,1	543,8	555,7	665,3	566,4	529,2	523,6	561,2
Promedio de consultas mensuales (miles)						435	1.359,8	1.624,4	1.836,4	2.295,8	2.661,5	2.903,1	3.242,9
Menores de 5 años registrados								1.468,4	1.656,8	2.008,5	2.004,4	2.138,8	2.549,2
En control de desnutrición								1.274,3	1.525,7	1.910,2	1.943,6	2.081	2.382,2
Con desnutrición								318,3	333	404,2	412,3	420,2	533,7
Mujeres embarazadas y en lactancia													
Registradas								304,4	317,9	358,9	654,1	364,7	470,9
En control								282,6	298,8	348,9	344,2	357,2	449,1
<b>Programas de desayunos escolares</b>													
Desayunos repartidos por día (miles)	599,4	1.271	1.930,3	2.092,7	2.737,7	2.958,7	3.440,3	3.630,2	3.673,9	3.758	3.998,5	4.531,2	4.618,8
<b>Programa de abastos social de leche</b>													
Familias beneficiadas (miles)	2.180,9	2.916,9	3.121	3.089,3	3.041,6	2.681,3	2.394,4	2.394,3	2.632,1	2.825,5	3.040,1	3.013,3	2.977
<b>Programas productivos</b>													
Programa de empleo temporal			662,1	851,3	845,2	984,2	1.189,7	1.086,3	985,5	932,6	406,7	340,4	211,8
Empleos generados (miles)													
<b>Desarrollo del patrimonio</b>													
Créditos y subsidios otorgados con recursos fiscales para vivienda (núm.) <sup>(6)</sup>						7.975	14.079	38.619	30.842	133.349	191.491	131.763	108.032

Nota: Debido a que la SEP actualizó la información relativa al gasto realizado vía Ramo 33 en Telesecundarias, las cifras del gasto del Gobierno Federal en programas para superar la pobreza cambian desde 1998 a 2004, y en este sentido se actualiza la información con dicho gasto.

(1) Se presentan datos a partir del inicio del Programa.

(2) Se calculó con base en la población nacional de acuerdo con los datos definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda de 2.000 presentados por el Consejo Nacional de Población a mediados de 2003.

(3) En 2005 los cálculos fueron realizados con base en el presupuesto autorizado.

(4) Las cifras pueden diferir respecto a lo publicado en el informe de Gobierno de 2003, debido a que las relaciones respecto al Producto Interno Bruto se elaboraron con base en la serie del PIB a precios corrientes de cada año obtenida a partir de cálculos trimestrales provenientes del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), mientras que en los Informes del Gobierno anteriores se utilizaron datos del PIB provenientes del cálculo anual del SCNM.

(5) Familias registradas en el padrón activo. Hasta 1999 las familias beneficiarias de Oportunidades (antes Progresá) se identificaban en su totalidad como rurales. A partir del año 2000 se precisan las cifras de familias semiurbanas y urbanas. En 2001 la información corresponde al cierre del bimestre noviembre-diciembre. En función del mecanismo de operación del Programa, y de acuerdo con su esquema de verificación de correspondencias, las familias que recibieron sus apoyos con cargo al presupuesto 2001 fueron 3.116.042.

(6) Se refiere a los programas de Apoyos y Subsidios a la Vivienda (PROSAV). "Tu Casa" y Vivienda Rural.

(e) Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público con base en la información proporcionada por las dependencias y entidades.

## Principales indicadores de la evolución de la salud y de la calidad de los servicios(1)

Concepto	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>(6)</sup>	
<b>Esperanza de vida (años)</b>	67,1	69,5	71,2	71,7	72,1	72,3	72,6	72,7	72,9	73,1	73,4	73,7	74,0	74,3	74,6	74,9	75,2	75,4	
<b>Mortalidad. Observadas</b>																			
Razón de mortalidad materna (2)			60	57,3	56,8	51,8	58,2	61,2	55,7	56,1	63,7	64,2	61,6	60,1	63,9	65,2	62,6	59,7	
Tasa de mortalidad infantil (3)	40,2	28,8	26,6	23,1	21,3	20,3	20,3	20,2	19,7	19,7	19,0	18,5	18,2	17,2	17,9	16,6	16,5	16,4	
<b>Corregidas (4)</b>																			
Razón de mortalidad materna (2)	50,9	41,1	36,1	32,1	30,8	29,6	28,4	27,5	26,6	25,9	25,2	24,3	23,3	22,4	21,4	20,5	19,7	18,8	
Tasa de mortalidad infantil (3)																			
<b>Porcentaje de usuarios de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil (15 a 49 años)</b>																			
Usuarios unidas en edad fértil			n.d.	n.d.	63,1	64,1	65	66,5	67,5	68,4	69,4	70,1	70,8	71,4	72,1	72,6	73,2	73,7	
<b>Cobertura del programa arranque parejo en la vida</b>																			
% de cobertura de atención de parto institucional (5)															94,8	95	83,3	86	
<b>Cobertura del programa de seguro popular de salud</b>																			
(No. de familias afiliadas) (6)															295.513	613.938	1.583.572	2.071.512	
<b>Cobertura del esquema básico de vacunación en preescolares (%)</b>			46	78	92,5	91,7	95,3	95,6	97	96,8	97,2	97,6	98	97,8	97,9	98,1	98,2	98,2	
<b>Indicadores de calidad de los Servicios de Salud</b>																			
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico																			
Primer nivel													73,7	91,1	92,7	97,3	97,8	98,2	
Segundo nivel													84,5	89,9	89,8	92,9	93,6	95,1	
% de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico																			
Primer nivel													72,6	90,4	92,5	96,8	97,4	98	
Segundo nivel													84,7	89,4	89,7	93,8	94,4	95,1	
% de recetas surtidas en forma completa																			
Primer nivel													95,2	94,6	91,5	89,2	86	92	
Segundo nivel															55	64,5	74,3	79	
Tiempo de espera (minutos)																			
Primer nivel													29	22,6	22,6	27	26,3	24,1	
Segundo nivel													22	17,4	14,4	18,9	18,1	16,7	

(1) Cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable. Se recorta información a partir del año en que inicia su registro.

(2) Tasa por 10.000 nacimientos estimados por el CONAPO.

(3) Tasa por 1.000 nacimientos estimados por el CONAPO.

(4) Calculadas a partir de la corrección del subregistro de defunciones de menores de un año, y los nacimientos estimados por el CONAPO. La tasa de mortalidad infantil observada para 2004 se calculó con cifras preliminares.

(5) Los datos de 2002 y 2003 corresponden al indicador de cobertura de atención de parto institucional. El dato de 2004 y 2005 corresponde al indicador de porcentaje de atención de parto por personal calificado en población no asegurada.

(6) Cifra 2005 al 31 de junio.

(7) No incluye información de los Institutos Nacionales de Salud ni de los Hospitales Federales de Referencia. A partir de 2005 el indicador se obtiene de la Estrategia para el Fortalecimiento de Abasto de Medicamentos de la Secretaría de Salud, por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

n.d. No disponible.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



**Evolución de las principales causas de muerte por grandes grupos de edad<sup>(1)</sup>**

Concepto	1995	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>General (2)</b>	<b>414.003</b>	<b>422.803</b>	<b>430.278</b>	<b>437.667</b>	<b>443.127</b>	<b>459.687</b>	<b>472.140</b>	<b>488.550</b>	<b>501.881</b>
Diabetes mellitus	20.918	25.782	33.316	46.614	49.954	54.925	59.192	64.334	69.891
Enfermedades isquémicas del corazón	20.346	29.764	38.346	44.064	45.718	48.573	50.987	53.547	56.211
Enfermedad cerebrovascular	18.164	19.760	23.400	25.432	25.731	256.583	26.892	27.370	27.845
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	17.270	17.902	21.245	25.406	25.756	26.180	26.850	27.322	27.790
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10.629	12.432	13.779	15.939	15.966	16.881	18.141	17.841	18.332
Infecciones respiratorias agudas bajas	28.236	23.958	21.029	14.244	13.126	13.685	13.756	16.219	16.389
Enfermedades hipertensivas	5.588	6.818	8.764	9.778	10.189	10.716	11.339	13.517	14.201
Nefritis y nefrosis	7.826	8.269	10.062	9.805	10.503	10.082	10.505	11.297	11.544
Asfixia y trauma al nacimiento	12.738	14.978	13.229	11.830	11.123	11.128	10.433	10.023	9.625
Agresiones (homicidios)	14.961	14.497	15.616	10.743	10.286	10.089	10.087	9.878	9.669
Las demás causas	257.327	248.643	231.492	223.810	224.775	230.845	233.958	237.202	240.385
<b>MATERNA (3)</b>	<b>n.d.</b>	<b>2.190</b>	<b>1.977</b>	<b>1.543</b>	<b>1.476</b>	<b>1.309</b>	<b>1.313</b>	<b>1.242</b>	<b>1.170</b>
Aborto	n.d.	145	158	104	79	97	86	88	83
Hemorragia obstétrica	n.d.	506	468	297	301	238	344	317	299
Infección puerperal	n.d.	139	79	50	37	52	45	43	41
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto puerperio (Toxemia)	n.d.	556	574	543	544	427	412	366	345
Parto obstruido	n.d.	34	19	7	9	4	7	12	11
Causas obstétricas indirectas	n.d.	28	98	164	125	187	181	204	191
Otras causas maternas	n.d.	782	581	378	381	304	238	212	200
<b>INFANTIL (4) (menores de un año)</b>	<b>99.087</b>	<b>88.189</b>	<b>65.987</b>	<b>50.176</b>	<b>46.903</b>	<b>44.094</b>	<b>41.530</b>	<b>39.188</b>	<b>37.048</b>
Asfixia y trauma al nacimiento	18.208	20.167	18.178	15.369	14.528	13.419	12.990	12.290	11.500
Malformaciones congénitas del corazón	2.336	2.801	3.214	3.374	3.351	3.177	3.281	3.104	2.948
Infecciones respiratorias agudas bajas	17.913	12.996	9.106	4.311	3.683	3.772	3.130	3.226	3.0364
Enfermedades infecciosas intestinales	20.786	13.311	4.809	2.389	2.061	1.803	1.686	1.482	1.407
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	2.762	1.931	1.654	1.695	1.480	1.583	1.650	1.912	1.816
Desnutrición calórico protéica	1.845	3.516	2.006	1.032	925	1.001	896	836	794
Anencefalia y malformaciones similares	513	843	818	470	392	421	366	330	313
Defectos de la pared abdominal	43	79	143	278	268	274	242	225	214
Síndrome de Down	249	271	242	349	291	241	232	199	189
Infecciones respiratorias agudas altas	663	633	451	285	317	260	220	200	190
Las demás causas	33.769	31.642	25.367	20.662	19.607	18.143	16.837	15.384	14.612
<b>PREESCOLAR (2) (De 1 a 4 años)</b>	<b>22.793</b>	<b>20.410</b>	<b>10.876</b>	<b>7.045</b>	<b>6.707</b>	<b>6.893</b>	<b>6.787</b>	<b>6.615</b>	<b>6.456</b>
Enfermedades infecciosas intestinales	6.024	4.125	1.364	689	641	665	648	632	621
Infecciones respiratorias agudas bajas	3.356	2.627	1.582	671	575	663	626	662	602
Malformaciones congénitas del corazón	257	316	424	398	400	431	457	415	412
Ahogamiento y sumersión accidentales	585	567	451	366	376	367	342	334	329
Desnutrición calórico protéica	641	1.242	707	406	312	367	332	340	334
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	293	377	347	266	267	300	268	256	251
Leucemia	224	202	208	249	232	225	252	240	236
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	275	231	191	188	171	246	188	180	177
Agresiones (homicidios)	151	181	149	108	120	114	105	101	100
Anemia	328	272	196	82	87	62	87	82	80
Las demás causas	10.659	10.270	5.257	3.622	3.526	3.453	3.482	3.373	3.314

(1) El orden de las causas es con respecto a 2003, último año de la estadística de mortalidad oficial.

(2) Defunciones registradas. Se incluyen todas las defunciones ocurridas en el país.

(3) Cifras preliminares. No se incluyen las defunciones maternas tardías (096 y 097), pues no existían en la clasificación CIE9. El total incluye 2 defunciones maternas de residentes en el extranjero Códigos CIE10: Aborto 000-008, Hemorragia 020, 044-046, 067, 072. Infección (sepsis) puerperal 085-086. Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (Toxemia) 10-16. Parto obstruido 0640-0669. Obstétricas indirectas 098-099. B20-B24, con embarazo C58, D392, F531, las demás causas 000-099.

(4) Defunciones estimadas con base en tablas de mortalidad. CONAPO. Proyecciones de la Población 2000-2050. México, 2002.

n.d. No disponible.

(p) Cifras preliminares.

(e) Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Secretaría de Salud.

**Gasto programable del IMSS por ramo de aseguramiento<sup>(1)</sup> (millones de pesos)**

Año	Total	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Retiuro. Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	Riesgos de Trabajo	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia
2000	146.637	92.134	23.339	14.486	10.989	4.276	1.413
2001	162.017	99.029	30.334	14.129	12.321	4.619	1.585
2002	174.181	104.451	31.032	16.976	13.417	6.664	1.741
2003	194.425	116.302	33.531	18.340	13.823	10.455	1.974
2004	213.657	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2005(e)	203.109	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

<sup>(1)</sup> Las cifras corresponden a presupuesto devengado. En 2004 y 2005 los datos por ramo de seguro no aplican, en virtud de que el Presupuesto de Egresos de la Federación a partir de 2004, sólo considera cifras consolidadas.

n.d. No disponible.

<sup>(e)</sup> Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Instituto Mexicano de Seguridad Social.

**Gasto programable del ISSSTE por ramo de seguro (millones de pesos)**

Año	Total	Asegurador	FOVISSTE	Sistema Integral de Tiendas y Farmacias
1990	4.004,5	2.905,2	884,1	215,2
1991	6.883,8	4.128,1	1.426,6	329,1
1992	6.756,6	5.132,1	1.191,2	433,3
1993	8.047,3	6.130,9	1.393,6	522,8
1994	10.025,2	7.621,8	1.839,6	563,8
1995	11.148,2	9.186,2	1.336,3	625,7
1996	16.624,6	13.001,6	1.658,5	964,5
1997	20.674,7	17.457,6	2.010,4	1.206,7
1998	26.395,9	21.766,9	3.317,8	1.311,2
1999	32.952,4	27.929,2	3.599,1	1.424,1
2000	39.226,3	33.474,9	4.281,5	1.469,9
2001	46.761	38.205,9	5.966,8	1.588,3
2002	47.660,4	43.755,2	2.357	1.548, 2
2003	58.539,8	54.524,9	2.412,4	1.602,5
2004	61.189,7	56.929,7	2.377,2	1.882,8
2005(e)	68.273	63.305	3.142,1	1.825,9

<sup>(e)</sup> Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

## Principales indicadores del Sistema de Protección Social en Salud

Entidad federativa	Número de familias afiliadas				Recursos ejercidos (Millones de pesetas)			
	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>	2002	2003	2004	2005 <sup>(e)</sup>
<b>Total Nacional</b>	<b>295.513</b>	<b>613.938</b>	<b>1.563.572</b>	<b>2.071.512<sup>(4)</sup></b>	<b>205</b>	<b>1.003</b>	<b>2.963</b>	<b>1.935</b>
Agascalientes	8.362	15.032	64.234	88.113	3	24	52	6,8
Baja California	21.738	44.216	50.000	50.843	14	55	132	71,8
Baja California Sur <sup>(2)</sup>	–	4.320	12.674	12.724	3	4	17	5,1
Campeche	4.979	11.990	35.000	35.648	6	17	43	31,7
Coahuila	15.585	–	60.000	15.146	10	–	141	12,7
Colima	37.901	67.850	9.769	68.979	18	118	8	31,1
Chiapas	5.430	38.076	67.479	59.996	4	57	82	63,7
Chihuahua	–	–	–	30.000	–	–	–	15
Durango	–	–	–	6.665	–	–	–	4
Guanajuato	11.077	17.448	119.888	129.368	7	31	166	54,8
Guerrero	6.940	6.282	12.000	13.674	6	12	35	19
Hidalgo	6.234	19.869	43.838	46.242	8	33	77	44,1
Jalisco	7.478	24.516	94.825	100.210	8	35	197	152,3
México	8.209	8.259	78.425	118.486	7	11	143	141,7
Michoacán	–	3.044	10.000	10.000	–	5	22	0,8
Morelos	2.673	8.521	24.997	28.117	3	10	56	39,8
Nayarit	–	–	34.974	54.974	–	–	27	52,5
Nuevo León	–	–	26.000	27.832	–	–	30	24,9
Oaxaca	8.392	10.593	52.530	55.747	7	22	102	74,6
Puebla	–	–	112.912	120.713	–	–	133	52,6
Querétaro	–	–	9.749	10.863	–	–	4	4,6
Quintana Roo <sup>(3)</sup>	7.520	7.559	7.976	8.750	6	15	15	7,7
San Luis Potosí	21.042	46.790	52.211	79.363	15	85	159	114,5
Sinalca	55.376	88.796	95.000	106.165	30	176	255	120,8
Sonora	19.641	10.365	29.038	70.850	12	18	48	55,4
Tabasco	13.489	87.846	187.726	327.964	9	137	528	315,3
Tamaulipas	23.461	50.029	150.000	155.000	20	88	257	146,7
Tlaxcala	–	2.280	16.855	17.852	–	2	22	21,2
Veracruz	–	14.737	73.836	81.829	–	11	138	148,7
Yucatán	–	2.556	10.000	10.734	–	2	9	9,7
Zacatecas	9.987	22.964	21.636	30.907	9	35	65	34,4

(1) Se reportan datos a partir del inicio del Programa. Se presentan datos de las entidades federativas donde opera el SPS.

(2) Aunque no hay familias afiliadas en el 2002, se destinaron estos recursos al cierre del año para la puesta en marcha del programa para promoción, afiliación, equipo y gastos operativos en la entidad.

(3) Aunque el estado ya tenía familias desde el 2002, los recursos se ejercieron hasta julio de 2004, fecha en la que se firmó el Acuerdo de Coordinación con esta entidad federativa. Antes de la firma no es posible liberar y radicar los recursos..

(4) El total nacional incluye 97.758 familias afiliadas al SPSS pendientes de tramitar.

(e) Cifras estimadas al 30 de junio de 2005.

Fuente: Secretaría de Salud.

**Principales indicadores sociodemográficos de la población indígena<sup>(1)</sup>**

Concepto	1980	1990	1995	2000
Población indígena (en hogares PI miles) <sup>(2)</sup>	—	—	—	10.253,6
Población hablante de lengua indígena (miles) <sup>(3)</sup>	5.181,0	5.282,3	5.483,6	6.044,5
Población indígena registrada por el INEGI (miles) <sup>(4)</sup>	n.d.	6.412	6.715,6	7.278
Población que habla lengua indígena que no habla español (monolingüe) (miles)	1.174,6	836,2	808,1	1.002,2
Población que habla lengua indígena y habla español (bilingüe) (miles)	3.699,7	4.238	4.649,1	4.924,4
Porcentaje de población indígena que no habla español <sup>(5)</sup>	24,1	16,5	14,8	16,9
Porcentaje de población indígena que habla español <sup>(5)</sup>	75,9	83,5	85,2	83,1
Municipios con 70 % y más de hablantes de lengua indígena	n.d.	383	337	346
Localidades con 70 % y más de hablantes de lengua indígena	n.d.	13.179	13.303	14.906
Localidades con 70 % y más de PI	—	—	—	17.436
PI en localidades con 70 % y más (miles)	—	—	—	5.839,4
Localidades con 40 % y más de PI	—	—	—	21.407
PI en localidades con 40 % y más (miles)	—	—	—	6.892,9
Población hablante de lengua indígena analfabeta (miles)	n.d.	—	—	1.545,3
Número de municipios indígenas <sup>(6)</sup>	—	—	—	655
Número de municipios con presencia indígena <sup>(7)</sup>	—	—	—	216
Lenguas registradas <sup>(8)</sup>	40	92	81	85
Grupos etnolingüísticos registrados <sup>(9)</sup>	40	59	62	62
Porcentaje de analfabestismo de la población que habla lengua indígena	n.d.	40,9	38,4	33,8
PI Promedio de hijos nacidos vivos por mujer	—	—	—	2,5
Promedio de hijos por mujer hablante de lengua indígena <sup>(10)</sup>	n.d.	3,3	n.d.	3,5

<sup>(1)</sup> Los datos de 2005 se obtendrán una vez que estén disponibles los resultados del conteo de población de 2005, lo cual se estima que sean hasta los primeros meses de 2006. Datos revisados y actualizados por la dependencia responsable.

<sup>(2)</sup> La CDI realizó una estimación sobre el tamaño de la población indígena a partir del enfoque de hogares, que permite rebasar el criterio tradicional de hablantes de lengua indígena (HLI). A través de esta estimación es posible incorporar un universo más amplio de personas que, aún cuando ya no hablan ninguna lengua indígena, al formar parte del hogar y ser descendientes de personas que sí hablan, presentan una mayor probabilidad de que compartan todo un sistema de valores, normas y códigos culturales que pertenecen a las redes de simbolización que distinguen a los pueblos indígenas. La población en hogares donde el jefe y/o la cónyuge y/o algún ascendiente habla alguna lengua indígena, se denomina población indígena (PI).

<sup>(3)</sup> Se considera a la población de 5 años y más que habla lengua indígena.

<sup>(4)</sup> Incluye a la población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena y a los menores de 4 años que residen en hogares donde el jefe o cónyuge hablan alguna lengua indígena.

<sup>(5)</sup> El porcentaje es con respecto al total de hablantes de lenguas indígenas.

<sup>(6)</sup> Municipios en los que la PI representa el 40 % o más de la población del municipio.

<sup>(7)</sup> Municipios en los que la población indígena en hogares representa menos del 40 % de la población del municipio, o tienen concentraciones mayores a 5.000 indígenas en números absolutos o tienen presencia de hablantes de lenguas minoritarias.

<sup>(8)</sup> Se refiere a las lenguas tabuladas en los resúmenes generales de los censos y del conteo de población y vivienda.

<sup>(9)</sup> Los grupos etnolingüísticos reúnen bajo nombres genéricos algunas lenguas reportadas por el Censo.

<sup>(10)</sup> Se refiere al promedio de hijos nacidos de las mujeres de 12 años y más hab

n.d. No disponible.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Principales indicadores de la evolución de la salud y de la calidad de los servicios(1)

Entidad federativa y año	Población Económicamente Activa			Población ocupada			Población ocupada			Participación % en la PEA		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total Nacional												
1996	36.580,7	24.627,9	11.952,8	35.226	23.767,2	11.458,8	1.354,7	860,7	494	100	67,3	32,7
1998	39.562,4	26.146,6	13.415,8	38.658,8	25.620,4	13.038,4	903,6	526,2	377,5	100	66,1	33,9
2000	40.161,5	26.418,4	13.743,2	39.502,2	26.011,2	13.490,9	659,4	407,1	252,3	100	65,8	34,2
2002	41.085,7	26.888,1	14.197,6	40.302	26.383,2	13.918,8	783,7	505	278,8	100	65,4	34,6
2003	41.515,6	27.277	14.238,6	40.633,2	26.716,7	13.916,5	882,5	560,4	322,1	100	65,7	34,3
2004	43.398,8	28.013,5	15.385,2	42.309,1	27.357,1	14.949	1.092,7	656,5	436,2	100	64,5	35,5
2005	42.723,2	27.428,8	15.294,4	41.064,3	26.437,2	14.627,2	1.658,9	991,6	667,3	100	64,2	35,8
Aguascalientes												
1996	323,2	218,8	104,4	309,5	208,7	100,8	13,7	10,1	3,6	100	67,7	32,3
1998	346,9	229,9	117	338	223,9	114,1	8,9	6,1	2,9	100	66,3	33,7
2000	358,3	233,3	125	351	228	122,9	7,3	5,3	2,1	100	65,1	34,9
2002	383,3	243,3	140	375,4	238,5	136,9	8	4,8	3,2	100	63,5	36,5
2003	389	250,5	138,4	379,9	244,9	135	9,1	5,6	3,5	100	64,4	35,6
2004	392,1	247,4	144,7	381,3	239,9	141,4	10,8	7,5	3,3	100	63,1	36,9
2005	393,8	247,7	146,1	375,4	235,2	140,2	18,4	12,5	5,9	100	62,9	37,1
Baja California												
1996	894,1	601,2	292,9	873,6	589,3	284,3	20,5	11,9	8,6	100	67,2	32,8
1998	1.029,4	682,7	346,7	1.011,4	671,8	339,6	18	10,9	7,1	100	66,3	33,7
2000	1.124,7	724,6	400,1	1.107,4	717	390,4	17,4	7,6	9,7	100	64,4	35,6
2002	1.184,1	755,5	428,6	1.158,9	740,7	418,1	25,2	14,8	10,4	100	63,8	36,2
2003	1.177,9	768,7	409,2	1.153	752	401,1	24,9	16,7	8,2	100	65,3	34,7
2004	1.211,3	808,3	403	1.199,5	801,3	398,2	11,8	7	4,8	100	66,7	33,3
2005	1.268,2	823,4	435,7	1.246,6	820,7	426	21,5	11,8	9,8	100	65,6	34,4
Baja California Sur												
1996	167,5	110,4	57,2	162,1	107,7	54,3	5,4	2,6	2,8	100	65,9	34,1
1998	174,6	114,6	56,7	171,2	116,6	54,6	3,4	1,3	2,1	100	67,5	32,5
2000	189,4	129,4	66,7	186,1	120,8	65,4	3,3	2	1,3	100	64,8	35,2
2002	192,6	129,6	64	190,5	127	63,4	2,1	1,5	0,6	100	86,8	33,2
2003	205,4	129,4	67,1	203	136,8	66	2,5	1,4	1,1	100	67,3	32,7
2004	211,3	129,4	70,1	207,2	138,6	68,7	4	2,5	1,5	100	66,8	33,2
2005	207,4	129,4	70,7	202,1	134,2	67,9	5,3	2,5	2,7	100	65,9	34,1
Campeche												
1996	250,3	178,3	72,1	244,8	175,5	69,3	5,5	2,8	2,7	100	71,2	28,8
1998	253,4	182,1	71,3	248,6	179,2	69,3	4,8	2,9	1,9	100	71,9	28,1
2000	267,9	193,3	74,6	264,2	191,2	73	3,7	2,1	1,5	100	72,2	27,8
2002	307,7	209,7	97,9	304,3	207,8	96,5	3,3	1,9	1,4	100	68,2	31,8
2003	317,8	213,6	104,2	314,5	211,6	102,9	3,3	2	1,3	100	67,2	32,8
2004	328,2	215,2	113	322,2	212,4	109,8	6	2,8	3,2	100	65,6	34,4
2005	318,2	208,2	110	310,6	203,5	107,1	7,6	4,7	2,9	100	65,4	34,6

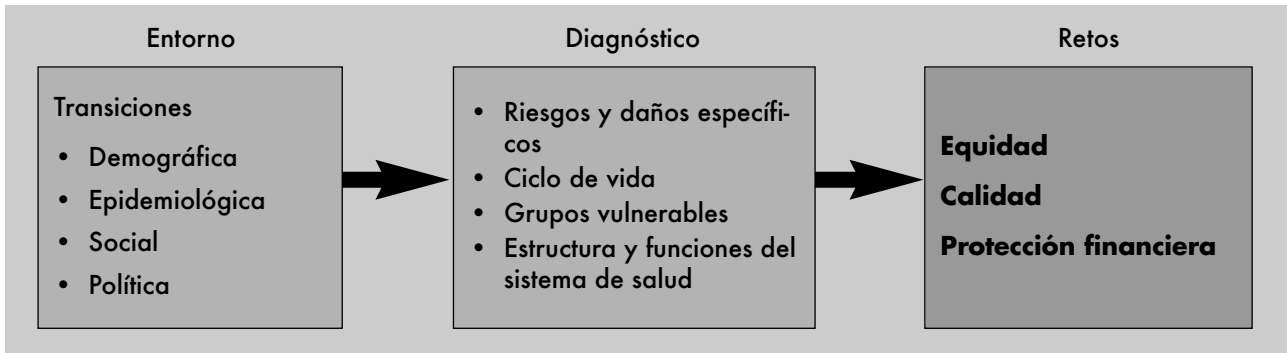
## Principales indicadores de la evolución de la salud y de la calidad de los servicios(1) (continuación)

Entidad federativa y año	Población Económicamente Activa			Población ocupada			Población ocupada			Participación % en la PEA			
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
Coahuila	1996	905,1	597,5	307,6	861,3	571,1	290,2	43,8	26,4	17,4	100	66	34
	1998	949,6	620,6	329	918,9	602,2	316,7	30,7	18,4	12,3	100	65,4	34,6
	2000	941	635,8	305,2	922,8	625,2	297,5	18,3	10,6	7,7	100	67,6	32,4
	2002	929,7	634,7	295	897,2	611,6	285,7	32,4	23,1	9,3	100	68,3	31,7
	2003	933,7	630,8	302,6	903,9	610	293,9	29,7	20,8	8,9	100	67,6	32,4
	2004	989,2	666,6	322,6	956,6	647,6	309,1	32,6	19	13,6	100	67,4	32,6
	2005	970,8	632,7	338,1	922,1	601,9	320,2	48,7	30,9	17,8	100	65,2	34,8
Colima	1996	197,8	131,6	66,2	193,8	129,4	64,4	4	2,2	1,8	100	66,5	33,5
	1998	231,2	148,6	82,6	227,7	146,9	80,8	3,5	1,7	1,8	100	64,3	35,7
	2000	243	155,9	87,1	240	154,1	85,9	3	1,8	1,2	100	64,2	35,8
	2002	259,3	163,3	96	255,7	161,4	94,3	3,6	1,9	1,7	100	63	37
	2003	262,4	164,5	97,9	258,7	162,2	96,4	3,7	2,3	1,4	100	62,7	37,3
	2004	271,9	168,6	103,3	267,4	166	101,4	4,5	2,6	2	100	62	38
	2005	278,8	172,3	106,4	270,1	166,9	103,3	8,6	5,5	3,2	100	61,8	38,2
Chiapas	1996	1.422,8	1.027,9	394,8	1.400,7	1.013,9	386,8	22,1	14,1	8	100	72,3	27,7
	1998	1.547	1.081,7	465,3	1.525,9	1.070	455,8	21,2	11,6	9,5	100	69,9	30,1
	2000	1.662,6	1.104	558,6	1.643,4	1.093,8	549,6	19,2	10,2	9	100	66,4	33,6
	2002	1.736,6	1.143,8	592,8	1.710	1.131,2	578,8	26,6	12,6	14	100	65,9	34,1
	2003	1.639,1	1.144,8	494,3	1.621,7	1.133,4	488,3	17,4	11,4	6	100	69,8	30,2
	2004	1.586,2	1.160,9	425,4	1.564,5	1.148,6	416	21,7	12,4	9,4	100	73,2	26,8
	2005	1.545,8	1.121,4	424,5	1.512,7	1.101,3	411,4	33,2	20,1	13,1	100	72,5	27,5
Chihuahua	1996	1.123,7	757,6	366,1	1.089,1	736,3	352,8	34,5	21,3	13,3	100	67,4	32,6
	1998	1.189,4	815,9	373,5	1.165,2	803,2	362,1	24,2	12,8	11,4	100	68,6	31,4
	2000	1.260,2	828,3	431,9	1.247,7	820,4	427,3	12,5	7,9	4,6	100	65,7	34,3
	2002	1.263,3	850,8	412,5	1.228,7	828,1	400,6	34,6	22,7	11,9	100	67,3	32,7
	2003	1.262,9	863,5	399,4	1.227,5	839,2	388,3	35,3	24,3	11,1	100	68,4	31,6

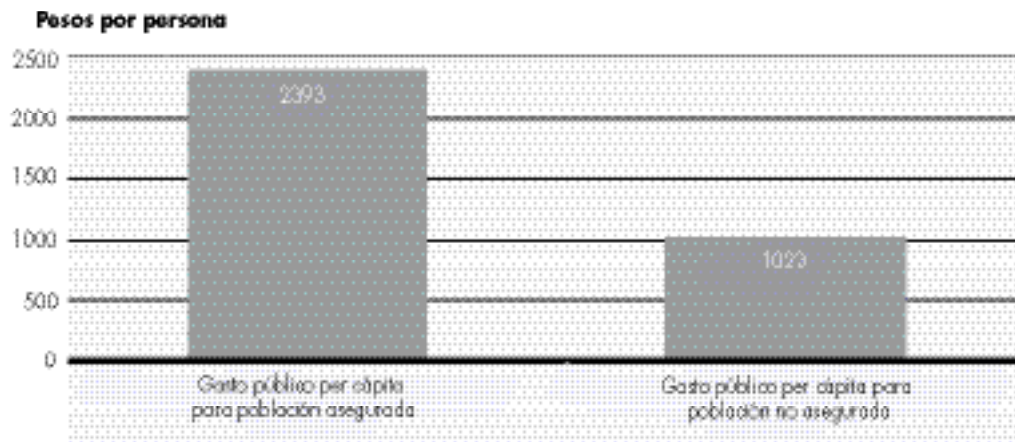
(1) Sobre todas las personas de 12 años y más que realizaron algún tipo de actividad económica en la semana pasada (población ocupada) a que buscaron activamente hacerlo (población desocupada abierta) en los dos meses previos al levantamiento de la Encuesta. La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo de las cifras. Cifras del trimestre abril-junio de cada año: excepto 2005 que corresponde al período enero-marzo. Los datos de 1996 a 2004 corresponden a la población de 12 años y más a partir de Encuesta Nacional de Empleo, en tanto que para 2005 se refieren a la población de 14 años y más, a partir de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, que presenta diferencias metodológicas respecto a su antecedente, por lo que los datos no son comparables.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Encuesta Nacional de Empleo y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (a partir de 2005).

**Restos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006**



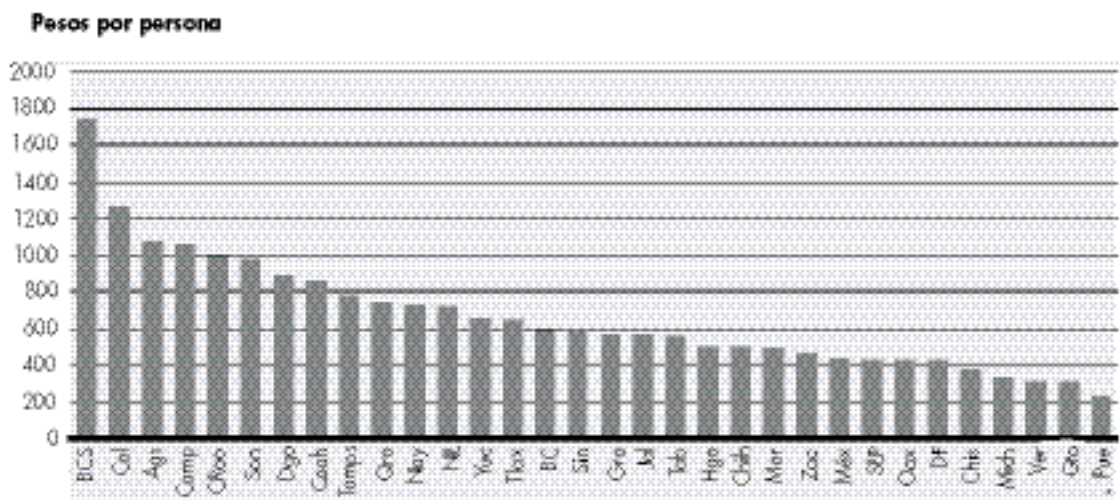
**Asignación desigual de recursos públicos según condición de aseguramiento.  
Gasto público para asegurados y no asegurados, 2002**



*Nota:* El gasto público para la población no asegurada incluye el gasto federal (Ramo 12 y Ramo 33) así como el gasto estatal en Salud. Mientras que el gasto público para la población asegurada incluye el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

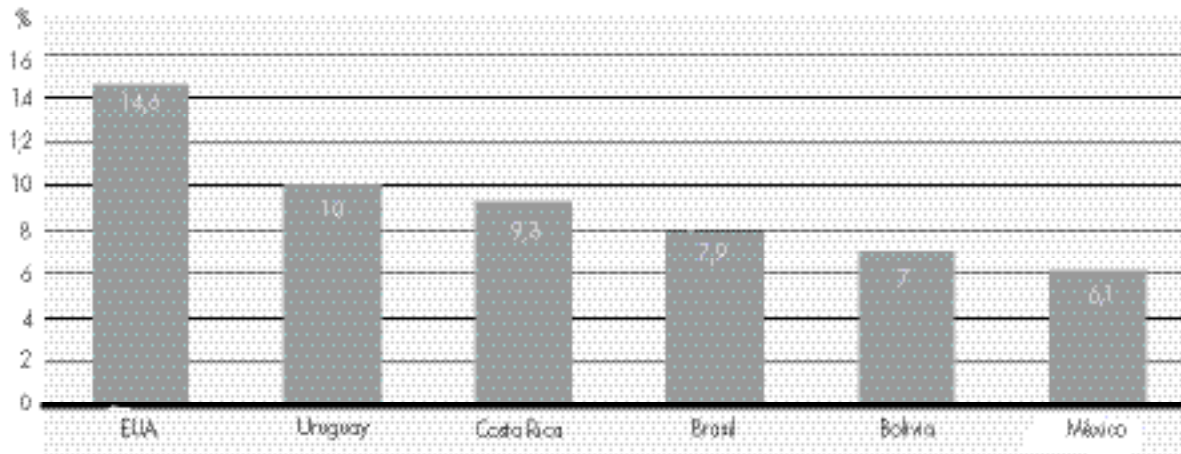
*Fuente:* Elaborado con base en información del Sistema de Cuentas en Salud en el Nivel Federal y Estatal 2002 (SICUENTAS), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

**Desigualdad geográfica en la asignación de recursos públicos. Recursos Federales (FASSA\*) destinados al gasto en Salud de la población no asegurada, 2002**



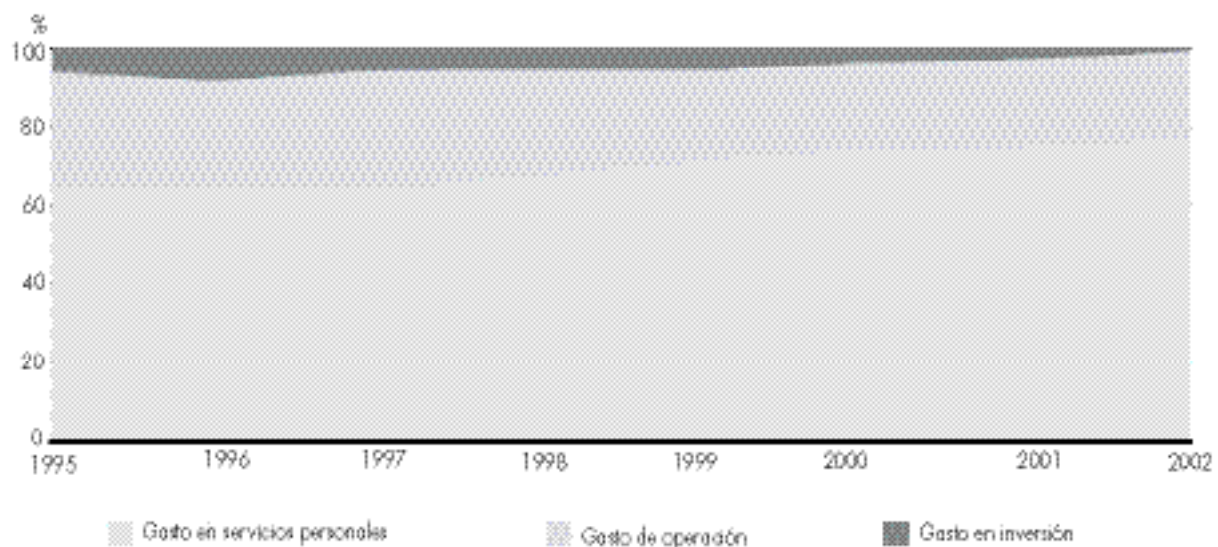
*Nota:* Elaborado con base en información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, SHCP. FASSA\*: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33.

**Bajo nivel de inversión en Salud.  
Gasto en Salud como porcentaje del PIB, 2002**



*Fuente:* Elaborado con base en el informe sobre la Salud en el Mundo 2005 de la OMS. En el caso de México, la información fue proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

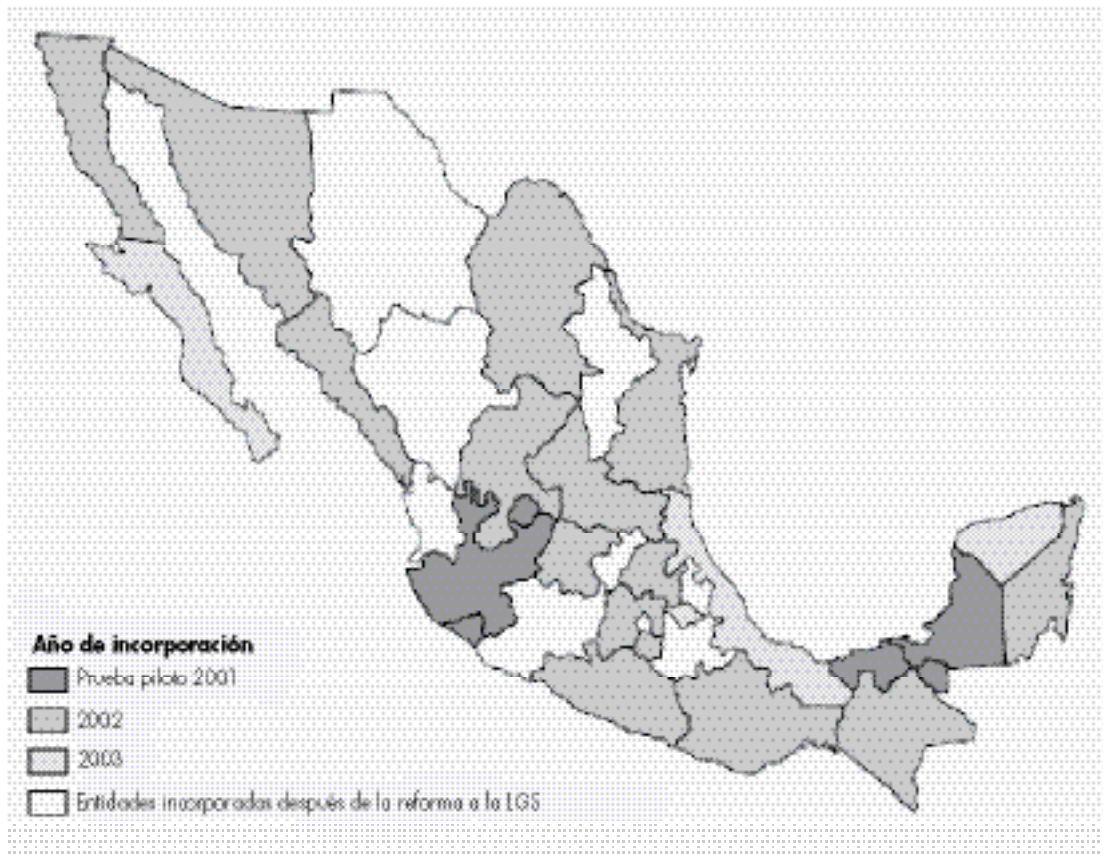
**Desequilibrio en el destino del gasto.  
Composición del gasto público para población no asegurada, 1995-2002**



*Fuente:* Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, Secretaría de Salud.  
*Nota:* Incluye recursos de ramo 12 y del FASSA de ramo 33.

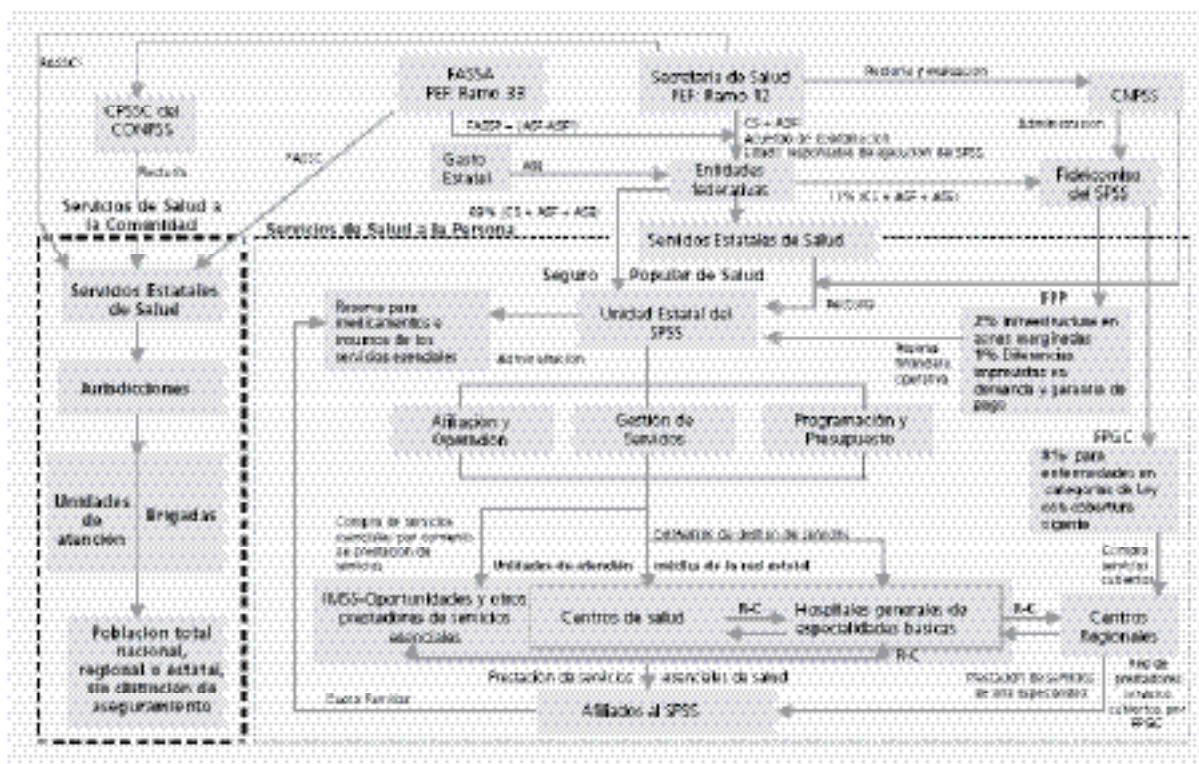


**Presencia del Seguro Popular de Salud en las entidades federativas durante la fase inicial: 2001-2003**



Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con base en el Informe de Resultados del Primer Semestre de 2005 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

**Modelo financiero-operativo del Sistema de Protección Social en Salud**





## 8. Bibliografía

1. OISS. **Organización Iberoamericana de la Seguridad Social**. Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericano. Revista de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. – Benjamín González Roaro, libro la Seguridad Social en México, 2003.
2. OISS. **Organización Iberoamericana de la Seguridad Social**. Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social.
  - Seguridad Social, Planificación Económica y Gestión.
  - Técnicas Actuariales y Financieras de la Previsión Social.
  - Seguridad Social, Configuración y Desarrollo Internacional.
  - Objetivos de los Sistemas de Previsión Social.
3. Institución **Organización Mundial**. Comunidades marginadas del país.
4. **La Organización Panamericana de la Salud**. Promoción de la salud en América.
5. **Organización Panamericana de la Salud**. Informe sobre la salud en el mundo, 2006.
6. **OMS. Organización Mundial de la Salud**. Logros en el nivel de salud 2006.
7. **Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU**.
8. **Sin Excusas 2015-Campaña del Milenio-Naciones Unidas**.
9. **Aplicación de la Declaración del Milenio**. Celebrada el 8 de septiembre 2000.
10. **El Banco Interamericano de Desarrollo**. Informe progreso económico y social en América Latina y el Caribe 2005.
11. **De Políticas Operativas del Banco Interamericano de Desarrollo**. De los pueblos indígenas 2005.
12. **Grupo del Banco Mundial**. Reuniones del FMI. 2004.
13. **Secretaría de Salud Avalon**. Informes salud y alimentación 2005.
14. **Secretaría de Salud**. Informes de la Secretaría 2005.
15. **Funsalud**. (may). Conocimiento científico y tecnológico en materia de salud 2003.
16. **Contribuciones mexicanas a la nutrición-FNN**. Guillermo Soberon 2001.
17. **Salud de otras Poblaciones-FNN**. Órgano de Funsalud 2005. Vol. 1 No. 4.
18. **Grupo Consenso-Acción**. Educación para la salud de la comunidad 2005.
19. **Instituto Nacional de Salud Pública**. Constituido en abril de 1997.
20. **“La Salud de los Mexicanos en el siglo XXI, un futuro con responsabilidad”**. Funsalud.
21. **VI Congreso Internacional del CLAD**. En Gerencia Hospitalaria.
22. **Posgrados en Administración en Salud**. Gerencia Hospitalaria 1992.
23. **Asociación de Enfermería Comunitaria**, Española (AEC).
24. **Enfermería Comunitaria Digital**. Federación de Asociaciones de E.C.1990.
25. **Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria**. Cuidado de los enfermos en el ámbito comunitario.
26. **Enfermería Comunitaria versus enfermería hospitalaria**. Antonio Garrido Villaldo/M.<sup>a</sup> Jesús Zafra Pines. 2001
27. **El embarazo en las comunidades indígenas**. Oaxaqueñas por Oralia Maceda Méndez. 2004.
28. **Comunidades Indígenas**. INDIGENOUS PEOPLE-FIDA. Ixtlera Rural. Puebla 2002.
29. **Programa para el Desarrollo de los Pueblos y Comunidades Indígenas**, de un total de 199,391 localidades existentes en el país.
30. **Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas Dirección de Investigación y Promoción Cultural**. Medicina tradicional. Salomón García Jiménez. Biblioteca Medicina tradicional mexicana.
31. **Medicina. Medicina Tradicional Mexicana y la Salud Integral**.
32. **Medicina Tradicional Mexicana**, Terapias por médico tradicional Raúl Tortoleno. Agosto 19-2006.

33. **Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México.** Diccionario Enciclopedias de la Medicina Tradicional Mexicana, 1994, 2 tomos.
34. **Medicina Tradicional: MEDICINA sociobioecultura.** Monografías. Com. Trabajos.
35. **Tratado de Medicina Tradicional Mexicana.** Librería Virtual de Tlahui.
36. **Medicina Alternativa.** [wwna\\_ura.com.mx.html](http://wwna_ura.com.mx.html).
37. **++MEDICINA ALTERNATIVA++.** [www.medicinaalternativa.com.mx](http://www.medicinaalternativa.com.mx).
38. **Alternativa Holística Medicina.** Código de ética de la medicina Holística. Revista mensual alternativa. Agosto 2005.
39. **Medicina Alternativa Wikipedia.**
40. **Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas Información al Público.** [www.medalternativa.com/informat](http://www.medalternativa.com/informat).
41. **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.** Varios informes a 2003.
42. **Instituto Mexicano del Seguro Social.** Reforma a la Ley 2003.
43. **Nacional Financiera.** Estimación de gasto en Seguridad Social. PIB. 2006.
44. **Priego Álvarez, Heberto.** ¿Porqué cliente y no paciente en los servicios de salud? Salud Pública de México, 1995; 37(5): 381-382.
45. **Priego Álvarez, Heberto.** Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos. 2da. Edición. Villa Hermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco/re iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, 2002: 131-135.
46. **Programa de fortalecimiento de las redes comunitarias.**
47. **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos en México.**
48. **Servicios de salud a la comunidad.**
49. **Enfermería comunitaria 3.** Actuación en enfermería comunitaria. Los sistemas y los programas de salud.
50. **Bahía Blanca-Gobierno Municipal.**
51. **Universidad Loyola-Diplomado en Salud Comunitaria.**
52. **e-salud-cuida tu salud-todos por la salud.**
53. **Salud ambiental.**
54. **Salud ambiental.**
55. **[www.e-salud.gob.mx/wb2/eles/eles\\_salud\\_comunitaria](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eles/eles_salud_comunitaria).**
56. **¿Qué es el seguro Popular?**
57. **El programa Nacional de Salud 2001-2006.**
58. **[www.ssa-sin.gob.mx/seguro popular](http://www.ssa-sin.gob.mx/seguro%20popular).**
59. **Reforma a la Ley General de Salud.** Antecedentes: Programa de salud para todos (Seguro popular de salud).
60. **Portal de salud de Cuba-sistema de salud.**
61. **[www.sld.cu/sistema de salud/estrategias.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html).**
62. **Red de Centros comunitarios de aprendizaje.**
63. **Tecnológico de Monterrey.**
64. **Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.**
65. **Salud y servicios a la comunidad.**
66. **[www.cruzroja.org/salud/comun.htm](http://www.cruzroja.org/salud/comun.htm)**
67. **El centro de Recursos electrónicos de actualidad Gerencial.**
68. **La caja de Herramientas Gerenciales.**
69. **Servicio de Salud Comunitaria.**
70. **Planificación comunitaria Participativa para la Salud Infantil:** Manual de implementación de las pautas.
71. **[www.erc.msh.org/mainpage](http://www.erc.msh.org/mainpage)**
72. **Medicina Verastegui Julio Cesar:** Salud Comunitaria, Salud Publica Perú.
73. **Enfermería Comunitaria 1.** Concepto de Salud y factores que la condicionan.
74. **Enfermería Comunitaria,** Araceli García Suso.
75. **Enfermería Comunitaria 3. Actuación en enfermería Comunitaria Los sistemas y los Programas de Salud,** Antonio Sánchez Moreno.
76. **Nursing Care of children and families.**
77. **Instituto interamericano para el desarrollo Social. Cursos Regionales.** Curso para Formadores en Gerencia Social.
78. **Subsecretaría de Innovación y calidad Dirección General de Información en salud.** Mejorar la Información disponible en materia de salud. Rafael Lozano, A. Las entidades Federativas y los objetivos del Milenio. Julio 2005.

# **Organización Iberoamericana de Seguridad Social**



# Información Institucional de la OISS

## Naturaleza y fines

Fundada en 1954, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), es un Organismo Internacional, técnico y especializado, cuyo objetivo fundamental es contribuir al bienestar social y económico de los países iberoamericanos a través del desarrollo de sus Sistemas de Seguridad Social.

## Miembros y estructura

La OISS como Organización agrupa tanto a los Gobiernos como a las Instituciones de Iberoamérica que gestionan regímenes obligatorios y complementarios de Seguridad Social. Las Instituciones que persiguen fines relacionados con la Seguridad Social podrán ser miembros asociados de Organismos. La OISS cuenta con miembros pertenecientes a los países de la Comunidad Iberoamericana.

La OISS se estructura en:

- **Órganos de Dirección Política:** Congreso, Comisión Directiva, Comité Permanente, Comités Regionales, Presidente y Vicepresidente, que aseguran una participación efectiva y equilibrada del conjunto de miembros y países que integran la Organización en la adopción de las decisiones fundamentales para el presente y futuro de la OISS.
- **Órganos Técnicos:** Comisión Económica, Comisiones Técnicas Permanentes y Comisiones Técnicas Institucionales, a través de los cuales se implica y canaliza la aportación técnica de los miembros al conjunto de actividades de la OISS.
- **Órgano Ejecutivo:** A quien corresponde la responsabilidad ejecutiva de la Organización (Secretaría General).

Uno de los principios esenciales de la OISS es el de actuar descentralizadamente, para favorecer la participación efectiva de sus miembros. Para ello, las actividades son desarrolladas bajo la responsabilidad ejecutiva de la Secretaría General, apoyada en los Centros de Acción Regional o Subregional y en las Delegaciones Nacionales, correspondiendo a los órganos directivos efectuar el seguimiento y evaluación de los resultados alcanzados.

## Funciones y actividades

Para el cumplimiento de sus objetivos, la OISS tiene previsto estatutariamente realizar las siguientes funciones:

- Promover cuantas acciones sirvan al objetivo de lograr progresivamente la universalización de la Seguridad Social en su ámbito de acción.
- Colaborar en el desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social, prestando el asesoramiento y ayuda técnica necesaria a sus miembros.
- Promover la adopción de normas internacionales de Seguridad Social que faciliten la coordinación entre los sistemas y favorezcan la internacionalización del derecho de la Seguridad Social.

- Actuar como órgano permanente de información y coordinación de experiencias.
- Promover el estudio, investigación y perfeccionamiento de los Sistemas de Seguridad Social.
- Procurar la formación y perfeccionamiento del personal que desempeña funciones en las Instituciones de Seguridad Social.
- Promover el intercambio de experiencias entre las Instituciones miembros.
- Impulsar la adopción de acuerdos sobre Seguridad Social entre los países miembros.
- Proponer los medios adecuados para que los países de la Organización se presten asistencia técnico-social recíprocamente, efectúen estudios y ejecuten planes de acción común que beneficien y mejoren la Seguridad Social de las colectividades nacionales de los miembros.
- Facilitar la ejecución de los programas de cooperación y desarrollo en el área de la protección social, que otros países, organizaciones internacionales u otras Instituciones pretendan llevar a cabo en su ámbito de acción.
- Colaborar en el desarrollo de los tratados de integración socioeconómica de carácter subregional.

La OISS, a través de la Secretaría General y con el apoyo de los Órganos de participación descentralizada, formula un plan anual de actividades que, aprobado por los Órganos directivos, trata de hacer efectivas las funciones antes referidas. Actividades que, en síntesis, se agrupan en las áreas prioritarias de acción de la OISS.

- Actividades de impulso a la modernización y desarrollo de los sistemas de Seguridad Social.
- Actividades de Formación de Recursos Humanos.
- Actividades de Cooperación.
- Actividades de Asesoramiento Técnico.
- Actividades de Estudios. Divulgación y Publicaciones.

A destacar, entre las actividades que actualmente desarrolla la OISS, de acuerdo con las Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y de Gobierno, dos proyectos que representarán una aportación significativa a la evolución y desarrollo de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos:

- El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.
- El Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos.

### **Direcciones de la OISS**

#### **Secretaría General de la OISS**

Velázquez, 105, 1.ª planta  
28006 Madrid (España)  
Tels.: 34-915 611 955 / 34-915 611 747  
Fax: 34-915 645 633  
E-mail: sec.general@oiss.org

#### **Centro de Acción Regional de la OISS en Argentina**

Suipacha, 782, 1º - BUENOS AIRES (Argentina)  
Tels.: (5411) 43 26 04 07 / 43 93 35 26  
Fax: (5411) 43 26 03 78  
E-mail: conosur@oiss.org.ar

#### **Delegación Nacional de la OISS en Bolivia**

Avda. 6 de Agosto, 2455 - Edificio "Hilda", piso 5.º  
La Paz (Bolivia)  
Tel.: 59122-44 38 83  
Fax: 59122-44 37 35  
E-mail: delegacion@oiss.org.bo



**Centro Regional de la OISS para Colombia y el Área Andina**

Carrera 6.<sup>a</sup>, N.º 34-51  
 Santa Fe de Bogotá (Colombia)  
 Tel.: 571-245 41 02  
 Fax: 571-340 22 38  
 E-mail: oiss@etb.net.co

**Centro Subregional de la OISS para Centroamérica y Caribe**

Zapote, detrás del antiguo Itán, del "Parque Los Mangos", 100 mts. Sur, casa esquinera blanca con rejas celestes  
 San José (Costa Rica)  
 Tels.: 506-283 93 18 / 20  
 Fax: 506-280 70 68  
 E-mail: info@oiss-cr.org

**Delegación Nacional de la OISS en Santiago de Chile**

Agustinas, 1022. Oficina 728  
 Tel.: 562-696 63 39  
 Fax: 562-671 37 68  
 E-mail: oisschile@123.cl

**Relación de instituciones miembros de la OISS****Argentina**

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.  
 Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).  
 Ministerio de Salud.  
 Superintendencia de Servicios de Salud.  
 Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).  
 Instituto Municipal de Previsión Social de Rosario (IPS Rosario).  
 Instituto de Seguridad Social del Neuquén.  
 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.  
 Instituto Obra Médica Asistencial (IOMA).  
 Obra Social para Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC).  
 Obra Social para la Actividad Docente (OSPLAD).  
 Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (CONFECILISA).  
 Caja de Previsión Social del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires.  
 Caja de Previsión Social y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.  
 Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes (IOSCOR).  
 Instituto de Seguridad Social de la Provincia de La Pampa.  
 Consejo Federal de Previsión Social (COFEPRES).  
 Instituto Provincial de Previsión Social de Tierra de Fuego (IPPS).  
 Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP).  
 Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA).  
 Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).  
 Confederación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).  
 Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires.  
 Federación Argentina de Trabajadores de Sanidad (FATSA).  
 Instituto de Previsión Social de Misiones.  
 Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (IOSPER).  
 Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).  
 Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON).  
 Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA).  
 Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Entre Ríos.

Instituto Obra Social de Empleados Públicos de Santiago del Estero (IOSEP).  
Obra Social del Personal Telefónico de la República Argentina (OSTEL).  
Obra Social de Agentes de Propaganda Médica de Córdoba.  
Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP).  
Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe.  
Federación Médica de Río Negro.  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo.  
Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos para la Tercera Edad (AMAOTE).  
Caja Complementaria de Previsión para la Actividad Docente.  
NACIÓN AFJP, S. A.  
Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Entre Ríos.  
Fondo Compensador para Jubilados y Pensionados Telefónicos de la República Argentina.  
Obra Social de Directivos y Empresarios Pequeños y Medianos (OSDEPYM).  
Obra Social de Dirección (OSDO).  
Administración Programas Especiales (APE).  
Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).  
Unión Obrera de la Construcción de la República Argentina (UOCRA).  
Asociación Mutual SANCOR.  
Obra Social del Personal de la Actividad del TURF (OSPAT).  
Registro Nacional de Trabajadores Rurales y Empleadores (RENATRE).

***Miembros Asociados:***

Fundación de Estudios para la Salud y la Seguridad Social (FESSS).  
Fundación ISALUD.  
Fundación Nuestra Señora del Hogar.  
Fundación Rioplatense.  
Fundación Instituto Latinoamericano de Políticas Sociales (ILAPS).  
Asociación para el Estudio de la Seguridad Social en el Nordeste Argentino (APESSNEA).  
Fundación Sanatorio Güemes.  
Fundación Argentina de Investigaciones de la Seguridad Social (FAISS).  
Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN).

***Miembros de Pleno Derecho:***

Unión de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (UAFJP).  
Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

**Bolivia**

Ministerio de Salud y Deportes.  
Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.  
Instituto Nacional de Seguros de Salud.  
Caja de Salud de Caminos y R. A.  
Seguro Social Universitario de Cochabamba.  
Seguro Social Universitario de La Paz.  
Seguro Social Universitario de Santa Cruz.  
Mutualidad del Poder Judicial y Ministerio Público Sucre.

***Miembros de Pleno Derecho:***

Seguro Social Universitario Oruro.

**Brasil**

Ministerio de Previdência Social.  
Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).  
Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).  
Caixa de Assistência dos Advogados de Santa Catarina.

Serviço Social da Industria (SESI) Departamento Nacional.  
Fundo de Previdencia Social do Estado de Mato Grosso do Sul.

***Miembros Asociados:***

Fundação Petrobás de Seguridade Social (PETROS).  
Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES-FAPES.  
Fundação dos Economiários Federais - FUNCEF.  
Centro Interdisciplinar de Assistencia e pesquisa em Envelhecimento (CIAPE)

**Chile**

Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Subsecretaría de Previsión Social.  
Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.  
Superintendencia de Seguridad Social.  
Instituto de Normalización Previsional.  
Fondo Nacional de Salud (FONASA).  
Servicio Nacional del Adulto Mayor.  
Asociación Chilena de Seguridad.  
Instituto de Seguridad del Trabajo.  
C.C.A.F. "18 de septiembre".  
C.C.A.F. "La Araucana".  
Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción.  
C.C.A.F. "Los Héroes".  
C.C.A.F. "Los Andes".  
C.C.A.F. "Gabriela Minstral".  
Asociación Gremial de Administradoras de Fondos de Pensiones.  
Fondo Nacional de Discapacidad.  
Superintendencia de Salud.

***Miembro de Pleno Derecho:***

Corporación Nacional del Cobre de Chile, Codelco Chile.

**Colombia**

Ministerio de la Protección Social.  
Instituto de Seguros Sociales (ISS).  
Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) - EICE.  
Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM).  
Caja de Compensación Familiar (CAFAM).  
Caja de Compensación Familiar Fenalco (ANDI COMFENALCO).  
Superintendencia del Subsidio Familiar.  
Superintendencia Nacional de Salud.  
SURATEP, S. A.  
Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías (ASOFONDOS).  
Cámara Técnica de Riesgos Profesionales de FASECOLDA.  
E.P.S. FAMISANAR Ltda. CAFAM COLSUBSIDIO.  
Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo SALUDCOOP.

***Miembros Asociados:***

Fundación Discalar.  
Universidad Externado de Colombia.  
Defensoría del Pueblo.  
Pontificia Universidad Javeriana.  
Asociación de Profesionales Especialistas en Seguridad Social.  
Fundación Operación Sonrisa Colombia.  
Fundación Universidad Central.

Instituto Nacional para Ciegos - INCI.  
Hospital El Tunal Empresa Social del Estado.

**Costa Rica**

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.  
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).  
Consejo de Salud Ocupacional.  
Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.  
Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nal. (JUPEMA).  
Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

***Miembro Asociado:***

Instituto Superior Iberoamericano.

**Cuba**

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

**Ecuador**

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.  
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA).

***Miembro de Pleno Derecho:***

Superintendencia de Bancos y Seguros del Ecuador.

**El Salvador**

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).  
Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA).  
Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).

**España**

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social.  
Tesorería General de la Seguridad Social.  
Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).  
Instituto Social de la Marina.  
FREMAP.  
Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT).  
ASEPEYO.  
Mutua Universal.  
IBEERMUTUAMUR.  
FRATERNIDAD-MUPRESPA.  
MIDAT Mutua.  
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

***Miembros Asociados:***

Fundación ONCE - América Latina (FOAL).  
Instituto de Formación e Investigación de Condiciones de Trabajo (INFICOT).

**Guatemala**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).  
Plan de Prestaciones del Empleado Municipal (PPEM).  
Instituto de Previsión Militar (IPM).

**Guinea Ecuatorial**

Instituto de Seguridad Social (INSESO).

**Honduras**

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).  
 Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados del Poder Ejecutivo (INJUPEMP).  
 Instituto de Previsión Militar (IPM).  
 Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA).

**México**

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

**Nicaragua**

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).  
 Instituto de Seguridad Social y Desarrollo humano (ISSDHU).

**Panamá**

Caja de Seguro Social (CSS).  
 Sistema de Ahorro y Capitalización de Pensiones de los Servidores Públicos (SIACAP).

***Miembro de Pleno Derecho:***

Comisión Nacional de Valores de Panamá.

**Paraguay**

Instituto de Previsión Social (IPS).  
 Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal.  
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.  
 Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Administración Nacional de Electricidad (ANDE).

***Miembro Asociado:***

Instituto para el Desarrollo Mutuo (IDEM).

**Perú**

Seguro Social de Salud (ESSALUD).  
 Oficina de Normalización Previsional (ONP).  
 Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

**Portugal**

Secretaria de Estado da Segurança Social.

***Miembro Asociado:***

Associação Portuguesa da Segurança Social.

**República Dominicana**

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).  
 Instituto de Auxilio y Vivienda (INAVI).  
 Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.  
 Administradora de Riesgos de Salud de las Fuerzas Armadas (ARS-FFAA).  
 Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

**Uruguay**

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.  
 Banco de Previsión Social.

**Venezuela**

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

## La OISS en internet

El nacimiento y desarrollo de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) están vinculados a las resoluciones y acuerdos de los Congresos Iberoamericanos de Seguridad Social que vienen celebrándose desde 1950. Durante este período, la OISS ha crecido ininterrumpidamente habiendo consolidado una organización arraigada en su entorno y asentada en su actividad, que cuenta con el apoyo de los países integrantes de la Comunidad Iberoamericana de Naciones, así como de las Instituciones más representativas que trabajan en el ámbito de la Seguridad Social.

La aspiración de impulsar el desarrollo de la Seguridad Social en Iberoamérica, objetivo prioritario y permanente de la OISS, se ha visto reforzada por las actividades que le encomendaron las II, III, IV, V, XV y XVI Cumbres de Jefes de Estado y de Gobierno Iberoamericanos, celebradas en Madrid (1992), San Salvador de Bahía (1993), Cartagena de Indias (1994), San Carlos de Bariloche (1995), Salamanca (2005) y Montevideo (2006).

Igualmente, la OISS colabora como asesor permanente del Subgrupo de Trabajo 10 de MERCOSUR y con la Comunidad Andina de Naciones, en lo que se refiere al impulso de la Seguridad Social.



La información que contiene este libro (BISSI) está accesible de una forma directa en internet. Si se desea consultar debe marcarse la siguiente dirección: [www.oiss.org](http://www.oiss.org)

## Publicaciones de la OISS

- Boletín de Información de la OISS (BIOISS). Trimestral.
- Revista de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- XI Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Año 1996.
- Instrumentos Internacionales en materia de Seguridad Social. Año 1996.
- XII Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Año 1999.
- Convenios, Acuerdos e Instrumentos Jurídicos Complementarios de Seguridad Social en la Comunidad Iberoamericana. Año 1999.
- I Premio OISS. Los Servicios Sociales para las Personas Mayores. Año 2000.
- Leyes de Reforma de la Seguridad Social en Iberoamérica. Año 2001.
- Carpeta de presentación de la OISS. Año 2002.
- II Premio OISS. Empleo y Seguridad Social. La incidencia del desempleo, el empleo informal y las nuevas formas de empleo en la cobertura y la financiación de los Sistemas de Protección Social. Año 2002.
- Estatutos de la OISS (en español y portugués). Año 2004.
- Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos (BISSI). Año 2004.
- OISS –Organización Iberoamericana de Seguridad Social– 50 años. Año 2004.
- III Premios OISS. 50 años de Seguridad Social en Iberoamérica. Una referencia para su desarrollo en el siglo XXI. Año 2004.
- Seminario Internacional sobre la Protección de los Riesgos Profesionales. Retos y respuestas ante una sociedad en cambio. Año 2006.
- Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur: Situación, necesidades y demandas. Apuntes para un diagnóstico. Año 2007.
- Agenda Directorio OISS. Anual.

Los interesados en estas publicaciones pueden dirigirse a los Centros y Delegaciones de la OISS, así como a los servicios de la Secretaría General de este Organismo Internacional.

