

## PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Mercedes JUAN\*

SUMARIO: I. *Situación de la salud en México.* II. *Perspectivas.*  
III. *Calidad de los servicios.* IV. *Reorganización de los servicios de salud.* V. *Equidad.*

Como legisladora, médica y universitaria, celebro la realización de este Seminario, por la importancia de las leyes como un sustento sólido para alcanzar los objetivos que se proponen. El derecho tiene en la salud un campo privilegiado para producir leyes que preserven la dignidad de las personas, induzcan a poner en juego sus capacidades y regulen la tecnología médica e infraestructura de los servicios, con ética y humanismo.

La atención a la salud en nuestro país ha transitado desde la medicina herbolaria de la época precolombina, a las actividades de caridad y beneficencia desarrolladas por la sociedad durante la Colonia y, posteriormente, en el México independiente y revolucionario, con la creación de las instituciones de asistencia y, después, las de la seguridad social.

El Sistema de Salud mexicano tiene sus antecedentes más remotos en la Constitución de 1917, que fortalece y otorga autonomía al Consejo de Salubridad General y crea el Departamento de Salubridad. En 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) hoy Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a los cuales, en 1959 se sumó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); posteriormente se consolidaron los servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos, observándose asimismo el crecimiento de los servicios médicos privados. Cabe mencionar que con la creación del Hospital Infantil de

\* Vicepresidenta de la Mesa Directiva de la H. Cámara de Diputados, LVII Legislatura.

México, a partir de 1943, se inicia la creación de unidades de atención especializadas que, por su nivel de excelencia, se han convertido en Institutos Nacionales de Salud.

En 1983 se ve culminada la aspiración de los mexicanos de elevar a rango constitucional la garantía social del derecho a la protección de la salud, y en 1984 se promulga la Ley General de Salud, que integró y reordenó las disposiciones contenidas en el código sanitario de 1973 y en sesenta reglamentos. Para dar cumplimiento a la garantía social del derecho a la protección de la salud, se constituyó el Sistema Nacional de Salud.

Con el propósito de mantener su actualización, la Ley General de Salud ha sido objeto de diversas reformas:

Destacan las relativas a la disposición de sangre segura (reforma del 27 de mayo de 1987), que prohíbe la remuneración en la donación de sangre, con el fin de abatir la proliferación del VIH-SIDA, y se agrega esta enfermedad como sujeto a vigilancia epidemiológica; la modernización de la regulación sanitaria (reforma del 14 de junio de 1991), mediante la cual se adoptó un modelo de regulación y control de bienes y servicios de post-comercialización, que reemplazó al de trámites administrativos aplicado hasta antes de la reforma, con lo que, además de proteger la salud de la población, se cuenta con procedimientos ágiles que no representan obstáculos al intercambio comercial. Esta reforma también trajo consigo una importante simplificación de trámites, mediante la exención de los mismos a diversas actividades consideradas de bajo riesgo a la salud. Destaca también el establecimiento de diversas acciones encaminadas a prohibir el consumo de tabaco en las unidades hospitalarias y clínicas del Sistema Nacional de Salud. En abril de 1999, esta última disposición se amplió a edificios públicos de jurisdicción federal o en donde se proporcionen servicios públicos de carácter federal (modificación del artículo 188).

De la reforma del 7 de mayo de 1997 sobresale el control sanitario para la utilización de células con fines médicos, conforme los nuevos conocimientos científicos mundiales en la materia; las disposiciones que abren en México el mercado de medicamentos genéricos con el fin de que la población disponga de medicamentos de calidad a bajo costo; por otro lado continuó la desregulación sanitaria y simplificación de trámites de actividades y establecimientos de bajo riesgo a la salud.

En abril de 2000, la Ley General de Salud fue adicionada con una reforma que sentó las bases para la donación y trasplante de órganos, con el objeto de atender los problemas de salud de aquellas personas que enfren-

tan disfunciones irreversibles de sus órganos y tejidos, cuya única solución es el trasplante; destacan una nueva cultura de donación, que introduce la figura de “consentimiento tácito”, nuevos avances tecnológicos respecto a la pérdida de vida, reforzamiento del control de donación de órganos y tejidos y el fortalecimiento de la infraestructura en esta materia a través del Centro Nacional de Trasplantes; lo anterior es de gran importancia considerando que actualmente existen mil quinientos decesos al año por falta de trasplante de algún órgano vital.

En este mismo año, se aprobó otra iniciativa que adiciona los artículos 199-Bis y 464-Bis de la Ley, con el fin de regular la donación altruista de alimentos, para permitir el adecuado aprovechamiento de las más de 17,000 toneladas de alimento que a diario se desperdician en nuestro país y hacerlos llegar de manera organizada y permanente a comunidades y grupos marginados, principalmente por conducto de organizaciones sociales sin fines de lucro, dedicadas a la recepción, acopio, manejo y distribución de estos productos, fortaleciendo el apoyo de alimentación, nutrición y lucha en contra del hambre, haciendo copartícipes en esta tarea a los sectores social y privado.

Destaca por su importancia la emisión de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, aprobada en abril pasado, que tiene por finalidad la actualización del marco regulatorio vigente de los Institutos Nacionales de Salud y de Hospitales que funcionan con ese carácter, englobando sus objetivos, funciones y características de dirección en un solo instrumento, abrogando en congruencia las leyes y decretos que les daban sostén legal.

Es importante mencionar la expedición, en diciembre de 1997, de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, en la que se incluyen químicos esenciales y máquinas para elaborar cápsulas o tabletas, que tiene como propósito evitar desviaciones de estos productos para usos ilícitos.

Con el objeto de regular a las administradoras de servicios de salud, en diciembre de 1999 se realizaron reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en donde se tipifica a éstas como instituciones de seguros especializadas en salud, cuyo control no sólo está sujeto a la normatividad de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sino también al control de la Secretaría de Salud, lo que permitirá garantizar la calidad de los servicios.

Para regular las materias que contempla la Ley General de Salud, existen ocho reglamentos:

1. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional, *Diario Oficial de la Federación* del 18 de febrero 1985. F.E. *Diario Oficial de la Federación* del 10 de julio de 1985.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, de 1985, reformado en 1987 y en etapa de actualización, de acuerdo con la última modificación de la Ley.
3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *Diario Oficial de la Federación* del 14 de mayo de 1986.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad de 1986, con dos reformas; la más reciente aplica mayores restricciones a la publicidad del tabaco.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, *Diario Oficial de la Federación* del 6 de enero de 1987.
6. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario, Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, *Diario Oficial de la Federación* del 18 de enero de 1988. Este Reglamento abarca tres ámbitos: bienes y servicios, insumos para la salud y salud ambiental, que se consideró necesario separar, por lo que a la fecha se han publicado los de Insumos para la Salud, *Diario Oficial de la Federación* del 4 de febrero de 1998, y el de Control Sanitario de Productos y Servicios, *Diario Oficial de la Federación* del 9 de agosto de 1999.

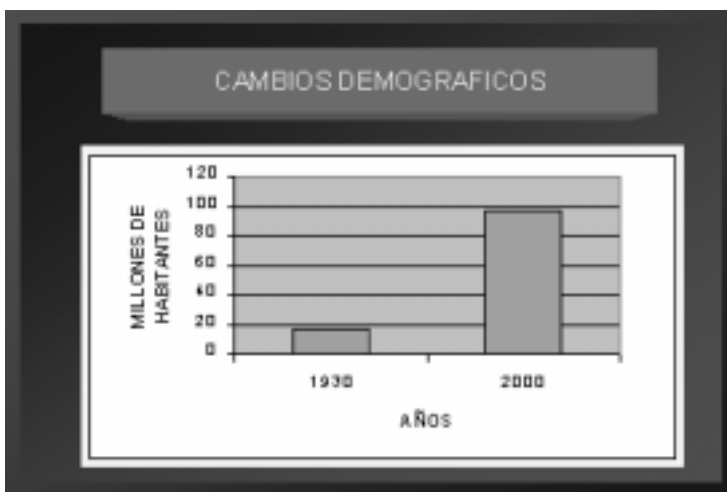
Con el objeto de aplicar procedimientos uniformes y de reconocida validez, hasta antes de la publicación de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización (1o. de julio de 1992), se disponía de 361 normas técnicas, las cuales, con la participación de los sectores público, social y privado han ido siendo reemplazadas por Normas Oficiales Mexicanas (NOM). En la actualidad se cuenta con 119 NOMs, correspondiendo 18 a la prestación de servicios de salud, 34 a insumos para la salud, 41 a bienes para uso o consumo humano, 25 a salud ambiental y una a enseñanza.

## I. SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Es un hecho irrefutable que la salud es uno de nuestros valores fundamentales y que favorecer su preservación, mantenimiento y restauración es una responsabilidad de gobierno.

Los logros en salud se han alcanzado mediante las acciones desarrolladas por las instituciones del sector, y también por los avances en el desarrollo general del país y los de tipo tecnológico y científico de las últimas décadas, traducidos en una mejoría de las condiciones de vida de la población, expresados en los niveles de educación, las condiciones de vivienda y el acceso a los servicios de urbanización y de salud.

Asimismo, en nuestro país han ocurrido importantes cambios demográficos: entre 1930 y 2000, la población casi se sextuplicó, al pasar de 16.5 millones de habitantes a 97.3 millones (Gráfica 1).



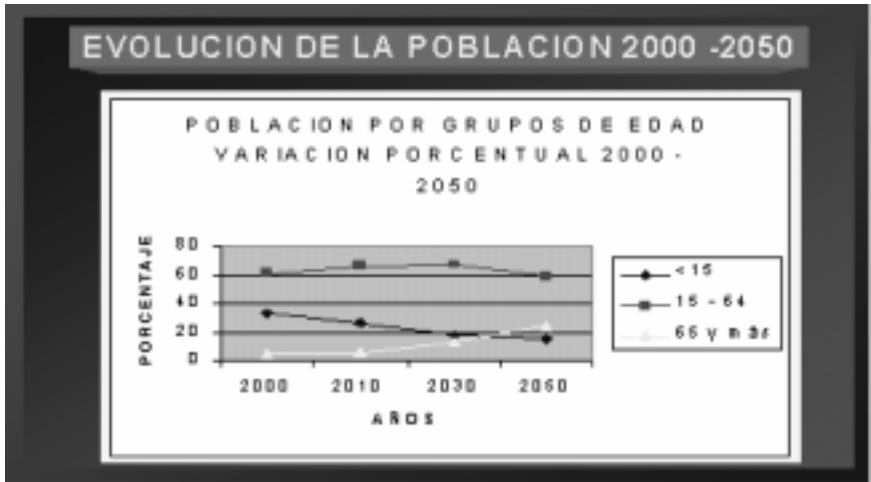
Gráfica 1

Durante la tercera década del siglo, los menores de quince años representaban 39% de la población; los de 15-64, 58% y los mayores de 65 años, 2.9%. Para el 2000, los menores de 15 años constituyen 33.8%, los de 15-64 años, 61.5% y los de más de 65 años, 4.7%.

Al comparar las estructuras de población de 1930 y 2000, se observa una transición demográfica con una tendencia hacia el envejecimiento, situación que se prevé continuará en los próximos años. Se espera que de

uno de cada veinte mexicanos mayores de 65 años en la actualidad, aumentará a uno de cada cuatro en el 2050.

Esta situación cambiará drásticamente en los próximos años: los menores de 15 años representarán descensos proporcionales a 26.7% en el 2010, 18.7% en el 2030 y 15% en el 2050; en tanto que los mayores de 65 años ascenderán proporcionalmente a 6.2%, 13.2% y 25%, respectivamente (Gráfica 2).



Gráfica 2

Actualmente la población económicamente activa es de 43.8 millones de personas y se prevé que ascenderá a 49.5 millones en 2005, a 54.6 en 2010 y a 64 millones en 2020.

En la próxima década será necesario crear más de un millón doscientos mil empleos al año, y el número de empleos adicionales que se requerirán para satisfacer la demanda entre el 2010 y el 2030 se encuentra en un rango de entre 10.8 y 16.4 millones.

El cambio demográfico se ha producido con tal velocidad, que hoy debemos atender los efectos del elevado crecimiento poblacional del pasado y, además, preparar las respuestas institucionales y sociales al envejecimiento demográfico; en particular, la demanda de servicios de salud y seguridad social.

La distribución de la población ha sufrido, en los últimos años, un proceso de inversión: en los años treinta, la mayoría de la población vivía en

zonas rurales y, para el 2000, se ha reducido a 25.3%, es decir, sólo 24.6 millones de habitantes, que viven en más de 200 mil localidades dispersas, la mayoría de menos de 500 habitantes.

Si bien la población ha aumentado en números absolutos, los programas de planificación familiar y salud reproductiva realizados por las instituciones de salud desde 1974, han propiciado que la tasa de crecimiento haya disminuido en 56% a partir de la década de los setenta, pasando de 3.4% a 1.74% en 2000 (Gráfica 3).



Gráfica 3

Asimismo, la tasa global de fecundidad, que fue de 6.5 hijos por mujer en 1930, disminuyó a 2.4 hijos por mujer en 2000 (Gráfica 4).



Gráfica 4

En estos últimos años, los mexicanos no sólo mueren, se enferman y crecen a un ritmo menos acelerado, sino que también viven significativamente más años, como resultado, entre otros factores, de las actividades desarrolladas por las instituciones de salud, lo que ha permitido:

- Que la esperanza de vida se haya incrementado notablemente; en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 38, actualmente el rango es de 75 años, 77.3 para mujeres y 72.8 para hombres (Gráfica 5).



Gráfica 5

- Que la mortalidad general, que en 1940 era de 23 defunciones por cada mil habitantes, en 1999 haya sido de 4.
- Que la reducción del número de muertes maternas en los últimos sesenta años haya sido de 92%, al pasar de 56.5 a 4.6 por cada 10 mil nacidos vivos registrados.





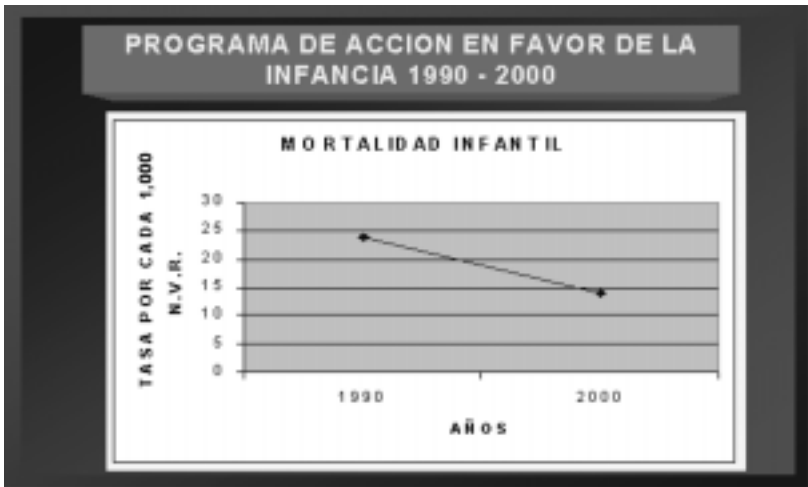
Cuadro 1

Por otra parte, la erradicación de la viruela y la poliomielitis y el control del sarampión, la tosferina y el tétanos, han sido posibles gracias a los históricos esfuerzos realizados en los programas de vacunación. Con el esquema básico, que incluye la vacuna DPT, antipoliomielítica, antisarampión y BCG, se ha cubierto al 98.3% de los niños en edad preescolar y al 95.5% de los menores de un año.

Recientemente el esquema de vacunación universal se ha enriquecido, con la incorporación del toxoide tetánico-diftérico tipo adulto y de la vacuna triple viral, que protege contra la parotiditis, la rubéola y el sarampión.

De acuerdo con la Evaluación 1990-2000 del Programa de Acción en Favor de la Infancia:

- La probabilidad de muerte en los niños menores de un año disminuyó de 23.9 a 14 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados.
- La tasa de mortalidad asociada a enfermedades diarreicas se redujo de 122.7 a 22.1, por cada 100,000 menores de 5 años.
- En el grupo de edad antes mencionado, la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias se redujo de 112.9 a 44.7 (Gráficas 6 y 7).



Gráfica 6



Gráfica 7

El diseño y operación de los programas para la prevención y control de estas enfermedades, y el uso del suero de hidratación oral, contribuyeron en forma determinante en la obtención de estos resultados.

Las causas de mortalidad en México han sufrido cambios muy importantes. En 1940 predominaban los padecimientos infecto-contagiosos, y en los años setenta comienza a hacerse más evidente la modificación de

la estructura de la mortalidad, con la incorporación de las enfermedades de tipo crónico-degenerativo y tumores. En 1986, las enfermedades gastrointestinales se encontraban en cuarto lugar y, desde 1990, ya no aparecen entre las cinco primeras. En 1998, las cinco primeras causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y los accidentes; estos últimos ocuparon el cuarto lugar.

Paralelamente a estos cambios epidemiológicos, han aparecido nuevas enfermedades como el VIH/SIDA, se han recrudecido otras que se consideraban controladas (como la tuberculosis) y han aumentado los accidentes, la drogadicción y la violencia, lo que paulatinamente ha contribuido a la conformación del panorama actual de salud-enfermedad de nuestro país.

Disponemos de la infraestructura pública en salud más importante de América Latina, la que en los últimos 35 años ha crecido 20 veces, ya que en 1965 el Sector tenía 870 unidades y para 1999 registró 17,634, con 73,786 camas censables, una por cada 1,317 habitantes; 47,368 consultorios; 2,532 quirófanos y 1,721 laboratorios clínicos.

En relación con los recursos humanos, el total de médicos y enfermeras para 1999, se estimó en 128,128 y 176,459 respectivamente.

En 1995, el Estado mexicano reconoció la necesidad de realizar un cambio en su estructura organizacional y funcional, a efecto de incorporar la modernidad administrativa y técnica, lo que permitiría responder con eficiencia a las nuevas necesidades reales de la población, y cumplir así con el compromiso prioritario de otorgar servicios de salud de buena calidad, a través de una gestión y ejercicio descentralizado de los recursos, y contribuir de esta manera al desarrollo social estatal y regional.

Así, la reforma del Sector Salud puso en marcha las estrategias básicas que incluyeron la descentralización de los servicios de salud para población abierta; la extensión de cobertura de servicios de salud; la reforma del modelo de atención; el fomento a la participación municipal y comunitaria, y la mejoría de la calidad de la atención.

En la Secretaría de Salud, la reforma partió de la creación del Consejo Nacional de Salud, como una instancia de coordinación y de aplicación de las políticas de ésta, integrado por los titulares de los servicios estatales de la misma.

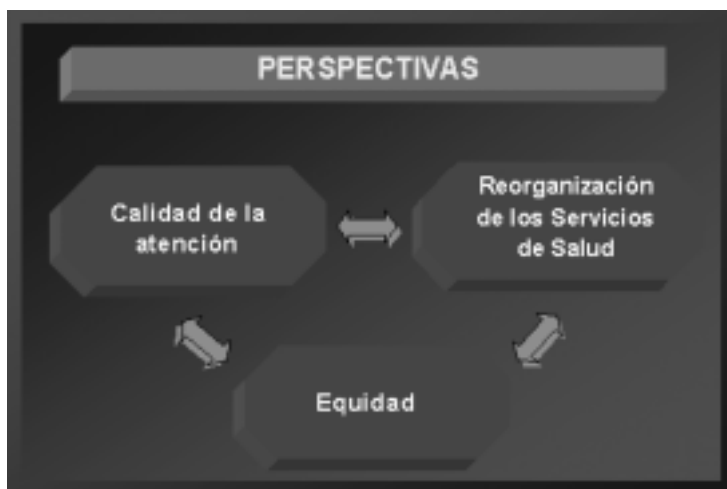
Los logros más relevantes de la reforma, se pueden resumir de la siguiente manera:

- El proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta se suscribió en la totalidad de las entidades de la República Mexicana y ha permitido avanzar en la distribución más equitativa de los recursos, promoviendo un desarrollo regional más sustentable, lo que indudablemente ha coadyuvado a una convivencia social más democrática.
- De 10 millones de mexicanos que en 1995 no tenían posibilidad de acceso a servicios de salud, al finalizar el año 2000, sólo serán 500 mil. El instrumento para ampliar la cobertura fue el Paquete Básico de Servicios de Salud, que comprende trece acciones de alto impacto, efectivas y de bajo costo, diseñadas para hacer frente a las veinte principales causas de morbilidad y mortalidad de la población, priorizándose las acciones relativas a la promoción, prevención y educación para la salud.
- Se instrumentó el Programa de Municipios Saludables, donde las comunidades y las autoridades municipales participan cada vez más en la solución de problemas locales de salud. A la fecha participan en el Programa la mitad de los municipios del país.
- Se desarrollaron programas de estímulos económicos para el personal que labora en áreas de difícil acceso, así como a enfermeras que se destacan por su desempeño.
- En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano que tiene como propósito primordial coadyuvar a garantizar el derecho a la protección de la salud y contribuir a mejorar la calidad de la atención médica.
- La desconcentración administrativa de procesos y facultades se fortaleció en las instituciones que otorgan servicios de salud a la población asegurada.
- La reforma del IMSS planteó la modernización de sus procesos administrativos e infraestructura a través de concertaciones y convenios con organismos internacionales, obteniendo un paquete financiero que les permitiera disponer de recursos para la salud suficientes en el nuevo siglo.
- El ISSSTE, en su programa de reforma, avanzó en su reordenamiento interno, con esquemas innovadores de microrregionalización, con incorporación de tecnología de punta y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

En 1991, como resultado de las experiencias de los últimos años y en vista de la apertura comercial del país, el incremento de la competencia nacional e internacional y la necesidad de adecuar los sistemas regulatorios a la nueva realidad de México, más compleja y que requiere más libertad y a la vez mayor responsabilidad, se desarrolló un esquema que modernizaría la regulación sanitaria, donde la protección de la salud constituye el eje fundamental, lo que requirió importantes modificaciones a Ley General de Salud y sus reglamentos, comentadas anteriormente, lo que ha derivado en una mayor simplificación de las acciones de regulación.

## II. PERSPECTIVAS

Con el fin de cumplir con el cometido que le dio origen al sistema de salud, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, no obstante los avances reseñados, en los próximos años se debe trabajar para resolver problemas de gran trascendencia a fin de lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios con calidad, revisar la organización de los servicios para dar respuesta a la transición epidemiológica y poblacional, y proporcionar la atención con equidad a grupos vulnerables y marginados (Cuadro 2).



Cuadro 2

### III. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Considerando el primer punto, la calidad de los servicios de salud es aún heterogénea y no satisface plenamente ni a usuarios ni a prestadores de servicios. Este aspecto es sumamente amplio y comprende desde el insuficiente abasto de medicamentos e insumos para la salud e involucra de manera especial al personal de salud que en años recientes ha tenido una mayor demanda de servicios, con una creciente insatisfacción por no disponer de facilidades reales para mejorar su nivel profesional, por no contar con el material y equipo para realizar sus funciones y por considerar insuficiente su remuneración.

La insatisfacción por los servicios que manifiesta una sociedad cada vez más informada y que demanda que se resuelvan sus problemas de salud es el mejor termómetro para la calidad de la atención, por lo que los servicios de salud requieren perfeccionarse para resolver, con enfoque de calidad y eficiencia, las demandas de la población.

Ello implica garantizar que los procedimientos médicos cumplan con los mejores estándares de eficacia y seguridad, que se proporcionen en unidades médicas acreditadas, con médicos especialistas certificados, personal de salud bien remunerado y con posibilidades reales de mejorar su formación profesional.

Para ello se requiere:

- Desarrollar, actualizar y aplicar la regulación para las instituciones de salud de modo que se garantice a los usuarios la solución oportuna y de calidad a sus padecimientos.
- Actualizar el reglamento de la Ley General de Salud en materia de servicios de atención médica, adecuándolo a los cambios epidemiológicos y tecnológicos, sobre todo considerando que su publicación data de hace 14 años.
- Realizar la acreditación de calidad para las instituciones hospitalarias en forma obligatoria, extendiendo su aplicación a las unidades del primer nivel de atención.
- Fortalecer la enseñanza, la capacitación y el desarrollo continuo del personal de salud, y promover la certificación de los médicos especialistas.
- Establecer un programa nacional que regule la formación de profesionales bajo un enfoque de calidad y de acuerdo con el mercado laboral orientado por la demanda, vinculando a las institucio-

- nes de educación superior con las de salud, considerando además las particularidades regionales y locales.
- Instrumentar el servicio civil de carrera para los profesionales de la salud.
  - Diseñar nuevas formas de remuneración que brinden incentivos a las buenas prácticas.
  - Establecer un Programa Nacional de Investigación en Salud, que dé prioridad a la solución de los grandes problemas en esta materia.
  - Actualizar el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en 1987.
  - Promover la creación de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en las entidades federativas que aún no cuentan con ellas y darles un carácter más resolutivo a sus atribuciones, conforme a la experiencia de la Comisión Nacional.
  - Garantizar el abasto oportuno y suficiente de medicamentos y material de curación.
  - Impulsar el mercado de medicamentos genéricos, estableciendo prioridades para la elaboración de aquéllos que se utilizan con mayor frecuencia y garantizar su disponibilidad, ya que por su bajo costo benefician a la población de escasos recursos.
  - Ampliar y modernizar los sistemas de vigilancia sanitaria de los bienes y servicios nacionales e importados, promoviendo la participación social en la notificación de riesgo.
  - Establecer procedimientos ágiles y efectivos de respaldo a las exportaciones mexicanas.

#### IV. REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En relación con la reorganización de los servicios de salud, el perfil epidemiológico y demográfico de nuestro país se ha modificado sustancialmente en los últimos cincuenta años, periodo en el que la infraestructura de los servicios y el modelo aplicado respondían a otras necesidades de salud, por lo que es necesario reorganizar los servicios a fin de que den respuesta homogénea a la nueva demanda de atención, caracterizada por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, lesiones por accidentes y violencia, neoplasias; el aumento de las personas con discapacidad, con algún tipo de adicción, así como de los padecimientos propios de los adultos mayores.

La población abierta, que es la que no tiene acceso a la seguridad social, no cuenta con una institución definida ni con un agente identificado que se haga responsable de gestionar su salud; por lo que se dificulta el seguimiento de acciones y la posibilidad de generar una atención integral, anticipatoria al daño, oportuna y de calidad.

El traslape en la demanda de los servicios de salud, manifestado por dobles y triples coberturas en el caso de las instituciones de seguridad social, se ha estimado en 11.5% para 1999, que equivalió a 4.9 millones de derechohabientes.

Como resultado de lo anterior, se presenta un esquema ineficiente, caracterizado por doble contabilidad de personas, coexistiendo, paradójicamente, con amplios sectores poblacionales no cubiertos.

Es previsible que el impacto que ha tenido la globalización comercial en los servicios de salud continuará creciendo en los próximos años. Los productos de uso y consumo humano, en especial los alimentos y los medicamentos, acusan un acelerado avance tecnológico y la variedad con que se producen, así como sus innovaciones, superan las previsiones legales de los países.

Para atender esta problemática, se requiere:

- Fortalecer el papel normativo y regulador de la Secretaría de Salud, elaborar las normas, reglamentos y procedimientos dirigidos a las instituciones del sistema, que enmarquen funciones aún no previstas, o débilmente referidas.
- Actualizar y, en su caso, elaborar los instrumentos jurídicos que den respuesta a los cambios que se están produciendo en materia de salud reproductiva, medicamentos, transgénicos, inocuidad de alimentos, efectos del ambiente en la salud, robótica y biomecánica, entre otros.
- Definir el ámbito de responsabilidad de cada institución en el nivel geográfico y poblacional, a fin de eliminar traslapes y proporcionar una atención integral.
- Apoyar la consolidación de los servicios estatales de salud hasta las instancias de gobierno local.
- Remodelar la planta física, el equipamiento y la reestructuración de plantillas de personal y profesiogramas.
- Garantizar la disponibilidad de los insumos básicos para la operación de las unidades de atención: medicamentos, material de curación, equipo e instrumental médico.



- Generar guías diagnóstico-terapéuticas asociadas a las intervenciones más frecuentes.
- Preparar a los mandos medios y superiores en aspectos gerenciales.
- Formación masiva y sistemática de cuadros directivos.
- Revisar el modelo de atención para que dé una respuesta eficaz y eficiente a las nuevas demandas de salud, con énfasis en el autocuidado de la salud, la promoción, la educación para la salud y la prevención.
- Reforzar las acciones de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas y tumores, como diabetes, hipertensión arterial, los cánceres de mama, cérvico-uterino y de próstata, entre otros.
- Considerando que en nuestro país existen 6.8 millones de personas mayores de 60 años, establecer programas para prevención de enfermedades propias de esa edad como la ocurrencia de cerca de 30 mil casos de neumonía y alrededor de 8 mil defunciones por esa causa, a través de programas de vacunación en adultos contra el virus de la influenza y vacuna antineumocócica entre otros.
- Favorecer el desarrollo del programa de prevención y control de adicciones enfocado a la reducción de la demanda, así como la atención adecuada y oportuna de los adictos, promoviendo la amplia participación de la sociedad y en particular de los jóvenes.
- Buscar los esquemas de financiamiento adecuados que permitan asegurar y cubrir las necesidades de los enfermos de SIDA, considerando que anualmente se añade un número de cuatro mil nuevos casos.
- Prever la posibilidad de una mayor participación de la medicina privada, sobre todo en las áreas donde no se cuente con servicios de salud institucionales.
- Orientar a las instituciones de seguros especializadas en salud a una atención preventiva y no sólo curativa, reforzando así el sistema integrado de salud.
- Fomentar la participación de la población en el cuidado de su salud, modificar sus estilos de vida e incorporar en los programas educativos de todos los niveles los contenidos de educación para la salud.

- Avanzar en la homologación internacional de la regulación sanitaria.
- Promover el desarrollo de nuevos esquemas de financiamiento de los servicios de salud, a fin de homologar el gasto *per capita* en salud, independientemente de la institución que proporcione la atención.
- Crear de un sistema de cuentas nacionales en salud.

## V. EQUIDAD

Todavía existen grupos de población que generalmente radican en localidades con niveles de marginación muy altos, en donde se presenta un marcado índice de analfabetismo, desnutrición, viviendas sin servicios básicos, con indicadores de hacinamiento muy elevado, con jornadas laborales mal remuneradas y sin acceso a servicios integrales de salud, lo que da como resultado que este grupo poblacional esté expuesto a un alto riesgo de enfermar y morir prematuramente.

Por otro lado, es posible identificar otros grupos de población que por su edad, condición social o estado de salud, resultan vulnerables y, como la población marginada, carecen de servicios de salud y su riesgo de enfermar o de morir es también prematuro. Este grupo incluye a los niños de la calle, a los niños trabajadores, a los hijos de jornaleros agrícolas y a los que son objeto de maltrato y abusos. También forman parte de este grupo las mujeres que son objeto de violencia, las personas con discapacidad, los adultos mayores y algunos grupos indígenas.

La inequidad de los servicios es evidente cuando analizamos el financiamiento que reciben las instituciones que proporcionan servicios de salud. En 1996, el gasto en salud en México representó 4.4% del Producto Interno Bruto, correspondiendo 43% a la seguridad social y 13% a la población abierta.

La asignación *per capita* para quienes se atienden en los servicios para población abierta, frente a los de la seguridad social, es sensiblemente menor, como se demuestra en un estudio de FUNSAUD que analiza el gasto per cápita entre 1992 y 1995, correspondiendo a la Secretaría de Salud \$170.00 como máximo, frente a \$608.50 para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El impacto de una asignación presupuestal inequitativa tiene un efecto crucial sobre la capacidad resolutoria de las unidades de atención.

Para atender esta situación, es necesario:

- Que en las áreas rurales o donde aún no se proporcionan servicios integrales de salud, se incremente el contenido del paquete básico, en función de la patología existente, garantizando la atención del parto por personal profesional, así como la dotación de alimentos que mejoren el nivel nutricional de la madre y su hijo.
- Diseñar mecanismos para identificar nominalmente a los marginados y vulnerables, a efecto de garantizar su acceso a servicios integrales de salud y a la asistencia social.
- Actualizar el marco jurídico, conceptual y programático que sustenta la asistencia social.
- Enfatizar las acciones de los programas prioritarios, como el de vacunación y la integración de acciones de salud, con las de educación y nutrición, hasta alcanzar un equilibrio con el nivel de salud del resto del país.
- Mejorar la coordinación interinstitucional, para elevar la eficacia de los programas.
- Fortalecer la coordinación gubernamental con la sociedad civil, para garantizar el desempeño óptimo de los programas en la materia.
- Promover la participación comprometida y responsable de la comunidad en acciones de autocuidado de su salud y de su entorno familiar.
- Explorar nuevos esquemas de financiamiento solidario, donde participen los tres órdenes de gobierno y la sociedad, a fin de disponer de recursos destinados a programas de salud que garanticen atención completa y oportuna a estos grupos.
- Diseñar mecanismos para hacer más eficientes los recursos y mejorar la capacidad de respuesta del sector público para su utilización racional, como el control de los costos y la introducción de incentivos al desempeño.

La salud es un tema de gran importancia para la sociedad y debe ser prioritaria en las políticas sociales del gobierno.

México cuenta con la infraestructura suficiente y ha alcanzado las condiciones que le permiten lograr un sistema de salud que no sólo preserve lo alcanzado, sino que lo fortalezca y mejore permanentemente, garanti-

zando que la salud esté al alcance de todos, se mejore la calidad de los servicios, se dé atención prioritaria a los grupos marginados y vulnerables, se amplíe la infraestructura para la atención y se disponga del abasto suficiente y oportuno de insumos, en especial los medicamentos, y se mejoren las condiciones laborales y las remuneraciones de los trabajadores de la salud, para elevar su calidad de vida y su desempeño.

El sector salud se ha comprometido durante siete décadas con el bienestar de los mexicanos, materializándolo en recursos y servicios de salud que hoy son un orgullo para el país.

La salud es un componente insustituible para alcanzar el desarrollo pleno de las capacidades potenciales del hombre, de la familia y de la sociedad, y debe continuar como una prioridad dentro del gobierno, con la convicción de que el gasto en salud, junto con la educación, es la mejor y más redituable inversión social.