

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Iztapalapa

División de Ciencias Sociales y Humanidades

104837

Departamento de Economía

Area de Administración



Casa abierta al tiempo

Estrategia Corporativa

**"Estudio de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud
1974-1994"**

Tesina

Que para obtener el título de:

Licenciatura en Administración Pública

Presenta:

Ady del Carmen Castillo Mendez

88237507

verano, 1991

A mi hija: Laura Katia

Te ofrezco cada día lo mejor de mis esfuerzos y mi mayor anhelo es el amor que te profeso, florezca en tu conciencia y sobreviva a la belleza que te ha sido dada.

104837

Al Doctor Norberto Treviño García Manzo

A cuya generosidad como hombre, y lucidez como educador,
debo el logro fundamental de mi carrera como
Administradora Pública.

Mi gratitud hacia Usted es perenne.

**Al Doctor y Maestro en Administración Pública: Javier
Rosado Muñoz**

En aquel amor inmenso que de los dos procedía, palabras de gran regalo, apoyo y constante aliento han sido mi principal compañía al pretender alcanzar esta meta, que hoy es una bellísima realidad.

A mi Asesor: Doctor en Sociología y Especialista en Estudios Latinoamericanos, Guillermo Garduño Valero.

De quien he admirado su sabiduría y auténtica calidad humana, entregado a su tarea de educador y guía.

¿Si hay algo que sea digno de alabanza, no es por ventura el conocimiento?

Mi estimación y reconocimiento por su dedicada labor.

NO ANDA SEGURO POR EL
CAMINO EL HOMBRE QUE
NO RECOGIO EL FRUTO DE
LA VERDAD. SI PUDO CO-
SECHARLO DEL ARBOL DE
LA CIENCIA, SABE QUE
LOS DIAS PASADOS Y LOS
DIAS POR VENIR EN NADA
SE DISTINGUEN DEL ALU-
CINANTE PRIMER DIA DE
LA CREACION.

OMAR KAYAM

I N D I C E

	Pág.	
INTRODUCCION	7	
CAPITULO I	Consideraciones Generales.	10
CAPITULO II	Los Programas del Sistema Nacional de Salud.	17
	2.1. Programa Nacional de Salud 1990-1994	
	2.2. Programa Nacional de Salud 1984-1988	
	2.3. Plan Nacional de Salud 1974-1976; 1977-1983	
CAPITULO III	Estrategias usadas en el Sistema Nacional de Salud del período 1974-1994	45
	3.1. Veinte años de estrategias.	
	3.2. Los problemas de ahora y las tendencias futuras.	
CONCLUSIONES		80
BIBLIOGRAFIA		83

I N T R O D U C C I O N

El presente ensayo es un estudio general de las estrategias que se han usado en el período 1974-1994 en el Sistema Nacional de Salud, para ello he seguido la siguiente secuencia:

- Explicar algunos conceptos centrales en torno al Sistema Nacional de Salud y del tema Estrategia y Corporación.
- Mencionar a los programas formales que se han elaborado durante el período señalado, a través de una breve mirada a sus contenidos, que nos permitieron observar su evolución y desentrañar algunas de sus posibles tendencias.
- También se recopilaron un conjunto de datos del escenario nacional de salud a lo largo de estos 20 años; como son niveles de población y tendencias demográficas, mortalidad, esperanza de vida, cobertura y gasto en salud.
- En un esfuerzo de síntesis se elaboró también un cuadro condensado de los elementos más relevantes extraído del discurso político, siempre presente en la Administración Pública.
- La última parte ha sido dedicada a una visión personal de los problemas que afronta el Sistema Nacional de Salud en nuestros días, sin la pretensión de ser exhaustiva y finalizar con las posibles tendencias a las que apunta en un futuro no muy lejano.

Algo que puede resultar interesante en el desarrollo de este trabajo es que ha pretendido establecer una analogía entre lo que suele suceder en los campos de batalla, en cuanto a estrategias y tácticas con las que se combate al enemigo y lo que ha hecho el Sector Salud para "pelear" contra los daños

a la salud, vistos todos ellos como sus enemigos irreconciliables y a quienes se debe combatir infatigablemente.

Cabe comentar que resultó muy complejo emplear los instrumentos militares y ubicarlos dentro de una corporación que lucha a favor de la vida.

En contraste con la gran máquina de la guerra, cuyos objetivos convocan irremediabilmente al dolor, al temor, la destrucción y la muerte.

Qué maravillosa paradoja que el arte de la guerra nos provea de las ideas, de las formas, de las experiencias obtenidas durante miles de años en los combates, para que nosotros las apliquemos modificadas para combatir y en el combate disipar el dolor y la enfermedad, que ancestralmente acompañan y envuelven al hombre.

O B J E T I V O

IDENTIFICAR LAS ESTRATEGIAS QUE HAN GUIADO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
EN EL PERIODO 1974 - 1994; A TRAVES DEL ESTUDIO DE SUS PROGRAMAS FORMA-
LES.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Descifrar el porqué en una época y período determinado las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud orientan sus acciones de diversas maneras, es uno de los objetivos que contiene el presente Estudio.

Para ello es conveniente tener presentes algunos conceptos centrales que reiterativamente emplearemos y que por medio de los cuales se intentarán develar dichos porqués y hacer el intento de esclarecer las estrategias empleadas.

El cuestionamiento inicial será: ¿Porqué enfocar este trabajo desde el punto de vista estratégico?

Me parece que, por medio del conocimiento de la manera en que está diseñada la operación del Sistema Nacional de Salud, se podrá comprender - realmente algunas de las pretensiones y alcances probables.

La Estrategia -del griego, "El arte del general"-, en sí misma contiene aspectos culturales, manifestados en valores e ideología política, reflejados en un proyecto común; es decir, implican una concepción del mando. Ella da el enfoque que lleva hacia la dirección probable para la realización del objetivo. (1)

Clausewitz dijo de ella, que era "el arte de servirse de las batallas - como medios para alcanzar los fines de la guerra" (2)

Por gran estrategia, se entiende la encaminada a hacer realidad los objetivos. "Es el arte de dirigir a los ejércitos de conformidad con los fines políticos, a los que se busca dar satisfacción por medio de la guerra". (3)

El objetivo puede ser conocido, pero la MANERA de lograrlo constituye la esencia misma de la estrategia.

Forma parte de su estructura también, el plano simbólico y el ámbito lúdico. El primero traducido en mitos que efectúan sutilmente la tarea de impulsar a la acción y por sobre todo seducen a las personas logrando su participación. El juego entendido como un conjunto de elementos que mues

tran distintas disposiciones y combinaciones factibles, es otro rostro de la estrategia.

Ella actúa en una organización y cuanto más compleja es, la estrategia parece disolverse; pero también actúa hacia el exterior. En el interior puede ser deducida por los programas que se llevan a cabo y en su exterior, por el impacto que ejerce en la realización de sus fines. Es por ésto que preliminarmente estudiaremos los programas formales que tiene el Sistema Nacional de Salud.

Otro elemento de análisis, es el Sistema Nacional de Salud, se pretende verlo como una corporación.

Corporación -del latín corporativo, del cuerpo-, nos indica un conjunto de órganos o partes que efectúan una función específica, pero simultáneamente contribuyen a una FUNCIONALIDAD GLOBAL. Se caracteriza por elementos diferenciados hacia el interior, pero vistos hacia el exterior - como una UNIDAD. (4)

El Sistema Nacional de Salud, realiza una importante función por todos nosotros conocida: La protección a la Salud de la sociedad mexicana. - (Artículo 4, Constitucional). (5)

Sin embargo, la salud, más allá de los esfuerzos nacionales para alcanzarla y vista desde una perspectiva individual, es necesario situarla como un conjunto de condiciones que confluyen en la vida de las personas y en la vida nacional; y que contribuyen de manera importante para hacer posible que ésta exista. Ejemplos de ésto, es: alimentación satisfactoria en calidad y cantidad; vivienda y habitat propicio e higiénico; agua potable y disponible; servicios públicos como: drenaje, alcantarillado, limpieza pública; cultura y educación, nivel de ingreso y gasto en los hogares; herencia, etc.

Estos elementos pueden traducirse en un nivel de vida y por tanto, en un nivel de salud.

Ellos trascienden a la infraestructura de los servicios de salud, propiamente establecidos; así como a los distintos medios de atención médica, - asistencia social, seguridad social y salud pública vigentes hoy día.

El reto del Sistema Nacional de Salud, es por tanto: penetrar la vida individual y colectiva; para favorecer el ascenso del nivel de vida (calidad de vida), probablemente por vías como la inversión dirigida, la sensibilización para el autocuidado de la vida, el uso adecuado de las instituciones de la Administración Pública Federal y del sector privado; así como la corresponsabilización de los entes sociales (o sociedad), en una transformación sustantiva de los escenarios comunes.

Creo que nuestra población no tiene el bienestar integral que anhela, esto es consecuencia de la realidad nacional, más que por los permanentes - esfuerzos del Sistema Nacional de Salud por alcanzarla.

". . . el poder adquisitivo del salario mínimo de 1986, era el mismo que en 1940." (6)

"En 1986 el gasto público en salud fue el más bajo de los últimos veinte años. 35 millones de mexicanos permanecían en ese momento, fuera del sistema de salud del país, ya fuese público o privado. El número de personas atendidas por las instituciones públicas de seguridad social aumentó proporcionalmente entre 1982 y 1985, pero el número total de habitantes sin protección también creció (de 37.2 millones en 1982 a 41.1 millones en - 1985)". (7)

La Salud, sin embargo: histórica y míticamente, ha sido vista como una ta rea de médicos; por lo tanto, sólo "ellos" son capaces de lograrla, esto se explica porque tradicionalmente los Altos Mandos del Sistema Nacional de Salud, son médicos de profesión, su permanencia legítima esta visión. Los recursos humanos que coexisten en dicho Sistema, solo ascienden a ese nivel de mando bajo una lógica que señalaba Pareto, en una relación hasta de 80-20.

Aún hoy me parece sorprendente que, teniendo la salud un enfoque de gran amplitud, no haya una contratación sustantiva de otros profesionales que no sean médicos para ocupar altos mandos o por lo menos, de sus principales asistentes: las enfermeras. Un binomio arraigado en la ideología de nuestra cultura y que además, me atrevería a decir que lleva implícito - el binomio de vida: Hombre-Mujer, donde la mujer permanece subordinándose subliminalmente en tareas de servicios y asistencia, bajamente remuneradas.

Retomando nuestro enfoque, acerca de "Estrategia Corporativa", señalaré: "Los principios de la estrategia permanecen inmutables a través de los - tiempos: Es el plan fundamental de operaciones formulado por la alta dirección, que lleva en sí mismo, un disfraz predeterminado, con la finalidad de obtener un efecto o secuencia de efectos deseados." (8)

Sabemos que el modelo médico que tuvo más arraigo en el ayer, fue el médico familiar, aquél que era capaz de atender a los niños, adultos y ancianos de un hogar; combinando el ejercicio de la medicina privada con - los gestos de altruismo y humanización, lo cual condicionó investidura - de sabio y santo.

La organización médica en mucho obedece a este modelo. Los grandes maestros de la medicina, clínicos destacados y atinados en sus diagnósticos, respetados por el mundo político y homenajeados y "premiados" con puestos públicos en instituciones médicas y asistenciales. Forjadores en su entorno de discípulos con un sistema jerárquico, basado en la obtención de conocimientos y habilidades. Esta es la estructura con la cual, a mi parecer, nacen las especialidades de la medicina; de médicos que hicieron un claustro su profesión y entregaban interminables jornadas plagadas de actos de heroísmo en una rama aplicativa de la medicina.

Con ello vemos dos elementos: *Misticismo* (emanado de las doctrinas religiosas y Jerarquía estrictas, visión militar), obtenidas a través del - saber y de la práctica de la medicina en sus dos modalidades: trabajo - institucional y medicina privada. En la actualidad se mantiene la práctica del médico de manera privilegiada: dándole oportunidades de combinar el ejercicio profesional privado (casi siempre lucrativo), y el de-

sarrollo institucional (bajamente remunerado), dentro del esquema Sabiduría-Altruismo.

Desde otro ángulo, el gasto en salud nunca ha sido el necesario para - atender las necesidades reales de la población y satisfacer, al mismo - tiempo, las demandas de los médicos, en cuanto a los recursos que ellos han privilegiado como necesarios: la medicina alopática, los auxiliares de diagnóstico y tratamiento y hoy muy en auge, las nuevas tecnologías. Sin embargo, este nivel de operatividad en el Sistema Nacional de Salud ha permitido reproducir el ejercicio de la medicina privada y su consecuente rentabilidad.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS AL CAPITULO I

1. GARDUÑO VALERO, GUILLERMO. Seminario de Administración Superior. - Estrategia. Universidad Autónoma Metropolitana. Ixtapalapa. México, 1991.
2. CLAUSEWITZ. Sobre la Guerra. Cap. I-IV Tema: Estrategia Tomo I
3. Gran Enciclopedia del Mundo Tomo 17, Martínez Luis Rodrigo. Editorial Marín. DURVAN. España 1975. Pág. 855 y ss.
4. GARDUÑO VALERO, GUILLERMO. Exposición Magistral. Tema: Corporaciones. Seminario de Investigación. UAM-Ixtapalapa. Junio 1991.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4o.
6. AGUILAR CAMIN, HECTOR. Después del Milagro. Ed. Cal y Arena. 4a. - Edición. México, 1990
7. IBID. Pág. 217
8. GRAN ENCICLOPEDIA DEL MUNDO. Op. cit.

CAPITULO II

LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- 2.1. Programa Nacional de Salud
1990-1994
- 2.2 Programa Nacional de Salud
1984-1988
- 2.3 Plan Nacional de Salud
1974-1976; 1977-1983

El Sistema Nacional de Salud que existe en nuestros días, es el resultado de un largo proceso de aplicación de la medicina, conforme a las necesidades de salud y las rutas de la Administración Pública Federal, que han moldeado y han sido definidas de manera formal.

En nuestra Constitución, Artículo Cuarto, se enmarca el derecho a la protección de la salud, mismo que se instrumenta en la Ley General de Salud.

Paralelamente, la Ley de Planeación exige un Plan Nacional de Desarrollo del cual emanan los Programas Sectoriales en cada período gubernamental.

La Planeación en materia de salud, parte formalmente del período echeverrista, fungía entonces como Secretario del ramo el Dr. Jorge Jiménez - Cantú, mismo que presentó el primer "Plan Nacional de Salud" el 21 de octubre de 1974, ante el Presidente de la República; con motivo de la celebración del Día del Médico. (9)

En tal documento se contemplan 20 programas para tres áreas:

Salud Pública

Asistencia

Seguridad Social (10)

Durante el gobierno del Presidente López Portillo, aparece el primer Plan Nacional de Desarrollo -los anteriores Planes se encontraban desarticulados-, en él se plantea por primera vez la globalización del escenario nacional. En el Sector Salud dos médicos llevaron el rumbo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia: el Dr. Emilio Martínez Manatoux (4 años) y el Dr. Mario Calles López Negrete (2 años). (11) Durante su gestión de este último; el 24 de agosto de 1981, es designado el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Coordinador General de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, quien elabora la obra "Hacia un Sistema Nacional de Salud" (1833-1983), la cual se da a conocer en 1983, fungiendo ya como Secretario de Salubridad y Asistencia su autor, en el Gobierno del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado. (12)

Por decreto, se aprueba el Programa Sectorial de mediano plazo el 7 de agosto de 1984; denominado: Programa Nacional de Salud 1984-1988, con 7 programas generales y 17 programas específicos. (13)

Es hasta 1990, que nuevamente es dado a conocer el segundo programa denominado: Programa Nacional de Salud 1990-1994, bajo la presidencia del Lic. Carlos Salinas de Gortari, y fungiendo como Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodríguez; Administración vigente en nuestros días. (14)

"Las estrategias generales que regirán las acciones del sector, son: mejorar la calidad del servicio, - atenuar las desigualdades sociales, modernizar el - sistema de salud y descentralizar y consolidar la - coordinación de los servicios de salud."

CARLOS SALINAS DE GORTARI

Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994

Cap. Mejoramiento Productivo del Nivel
de Vida. Pág. 104-107

Poder Ejecutivo Federal. Talleres Grá-
ficos de la Nación.

"En materia de salud el Plan define las líneas de acción que nos permitan elevar la calidad - de la atención primaria y la prevención, pero, sobre todo, responder a la demanda generaliza- da por mejor atención y mayor amabilidad en el trato, particularmente cuando se trata de quie- nes carecen de recursos. Los servicios van a - descentralizarse."

Carlos Salinas de Gortari
Presidente Constitucional.

2.1. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990-1994

El documento motivo de estudio, está formado por seis partes:

- PARTE I Diagnóstico de la Situación de la Salud en México;
- PARTE II Objetivo general: Políticas y Estrategias;
- PARTE III Programas de Acción;
- PARTE IV Programas de Apoyo;
- PARTE V Proyectos Estratégicos; y
- PARTE VI Vertientes de Instrumentación.

Dentro de la Introducción se señala que el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994), expone como línea de acción en materia de salud: "el mejoramiento productivo del nivel de vida" (15), que está orientado a lograr el bienestar de la nación, donde destacan los aspectos de salud y seguridad social, impartición de justicia, educación, cultura y arte, deporte y juventud, alimentación, abasto, vivienda y servicios urbanos.

"Ante el apremio económico actual, se impone utilizar de la mejor manera posible a los recursos disponibles y manejarlos con austeridad y - transparencia". (16)

De lo anterior se desprenden dos elementos: mejoramiento productivo del nivel de vida y recursos limitados como marcos donde operará el Sistema Nacional de Salud.

En una mesa redonda sobre el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990-1994, organizada por la Sociedad Mexicana de Demografía y la Universidad Autónoma Metropolitana, llevada a cabo el pasado 15 de mayo de 1991 en el Colegio de México, se señaló: "que a pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno Federal para proporcionar a la población servicios de salud satisfactorios, aún persisten rezagos que afectan a sectores - importantes de la población. Por eso el actual gobierno se ha pronunciado porque la salud no sea exclusivamente un medio útil por sí mismo, sino un fin a lograr en el desarrollo socio-económico del país. - (Participación del Dr. Gustavo Leal)" (17)

El Dr. Carlos E. Varela Rueda, Director de Hospitales del I.M.S.S., afirmó: "que la salud es un elemento imprescindible del desarrollo, por lo que no es posible hablar de salud sin considerar la dotación de agua potable, el saneamiento ambiental, la alimentación adecuada, la seguridad laboral y social, la educación y la vivienda, factores que rebasan las posibilidades y responsabilidades de las instituciones que integran el Sector Salud" (18), puso también de relieve: "la asociación estrecha que existe entre el bienestar económico y el estado de salud". (19)

Las estrategias centrales del Programa Nacional de Salud 1990-1994, son:

"3.1. COORDINACION FUNCIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Reforzar la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud, adecuando el marco jurídico a las condiciones actuales y estableciendo mecanismos de planeación coordinada, para hacer uso de los recursos y evitar duplicidades.

Consolidar el Sistema Nacional de Información sobre infraestructura, programas, productividad, control e impacto de los servicios de salud". (20)

"3.2. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.

Reforzar y extender los servicios locales de salud a todo el ámbito nacional, como una estrategia operacional para consolidar la atención primaria y favorecer la participación de la comunidad, con el fin de que estas estructuras sean más sensibles a las necesidades de la población.

Reconocer que el carácter prioritario del fortalecimiento local estriba en que la prestación oportuna y eficaz de los servicios de salud en el primer nivel de atención, es la acción decisiva para lograr la efectividad y eficiencia del sector, de su imagen y prestigio ante el público usuario y, también, que es la base para operar la referencia y contrareferencia de los pacientes y el sitio donde se pueden conseguir, tanto la colaboración comunitaria como la coordinación intersectorial." (21)

"3.3. DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Continuar con la política de descentralización de los servicios de salud y de la regulación, control y fomento sanitarios y consolidar los avances logrados.

Fortalecer los sistemas locales de salud, favoreciendo el aumento de la capacidad de gestión y de toma de decisiones.

Establecer los mecanismos que ayuden a superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal, el suministro de insumos básicos, la conservación y mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico". (22)

"3.4. MODERNIZACION Y SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVAS.

Realizar un ajuste dinámico del Sistema Nacional de Salud, que incluya - normas, políticas, sistemas, procedimientos, recursos, programas, funciones y estructuras.

Reducir, agilizar y dar transparencia a los procedimientos y trámites, de tal manera que se permita al público usuario de los servicios de salud - obtener respuesta oportuna a sus demandas." (23)

"3.5. COORDINACION INTERSECTORIAL.

Fortalecer la organización y operación de los Servicios del Sistema Nacional de Salud y su interrelación con otros campos y sectores de la vida nacional, de acuerdo con el enfoque actual de salud, que la considera integrada por los componentes biológicos de los individuos, los efectos del medio ambiente, las condiciones socio-económicas, los factores del comportamiento humano y la capacidad de respuesta social a los problemas de aquélla.

En virtud de lo anterior, se procurará la coordinación con los sectores siguientes:

GOBERNACION: Salud mental, educación para la salud, planificación familiar, control sanitario, participación en programas de contingencias y - aprovechamiento del sistema de radio, televisión y comunicación social.

RELACIONES EXTERIORES: Regulación y apoyo a la asistencia social y a la sanidad internacional.

DEFENSA NACIONAL Y MARINA: Saneamiento básico, contingencias ambientales, control de enfermedades, asistencia social y programa contra las adicciones.

ENERGIA, MINAS E INDUSTRIA PARAESTATAL: Salud ambiental, salud ocupacional y seguridad radiológica.

COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL: Atención médica, nutrición, compras consolidadas de insumos para la salud, salud ambiental y control sanitario.

AGRICULTURA Y RECURSOS HIDRAULICOS: Producción de alimentos, asistencia social, control sanitario, salud pública, veterinaria, agua potable y - aguas residuales.

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES: Control sanitario, accidentes y salud ambiental.

DESARROLLO URBANO Y ECOLOGIA: Salud ambiental, vivienda y urbanismo.

EDUCACION PUBLICA: Atención materno-infantil, salud escolar, educación y promoción de la salud ambiental, programa contra las adicciones, planificación familiar, investigación, formación y desarrollo de recursos humanos y asistencia social.

TRABAJO Y PREVISION SOCIAL: Control de enfermedades profesionales y accidentes en el trabajo.

REFORMA AGRARIA: Saneamiento básico, educación para la salud, planificación familiar y asistencia social.

TURISMO: Control sanitario, asistencia social y salud ambiental.

PESCA: Nutrición, asistencia social y control sanitario.

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL: Atención médica, salud ambiental, control sanitario y asistencia social.

PROCURADURIA: Asistencia social, programa contra las adicciones y programa nacional de trasplantes.

COMISION NACIONAL DE ALIMENTACION: Organización y educación nutricional, fomento de la salud y asistencia social.

CONASUPO-LICONSA: Orientación y educación nutricional, planificación familiar, fomento de la salud, asistencia social, control sanitario y venta de medicamentos." (24)

"3.6. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

Impulsar la participación comunitaria para favorecer el éxito de los programas de salud, que se manifieste en la investigación de los problemas, la planeación de las actividades, el desarrollo y supervisión de las acciones, las evaluaciones de sus resultados y el autocuidado de la salud". (25)

Los programas a llevar a cabo, son:

1. Programa para el Fomento de la Cultura de la Salud.
2. Programas para lograr el acceso universal a los Servicios de Salud con equidad y calidad.
3. Programa para la prevención y control de las enfermedades y accidentes.
4. Programa de Atención a la Salud en casos de desastre.
5. Programa de Salud Mental.
6. Programas de Salud Ambiental y de control y vigilancia sanitaria.

7. Programa para la regulación del crecimiento demográfico.
8. Programa para el impulso de la Asistencia Social. (26)

PROGRAMAS DE APOYO:

1. Programa de financiamiento.
2. Programa de formación y desarrollo de recursos humanos.
3. Programa de investigación en salud.
4. Programa de insumos para la salud.
5. Programa de conservación y mantenimiento.
6. Programa de información y evaluación. (27)

PROYECTOS ESTRATEGICOS:

1. Vacunación Universal.
2. Control sanitario de los alimentos.
3. Simplificación administrativa.
4. Actividades extramuros de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales de Especialidad.
5. Desarrollo de Jurisdicciones sanitarias tipo.
6. Rehabilitación y desarrollo de la infraestructura en salud.
7. Producción de Biológicos y reactivos.
8. Centros Nacionales y Estatales de transfusión sanguínea.
9. Programa Nacional de Trasplantes. (28)

Comentaré finalmente que en este Programa se identifican tres problemas a resolver:

Salud Pública

Atención Médica

Asistencia Social (29)

Y que el Sistema Nacional de Salud "está integrado por los servicios de salud y asistencia social de las entidades del sector público, cuyas - acciones se desarrollan dentro de la vertiente obligatoria de la Ley de Planeación, los servicios de salud y asistencia social de los gobiernos estatales y municipales, que se vinculan a través de la coordinación del Gobierno Federal y los que proporcionan los sectores social y privado, - que se incorporan al Sistema mediante inducción y concertación. (30)

"La estrategia definida comprende el desarrollo de líneas generales de acción dirigidas a la prevención de enfermedades, atención a la salud y asistencia social."

MIGUEL DE LA MADRID HURTADO

Mandato popular y mi compromiso

constitucional 1983-1988

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

"En una sociedad que tiene como principio la justicia social y persigue ser más igualitaria, la protección de la salud es un derecho social."

Cinco grandes áreas de política:

Acciones preventivas; reorganización y modernización de los servicios; consolidación del sistema; reorganización de la asistencia social; - formación, capacitación e investigación.

"...el propósito de ampliar la cobertura de los servicios a la población, con un mínimo razonable de calidad para todos los individuos, línea que se inserta en la estrategia de reordenación económica y concreta el cambio estructural en materia de salud."

2.2 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

Este documento se conforma de cuatro partes:

- PARTE 1. DIAGNOSTICO GENERAL.
- PARTE 2. OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS GENERALES.
- PARTE 3. PROGRAMAS DE ACCION.
- PARTE 4. PROYECTOS ESTRATEGICOS Y VERTIENTES DE INSTRUMENTACION.

El decreto del Presidente Miguel de la Madrid H., señala: "Que el derecho de toda persona a la protección de la salud ha sido consagrado como garantía social en el nuevo párrafo tercero del artículo cuarto constitucional, a fin de dar renovado impulso a una sociedad más igualitaria en el ámbito de la salud y que para reglamentarla ha entrado en vigor - la Ley General de Salud" (31)

"Que el programa nacional de salud se ha articulado a partir de las estrategias básicas de descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad; para lograr el propósito básico de mejorar el nivel de salud de la población, procurando atender a la cobertura total de los servicios con calidad básica homogénea y fortalecer las acciones dirigidas a los grupos - más desfavorecidos, así como promover la protección social de los desamparados." (32)

"Dentro de las estrategias que será necesario instrumentar para consolidar esa sociedad igualitaria destaca la promoción decidida de la satisfacción de las necesidades de alimentación, salud, educación y vivienda". (33)

Se contemplan 7 tipos de programas:

1. Programas de acción vinculados a la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención médica.
 - I. Programa de atención médica
 - II. Programa de atención materno-infantil

- III. Programa de Salud Mental
2. Programas de acción para la prevención y control de enfermedades.
- IV. Programa de prevención y control de enfermedades y accidentes.
3. Programas de acción vinculados con la promoción de la salud.
- V. Programa de educación para la salud
 - VI. Programa de Nutrición
 - VII. Programa de Salud Ocupacional
 - VIII. Programa contra las adicciones
4. Programas de acción vinculados al control sanitario y ambiental.
- IX. Programa de Salud Ambiental
 - X. Programa de Saneamiento Básico
 - XI. Programa de Control y Vigilancia Sanitaria
5. Programa de acción para contribuir al desarrollo demográfico armónico.
- XII. Programa de Planificación Familiar
6. Programa de acción para fortalecer la asistencia social.
- XIII. Programa de asistencia social
- Con ésto tenemos 13 programas de acción y 4 de apoyo que se citan a continuación; haciendo un total de 17 programas aplicativos.
7. Programas de Apoyo.

- I. Programa de investigación para la salud.
- II. Programa de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.
- III. Programa de información.
- IV. Programa de insumos para la salud.

Los proyectos estratégicos se ubicaron en tres campos definidos por la Ley General de Salud:

Atención Médica,
Salud Pública, y
Asistencia Social. (34)

Con la meta de la Organización Mundial de la Salud, de dar salud a todos en el año 2000 (D.O. 7 de febrero de 1983), (35). Esta concepción o meta, tiene sus raíces en los años 60's en la Reunión Internacional de ALMA-ATA en Rusia; cuyo interés fundamental fue dar salud para todos en igualdad de circunstancias, edad, raza, nacionalidad, nivel social; en el año 2000. El planteamiento fue retomado por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, que siendo Coordinador en los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, señaló:

"Es necesario constatar que existe y aumentará, la NECESIDAD SOCIAL de contar con mejores servicios de salud a la población abierta.

Existe, además, la NECESIDAD ECONOMICA de utilizar al máximo los recursos disponibles, a través de su redistribución de una manera prudente, racional y efectiva.

También conviene aceptar la NECESIDAD ADMINISTRATIVA de hacer más efectivos los servicios prestados. Es incomprensible la competencia que establecen entre sí diversas dependencias federales, cuya función consiste en servir al gobernado y cooperar con el Ejecutivo.

Existe, finalmente, una NECESIDAD POLITICA en el sentido de atenuar presiones y satisfacer legítimas expectativas, tanto de las Instituciones de Salud y de su personal, como de los destinatarios de los servicios que ofrecen." (36)

El Sistema Nacional de Salud, nace entonces en "Un país que aún padece - marcadas diferencias en los niveles de salud de su población, pues se pre senta un contraste extremo entre la patología del hombre pobre y la del - que disfruta de la abundancia." (37)

Dicho Sistema se ubica y se conforma en el marco de una economía mixta, - donde concurren los sectores público, social y privado. (38)

Se cita también: La estrategia general que se orienta en dos sentidos:

10. La manera en que se tratará de solucionar y reducir los riesgos y daños a la salud de la población, determinando los principales pun tos de atención.
20. Se relaciona con el uso y modernización de la infraestructura para proporcionar los servicios e incrementar la cobertura con una cali dad básica homogénea. (39)

Dichas orientaciones estratégicas están enmarcadas por las delimitadas en la Administración Pública Federal; citándolas de nueva cuenta: Sectoriza ción, Descentralización de los Servicios de Salud, Modernización Adminis trativa, Coordinación Intersectorial y participación de la comunidad.

Sin embargo, "la descentralización no avanzará mientras no se desmonten - las cinco cadenas de concentración y privilegio de nuestra historia pos revolucionaria -círculos virtuosos-, que la repetición y el abuso volvie ron viciosos." (40)

"La primera de esas cadenas, es la de la administración pública federal."

"Exige la desburocratización de los procedimientos administrativos." sólo podrá desmontarse en el marco de una reforma profunda del Estado." (41)

Otra de las cadenas, es la "organización política, la herencia del pacto corporativo". "Incluye también a las más recientes corporaciones de la - comunicación masiva". (42)

"Una expresión más del vigor de la organización corporativa mexicana -so lo tiene presencia y fuerza lo organizado-, que no presta atención o des tina la mayor parte de su atención a quienes pertenecen a alguna de sus cadenas de representación y privilegio; y prácticamente desprotege a - quien solo tiene la calidad de ciudadano sin ninguna calidad extra como miembro de "algo"." (43)

"La estrategia de salud consiste, pues, en la integración de los niveles de atención, con una adecuada coordinación institucional en los niveles local y regional, a través de convenios de subrogación entre las instituciones de salud y seguridad social, a fin de evitar duplicidad de funciones y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos. En la actualidad se dan pasos graduales hacia la integración del sector salud."

"La acción del sector salud está orientada al logro de la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de servicios, entre otras medidas, con especial énfasis en las actividades de carácter preventivo, sin descuidar las de orden curativo. El otorgamiento de servicios mínimos de salud, se considera prioritariamente a la población de las áreas marginadas rurales y urbanas, en especial el grupo materno-infantil."

José López Portillo
Plan Global de Desarrollo, México 1980
Talleres Gráficos de la Nación.
P. 350 y ss. 356
Cap. Política Social
Punto 14.7

2.3. PLAN NACIONAL DE SALUD 1974-1976; 1977-1983

Cabe destacar que este documento, es el primero en su tipo y fue elaborado por un grupo de notables de la medicina mexicana, que lo elaboraron con la participación institucional de todos aquellos organismos presentes en el concepto de salud.

Gobiernos de los Estados y Territorios, SSA, Secretaría de Gobernación, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Secretaría de Industria y Comercio, Secretaría de Agricultura y Ganadería, Secretaría de Obras Públicas, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Secretaría de Recursos Hidráulicos, Secretaría de Educación Pública, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de la Presidencia, Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización, Departamento del Distrito Federal, Procuraduría General de la República, Procuraduría General de Justicia del Distrito y Territorios Federales, Departamento de Turismo, IMSS, ISSSTE, UNAM, IPN, Academia Nacional de Medicina de Cirugía, IMAN, INPI, Organización Panamericana de la Salud, Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México, Instituto Nacional de la Nutrición, Instituto Nacional de Cardiología, Hospital Infantil de México, Hospital de Jesús, ANUIES, CONASUPO, CONACYT, Congreso del Trabajo, Confederación Deportiva Mexicana, INJUVE, Instituto Nacional de Bellas Artes, Consejo Nacional de la Publicidad, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, Consejo Nacional de Atención Médica Materno Infantil, Consejo Nacional de Prevención de Accidentes, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C., Asociación Mexicana de Pediatría, Asociación Mexicana de Higiene y Seguridad, A.C., Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica, Asociación Mexicana de Técnicos en Seguridad, A.C., Asociación Dental Mexicana, Instituto Nacional de Desarrollo de la Comunidad, INFONAVIT, Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación de Industriales del Estado de México, Asociación de Ingeniería Sanitaria, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Comité Olímpico Mexicano, Colegio Nacional de Enfermeras, CNOP, Universidad Autónoma de Zacatecas, Instituto Mexicano de Rehabilitación, Cámara de la Industria de Laboratorios Químicos Farmacéuticos, Organización de Donantes Voluntarios de -

Sangre, Sociedad Mexicana de Salud Mental A.C., American British Cowdray Hospital, Comisión Regional Americana de Prevención de Riesgos Profesionales, Asociación Nacional de Periodistas, Colegio Nacional de Médicos Militares, Consejo para la Investigación Médica, Consejo Nacional de Farmacodependencia y Alcohólicos Anónimos. (44)

Cito estas Instituciones, con la finalidad de resaltar su participación y simultáneamente darnos cuenta de la magnitud del ámbito de la salud, así como sus consecuentes relaciones con el sector educativo, la industria - químico-farmacéutica, la industria alimentaria, las tecnologías médicas, su presencia en los medios masivos de comunicación, viviendas, organizaciones políticas, etc.

Esta obra magna está integrada por tres tomos, donde se contemplan 20 programas y 55 subprogramas; en la que se admira la visión más amplia e integradora de la Salud que se ha tenido en la Historia de la Medicina Mexicana. De este Plan Nacional se desprenden hacia el presente, casi todas las acciones en materia de Salud actuales.

Cabe comentar, que en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, se señala lo siguiente: "En ese mismo año (1973), se realizó la primera Convención Nacional de Salud, se expidió el último Código Sanitario y se elaboró el Plan Nacional de Salud, que careció de permanencia y cuya ejecución fue - insuficiente." (45) "...debe señalarse que el llamado Sector Salud no - abarcaba la totalidad de las entidades que prestan servicios de salud, - puesto que no fueron agrupados el IMSS, el ISSSTE y el SINADIF." (46)

Es importante señalar, que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se creó en 1977, al fusionarse el IMAN y el INPI. Y que, - las instituciones que se citan como no agrupadas, sí participaron en la formulación del Plan Nacional de Salud, documento del que nos ocupamos - ahora. (47)

Los programas que contempló, fueron los siguientes:

PROGRAMA 1. Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad

- PROGRAMA 2. Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente.
 - SUBPROGRAMA 2.1. Control de la Contaminación.
 - SUBPROGRAMA 2.2. Saneamiento del Medio.
 - SUBPROGRAMA 2.3. Saneamiento de Alimentos.
- PROGRAMA 3. Educación para la Salud.
- PROGRAMA 4. Nutrición
- PROGRAMA 5. Salud Materno Infantil y Planificación Familiar.
 - SUBPROGRAMA 5.1. Salud Materna
 - SUBPROGRAMA 5.2. Salud Infantil
 - SUBPROGRAMA 5.3. Planificación Familiar y Paternidad Responsable.
- PROGRAMA 6. Salud Bucal
- PROGRAMA 7. Salud Mental
 - SUBPROGRAMA 7.1. Psiquiatría Comunitaria
 - SUBPROGRAMA 7.2. Farmacodependencia
- PROGRAMA 8. Salud Ocupacional
- PROGRAMA 9. Higiene del Deporte y la Recreación
- PROGRAMA 10. Producción de Biológicos y Control de Medicamentos.
 - SUBPROGRAMA 10.1. Producción de Biológicos
 - SUBPROGRAMA 10.2. Control de Calidad de los Productos Biológicos.
 - SUBPROGRAMA 10.3. Control de Calidad de los Medicamentos.
- PROGRAMA 11. Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles.
 - SUBPROGRAMA 11.1. Enfermedades Prevenibles Mediante Vacunación.
 - SUBPROGRAMA 11.2. Prevención y Control de las Infecciones Entéricas.

- SUBPROGRAMA 11.3. Prevención y Control de las Enfermedades Agudas del Aparato Respiratorio.
- SUBPROGRAMA 11.4. Prevención y Control de la Tuberculosis.
- SUBPROGRAMA 11.5. Prevención y Control de la Fiebre Reumática.
- SUBPROGRAMA 11.6. Erradicación del Paludismo.
- SUBPROGRAMA 11.7. Erradicación del Aedes Aegypti
- SUBPROGRAMA 11.8. Prevención y Control de la Lepra
- SUBPROGRAMA 11.9. Prevención y Control de las Enfermedades Venéreas.
- SUBPROGRAMA 11.10 Prevención y Control de la Oncocercosis
- SUBPROGRAMA 11.11 Prevención y Control de las Zoonosis
- PROGRAMA 12. Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles
 - SUBPROGRAMA 12.1 Prevención y Control del Cáncer
 - SUBPROGRAMA 12.2 Procesos Cardiovasculares
 - SUBPROGRAMA 12.3 Diabetes Mellitus
 - SUBPROGRAMA 12.4 Estudio, Tratamiento y Prevención de la Cirrosis del Hígado
- PROGRAMA 13. Prevención de Accidentes
 - SUBPROGRAMA 13.1 Seguridad Vial
 - SUBPROGRAMA 13.2 Seguridad en el Trabajo
 - SUBPROGRAMA 13.3 Seguridad en la escuela, hogar y edificios.
 - SUBPROGRAMA 13.4 Seguridad en el medio rural
 - SUBPROGRAMA 13.5 Los Desastres y otras situaciones de Urgencia
 - SUBPROGRAMA 13.6 Las Intoxicaciones

- SUBPROGRAMA 13.7 Los Auxilios Médicos de Urgencia
- SUBPROGRAMA 13.8 La Difusión y Relaciones en materia de -
Seguridad
- PROGRAMA 14. Asistencia Médica
- PROGRAMA 15. Rehabilitación
 - SUBPROGRAMA 15.1 Prevención de la Invalidez
 - SUBPROGRAMA 15.2 Desarrollo y Creación de Servicios Mate-
riales para la Rehabilitación
 - SUBPROGRAMA 15.3 Formación y Desarrollo de Recursos Huma-
nos
 - SUBPROGRAMA 15.4 Empleo de Inválidos
 - SUBPROGRAMA 15.5 Educación Higiénica
 - SUBPROGRAMA 15.6 Conocimiento Estadístico de la Invalidez
y la Rehabilitación
 - SUBPROGRAMA 15.7 Legislación para el Inválido
- PROGRAMA 16. Asistencia Social
 - SUBPROGRAMA 16.1 Promoción Social Infantil
 - SUBPROGRAMA 16.2 Promoción Social Juvenil
 - SUBPROGRAMA 16.3 Promoción Social de la Comunidad Urbana
 - SUBPROGRAMA 16.4 Residentes en Hogares para Ancianos
- PROGRAMA 17. Seguridad Social
- PROGRAMA 18. Investigación
 - SUBPROGRAMA 18.1 Investigación Biomédica en las Enfermeda-
des Infecciosas y Parasitarias
 - SUBPROGRAMA 18.2 Investigación Biomédica en la Diabetes
Mellitus
 - SUBPROGRAMA 18.3 Investigación Biomédica en los Padecimien_
tos Cardiovasculares

- SUBPROGRAMA 18.4 Investigación Biomédica en la Cirrosis -
Hepática
 - SUBPROGRAMA 18.5 Investigación Biomédica de la Nutrición
 - SUBPROGRAMA 18.6 Investigación Biomédica sobre la concep-
ción
 - SUBPROGRAMA 18.7 Investigación Biomédica sobre el Naci-
miento
 - SUBPROGRAMA 18.8 Investigación Biomédica sobre el creci-
miento y Desarrollo
 - SUBPROGRAMA 18.9 Investigación Biomédica en la Genética -
Humana
 - SUBPROGRAMA 18.10 Investigación Biomédica sobre Violencia
y Salud Mental
- PROGRAMA 19. Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud -
- PROGRAMA 20. Servicio Social de Estudiantes y Profesionales de las dis-
ciplinas para la Salud

El primer Plan Nacional de Salud, fue realizado durante el gobierno del -
Lic. Luis Echeverría Alvarez y de él se comentó en su momento:

"El Plan Nacional de Salud, concebido para los próximos diez años, enmar-
ca todas las actividades que se desarrollan en este sector, señala nece-
sidades, preferencias y la mejor manera de aplicar los recursos humanos,
financieros y técnicos de que disponemos" (49)

"La adecuada planeación en el campo de la Salud Pública, requiere como -
condición indispensable, la unidad de criterios en materia sanitaria, -
asistencial y de seguridad Social". (50)

"La promoción de la salud es la necesidad más imperiosa para la conquis-
ta del bienestar colectivo." (51)

104837

Citaré algunas de las personalidades que ocupaban en aquel entonces importantes puestos directivos, ellos concibieron, planearon y elaboraron con la idea de llevarlo a la práctica íntegramente, el documento denominado Plan Nacional de Salud.

Dr. Jorge Jiménez Cantú, Secretario de Salubridad y Asistencia.

Dr. Gustavo Baz Prada, Dr. Fernando Ortiz Monasterio, Dr. Guillermo Soberrón Acevedo, Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Dr. Carlos Campillo Sáinz, -
Arq. Fernando Sepúlveda Amor, Dr. Enrique Rivapalacio, Dr. Silvestre -
Frenk Freund, Dr. Luis Torregrosa Ferráez, Dr. Federico Ortiz Quezada, -
Dr. Jorge Soní Cassani, Dr. Enrique Wolpert, Dr. Luis Guillermo Ibarra, -
Dr. Samuel Karchmer, Dr. Carlos Mc Gregor, Dr. Jesús Lozoya Solís, Dr. -
Guillermo Sólomon Santibáñez, Sr. Enrique Chávez Peón, Dr. Jesús Kumate,
Dr. Ramón de la Fuente, Dr. José Laguna García; (52) todos ellos seleccionados intencionalmente para destacar, que en el presente, la mayor -
parte de ellos son los altos mandos del Sistema Nacional de Salud.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DEL CAPITULO II

- (9) EXCELSIOR. 19/Octubre/1974. "El Plan Nacional de Salud será expuesto el Día del Médico ante Echeverría."
- (10) SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. "Plan Nacional de Salud - 1974-1976; 1977-1983." Vol. III Programas. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1974
- (11) PODER EJECUTIVO FEDERAL. JOSE LOPEZ PORTILLO. "Plan Global de Desarrollo." Talleres Gráficos de la Nación. Cap. Política Social - Apartado 14.7 p. 350-356. México, 1980
- (12) SOBERON ACEVEDO, GUILLERMO Y RUIZ LEOBARDO C. y cols. "Hacia un Sistema Nacional de Salud 1833-1983." Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia y UNAM. México, 1983 pág. 444
- (13) PODER EJECUTIVO FEDERAL. "Programa Nacional de Salud 1984-1988." - SSA, IMSS, ISSSTE y SINADIF. Imprenta y encuadernación Ruíz. México, 1984 pág. 310
- (14) SECRETARIA DE SALUD. "Programa Nacional de Salud 1990-1994." Consorcio Industrial Litográfico, S.A. de C.V. México, 1990 pág. 78
-
- (15) IBID pág. 3
- (16) IBID
- (17) UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA. Organo Informativo. "Debate Académico sobre el Programa Nacional de Salud 90-94." Vol. XV, 27 de Mayo de 1991 pág. 9
- (18) IBID
- (19) IBID

- (20) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990-1994 op. cit. pág. 26
- (21) IBID, pág. 27
- (22) IBID, pág. 28
- (23) IBID
- (24) IBID, pág. 29
- (25) IBID, pág. 30
- (26) IBID. Indice II
- (27) IBID. Indice III
- (28) IBID
- (29) IBID
- (30) IBID, pág. 17
-
- (31) MIGUEL DE LA MADRID HURTADO. "Decreto del 7 de agosto de 1984." -
Presidencia de la República. México, 1984, pág. 1
- (32) IBID, pág. 2
- (33) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988 op. cit. Presentación de la -
Presidencia de la República
- (34) LEY GENERAL DE SALUD.
- (35) DIARIO OFICIAL del 7 de febrero de 1983
- (36) SOBERON ACEVEDO, GUILLERMO. Introducción de "Hacia un Sistema Na-
cional de Salud." op. cit.
- (37) IBID. Prólogo del Dr. Octavio Rivero Serrano.
- (38) IBID

- (39) IBID
- (40) AGUILAR CAMIN, HECTOR. Op. cit. pág. 290
- (41) IBID, pág. 291
- (42) IBID
- (43) IBID
-
- (44) PLAN NACIONAL DE SALUD 1974-1976; 1977-1983. Op. cit. pág. 8-10
- (45) PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988 Op. cit. pág. 14
- (46) IBID pág. 15
- (47) PLAN NACIONAL DE SALUD 1974-1976; 1977-1983. Op. cit. Directorio.
- (48) IBID. Contenido
- (49) LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ. "Discurso de Contestación a Jorge Jiménez Cantú con motivo de la presentación del Plan Nacional de Salud", -
23 de octubre de 1974
- (50) IBID
- (51) IBID
- (52) PLAN NACIONAL DE SALUD 1974-1976; 1977-1983. Op. cit. pág. 15

CAPITULO III.

ESTRATEGIAS USADAS EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD DEL PERIODO

1974 - 1994

- 3.1. VEINTE AÑOS DE ESTRATEGIAS
- 3.2. LOS PROBLEMAS DE AHORA Y
LAS TENDENCIAS FUTURAS.

3.1 VEINTE AÑOS DE ESTRATEGIAS.

Recordando a uno de los estrategas más grandes a través de todos los tiempos: Sun Tzu y su libro aforético "El Arte de la Guerra", y reflexionando en los inteligentes y siempre sabios comentarios de mi Profesor Asesor, el Doctor en Sociología y Especialista en Estudios Latinoamericanos, Guillermo Garduño Valero; debo señalar que las estrategias empleadas en el Sector Salud, ahora Sistema Nacional de Salud, en realidad no tienen un carácter innovador.

Para establecer el modelo de atención médica "modelo de ataque", originalmente se contó con los llamados "hospitales" (léase también "fortalezas"), donde los pacientes acudían a "ellas" con la finalidad de recuperar su salud. En estos nosocomios se brindaban distintos servicios, tales como: otorgamiento de limosnas, asistencia social, atención de partos, cuidados médicos, reclusión de enfermos mentales, etc. La atención médica se brindó en diversas instituciones: hospitales, granjas psiquiátricas, leprosarios, orfanatos, etc. De donde emanan las principales acciones de salud, dirigidas a atacar un sin número de situaciones carenciales y/o patológicas.

Cabe enfatizar que en estas fortalezas ("Hospitales"), el mando era de naturaleza centralizada y concentradora de los recursos en la institución. Es ahí donde habitan y laboran los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales. Se poseen camas de atención, recuperación o de muerte. Es ahí donde se concentran los recursos económicos erogados por los poderosos (clase gobernante, ricos caritativos y donaciones de origen religioso), así como los recursos técnicos disponibles de aquel tiempo.

El juego de elementos está dispuesto para actuar en el interior, creando

un centro único de operaciones: "La Institución". Haciendo un parangón entre lo que ocurría en el hospital y en las fortalezas de los señores feudales, podemos denominar a esta época como la que se caracteriza por la construcción de infraestructura, de donde surgen tanto más como diferentes tipos de unidades de salud (con incremento en el número de camas hospitalarias).

Es hasta este momento en que es posible iniciar otro tipo de estrategia de ataque a los problemas de salud, ahora se hace posible "atacar por tierra", es decir, tratar de llegar a la comunidad desde el hospital.

"Los príncipes, para conservarse más seguramente en el poder, acostumbraron construir fortalezas..." (53)

"...si el pueblo aborrece al príncipe, no lo salvarán todas las fortalezas que posea..." (54)

Napoleón, comentando a Maquiavelo, en esta última cita nos dice: "Las fortalezas equivalen, sin duda, al amor del pueblo" (55)

Esto lo señala siendo ya Emperador; y aforéticamente sugiere la legitimación de la fortalezas, con la consecuente aceptación del pueblo y lugar donde habitan los poderosos.

Sabemos bien, que hay un momento en que las fortalezas pierden el dominio original del que gozan, sus recursos tienden a agotarse. Es el momento, en que la mente del estratega, se orienta en otro sentido: lanzar sus ejércitos al terreno, salir de las fortalezas.

Esta segunda forma de atacar los problemas; lo vemos en salud, reflejado como el inicio de la salud como el inicio de la salud pública, lo cual im-

plica atender los problemas de salud en las comunidades. Un ejemplo son - las campañas de vacunación que funcionan bajo esta lógica.

"Sun Tzu ha dicho:

El terreno, atendiendo a su naturaleza, puede clasificarse en accesible, insidioso, indiferente, cerrado, accidentado y distante." (56)

Cada uno de ellos significa esfuerzos diferentes para conquistarlo. El - mando sacrifica recursos en algunos puntos y concentra y desconcentra, de acuerdo a las necesidades en el frente. "Pondera la situación, y luego, - actúa." (57)

El actuar en el terreno, requirió de una formación distinta de los recur- sos humanos que actuarían en el nuevo plano. El desarrollo de habilidades para penetrar la comunidad y consecuentemente la creación de técnicas dis- tintas. Los estudios y trabajos comunitarios, arrojaron datos de las con- diciones de vida de las personas y fue necesario empezar a formular diag- nósticos macro-sociales, para identificar aquellos daños a la salud más - frecuentes y que afectaban a un mayor número de personas.

Así, la medicina institucional cambió su forma de actuación y la manera de atacar los problemas: Reiteramos que ocurre un cambio en la estrategia: - "Lanzar los ejércitos al terreno".

Se sabe también, que toda campaña prolongada en el terreno, provoca que - los recursos tiendan a hacerse escasos; por tanto, este modelo también - tendió a ajustarse; provocando de nuevo un cambio estratégico; en salud - nace el concepto de Atención Primaria a la Salud, que significa la selec- ción de ciertos daños a la salud, hacia los cuales se dirigirán los esfuer -

zos, aunado a ésto, el Sistema de Salud propone un nuevo enfoque que diferencia y estratifica los servicios institucionales en Niveles de Atención.

PRIMER NIVEL. Que comprende desde el primer contacto con el paciente, el trabajo de promoción a la salud a través de programas comunitarios, consultorios periféricos, centros de salud, clínicas, sistemas de urgencias y consulta externa de los hospitales e institutos nacionales de salud. Muy recientemente, este nivel se ha visto apoyado con el uso de los medios masivos de información: televisión, radio, cine, medios impresos, como: carteles, folletos, revistas, etc. Por lo que se ha sumado a la forma de "atacar" los problemas, la vía aérea y la tecnología de la comunicación de masas.

SEGUNDO NIVEL o nivel hospitalario. Conformado con una capacidad instalada, que permite el manejo intrainstitucional de la población afectada por diversos procesos patológicos; y que por tanto, requieren de vigilancia y tratamiento hospitalario, dispone de camas de internamiento, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento; así como de áreas quirúrgicas. En este nivel se practican las especialidades básicas de la medicina.

TERCER NIVEL o nivel de alta especialidad. Representado por los Institutos Nacionales de Salud, donde se conjuntan, además de las áreas hospitalarias, recursos tecnológicos sofisticados para diagnóstico y tratamiento de pacientes y donde, simultáneamente, se llevan a cabo tareas de investigación, así como actividades de enseñanza. (58)

Resulta importante diferenciar el primer nivel de atención, de lo que significa atención primaria a la salud, dado que uno significa un elemento de clasificación de los servicios de salud y la otra es una de las estrategias vigentes para atacar los problemas.

Retomando nuestro enfoque principal, podemos señalar que:

Las estrategias aplicadas durante este período de estudio a que nos referimos, son fundamentalmente tres:

1. Ataque de los problemas de salud de manera intrainstitucional.
2. Ataque de los problemas de salud en el terreno.
3. Ataque de los problemas de salud según su jerarquía.

Conviene, paralelamente, considerar cuál ha sido el escenario de salud, a partir del cual los planes y programas de salud han privilegiado para dedicar sus esfuerzos.

En los Programas de Salud 1974-94, nos encontramos con líneas de acción y programas que han permanecido en todo este período.

"Cobertura, si se considera a la cobertura como el porcentaje de la población del país que tiene capacidad para acceder a los servicios de salud, entonces ha habido, según cifras oficiales, avances significativos en la ampliación de la cobertura." (59)

En el Plan Nacional de Salud 1973, se consigna que, con una población de 48.2 millones de habitantes, había 20 millones de mexicanos que no tenían acceso a servicios permanentes de salud (esto significaba una cobertura de 62.9%). Para 1982, el trabajo "Hacia un Sistema Nacional de Salud" consiguió que había 14 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud, es decir, la cobertura era de 80.1% cuando el país contaba con una población de 73.5 millones. En 1990, con una población de 81.1 millones de mexicanos, quedan aún sin acceso a servicios permanentes 4.9 millones de me-

104837

xicanos, con lo cual ha llegado la cobertura al 94%." (60)

"Actualmente, la cobertura de servicios de salud se estima como sigue: - 59.3% en la seguridad social, 30.3% atendida por los servicios de población abierta, 4.4% en la medicina privada.

En resumen, entre 1973 y 1990, la ampliación real de servicios ha sido de - 42.2 millones, esto significa que cada año la cobertura se ha ampliado en - cerca de 2.3 millones de personas, cifra superior al promedio de nacimientos anuales ocurridos en ese lapso." (61)

Consideremos ahora el comportamiento de algunos indicadores del nivel de - salud; esperanza de vida, mortalidad general y ritmo de nacimientos.

"La mortalidad general pasó de 10.1 en 1970 a cerca de 5.1 para 1987.

El ritmo de nacimientos por cada mil habitantes observa una tendencia decreciente en valores cercanos a los 35 x 1000. Cabe advertir que el número de nacimientos ha permanecido en la década de los ochentas entre 2.3 y 2.7 millones en este último trecho. La tasa global de fecundidad pasó de - 5.3 en 1970 a 3.8 hijos por mujer en edad fértil en 1987.

Finalmente, la esperanza de vida al nacimiento, se ha incrementado de 62.2 años en 1970 a 69.7 hacia el año de 1990." (62)

"Estos indicadores han dado como modificaciones principales:

1. La edad mediana de la población pasó de 17.4 años en 1970 a 20.0 - años en 1987;
2. La proporción de la población en la tercera edad aumentó de 1.9 a - a 3.2 millones en esas fechas extremas.
3. La población menor de 15 años disminuyó su participación relativa de 44.6% a 35.6% en el mismo período." (63)

La morbilidad entre 1984 y 1989, es representativa del peso de las enfermedades, como se ilustra en la siguiente tabla. (64)

GRUPO DE ESTUDIOS DE PROSPECTIVA DE LA SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS: MORBILIDAD 1984-1989

PACIENTE/ENFERMEDAD	1984	1985	1986	1987	1988	1989	PROMEDIOS		i
							84-89	84-89	
1 INF RESP AGUDAS (460-466)	11,903,649	10,210,629	10,046,316	11,545,758	13,297,117	12,926,033	11,780,250	12,147,000	0.030
2 ENTERITIS Y OTRAS	3,755,238	3,204,419	3,340,022	3,793,499	3,692,098	3,549,236	3,557,005	3,570,002	0.006
3 ESCABIASIS (133)	4,360	5,352	123,907	247,060	208,419	206,263	159,240	215,949	0.356
4 GANGINA STREP (034.0)	208	6,189	91,071	159,030	176,063	167,066	100,064	133,761	0.336
5 PALUDISMO (044)	98,854	133,677	130,915	102,936	116,271	101,230	113,902	112,356	-0.014
6 MENINGITIS Y B (480-486)	90,563	77,208	85,879	110,359	116,130	174,651	100,690	100,046	0.073
7 PAROTIDOSIS INF EPID (072)	08,540	08,700	56,672	05,894	02,084	63,842	77,640	75,003	-0.034
8 INTOX ALIMENT DACT (065)	1,476	1,270	57,705	65,070	60,063	67,330	43,407	56,274	0.294
9 RUBEOLA (056)	21,250	54,215	44,378	35,378	28,704	44,275	30,033	30,730	0.019
10 INF GONOCOCCICAS (010)	27,028	23,300	27,990	20,125	26,007	19,741	25,515	24,094	-0.074
11 HEPATITIS VIRAL (070)	27,286	10,169	21,539	21,332	24,745	20,356	22,230	21,070	-0.016
12 DENGUE (041)	25,022	17,706	44,226	16,209	10,197	9,071	20,672	17,549	-0.150
13 TUBERCULOSIS A R (011-012)	17,259	13,935	15,606	17,603	16,573	16,547	16,267	16,416	0.009
14 TENIASIS (123.3)		14,753		16,490	15,790	15,791	15,706	15,027	0.008
15 FIEBRE TIFOIDEA ((002.0)	10,132	0,111	10,331	13,003	16,933	19,056	13,074	14,920	0.142
16 SARAMPION (035)	7,203	23,026	9,074	3,025	3,915	26,003	12,459	13,132	0.054
17 SIFILIS AGU (091-097)	7,930	6,910	7,104	6,607	0,040	5,605	7,193	7,053	-0.019
18 BRUCELOSIS (023)	4,076	4,643	5,512	5,703	6,303	5,060	5,371	5,510	0.027
19 HERPES GENITAL (054.1)			3,611	5,040	5,975	4,267	4,925	5,030	0.021
20 UNCIARIASIS (124)			3,690	3,643	4,121	5,145	4,150	4,392	0.050
21 AMIBIASIS HEPATICA (064.3)			2,721	2,940	3,400	3,537	3,170	3,319	0.047
22 F REUMATICA B (390-392)	2,212	2,177	4,033	2,409	1,989	1,704	2,447	2,364	-0.041
23 TOS FERINA (033)	2,290	2,600	1,260	1,010	693	1,994	1,647	1,468	-0.109
24 SIDA (219.5, 219.6)	9	13	62	315	009	1,006	396	592	0.497
25 LEPRA (030)	437	300	376	253	303	302	329	310	-0.057
26 TETANOS (36670)	539	436	302	294	303	230	351	305	-0.132
27 LEISHMANIASIS (045)	.		79	401	207	176	216	221	0.022
28 TUBERCULOSIS MEN (013)	130	120	110	135	174	107	145	155	0.069
29 TIFO (000-001)	113	159	144	194	121	93	137	133	-0.020
30 TETANOS NEONATAL (771.3)			57	176	127	115	106	115	0.002
31 SIFILIS CONG (090)			92	140	136	70	110	106	-0.032
32 RABIA (071)	35	76	79	51	22	66	63	66	0.043
33 POLIOMELITIS (045)	51	140	65	01	21	27	66	54	-0.176
34 TRIPANOSOMIASIS (004)			0	29	50	70	39	50	0.264
35 DIFTERIA (032)	0	4	20	31	2	6	12	12	0.054
36 MENINGITIS B (036.0)	0	9	11	6	12	4	7	0	0.002
37 DENGUE HEMORRAGICO (045.4)	4	0	2	0	0	2	1	1	-0.214

FUENTE: BOLETIN MENSUAL EPIDEMIOLOGIA, volúmenes y números diversos, 1984-1990

cvo

Continúan en aumento el número de casos notificados de padecimientos caracterizados como del subdesarrollo y de las vinculadas al desarrollo. Por ejemplo: el SIDA, el aumento creciente de accidentes y de infecciones respiratorias agudas; en contraste con las enfermedades infecciosas intestinales y la desnutrición.

"La Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 indicó que existen 2.6 millones de niños menores de cinco años con algún grado de desnutrición; la forma aguda afecta al 15.1% de ese grupo de población y la desnutrición crónica afecta al 2.3%." (65)

Es importante hacer notar que "...ha ocurrido una situación paradójica en la que los indicadores de salud se han mejorado, no obstante las severas -- restricciones económicas." (66)

Ello puede explicarse a través de tres grandes líneas de acción:

1. El haber realizado un mejor uso de recursos; dando prioridad y racionalidad a la compra de insumos y equipo, utilizando para ello cuadros básicos, convocatorias de concursos para adquirir insumos en las mejores condiciones y de compras consolidadas;
2. Haber vinculado los gastos y acciones intersectoriales para aprovechar recursos e instalaciones a cargo de otros sectores de la administración pública federal;
3. Haber diversificado fuentes de financiamiento (tales como la participación de los gobiernos estatales, el financiamiento externo o las aportaciones de la sociedad).

"A largo plazo, el panorama no es muy halagüeño, si las cosas van bien, para el año 2000 se espera una población de 100 millones de habitantes y se

espera alcanzar una década después una población cercana a los 114 millones; ésto representa un aumento entre 23% y 40% más de la población actual hacia el año 2000." (67)

Con las consideraciones realizadas en este ensayo, es de esperarse que continuará la expansión de la cobertura de servicios a través, fundamentalmente, de la seguridad social en la medida en que aumente el empleo.

También pudiera suponerse que persistirá una demanda creciente de la población, que requerirá de los Sistema de Salud a Población Abierta, al no corregirse totalmente el desempleo y continuar con la proliferación de actividades económicas informales, (ejem.: Comercio subterráneo).

Otro aspecto que es necesario abordar en el estudio de las estrategias que ha empleado y emplea el Sistema Nacional de Salud, es el referente a sus formas de financiamiento; donde distinguimos tres núcleos de actuación:

Los Servicios de Salud para Población Abierta, con un tipo de financiamiento UNIPARTITA que lo proporciona el Gobierno Federal. Como es el caso de la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Solidaridad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los Sistemas de Salud de gobiernos de los Estados Federales, en donde se han descentralizado los servicios. Se incluye también en esta forma de financiamiento, los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. (68)

Estos Sistemas incluyen el esquema de cuotas de recuperación que se aplican con un criterio diferencial, de acuerdo a la capacidad económica del usuario, llegando dentro de rangos definidos a la exención de cuotas.

El segundo núcleo de actuación, corresponde al régimen de seguridad social, cuyas fuentes de financiamiento son de dos tipos, es decir, BIPARTITA, en -

este caso está el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sus ingresos proceden de las cuotas que aportan los trabajadores del Gobierno Federal y otras instituciones y el resto proviene del Gobierno Federal. El otro tipo es el TRIPARTITA, que corresponde al régimen de seguridad social, constituido por todas las personas -- que se encuentran vinculadas por relaciones formales de trabajo en empresas del sector privado y en algunas del sector social. Sus ingresos provienen de tres fuentes: los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal. (69)

El tercer y último núcleo de actuación, corresponde a la Prestación de Servicios Privados de la Salud. Estos se rigen por las leyes del mercado: se compran servicios particulares, que están a disposición de la población -- que los demanda y que tiene capacidad de pagarlos. (70)

La Encuesta Nacional de Salud de 1986, permite estimar que la medicina privada atiende a 36.7% de la demanda efectiva de servicios. (71)

Una consideración que no podemos soslayar, puesto que constituye un punto clave, es lo relativo al comportamiento que ha seguido el gasto aplicado a la salud, puesto que de él depende en gran medida, el que los programas se puedan llevar a cabo.

"El gasto en salud pasó de 8,342 millones de pesos en 1970 a 90,735 millones de pesos en 1980, para 1985 alcanzó 888,196 millones y en 1986 rebasó los 9.3 billones de pesos; en 1990 se espera haber gastado 12.7 billones -- de pesos en salud." (72)

GASTO NETO EN SALUD. (73)

GRUPO DE ESTUDIOS DE PROSPECTIVA DE LA SALUD

TABLA 8. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. GASTO NETO EN SALUD

AÑO	(EN \$ 000,000)			DECREMENTOS		GASTO PER CAPITA			DIST DEL GASTO		
	TOTAL	1980 = 100	US \$	1980	US\$	TOTAL	1980= 100	US\$	\$ S	P AB	REL
1970	8,342	59,518	667			173	1,234	13.8	802	198	4.06
1971	9,488	65,528	759			186	1,282	14.8	811	189	4.28
1972	11,810	76,344	945			219	1,414	17.5	769	231	3.34
1973	13,960	75,262	1,117			245	1,323	19.6	758	242	3.13
1974	18,617	67,448	1,489			319	1,157	25.5	768	232	3.31
1975	23,922	74,361	1,914			398	1,236	31.8	760	240	3.17
1976	32,106	86,028	1,607			518	1,388	25.9	788	212	3.71
1977	44,473	94,499	1,956			697	1,481	30.6	749	251	2.98
1978	54,954	97,853	2,420			837	1,490	36.9	726	274	2.65
1979	69,247	98,642	3,041			1,026	1,461	45.0	707	293	2.42
1980	90,735	90,735	3,899	0.0	0.0	1,303	1,303	56.0	706	294	2.40
1981	135,486	105,275	5,179	16.0	32.8	1,908	1,483	72.9	706	294	2.40
1982	217,757	85,109	1,459	-6.2	-62.6	3,013	1,178	20.2	731	269	2.72
1983	339,960	73,491	2,107	-19.8	-46.8	4,626	1,000	28.7	745	255	2.92
1984	544,821	74,074	2,595	-18.4	-33.5	7,296	992	34.7	735	265	2.77
1985	888,196	73,768	1,985	-18.7	-49.1	11,713	973	26.2	724	276	2.63
1986	1,464,036	59,112	1,601	-34.9	-58.9	19,024	768	20.8	696	304	2.29
1987	3,409,690	53,811	1,532	-41.6	-60.7	43,677	679	19.6	712	288	2.47
1988	7,814,842	80,092	3,405	-11.7	-12.7	98,748	1,012	43.0	744	256	2.90
1989	9,307,579	79,691	3,474	-12.2	-10.9	116,102	994	43.3	738	262	2.82
1990	12,721,636	83,851	4,406	-7.6	13.8	156,784	1,033	54.3	716	284	2.52

NOTAS:

\$ S:: Seguridad social

P AB:: Población abierta

REL:: Relación entre Seguridad social y Población abierta

1980=100:: A precios de 1980

FUENTE:

BGP/SSA: Prontuario de Gasto Público Federal

Banco de México, Índice de inflación

II Informe de Gobierno, Anexo, Salud, pp33-35

II Informe de Gobierno, Anexo, Política Económica, pp 154-155, 158-161, 375,378

cvo

"No obstante este crecimiento acelerado, la situación es otra si se consideran los efectos de la crisis económica. En efecto, a precios de 1980, el gasto de Salud observó el siguiente comportamiento: creció en precios constantes entre 1970 y 1981, a partir de entonces cayó, alcanzando su punto más bajo en 1987, momento en el cual llegó a cifras inferiores a las observadas en 1970; desde entonces viene en recuperación, pero sin alcanzar todavía en 1990, el nivel de gasto que tenía en su cúspide. Así, mientras que en 1981 el gasto total en Salud representó 105,273 millones de pesos, en 1990 fue de 83,851 millones de pesos, a precios de 1980. (74)

GASTO REAL EN SALUD. (75)

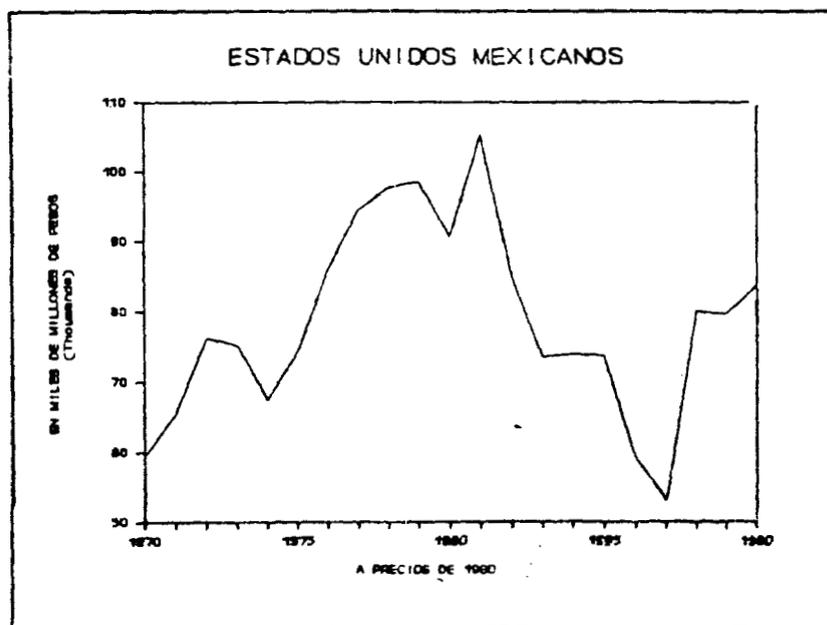


FIGURA 3. GASTO REAL EN SALUD

"Expresado en dólares se puede ver claramente el paso de la bonanza a la crisis y a la recuperación. En 1970, cada mexicano consumía 13.8 dólares al año para su salud, en 1981 llegó a consumir 72.9 dólares; los años de 1982 a 1987 lo ubicaron en menos de 40 dólares, incluso en menos de 20, pero se ha recuperado ahora hasta alcanzar, en 1990, un gasto per cápita de 54.3 dólares." (76)

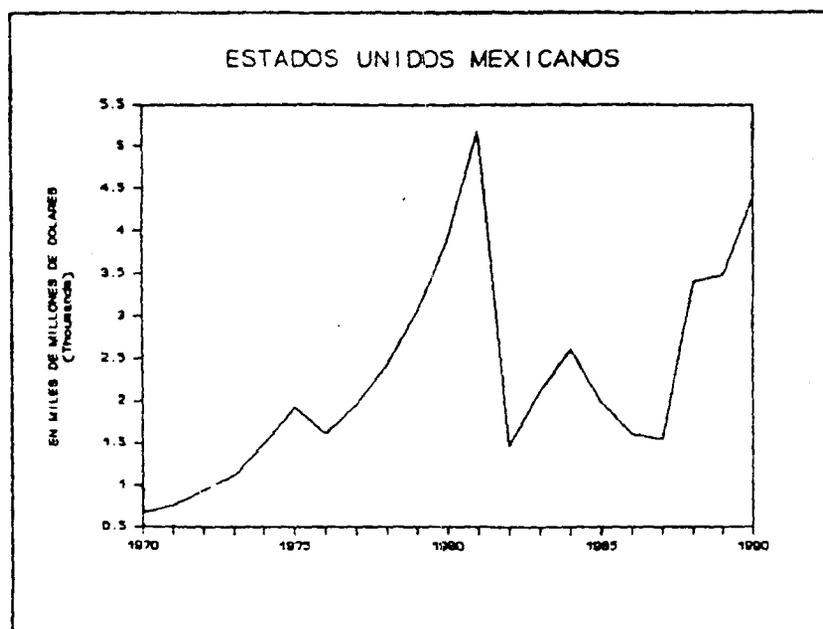


FIGURA 4. MEXICO. GASTO REAL EN SALUD (EN DOLARES)

Otro de los indicadores que conviene tener presente, es a la relación que guarda el PIB y la Salud, dado que "En el gasto público los recursos del - erario son disputados para dar satisfacción a diversas necesidades: socia- les, económicas y, aún, políticas. Un indicador para determinar la priori- dad asignada a un sector, es la propoción del PIB (Producto Interno Bruto), que se le destina." (77)

Entre 1970 y 1977, el porcentaje del PIB destinado a la Salud, pasó de - 1.89% a 2.40%, la crisis económica de 1976 la abatió hasta 2.03% en 1980, con una leve recuperación en 1982, en que subió hasta 2.22%, pero de nueva cuenta, la crisis de los ochentas la disminuyó hasta 1.76% en 1987; pero - en 1988 se observó un repunte que acercó al 2% del PIB el gasto aplicado a la Salud. (78)

GASTO EN SALUD Y PIB. (79)

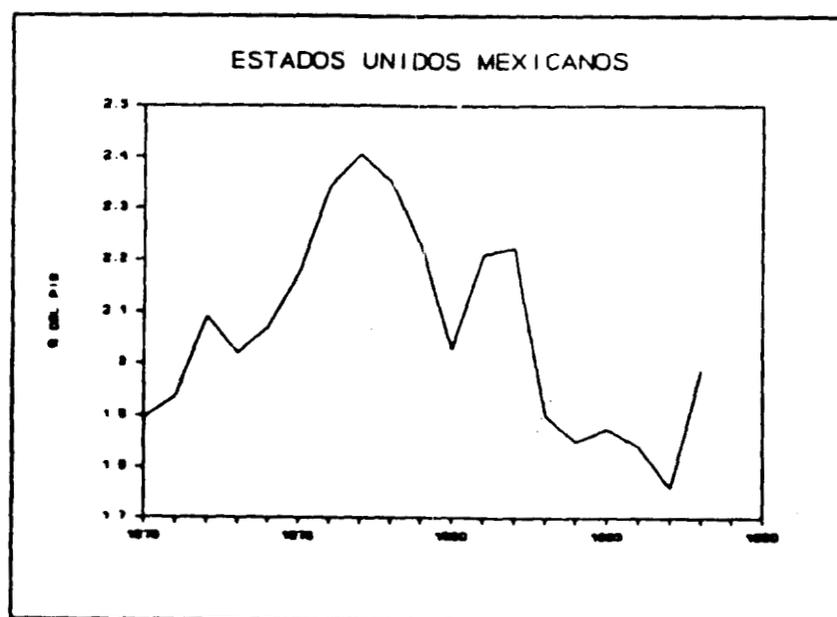


FIGURA 9. GASTO EN SALUD Y PIB

Esto se constata si se considera la proporción del PIB que se destina a la Salud y a la Seguridad Social. Este indicador pasó de 3.53% en 1970 a 4.47% en 1976, cayó hasta 2.80% en 1984, pero con un repunte a 3.07% en 1986; para 1988 se situó en 2.74%. (80)

"Si se considera el gasto total en Salud y en Seguridad Social, las proporciones mejoraron a 16.2% del gasto público y a 51.235% del gasto en desarrollo social." (81)

Para Cuauhtémoc Valdés Olmedo, en su obra BONANZA, CRISIS,...RECUPERACION? señala: "Llegamos así a tres conclusiones: 1) que es posible, en términos de una política económica fuerte, alcanzar y mejorar los niveles del gasto en Salud que se alcanzaron en las épocas de bonanza, 2) que la crisis ha dado la oportunidad y la lección de poder manejar, con rigor y efectividad, el gasto público en general y el gasto público en Salud en particular, y 3) que se han podido establecer medidas para hacer un uso inteligente e incluso eficiente, de los recursos en épocas de crisis." (82)

"El reto y el riesgo es no caer en una nueva crisis, de la cual, probablemente, no tengamos capacidad de recuperación." (83)

Finalmente, incluiremos el impacto inflacionario en el gasto de Salud en el período 1980-1990, donde la crisis de 1987 se acentuó notablemente y de donde comienza su recuperación. (84)

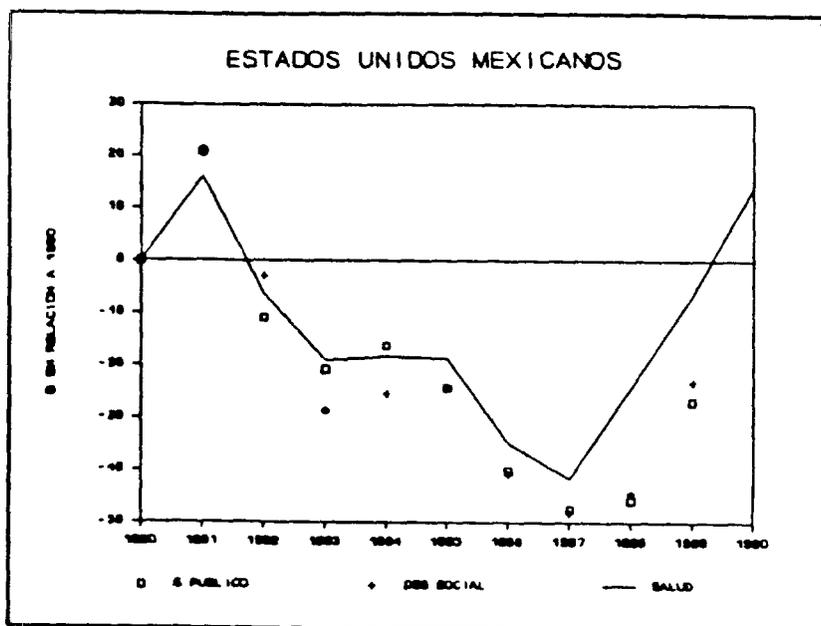


FIGURA 10. IMPACTO DE LA INFLACION

Concretando, el financiamiento a la Salud ha provenido tradicionalmente de dos fuentes: por una parte, del gasto público y los recursos fiscales que en el presupuesto anual de la nación se asignan al sector, y por otra, de las cuotas empleado y empleador, que se pagan a la seguridad social.

"Dada la restricción fiscal de la actual administración, que tiene como finalidad continuar con el saneamiento de las finanzas públicas, con el propósito de estabilizar la economía, es poco probable esperar que esta fuente de financiamiento crezca en los próximos años al ritmo que lo hace la demanda por servicios de Salud." (86)

"Por otra parte, las cuotas de la seguridad social crecen con el empleo y con el salario, y aún así, parecen ser recursos insuficientes para atender la demanda en la cantidad y calidad deseada." (87)

Dos alternativas de financiamiento que se podrán explorar, son:

- Participación del Sector Privado. * (88)
- Aprovechamiento de los recursos actuales.

* Para mayor información sobre el esquema chileno, consultar la fuente.

"En el caso de Chile, la participación del Sector Privado en la prestación de los servicios de Salud, se dió particularmente en cuanto a la prestación del servicio a los obreros y empleados que estaban afiliados a la seguridad nacional mediante un impuesto obligatorio." (89)

Deseaba revolver:

- "- Concentración excesiva en la prestación de servicios.
- Ineficiencias en la distribución del servicio: colas, demoras, favoritismos, atención despersonalizada, etc.
- El usuario no tenía libertad de elegir ni la clínica ni el médico que lo atendía.
- La gratuidad en el servicio provocaba que no se discriminara en la demanda de los mismos, ni se reconociera que algunos de ellos podrían ser costeados por el usuario." (90)

"Una consideración que se hacía, era que cuando la atención es gratuita, no existe discriminación en el número de servicios demandados. Esta demanda se ve únicamente restringida por la calidad y la ineficiencia del servicio proporcionado. Cuando la cantidad de servicios demandados crece, tanto por una población creciente, como por el hecho de que el servicio es gratuito, la atención y la prestación de servicios se masifica y deshumaniza." (91)

Se creó el FONASA (Fondo Nacional de Salud), que recaudaba el impuesto. Se creó, además, el SPP (Sistema de Proveedor Preferido), donde los pacientes podían elegir, de acuerdo a su nivel de ingresos y preferencias, seleccionando entre una lista de proveedores registrados.

Se instituyó el ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), compañías privadas que venden seguros de salud, que incluye planes de grupo cerrado, planes

nes de proveedor preferido y planes mixtos.

Y se estableció un Sistema de Precios, clasificando los tipos de atención médica.

"Con este esquema, tanto los proveedores como las ISAPRES, tienen que competir entre sí para ofrecer los mejores servicios a los menores costos, - eficientando la atención al usuario. Además de que lo anterior incentiva la inversión en infraestructura y en oferta de servicios de salud. El usuario, a su vez, cubre parte del costo de acuerdo a su nivel de ingresos y al tipo de servicio que desea recibir, lo que a su vez lleva a racionalizar su consumo y buscar a los proveedores más eficientes en función del costo. Con - ésto se garantiza la libertad de elección del usuario de clínica y médico."

(92)

Retomando la situación en el estado mexicano, en cuanto al aprovechamiento de los recursos actuales; la idea básica, en este caso, es "cómo hacer más con lo mismo". Es decir, un mejor aprovechamiento de lo que se cuenta en la actualidad, esto implicaría liberar fondos de áreas improductivas, para reasignarlos en donde son necesario, de manera que se pueda atender a la creciente demanda de servicios sin que se tenga que recurrir a un presupuesto adicional.

De hecho, ante la apertura comercial y la tendencia modernizadora que vive el país, muchas organizaciones se han visto en la necesidad de mejorar los servicios y productos que ofrecen y eficientar el uso de los recursos escasos con los que cuentan. A continuación, vale la pena mencionar algunas de las tendencias que están siguiendo organizaciones exitosas, tanto en el - país como en el extranjero, con el objeto de que sirvan para ilustrar algu

nas de las medidas que se pueden emplear para aprovechar mejor los recursos.

1. ORIENTACION AL MERCADO.

El principio fundamental es "concentración y diferenciación del mercado". - La organización se enfoca en la atención a la clientela y no en la producción. Los Mercados se segmentan y los productos y servicios se diferencian y se individualizan. Esta tendencia exige una relación más estrecha con el cliente; por tanto, un cambio en la actitud del personal.

2. DESCONCENTRACION.

Busca desburocratizar las organizaciones disminuyendo las jerarquías y concediendo mayor autoridad y responsabilidad a los niveles inferiores, con el propósito de agilizar la capacidad de respuesta y mejorar la atención al cliente. La desconcentración también busca dotar a la organización de mayor flexibilidad, promoviendo el trabajo en equipo. Nuevamente, el esquema chileno es ilustrativo en este sentido. El Sistema de Salud se ha desconcentrado en Centros Regionales Autónomos, que funcionan como centros de resultados. Cada Centro cuenta con su infraestructura propia, administra sus recursos y proporciona la atención necesaria al usuario de la región. Con ésto, se busca evitar la concentración excesiva en la prestación de servicios generales de salud ofrecidos por el Estado a la población de menores recursos. En el caso México, tenemos los SILOS (Sistemas Locales de Salud), a los cuales es necesario fortalecer y propiciar su eficiencia y calidad.

3. PRODUCCION FLEXIBLE.

En un entorno dialéctico y cambiante, las organizaciones deben estar prepa-

radas para ajustarse continuamente a nuevas realidades. Algunas de las exigencias de este enfoque, son las siguientes:

- Relaciones más cercanas con los proveedores.
- Fuerza de Trabajo más involucrada, responsable y capacitada.
- Trabajo en equipo.
- Inventario cero.
- Fragmentación de la organización en redes de cooperación: sociedades de valor agregado.

Implica que la producción esté organizada de manera que pueda ajustarse al cambio en el diseño de productos y servicios respondiendo a las demandas del mercado.

4. ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION CONTINUA.

La calidad en el servicio no se refiere tanto a la tecnología, como a actitudes, participación del personal, involucramiento, identificación con la organización. El entrenamiento y la capacitación del personal se debe percibir como una inversión y no como un gasto.

Las tendencias anteriores no son exhaustivas, diversos autores las presentan y las detallan de manera diferente, algunos incluyen otras que les parece oportuno destacar, sin embargo, la mayoría coinciden en cuanto a la importancia de estas cuatro." (93)

El tema financiamiento-salud, resulta un elemento sustantivo en la formulación de las estrategias corporativas, por ello se ha dedicado una especial atención a este aspecto, que sin duda, motivará estudios futuros, que den las pautas a seguir en un sector cuya demanda crece paralelamente al creci-

miento demográfico en un marco de desigualdad en los servicios de salud nacionales, cuyo reto es brindar calidad y ser eficientes.

Desde el punto de vista de las variantes que se han introducido en el manejo del Sistema Nacional de Salud durante estos veinte años, se elaboró el siguiente esquema, con la finalidad de objetivizar y centrar nuestro estudio:

CONCEPTO	1990	-	1994	1984	-	1988	1974 - 1976 ; 1977 - 1983
PROGRAMAS COMPETITIVOS	P R O N A S O L			P A C T O			ZONAS MARGINADAS
METODO DE ABORDAR LOS PROBLEMAS	ALTA SELECTIVIDAD Y EXCLUSION			CONSOLIDACION DEL TERCER NIVEL			SERVICIOS DE SALUD CONCENTRADOS
	FORTALECIMIENTO DEL SEGUNDO NIVEL			"Fortalezas de los Principes."			"Fortalezas de los Señores Feudales"
	"Reforzamiento de la Artillería." Uso de medios masivos de información (ataque aéreo)			Actuar en el terreno Uso de medios masivos de Información (ataque aéreo).			Salir al terreno donde están - Los problemas. Diagnóstico General.
	Diagnóstico Regional y selectivo.			Diagnóstico Selectivo.			

CONCEPTO	1990	1994	1984	1988	1974 - 1976 ; 1977 - 1983
AREAS					
POLITICA PRESIDENCIAL	SALUD PUBLICA ATENCION MEDICA ASISTENCIA SOCIAL	MODERNIZACION	ATENCION MEDICA SALUD PUBLICA ASISTENCIA SOCIAL		SALUD PUBLICA ASISTENCIA SEGURIDAD SOCIAL
LINEA DE ACCION		El mejoramiento productivo del nivel de vida.			
ENFASIS EN	Atención Primaria Recursos Limitados Calidad de la Atención Médica.		SOCIEDAD IGUALITARIA		GLOBALIZACION
ESTRATEGIAS GENERALES	Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Descentralización de los Servicios de Salud. Modernización y Simplificación Administrativa. Coordinación Intersectorial.	Participación de la Comunidad.	Mejorar el nivel de salud de la población. Cobertura Total bajo el lema "Salud para Todos" Mínimo razonable de calidad Formación del Sistema Nacional de Salud. Sectorización Descentralización Modernización Administrativa. Coordinación Intersectorial		La promoción de la salud es la necesidad más imperiosa para la conquista del bienestar colectivo. Planificación Familiar Atención Materno-Infantil Medicina Social Integración Gradual del Sector - Salud. Diferenciación de los Niveles de Atención. Centralización de los Programas de Salud. Reforma Administrativa. Bases de la Coordinación de los sectores Público, Privado y Social. Control Demográfico.

3.2. LOS PROBLEMAS DE AHORA Y LAS
TENDENCIAS FUTURAS.

"... LAS ESTRATEGIAS NO SON FINES,
SINO MEDIOS PARA ALCANZAR LOS OBJE-
TIVOS TRAZADOS."

LIC. CARLOS SALINAS DE GORTARI
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL

Sin el ánimo de ser exhaustiva me permitiré señalar algunos de los problemas que afronta actualmente el Sistema Nacional de Salud. (*)

1. EL COSTO EXCESIVO, para la eficiente operación del Sistema, a fin de - que ofrezca calidad en la prestación de sus servicios.
 - a) Abuso de procedimientos para el diagnóstico, empleando para ello - equipo de altísimo costo.
 - b) Terapéutica prolongada en enfermos de fase terminal.
 - c) La patología burocrática, además el "tortuguismo, amén de estructuras sobrecargadas, tanto en recursos instalados, tecnológicos y humanos (incluye exceso de mandos y jerarquías).
 - d) El mito de la equidad en la prestación y disponibilidad de los - servicios de salud, que provocan gastos innecesarios.

2. REPARTICION DESIGUAL DE LOS RECURSOS MEDICOS.
 - a) Saturación de algunos servicios de salud "históricamente prestigiados".
 - b) Unidades médicas subutilizadas y de baja productividad; que contribuyen con un mínimo de cobertura.
 - c) Concentración de recursos humanos de la Salud en las áreas urbanas sin que paralelamente existan mecanismos eficientes que estimulen una distribución nacional y regional que tienda a aproximarse a los "indicadores óptimos".
 - d) Unidades Médicas de alta especialidad concentradas en la Metrópoli y en algunos servicios privados.

3. TRANSFORMACION DE LA IMAGEN DEL MEDICO, donde el sabio abnegado tiende

(*) Algunos de los puntos señalados se tomaron del análisis de Horacio Jinnich, en su artículo "Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos de América" (94)

a desmitificarse para dar paso a un profesional ambicioso y arrogante empeñado en enriquecerse.

Adicionalmente, la presencia de la mujer que emerge como médico y que presiona permanentemente a la apertura de nuevos espacios clínicos, - terapéuticos, políticos y administrativos.

4. LA EXCLUSION DE MEDICINAS PARALELAS, que actúan de manera informal, - pero por no ser consideradas como "científicas" y consumistas de medicamentos de patente y tecnología, no han tenido un desarrollo institucional donde se vigile formalmente su ejercicio y evite "charlatanería o estafa".
5. INSATISFACCION DE UN NUMERO CRECIENTE DE MEDICOS, que en el pasado - fue un grupo poderoso, prestigiado y rico y que ahora, con la "popularización de la profesión", ha saturado especialidades y restringido - oportunidades laborales y remuneraciones (salario, honorarios, etc.).
6. ATROFIA DEL ARTE DE LA CLINICA, en este momento el médico depende cada día más de complejos instrumentos de diagnóstico, admirables pero no indispensables, y que, de ninguna manera pueden substituir a la - clínica médica para diagnosticar la mayor parte de los casos que se - atienden.
7. LOS SERVICIOS DE ATENCION AL PUBLICO (pacientes y familiares), en casi todas las instituciones del Sistema, son deficientes en el trato, oportunidad y capacidad resolutive. No es raro encontrar recursos humanos habilitados en tareas de relaciones humanas, dando "orientación o informes" sin tener una formación que propicie la realización de -

las metas de calidad y calidez en los servicios de salud (donde solo -excluiríamos los servicios privados que "cuidan a su clientela").

8. LA RELACION MEDICO-PACIENTE, se despersonaliza y se deteriora vertiginosamente ante la negativa del profesional de explicar conveniente y -suficientemente las circunstancias del paciente y, en algunos casos, hasta negarse radicalmente a realizar esta tarea con los enfermos y/o familiares. Existe un aforismo que dice del médico, que: Debe "curar a veces; aliviar a menudo; consolar, alentar, inspirar fe y esperanza -siempre", el cual se ha ido olvidando paulatinamente.
9. OPCIONES LIMITADAS DE FINANCIAMIENTO.
10. INGRESOS POR CUOTAS o pagos de servicio con márgenes de aportación mí nimos, y, por tanto, deficitario para las instituciones (incluso las privadas).
11. SERVICIOS ASISTENCIALES restringidos en cobertura, infraestructura y recursos en general.
12. SUBUTILIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS en el sector público, de seguridad social y asistencial. Tenemos el conocimiento de que el personal trabaja "más y mejor en el área privada (tal vez por temor a ser despedidos)", aún con el mismo e incluso menor salario, que el que se devenga en las instituciones oficiales.
13. LAS TACTICAS DE SELECTIVIDAD en la atención de ciertos daños a la salud, ha hecho que enfermedades mejor controladas nacionalmente en otro tiem po, reaparezcan en el escenario.
14. LOS MANDOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, en sus esferas pública y social, muestran una tendencia a ocuparse fundamentalmente (personal-

mente o en "equipo"), de su trascendencia política y no en la eficiencia de las instituciones a su cargo. Las designaciones obedecen a la lógica del "relacionismo" y no a la selección óptima de ejecutivos y directivos con capacidad para el mando y administración de los servicios.

16. LOS SERVICIOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD no solo muestran niveles de atención diferenciados; sino una composición socio-económica variada en los usuarios que requiere estudiarse para determinar sus necesidades concretas de salud, y establecer sistemas de cobro o cuotas más retributivas que las vigentes. Así mismo, no dispensar recursos en actividades que no se requieren en un lugar y circunscripción determinada.

Por otro lado, los organismos prestadores de servicios al tener distintas modalidades de financiamiento, disponen de recursos también diferentes heterogeneizando así la atención que se brinda. El modelo de competencia-demanda, no opera en el sistema (salvo los servicios privados).

17. LA DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD, es un proceso incompleto que requiere "desamarrar las cadenas que imposibilitan su realización".
18. LOS PROGRAMAS DEDICADOS a atenuar las desigualdades sociales como han sido el programa de "Zonas Marginadas", "el Pacto" y ahora en PRONASOL o Programa Nacional de Solidaridad, son establecidos estratégicamente a partir de una concepción política presidencial de vigencia sexenal, ellos consumen recursos del erario federal y menguan en los sectores de salud, educativo, asistencial, etc. La participación y eficiencia

de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, e incluso duplican acciones y entorpecen el manejo de las instituciones. Probablemente se establecen con la finalidad de llenar vacíos y fortalecer al Ejecutivo; las instituciones se suman "políticamente" y desplazan las acciones fundamentales de su actividad primordial.

19. EL GASTO SOCIAL debe buscar los caminos para equilibrarse y dedicarse al conjunto de condiciones que favorecen la salud y productividad de la población y no permitir que se consuman los recursos infructuosamente.

En cuanto a las Tendencias, que probablemente sean las futuras del Sistema Nacional de Salud, podemos, genéricamente, citar las siguientes:

1. La concepción del Estado mínimo, posiblemente provocará una contracción y reorganización del Sistema Nacional de Salud, donde el Sector Privado tome un auge fundamental.
2. La descentralización, la desburocratización y la simplificación administrativa tomarán un renovado impulso para su realización, donde muy probablemente los recursos humanos amplíen sus responsabilidades y eleven el nivel de productividad individual.
3. El uso de la tecnología costosa aplicada a nivel de la medicina, continuará su tendencia creciente de consumo.
4. Estimo que esta corporación nacional no buscará ya su crecimiento; sino la estabilización y refinamiento de sus actividades, haciendo un mejor uso de lo que se posee, vía racionalidad y eficiencia en la administración de los recursos.
5. Se formularán modelos competitivos de una institución a otra.
6. Se introducirán nuevas formas de financiamiento a la salud, condicionadas a nuevos modelos económicos financieros.
7. Los profesionales de la medicina deberán ser formados para asumir un compromiso social y nacional; más no exclusivista y privilegiado.
8. Se retomará el control demográfico, ante la política nacional de recuperación económica y social; que presione a la población a limitarse; sobre todo en las zonas urbanas.

9. Se ofertarán servicios de salud y asistenciales a los jóvenes (población que en la pirámide poblacional, ocupa el espacio más importante).
10. Por último, lo más probable es que persista la corriente política mundial de la predominancia del estado regulador, y esto tendrá efectos importantes en lo referente a la concepción de la salud, tanto individual como colectivamente.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS AL CAPITULO III

- (53) Maquiavelo. "El Príncipe". Comentada por Napoleón. Antología de -
Doctrinas Económicas, Políticas y Sociales. UAM-Ixtapalapa. México
1988. Pág. 116
- (54) Ibid
- (55) Ibid
- (56) Sun Tzu. "El Arte de la Guerra". Edit. Colofón
- (57) Ibid
- (58) Valdez Olmedo, Cuauhtémoc. "Bonanza, Crisis,¿Recuperación?"
Fundación Mexicana para la Salud. México, 1991 pág. 8-13
- (59) Ibid. Pág. 34
- (60) Ibid
- (61) Ibid. Pág. 35
- (62) Ibid. Pág. 37
- (63) Ibid. Pág. 40
- (64) Ibid. Tabla 19 pág. 68
- (65) Ibid. Pág. 39
- (66) Ibid
- (67) Ibid. Pág. 41
- (68) Ibid. Pág. 16 y 17
- (69) Ibid
- (70) Ibid
- (71) Ibid. Pág. 17
- (72) Ibid. Pág. 21
- (73) Ibid. Tabla 8, pág. 56
- (74) Ibid. Pág. 22

- (75) Ibid. Figura 3 pág. 23
- (76) Ibid. Pág. 24
- (77) Ibid. Pág. 30 y 31
- (78) Ibid. Pág. 31
- (79) Ibid. Figura 9, pág. 31
- (80) Ibid
- (81) Ibid
- (82) Ibid. Pág. 46
- (83) Ibid. Pág. 47
- (84) Ibid. Pág. 32
- (85) Ibid. Figura 10, pág. 33
- (86) Gavito M., Javier. Profesor del ITAM. "Alternativas del Financiamiento para el Sector Salud y Tendencias Recientes en la Administración de Organizaciones. Resumen de la Ponencia Magistral para el Subsecretario de Planeación de la SSA: Dr. Norberto Treviño - García Manzo. México, 1991
- (87) Ibid
- (88) Castañeda, Tarsicio. "El Sistema de Salud Chileno: Organización, - Funcionamiento y Financiamiento". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 103, No. 6. Diciembre, 1987
- (89) Ibid
- (90) Ibid
- (91) Ibid
- (92) Ibid
- (93) Gavito M. Javier. op. cit.
- (94) Jinich, Horacio. "Triunfos y Fracasos de la Medicina En los Estados Unidos de América." Gaceta Médica de México Vol. 126 No. 2. Marzo-Abril 1990

CONCLUSIONES

C O N C L U S I O N E S

1. El objetivo puede ser conocido pero la manera de lograrlo constituye la esencia misma de la estrategia.
2. La funcionalidad global por la suma de funciones específicas convenientemente enlazadas, son la característica fundamental de las Corporaciones.
3. El Sistema Nacional de Salud puede estudiarse como una corporación - al contener el sector público, privado y social cuya meta es la Protección a la Salud.
4. La salud es un concepto multifactorial que comprende la atención médica, el desarrollo social, las condiciones de vida de la población y la situación económica macrosocial y microsocia, lo cual se traduce en un nivel de salud posible en un momento o época determinado.
5. El Programa Nacional de Salud 1990-1994 expone como línea de acción "el mejoramiento productivo del nivel de vida", en un marco de recursos limitados, por lo que se debe deducir que el Sistema Nacional de Salud deberá funcionar con eficiencia y eficacia.
6. Los mecanismos que usará en este período la Administración Pública - Federal, serán: inducción y concertación.
7. El Programa Nacional de Salud 1984-1988 tuvo como interés fundamental brindar "Salud para todos en el año 2000" e inició la descentralización de los Servicios de Salud.
8. El Plan Nacional de Salud 1974-1976; 1977-1983, es la vertiente principal de la que emanan las líneas de acción del Sistema Nacional de Salud a lo largo de los 20 años estudiados en este documento.
9. Las estrategias empleadas en el período 1974-1994 pueden resumirse - en tres:

- Ataque de los problemas de salud de manera intrainstitucional.
 - Ataque de los problemas de salud en el terreno.
 - Ataque de los problemas de salud según su jerarquía (selectividad), con la introducción y el uso de medios masivos de información.
10. Las fuentes de financiamiento con que cuenta el Sistema Nacional de Salud se deben ampliar y diversificar a fin de contar con los recursos óptimos.
 11. El gasto por concepto de salud deberá aplicarse con mayor eficiencia, eficacia y rigor; a fin de que rinda mayores beneficios a la población más desprotegida, evitando "abanderar" programas presidenciales de corta vigencia.
 12. El presente trabajo sugiere a los administradores de los servicios de salud introducir las técnicas modernas utilizadas en corporaciones, para aplicar los recursos mediante sistemas cualitativos y cuantitativos que ofrezcan mayor beneficio bajo la idea básica de "cómo hacer más con lo mismo".
 13. Los servicios asistenciales requieren mayor impulso para que "atenúen los problemas sociales" de manera más decisiva y efectiva.
 14. Por último, y de gran importancia; conviene considerar que el presente trabajo pudiera ser valorado y validado por expertos en estrategias militares y sometido a un estudio crítico, donde sería posible desprender aportes para dos disciplinas: la primera sería la salud, beneficiada por el uso más racional y más directo, más eficaz y efectivo en "blancos móviles sumamente evasivos".
La otra disciplina sería la administración, para la cual la concepción de "estrategia" difiere en cuanto a significado y forma de la estrategia militar.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar CH. Después del Milagro. México. Ed. Cal y Arena. 4a.ed. 1990.
- Aguilar CH. México: Transición y Modernidad. En Nexos. 1986; 124.
- Borja J. Para Descentralizar el Estado. En Nexos. 1980; 35.
- Castañeda T. El Sistema de Salud Chileno: Organización, Funcionamiento y Financiamiento. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1987; 103-6.
- Clausewitz. Sobre la Guerra. "Estrategia". I.
- Constitución Política de Estados Unidos Mexicanos.
- De la Madrid HM. Decreto del 7 de agosto de 1984. México. Presidencia de la República. 1984.
- De la Madrid HM. Mandato Popular y Mi Compromiso Constitucional 1983-1988. Plan Nacional de Desarrollo. México, 1983.
- Diario Oficial del 7 febrero de 1983. México, 1983.
- Echeverría AL. Discurso de Contestación a Jorge Jiménez Cantú, con motivo de la presentación del Plan Nacional de Salud. 23 de octubre de 1974. México.
- Excélsior. El Plan Nacional de Salud será expuesto el día del Médico ante Echeverría. 19/octubre/1984.
- Fajardo OG. Breve Historia de los Hospitales de la Ciudad de México. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. México, 1980.
- Garduño VG. Seminario de Administración Superior. Estrategia. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. México, 1991.
- Garduño VG. Seminario de Investigación. Corporaciones. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. México. 1991.
- Gavito MJ. Alternativas de Financiamiento para el Sector Salud y Tendencias Recientes en la Administración de las Organizaciones. México, 1991.
- Jinich H. Triunfos y Fracasos de la Medicina en los Estados Unidos de América. Gaceta Médica de México. 1990; 126-2.

Ley General de Salud.

Lopez PJ. Plan Global de Desarrollo. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1980.

Martínez LR. Táctica y Estratégica. En Gran Enciclopedia del Mundo. España: Ed. Martín. DURVAN. 1975; 17.

Maquiavelo. El Príncipe. Comentada por Napoleón. Antología de Doctrinas Económicas, Políticas y Sociales. UAM, Iztapalapa. México, 1988.

Moreno TA. Desconcentración de la Actividad Económica, en los Procesos de Descentralización en España y México. México. IMAP, Praxis 1986; 75.

Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de la Salud 1984-1988. SSA. IMSS, ISSSTE y SINADIF. Imprenta y Encuadernación Ruíz. México, 1984.

Rosado MJ. Combinación de los Sectores Público y Privado en el Sistema Nacional de Salud y el Papel de la Secretaría de Salud. México, 1990.

Salinas de GC. Plan Nacional de Desarrollo. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1989.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud 1974-1976; 1977-1983. Vol. III Programas. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1974.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. Consorcio Industrial Litográfico. México, 1990.

Soberón AG, Ruiz, LC., et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud, 1833-1983. Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de la Salud de la Presidencia y UNAM. México, 1983.

Sun Tzu. El Arte de la Guerra. Ed. Colofón.

Universidad Autónoma Metropolitana. Organo Informativo. Debate Académico sobre el Programa Nacional de Salud 1990-1994. 1991; XV-27.

Valdez OC. Bonanza, Crisis, ... ¿Recuperación?. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1991.

Kliksberg B, Sulbrandt J. et al. Para Investigar la Administración Pública. INAP, España.