

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

C. S. H.

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

PUBLICA EN MEXICO

TESINA DE ADMINISTRACION

PATRICIA ARIAS GARCIA

MATR. 90328626

SEMINARIO DE INVESTIGACION III

PROFR. FERNANDO MERCADO F.

ABRIL DE 1995

CAPITULO III.

I. PRESUPUESTO Y GASTO PUBLICO EN SALUD	37
II. ADMINISTRACION DE LA SALUD PUBLICA	38

CAPITULO IV.

I. PREVENCION EN SALUD	44
II. ATENCION PRIMARIA	48

CONCLUSIONES	50
--------------	----

ANEXOS	53
--------	----

BIBLIOGRAFIA	66
--------------	----

U.C.
20/11/2011

P R O L O G O

Cuando me enteré de que uno de los grupos de Seminario de Investigación III trataría temas de Derecho Fiscal, el interés por cursarlo apareció de inmediato, pues se trata de un área muy pocas veces abordada en la carrera de administración, pero de mucha utilidad para sus profesionistas.

Al principio, la elección del tema para desarrollar la tesina, la cual conforma el objetivo fundamental de la materia, se hizo de una forma entusiasta (con apoyo del asesor), pero pronto nos dimos cuenta de las limitaciones que enfrentábamos, pues no se cuenta con la suficiente información biblio-hemerográfica y la de campo está sumamente restringida, o si se prefiere protegida por sus autores. Al respecto, cabe señalar, que los datos y demás argumentos que se exponen en este escrito, representan el alcance de nuestras reducidas posibilidades y provienen de publicaciones hechas por instituciones que controla el propio Estado.

La cuestión de la Salud Pública, que constituye el punto central de mi análisis, pocas ocasiones ha sido objeto de atención del público. Se le considera más bien como un asunto del gobierno, de carácter exclusivo para la Secretaría correspondiente; por lo cual, poco se reflexiona acerca de las características, ventajas y desventajas que lleva consigo la atención de un servicio público de salud, en los habitantes de un país como México; que aún se encuentra en vías de desarrollo.

Tal ha querido ser la reflexión abordada en el presente trabajo, que concreta la conclusión de una carrera profesional.

Finalmente y atendiendo a lo ya mencionado, quiero manifestar mi agradecimiento más profundo al Profesor Fernando Mercado por habernos ofrecido su amable asesoría, además de su continua motivación que nos llevó a la terminación del presente trabajo. También agradezco a aquellas personas que me facilitaron la información estadística, necesaria para respaldar las líneas escritas. En especial, al personal que labora en el INEGI, la ONU, la OMS y la Biblioteca de la Facultad de Derecho de la UNAM; instituciones que visité frecuentemente.

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

En una situación económica como la que actualmente estamos viviendo, parece fundamental no perder de vista el papel que desempeña el Estado en la sociedad mexicana. Principalmente en lo que concierne a las Finanzas Públicas, pues mucho depende de su buen manejo, el progreso que pueda alcanzar un país y la distribución equitativa del ingreso que se pueda establecer; lo que indiscutiblemente conduce a un bienestar generalizado de la población.

Sin embargo, pocas veces nos vemos interesados por lo que gasta el gobierno y en qué lo gasta; prueba de ello, es que la mayoría de nosotros desconoce su publicación anual en el Diario Oficial de la Federación, la cual aparece de forma muy sintetizada permitiendo la debida comprensión. Situación ésta, engendrada por múltiples razones de carácter más bien político y social.

Por tal, he querido plantear dicho asunto en torno al sector de la salud pública; que se concretiza en el referido tema de "Financiamiento de la Salud Pública en México". A través de su análisis, he querido exponer el grado de importancia, tanto cualitativa como cuantitativa (ésta última reflejada en el porcentaje destinado al sector salud, dentro del presupuesto de egresos), que se le otorga a la Salud Pública en nuestro país y qué tan conveniente es que el Estado asuma su control y asignación.

Cuatro capítulos son los que forman el contenido del presente trabajo; explicados éstos bajo el esquema que ofrece la OMS, con respecto al concepto de salud, mundialmente reconocido.

El primer capítulo, nos ofrece un amplio panorama sobre la Salud Pública, específicamente en nuestro país, así como los requerimientos elementales que deben observarse forzosamente en el desempeño de la atención médica; como por ejemplo la garantía de una calidad, donde lo inadecuado debe referirse a negligencia o IATROGENIA (riesgos que superan a los beneficios), es decir, descuidos médicos o el agravamiento o creación de nuevas enfermedades por errores médicos, situación que acontece muy a menudo en nuestro país.

Se menciona además, la relación que vincula al Estado con la Salud Pública, en cuanto a los medios de financiamiento que subsisten.

El siguiente capítulo, contempla los fundamentos teóricos que obligan a determinados cuestionamientos, en cuanto a las acciones que realiza el Estado para cumplir con su función social. Claro está, en el área de la salud.

Las dos últimas partes, tratan sobre las deficiencias administrativas que ocurren en la Secretaría de Salud (como en algunas otras); las cuales afectan gravemente la inversión de los recursos financieros empleados para tal fin.

Paralelamente incluyo aquellas alternativas, que algunos autores

sugieren para eficientar la cuestión de la Salud Pública en nuestro país.

Debo decir, por último, que el presente escrito contempla ciertas limitaciones claramente encontradas. Por tratarse de un campo que concierne particularmente al Estado, la información presenta poco análisis y menos aún confiabilidad; sobre todo si hablamos de datos estadísticos que son recabados y estructurados, de forma exclusiva, por personal que colabora con el mismo Estado.

Pero a pesar de dicho inconveniente, espero que la presentación de este trabajo, ofrezca al lector una vertiente interesante y una experiencia agradable.

C A P I T U L O I

S A L U D P U B L I C A

I. SALUD PUBLICA.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad".

A partir de este concepto, debemos pensar que el ser humano requiere, además de la satisfacción de las necesidades básicas, contar con un nivel de vida social y económico adecuado que tienda al logro de tales condiciones de bienestar.

Digamos entonces, que para alcanzar tal situación, es necesario el crecimiento o desarrollo económico de nuestro país y a su vez una justa distribución de la riqueza. Algunos economistas, coinciden en creer que el desarrollo de una nación está íntimamente relacionado con los recursos que se pueden destinar al sector de la Salud Pública; y que con ésto el crecimiento de la red de servicios de salud, tiende al beneficio colectivo de la población, elevando la calidad de vida de los habitantes.

De esta manera, es como se considera que el crecimiento económico, es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población, de la mejor prestación de los servicios de salud.

Pero los niveles de salud no dependen solamente de la

atención médica sino que se encuentran condicionados también por la disponibilidad de los servicios públicos, como el agua potable y el drenaje, la alimentación, la educación y el medio ambiente. De igual manera dependen de la distribución equitativa del ingreso en los habitantes de un país, reflejado por los niveles de empleo e ingreso.

Es por ello que el Sistema Nacional de Salud considera a la Salud como una Salud Pública que debe estar a cargo y bajo la custodia del Estado. Retomando la definición de la OMS, diríamos que Salud Pública es el estado de bienestar físico, mental y social que propicia el desarrollo integral del individuo y de la sociedad en su conjunto; de ahí que la salud no sólo constituya un valor biológico sino además un valor social y cultural que se orienta a nivel nacional. En este sentido, "la salud constituye un bien social al ser causa y efecto del desarrollo, y en particular, un insumo para el desarrollo económico y una inversión en el capital humano de una nación" (¹).

Después de conocer el campo tan amplio que contempla el concepto de la Salud Pública, estaremos de acuerdo en reconocer que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población . Así como también, el crecimiento económico de una nación, impulsa a una expansión y mejoría en los servicios.

¹C.Cruz Rivero, "Diversidad Financiera...", Salud Pública de México, Suplemento, [107].

Estas afirmaciones las hemos concluido después de observar que, en general, las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las condiciones de salud de los países no industrializados. (ver cuadro 1 y 2)

En principio, porque "al menor PNB -Producto Nacional Bruto- percápita de los países en desarrollo generalmente se asocian otras diferencias, como el elevado peso que las actividades primarias tienen en el sistema económico; así como elevadas tasas de crecimiento poblacional, bajos niveles de escolarización y finalmente malas condiciones de salud de la población" (²).

La principal vinculación del nivel de desarrollo y de la situación de salud, se analiza precisamente, a través de la relación entre el nivel del PNB percápita y de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años. Otro de los indicadores más importantes para conocer el estado de salud de una población es su esperanza de vida al nacer (este indicador denota cuál es el valor esperado de años de vida de una persona recién nacida), el cual tiene cifras mayores en los países con altos ingresos.

También la proporción de la población con acceso a agua potable es menor en los países en desarrollo, específicamente en México, que en los países industrializados. Estos últimos ofrecen acceso

²R., Molina Salazar, "Desarrollo Económico y Salud", Salud Pública de México, núm. 3, [229].

al agua potable al total de su población, mientras que en los países de menores ingresos la proporción varía del 92% hasta el 77% en el caso de nuestro país. (ver cuadro 1)

Concluyendo, tendríamos que la salud debe verse como causa y efecto del desarrollo. Dado que no pueden existir sociedades desarrolladas sin altos niveles de salud, ni pueden darse sociedades en las que se goce de razonables índices de salud, sin desarrollo.

La salud es vista entonces como una de las premisas básicas para lograr el desarrollo económico, social y cultural de una nación. Es asimismo uno de los indicadores en los que se sintetiza el grado de bienestar alcanzado. Por ello, mantener y aumentar los niveles de salud constituye una de las metas esenciales que debe perseguir el Estado para beneficio de la sociedad.

En relación con esta actividad, existen tres características básicas que califican las acciones del gobierno en torno al sector salud; estamos hablando de equidad, cobertura y calidad.

A. E Q U I D A D.

"Dar a toda la gente lo que necesita no implica que a todos los individuos se les va a dar lo mismo" (³). La equidad tiende a una mejor distribución de los bienes con el fin de atender las

³J.Laguna García, "Equidad y Salud", Salud Pública de México, Suplemento, [10].

necesidades de los individuos o de los grupos con mayores carencias.

La OMS sugiere el empleo de indicadores de cobertura, equiparables a indicadores de equidad, para conocer el grado de avance en materia de salud. Entre ellos destacan los que se establecen con respecto a la población total que recibe atención médica, los partos atendidos por personal calificado, los niños menores de dos años vacunados, el número de personas con acceso a agua potable y el número de personas con acceso a una unidad de atención a la salud. El apoyo a la actividad que puede mejorar alguno de estos indicadores se convierte en la óptima estrategia para resolver los problemas de salud.

En México, con frecuencia se habla del caso contrario a la equidad, es decir de la inequidad social y económica. En cuanto a seguridad social, la inequidad en salud ha estado visiblemente ligada a esta inequidad socioeconómica y entre ambas, generan graves consecuencias a la población: la pobreza, la ignorancia y la enfermedad; que en su conjunto llevan al deterioro del nivel de vida de la población.

La desigualdad o falta de equidad en salud tradicionalmente ha formado parte de una profunda y extensa desigualdad vinculada al desarrollo, al ingreso nacional y al ingreso por persona.

Hasta ahora, casi siempre, la preocupación del gobierno por el grado de equidad en salud pública se ha orientado hacia el aumento de la cobertura y a una mayor accesibilidad a los

servicios de salud. Sin embargo, en un país de pobreza como el nuestro, muchos habitantes no ven resueltos sus problemas de salud con solo aumentar el número de unidades de atención o el acceso a los servicios, pues tienen nutrición deficiente, ingresos bajos, vivienda inadecuada y una educación precaria. Por lo tanto, hablar de equidad ante la salud es, ante todo, hablar de equidad ante el desarrollo; y aquélla sólo podría contemplarse como parte de un programa más amplio de desarrollo equitativo.

B. C O B E R T U R A.

La cobertura de salud pública depende de la existencia de una red de servicios, compuesta de establecimientos diseñados para atender tanto los problemas generales de salud como los específicos de los diversos grupos de población del país.

Un Servicio Nacional de Salud de caracter universal, simplifica la operación y los trabajos en torno a la cobertura. Con respecto a las instituciones que en México atienden la salud pública y proporcionan los servicios de seguridad social, éstos se agrupan básicamente en tres formas de servicios: gubernamental, representado por lo Secretaría de Salud y por los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal; las instituciones de seguridad social, integradas fundamentalmente por el IMSS y el ISSSTE y los servicios que prestan PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Defensa Nacinal y la Secretaría de Marina; y finalmente, el sector

privado, constituido por individuos o grupos particulares. (ver cuadro 3)

Las tres formas de prestación de servicios para la salud ya descritas, responden a principios diferentes; los gubernamentales se atienden al principio igualitario de que "la salud es un derecho de todos los mexicanos"; los servicios que prestan las instituciones de seguridad social se basan en el derecho gremial a recibir protección social entre los que se cuentan los servicios de salud. Por último, el ejercicio privado de la medicina, apoyado en leyes de libre oferta y demanda, se proporcionan bajo la vigilancia de la Secretaría de Salud.

La cobertura de los servicios médicos que ofrecen las instituciones de seguridad social mexicana han aumentado significativamente, en relación a las otras formas de atención médica: "en 1950 la proporción era de 4.3 por ciento de la población total existente; en 1970 se elevó a 25.3 por ciento; en 1981 a 47.8 por ciento y en 1990 a 59.1 por ciento" (⁴). Cabe hacer notar que el 90 por ciento de esa cobertura total se ha extendido al medio urbano, mientras que sólo el porcentaje restante se atiende al medio rural.

En un contexto global, los servicios de salud que ofrecen una cobertura completa, es decir al 100%, se encuentran en mayor medida localizados en los países industrializados como podemos apreciar en el cuadro 1.

⁴Estadísticas Históricas de México, [166].

Por lo anterior hemos de pensar, que el mejoramiento y ampliación de la cobertura de los servicios es parte de las políticas nacionales de salud y representa un cambio de enfoque en la planeación de la salud, el cual ha pasado de la organización de campañas y programas de control de daños específicos, a la creación de infraestructura diseñada para atender y resolver las múltiples necesidades de salud de grupos de población o de toda la población.

Aún en tiempo de crisis, es posible lograr la ampliación de la cobertura mediante cambios estructurales y de procedimientos; que contemplen una revisión legal, tecnológica y financiera de los sistemas institucionales. Y lleven a un mejoramiento y ampliación de los servicios en función de la eficiencia social del sistema de salud.

Además, debería considerarse la idea de que la extensión de la cobertura, no depende sólo de la construcción de nuevas unidades, sino también de la remodelación de las existentes, de la adecuada utilización de los recursos humanos, de los mecanismos de aprovisionamiento, y en general, de la adecuada gerencia del sistema de salud pública en México.

C. CALIDAD.

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas, puede enfocarse desde dos puntos de vista; según las expectativas de cada uno de los grupos poblacionales: los que proveen la atención (la institución y los trabajadores) y los usuarios de los

servicios (los pacientes).

La calidad en el primer grupo es mejor cuando los profesionales que proporcionan la atención están mejor entrenados, más especializados, tienen mayor experiencia en el ejercicio profesional, trabajan en hospitales de enseñanza o proporcionan los servicios en asociación con otros colegas. "A mejores recursos humanos, mejor será la atención que se dé a los usuarios".

En cuanto al alcance de la calidad para el grupo poblacional, depende principalmente de su situación económica. Aquí la calidad de la atención médica es generalmente más deficiente entre los más pobres, pues se distribuye inequitativamente entre los diferentes grupos poblacionales.

Independientemente de ello, los pacientes esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación como de eficacia y calidad. Pero en los países en vías de desarrollo, se argumenta con frecuencia la imposibilidad de otorgar servicios de calidad por la carencia de recursos. Y aunque esta carencia de recursos puede afectar la calidad, no es posible que se le atribuya la totalidad de un deterioro de la calidad a los servicios de salud otorgados por el Estado; más bien tendríamos que evaluar el proceso de planificación y administración de las instituciones de salud y seguridad social, y tal vez de la misma Secretaría de Salud.

"No es factible que el presupuesto para la salud sea ilimitado, aun en los países más ricos del mundo, por lo cual debemos propiciar la eficiencia y administración racional de los

recursos en las unidades médicas" (⁵).

Los servicios de salud pública pueden evaluarse también mediante otros parámetros como son infraestructura, insumos, expedientes clínicos y la tasa de mortalidad.

Infraestructura: La valoración de la infraestructura física, donde son realizadas las actividades por los prestadores de los servicios, es de gran relevancia para determinar la calidad de las acciones desarrolladas.

Insumos: La solución adecuada de la patología detectada en los usuarios de los servicios, va a estar determinada por los insumos utilizados, esto es, los medicamentos.

Expediente clínico: El expediente clínico ha sido instrumentado tradicionalmente para evaluar la calidad con que se otorga la atención por el personal médico.

Finalmente, el grado de mortalidad en los servicios de atención médica, representa un parámetro negativo evidente de la calidad con que se otorga la atención.

Después de todo, lo que deberá lograrse en la salud pública, es un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por la otra, partiendo de la base del derecho a la salud de los pacientes y de la disponibilidad limitada de recursos del país.

⁵M. Ruíz de Chávez, "Bases para la Evaluación...", Salud Pública de México, núm. 2, [165].

II. ESTADO Y SALUD PUBLICA.

En 1983, es incorporado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la protección de la salud como una garantía social; establecido actualmente en el artículo 4o. de la misma carta magna, que dice textualmente que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...Es deber de los padres, preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas. "De esta manera, se estableció la responsabilidad del Estado, de proveer lo necesario para darle creciente efectividad al derecho" (⁶).

En líneas anteriores habíamos dicho que gobierno, sociedad e individuo son responsables de la salud pública, pero el control y vigilancia de la atención médica, corresponde exclusivamente al poder público. A quien le compete de igual manera, el conducir, orientar y promover los procesos sociales en torno a la protección de la salud y el combate a la enfermedad, así como también, desencadenar la participación comunitaria y de los individuos en el autocuidado de su salud.

⁶C.Cruz Rivero, op.cit., pág. 106.

Al respecto, Michel Foucault dice que "la buena medicina deberá recibir del Estado testimonio de validez y protección legal; está en él, establecer que existe un verdadero arte de curar" (⁷).

El orden y coherencia en las acciones, responsabilidades y recursos que un país destina a la salud, son la expresión de la forma de conciencia del Estado y la sociedad en general, de que la salud es un valor y su protección un derecho social.

Incluso, la legitimidad de un sistema de gobierno llega a medirse, en parte, por la prioridad que éste otorgue al derecho a la salud, la magnitud de los recursos que le asigne, el grado de movilización que promueve y el nivel de salud al que accede la población.

III. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PUBLICA.

Los gobiernos postrevolucionarios han destinado cuantiosos recursos para financiar los servicios de salud y, en general los programas de desarrollo social. Sin embargo, los períodos de crisis han obstaculizado el crecimiento de la economía, lo cual se ve reflejado en el, a veces, escaso financiamiento del Estado hacia el sector salud.

La caída del gasto público, especialmente en este sector, es reflejo de una política de austeridad presupuestal; que a su vez tiene como trasfondo, un fuerte estancamiento económico. (Entiéndase por gasto público, toda aquella erogación generalmente en dinero, que incide sobre las finanzas del Estado y se destina al cumplimiento de fines administrativos o económicos - sociales del

⁷M.Foucault, El Nacimiento de la Clínica, pág. 40.

Estado).

Las cifras siguientes nos ilustran dicha situación: en 1980 el gasto para la salud significó el 2.90% del gasto total ejercido por el gobierno federal, en 1982 el 2.60%, en 1984 el 2.80%, en 1986 el 2.00%, en 1988 el 4.20%, en 1990 el 3.80%, en 1992 el 5.00% y en 1994 el 4.90%. (ver cuadro 4)

Como podemos observar, en el año de 1980 el porcentaje destinado al rubro de la salud fue todavía significativo para tal década, ya que fue poco antes de que aconteciera la crisis económica en México. Sin embargo, a partir de 1982 disminuyeron gradualmente los recursos proyectados al sector salud de una forma notable; esto puede ser atribuído a la crisis de los ochentas. Y es hasta 1988 que nuevamente se ve incrementado dicho porcentaje, alcanzando el 5.00% en el año de 1992. En base a esto, podremos notar que en el sexenio anterior se destinaron mayores recursos a la salud pública, principalmente a través de los programas de solidaridad que el gobierno estableció en su administración.

A partir de entonces, se ha buscado ampliar la participación del sector privado en la salud pública, con el fin de aumentar los recursos y mejorar los esquemas de financiamiento existentes. Esta situación ha dado lugar a un régimen de economía mixta en México, lo que implica entonces, que en la prestación de servicios de salud participen tanto el sector público como el privado. Ello

ha motivado al establecimiento de diversas modalidades de financiamiento, que constituyen un instrumento fundamental para la adecuada prestación de servicios de salud.

Los servicios públicos de salud, en nuestro país, cuentan con tres tipos de fuente de financiamiento: el esquema unipartita, el bipartita y el tripartita.

En el tipo UNIPARTITA, que corresponde a las instituciones que atienden a la población abierta, los recursos provienen de las aportaciones del gobierno federal (más del 80% en promedio), de los gobiernos de los estados y de las cuotas de recuperación que se aplican a los usuarios por ciertos servicios. Dichas instituciones representan los servicios médicos proporcionados por el Departamento del Distrito Federal y por la Secretaría de Salud, a través de los centros comunitarios de salud y otras instituciones regionales.

El esquema BIPARTITA corresponde al régimen de seguridad social de los trabajadores al servicio del gobierno federal, proporcionado por el ISSSTE. Estos servicios se prestan a los trabajadores llamados burócratas.

Por último, el tipo TRIPARTITA, corresponde al régimen de seguridad social de todas las personas que tienen relaciones formales de trabajo en empresas del sector privado y en algunas del sector social. En esta modalidad los ingresos proceden de tres fuentes: los patrones, los trabajadores y el gobierno federal.

Aunque este último tipo de financiamiento es básico para la

prestación de servicios de salud, por la cobertura que llega a alcanzar, a raíz del tipo de relación de trabajo que sustenta (empresarial); debiera ser mayor la atención de recursos al esquema unipartita, puesto que éste ofrece servicios médicos a la población en general, independientemente de su relación laboral.

Digo esto pensando en aquél gran porcentaje de la población que se dedica al comercio ambulante o a alguna otra actividad de carácter independiente, que la mayoría de las veces cuenta con ingresos mínimos y con la imposibilidad de asegurarse en alguna institución de gobierno o de seguridad social como es el IMSS.

Además de los servicios públicos ya descritos, existen ciertos espacios para la prestación de servicios privados de salud. Como ya habíamos mencionado, éstos se rigen por las leyes del mercado: se compran servicios a particulares, que están a disposición de la población que los demanda y que tiene capacidad para pagarlos; puesto que sus costos son muy elevados. Los servicios privados, al igual que los demás servicios médicos, se encuentran bajo el control y supervisión de la Secretaría de Salud.

Por lo tanto, dada la pluralidad de agentes que intervienen en la prestación de servicios, es necesario que el Estado plantee una política flexible que garantice equidad, eficiencia y calidad y, simultáneamente, conduzca a una mejor utilización de los recursos financieros globales de una sociedad.

C A P I T U L O I I

OBLIGACIONES DEL ESTADO

I. ESTADO Y GOBIERNO.

"La actividad del Gobierno es una actividad del Estado, que existe al lado de la legislación, la justicia y la administración" (⁸). El Gobierno no es mas que el ministro del Soberano: un cuerpo intermedio establecido entre los súbditos y el soberano para su mutua correspondencia; encargado de la ejecución de las leyes (los miembros de este cuerpo se llaman gobernantes).

Como se considera que la teoría de los actos de gobierno aparece en un sistema jurídico moderno a base de legalidad, la noción de dichos actos ha ido cambiando con el tiempo, con la tendencia a reducir su dominio. Y así se han caracterizado sucesivamente, a causa de su fin político; a causa de su objeto por constituir parte de la actividad de gobernar, distinta de la de administrar, porque mientras la primera se concentra en actos de principio que proveen a la marcha de los servicios públicos y a la seguridad interior y exterior, la segunda se limita a la aplicación diaria de la ley y al funcionamiento normal y constante de los servicios públicos; y por último, a causa de razones de oportunidad, que forman obstáculos para someterlos a

una discusión jurisdiccional. Habiéndose llegado finalmente por la

⁸G.Fraga, Derecho Administrativo, pág 64.

jurisprudencia a reconocer solamente como actos de gobierno los actos del Ejecutivo en relación con el Congreso; incluyendo la convocatoria a sesiones, la intervención del gobierno en los debates parlamentarios, la iniciativa y la promulgación de las leyes, los actos y operaciones referentes a las relaciones diplomáticas y otras.

"En el Estado actual...lo que la Nación exige no es ser gobernada sino ser administrada y, además, serlo de la manera que resulte más barata" (⁹).

El Poder Ejecutivo puede apreciarse bajo un doble aspecto: como Gobierno o Poder Político y como Poder Administrativo. El Ejecutivo, como Gobierno o Poder Político se define por la situación que guarda dentro del Estado, con relación a éste y a los demás Poderes en que se divide el ejercicio de la soberanía. La situación del Ejecutivo como Poder Administrativo se define por la relación con la ley que ha de aplicar y ejecutar en casos concretos.

En su carácter de gobernante, al Ejecutivo (como representante del Estado), corresponde realizar los actos de alta dirección y de impulso necesarios para asegurar la existencia y mantenimiento del propio Estado y orientar su desarrollo de acuerdo con cierto programa que tienda a la consecución de una

⁹H.Heller, Teoría del Estado, pág. 231.

finalidad determinada de orden político, económico o, en general, de orden social.

"...el objeto o fin del vasto aparato que constituye nuestro Gobierno no es otro que el de la distribución de la justicia...sólo por el cuidado del Gobierno se construyen los puentes, se abren los puertos, se abren los canales y se entrenan los ejércitos" (¹⁰).

Los actos que con tal finalidad realiza el Poder Ejecutivo son los que constituyen los actos de Gobierno, en representación del Estado Soberano.

II. ESTADO SOBERANO Y SOCIEDAD.

La finalidad máxima y principal que buscan los hombres al reunirse en Estados o comunidades, sometiéndose a un gobierno es la de salvaguardar sus bienes.

En primer lugar se necesita una ley establecida, aceptada, conocida y firme que sirva por común consenso de norma de lo justo y de lo injusto, y de medida común para que puedan resolverse por ella todas las disputas que surjan entre los hombres. En segundo lugar, hace falta en el Estado de naturaleza un juez reconocido e imparcial, con autoridad para resolver todas las diferencias, de acuerdo con la ley establecida.

¹⁰J.Mora Rubio, Historia de las Doctrinas Políticas y Sociales, pág. 369.

Aunque al entrar en sociedad el hombre renuncia a la igualdad, a la libertad y al poder ejecutivo de que disponía en el estado de naturaleza y hace entrega de los mismos a la sociedad, no cabe aceptar que el poder de la sociedad política, o de los legisladores instituidos por ella, pretenda otra cosa que el bien común, hallándose obligados a salvaguardar las propiedades de todos los habitantes.

De lo anterior, podríamos deducir entonces, que el Estado es una unión de hombres para la realización de todos los fines comunes, es por tanto, el soporte de la ordenación en que se realiza la comunidad de vida del pueblo. "El titular de este poder se denomina Soberano y se dice que tiene poder soberano; cada uno de los que le rodean es súbdito suyo" (¹¹). Cada miembro del cuerpo político es a la vez ciudadano y súbdito. Ciudadano , en tanto que participa de la actividad del cuerpo político (que cuando actúa se llama soberano y cuando es pasivo, Estado). Súbdito , en tanto que obedece a las leyes votadas por este cuerpo político, por este soberano del cual es miembro.

Todos los ciudadanos se comprometen bajo las mismas condiciones y deben gozar todos los mismos derechos. Por consiguiente, el soberano jamás tiene derecho a cargar a un súbdito más que a otro.

Se alcanza este poder soberano por dos conductos. Uno por la fuerza natural, como cuando un hombre hace que sus hijos le estén sometidos; o que por actos de guerra somete sus enemigos a su

¹¹ Ibídem, pág.137.

voluntad. Ocurre lo otro cuando los hombres se ponen de acuerdo entre sí, para someterse a algún hombre o asamblea de hombres voluntariamente, en la confianza de ser protegidos por ellos contra todos los demás.

El Estado es la organización normalmente más poderosa dentro de su territorio. Y es en el Estado moderno, donde alcanza el más alto grado de seguridad jurídica el status social del derecho, porque la organización jerárquica de aquél dispone de un cuerpo extraordinariamente diferenciado desde el punto de vista técnico, integrado por órganos dedicados al establecimiento, aplicación y ejecución del derecho positivo. Para garantizar tan alto grado de seguridad jurídica es supuesto necesario la Soberanía del Estado. Su cualidad de unidad suprema de decisión y acción es lo que le permite asegurar la unidad del derecho y de la ejecución, así como mantener vías de derecho y de reclamación. "La eficacia de este sistema de control jurídico está condicionada por el monopolio estatal de la coacción física legal, es decir, por la inadmisibilidad de un derecho legal de resistencia contra las disposiciones del poder del Estado" (¹²).

Es Soberana aquella Organización a la que es inmanente el poder sobre sí mismo, la que es capaz de determinar sustancialmente por sí misma el uso del poder de la Organización. Sólo existe un Estado, allí donde el poder sobre la Organización

¹²H.Heller, op.cit., pág. 243.

social-territorial le pertenezca a ella misma, le sea propio, donde la decisión sobre el ser y modo de la Organización tenga lugar dentro de ella. El Poder del Estado es Soberano, lo que significa que es, dentro de su territorio, poder-supremo, exclusivo, irresistible y sustantivo.

La Soberanía del Estado significa, pues, la Soberanía de la Organización estatal como poder de ordenación territorial supremo y exclusivo. El Estado, como Organización territorial soberana, es creador supremo de las normas y tiene el monopolio del poder de coacción física legítima. Pero no toda actividad del Estado es actividad política; la calidad de político de un poder social no es algo establecido definitivamente, de una vez para siempre, sino que depende de las circunstancias sociales, especialmente de la mayor o menor homogeneidad social y política del pueblo del Estado.

"Cuando existen fuertes tensiones políticas, todas las relaciones sociales se hacen finalmente políticas e incluso llegan a estimar políticos, actos tales como el alcantarillado de una calle, el establecimiento de una fábrica o de un sanatorio o la construcción de una escuela" (¹³).

El poder del Estado, considerado desde un punto de vista existencial y en la relación con otros poderes que se encuentran en su territorio, es un poder superior porque está sobre ellos, del mismo modo que una organización económica puede ser superior a otra; también porque tiene a su disposición el orden jurídico

¹³ Ibídem, pág. 223.

establecido y asegurado por órganos estatales. Pero es el poder supremo como sujeto de la soberanía, porque está supraordinado a todos los restantes poderes dentro de su territorio y dicta las normas jurídicas supremas. Según esto, la Soberanía del Estado no es más que la consecuencia necesaria de su función social. El poder del Estado tiene que ser, desde el punto de vista del derecho, el poder político supremo, y desde el punto de vista del poder, el poder político normalmente más fuerte, dentro de su territorio, pues de lo contrario no será soberano ni poder del Estado.

III. FINES DEL ESTADO.

"El Estado tiene a su cargo la realización de ciertas tareas, variables en el tiempo, pero que corresponden en cada época al pensamiento político de la colectividad y para cuyo cumplimiento requiere bienes muebles e inmuebles, servicios y por lo mismo dinero en efectivo" (¹⁴).

El origen histórico de las funciones del Estado se encuentra en los conflictos entre las clases sociales o en la contradicción entre los diversos sectores del capital. La función del Estado nos es necesariamente dada por una situación cultural y natural. No es nunca una mera situación natural la que reclama la función estatal. Hácese ésta una necesidad que domina nuestro obrar en el momento en que se produce una determinada situación cultural, a

¹⁴E.Flores Zavala, Elementos de Finanzas Públicas, pág. 13.

saber, cuando los pueblos se hacen sedentarios. "El asentamiento en un determinado lugar geográfico, limitado por la vecindad de otros pueblos, hace precisa una unidad de acción para la protección de este espacio así como para su eventual ampliación" (¹⁵). La función del Estado determinada por el territorio se hace, pues, necesaria en el momento en que se llega a una cierta etapa caracterizada por el sedentarismo y por una división del trabajo muy desarrollada.

La función del Estado consiste, entonces, en la organización y activación autónomas de la cooperación social-territorial, fundada en la necesidad histórica de un status vivendi común que armonice todas las oposiciones de intereses dentro de una zona geográfica, la cual, en tanto no exista un Estado mundial, aparece delimitada por otros grupos territoriales de dominación de naturaleza semejante.

El individualismo liberal declaraba que el Estado no debería hacer otra cosa que supervigilar y garantizar el desenvolvimiento de la convivencia social; "tanto mejor desempeñará su papel el Estado cuanto menor sea su intromisión en el libre juego de las llamadas leyes naturales en la filosofía, o leyes del mercado en la economía". El Estado es una especie de "gendarme" necesario pero incómodo cuya presencia debe reducirse al mínimo

¹⁵H.Heller, op.cit., pág.219.

estrictamente indispensable.

El conjunto de corrientes del pensamiento que podemos agrupar bajo el término "liberalismo" son determinantes en el surgimiento del Estado contemporáneo. Una de las características del Estado contemporáneo, en los países de economía de mercado en el siglo XX, es precisamente el abandono de dicho liberalismo, al asignar el orden jurídico atribuciones a los gobiernos para participar en los procesos sociales y económicos. "Esta participación toma un matiz particular cuando el Estado asume en forma expresa la responsabilidad de fungir como rector del proceso de desarrollo social y económico, para lograr que sea integral y evitar así los desequilibrios regionales y sectoriales, así como la inequidad distributiva" (¹⁶).

Diferentes teorías socialistas, asignan papeles también diferentes al Estado. De acuerdo con unas (el Marxismo y sus derivados), el Estado fue un simple cómplice (gendarme corrupto, sobornado) de la acumulación de privilegios en un sector minoritario de la sociedad.

Otras teorías del socialismo de Estado, propugnan la existencia permanente del Estado, a condición de que cumpla funciones activas y directamente reguladoras del orden, no sólo jurídico y político de la colectividad, sino también -y principalmente- del económico. Si es necesario debe competir con

¹⁶G.Gil Valdivia, Aspectos Jurídicos del Financiamiento Público, pág. 24.

el individuo e inclusive sustituirlo totalmente, para crear y mantener el equilibrio social.

En la fase del señalado neocapitalismo (¹⁷) el Estado asume nuevas funciones financieras como la promoción de la "equidad" en la distribución del ingreso y de la riqueza; la optimización en la asignación de recursos; así como el crecimiento con estabilización y pleno empleo de los recursos productivos. El Estado administra los sectores básicos de la economía y se desarrollan los sistemas de vivienda y seguridad social.

Con el objeto de que el Estado asuma sus nuevas atribuciones se expande el gasto público y se instituyen nuevos instrumentos para su financiamiento.

a) FUNCION SOCIAL.

Hasta principios del siglo XIX las funciones asistenciales eran confiadas a las corporaciones de artes y oficios. Al desaparecer éstas, cumplieron dicha misión las sociedades de ayuda mutua, que tenían también una tarea de previsión social. Finalmente la previsión social se impuso como una necesidad ante los riesgos surgidos de la revolución industrial, que creaba para los trabajadores unas condiciones con mayores carencias y los relegaba a vivir en vastos conglomerados urbanos, sin los vínculos de solidaridad existentes en la comunidad rural.

¹⁷Tanto Europa Occidental como los Estados Unidos, viven en un sistema neocapitalista, en el que se han incrementado enormemente los ámbitos de acción del órgano Ejecutivo, tanto por su intervención en los procesos económicos como por la tecnificación de la Administración Pública.

La "cuestión social", surgida como efecto de la revolución industrial, representó el fin de una concepción orgánica de la sociedad y del Estado, que sostenía que la unidad de la formación económico-política estaba asegurada por el desarrollo autónomo de la sociedad, con la simple garantía de unas intervenciones políticas de "policía".

Se impuso la necesidad de una tecnología social que detectase las causas de las fracturas sociales y buscase los remedios a través de intervenciones concretas de reforma social. Si Inglaterra, antes de 1900, contaba ya con una avanzada legislación de fábricas, en la Alemania de Bismarck se llevó a cabo una serie de intervenciones articuladas dirigidas a crear un sistema de previsión social, concretado entre 1883 y 1889 (¹⁸) en los primeros programas de seguro obligatorio contra la enfermedad, la vejez y la invalidez.

A finales del siglo XIX nace un Estado intervencionista que se comprometía cada vez más en la financiación y en la administración de programas de seguridad social. Las primeras formas de seguridad social se dirigían a contrastar el avance del socialismo buscando crear una dependencia del trabajador respecto del Estado.

Más adelante los seguros sociales, extendidos a otras categorías de trabajadores además de los obreros, constituyeron una forma de redistribución del ingreso entre los núcleos familiares. Siempre

¹⁸La Ley que instituía pensiones por invalidez y vejez, aprobada en Alemania en 1889, representaba una contribución de 50 marcos por parte de la Hacienda Imperial, para cada pensionado.

con este fin se fue imponiendo progresivamente una intervención financiera cada vez más acentuada del Estado.

En la época del gobierno constitucional, Estado y propiedad se separan. Esta separación origina la dependencia -una dependencia fiscal- del Estado respecto de la sociedad. El problema del Estado parece estar pues en su recapitalización sobre la base de la imposición fiscal, o sea en la acumulación y concentración de capital público y de propiedad pública para permitir la solución de los problemas sociales más urgentes. "Las finanzas públicas empiezan así a adquirir un papel central en el análisis del Estado, ya que en ellas se sintetiza la relación de lo político con la sociedad civil(todo problema social es un problema financiero)" (¹⁹). Así se puede reconocer la necesidad de recapitalización del Estado para proveer a la satisfacción de la demanda social y discutir la posibilidad de una transformación del libre juego competitivo de las fuerzas de mercado.

La intervención del Estado adquiere así un sentido preciso, ya que tiende a socializar, o sea a imponer a toda sociedad civil, la carga de valorización del puro sector económico más desarrollado. Aquí se origina el incremento del gasto público cuando a principios de siglo se teorizaba una ley del crecimiento de la actividad estatal. El gasto público no logra proveer, a causa del abismo creciente entre egresos requeridos e ingresos insuficientes, la erogación de recursos para satisfacer las

¹⁹N.Norberto Bobbio, Diccionario de Política, pág. 545.

instancias de un conjunto cada vez más amplio de sujetos, cuya reproducción social puede ser confiada solamente a la expansión de los gastos sociales por parte del estado.

La crisis fiscal (y con ella la crisis de legitimación) se revela como una crisis social o crisis del estado de seguridad social. La creciente integración de estado y sociedad civil, encuentra en el análisis del gasto público, el instrumento privilegiado de investigación para aclarar el alcance y los resultados de la estrecha articulación existente entre el estado y la sociedad.

Si Adam Smith y David Ricardo limitaban las funciones del Estado al mantenimiento de instituciones militares, policiales, educativas y jurídicas y dejaban todo lo restante al desarrollo natural de la lógica del mercado, las funciones anteriormente señaladas expresan en cambio claramente la presencia del Estado dentro del proceso de acumulación.

b) FUNCION ECONOMICA.

Al tradicional aparato político-representativo del estado se añaden funciones económicas y sociales dirigidas a asegurar, a través de diversas formas de política social, la integración de la fuerza de trabajo en los equilibrios del sistema político-económico. Las funciones tradicionalmente desempeñadas por el Estado pueden ser esquematizadas de la siguiente forma:

-Creación de las condiciones materiales generales de la producción

(infraestructura, protección del trabajo, seguridad social, asistencia sanitaria, etc.).

-Determinación y salvaguarda del sistema general de leyes en el que se dan las relaciones entre sujetos jurídicos dentro de la sociedad capitalista.

-Reglamentación de los conflictos entre trabajo asalariado y capital (reglamentación de la oferta de mano de obra).

-Afirmación y expansión del capital nacional global en el mercado capitalista mundial.

-Creación de las motivaciones adecuadas al proceso laboral (aparato ideológico, estabilización de la familia como agente fundamental del proceso de socialización).

Estas funciones, demuestran claramente, que la intervención del estado es siempre complementaria a la intercambiabilidad de la mano de obra como mercancía en el mercado. En efecto, es cierto que el capitalismo ha liberado mano de obra, pero no ha definido la cantidad y la calidad de trabajo que debe invertirse en el proceso de producción, y es precisamente esta reglamentación la que compete al estado.

c) FUNCION JURISDICCIONAL.

En las relaciones entre particulares surgen numerosos conflictos a cuya resolución el estado debe proveer, para hacer respetar la reglamentación que ha hecho de esas relaciones. El medio para conseguir ese resultado es la función jurisdiccional.

La cual está organizada para dar protección al derecho, para evitar la anarquía social que se produciría si cada quien se hiciera justicia por su propia mano; en una palabra, para mantener el orden jurídico y para dar estabilidad a las situaciones de derecho (Art.17 constitucional).

Si la función jurisdiccional tiene como finalidad la de hacer respetar el derecho, de darle estabilidad, el acto con que trate de satisfacerse ese propósito debe tener el mismo carácter fijo y estable. Esa fijeza y estabilidad sólo se logran dando a la sentencia fuerza definitiva e irrevocable, presumiendo que en ella está contenida la verdad legal.

d) FUNCION ADMINISTRATIVA.

Se considera a la función administrativa como la actividad del poder ejecutivo encaminada a la ejecución de la ley (que abarca asegurar el mínimo de condiciones necesarias para la continuidad de la vida nacional, es decir, el mantenimiento del orden público y la marcha de los servicios públicos). Art.89 Constitucional.

Esta función tiene por objeto manejar los asuntos corrientes del público, en lo que atañe a la ejecución de las leyes de derecho público y a la satisfacción de los intereses generales, haciendo todo esto por medios de policía y por la organización de servicios públicos en los límites de los fines del poder político que ha asumido la empresa de la gestión administrativa. "La administración no solamente ejecuta, sino que también está encargada de proteger la población y el territorio del estado y de

conservar el bienestar material y moral del pueblo" (²⁰).

La función administrativa del Estado es, por lo tanto, la que éste realiza bajo un orden jurídico, y que consiste en la ejecución de actos materiales o de actos que determinan situaciones jurídicas para casos individuales. Algunos casos donde interviene la función administrativa del Estado son los siguientes:

a) Tratándose de relaciones familiares, es por medio de funciones administrativas que se presta el servicio del registro civil que dá validez, publicidad y certidumbre a esas relaciones.

b) Los registros de propiedad y de comercio, cuyas actuaciones son también administrativas, constituyen medios adecuados para dar estabilidad a las relaciones privadas.

c) El servicio notarial, impuesto como forzoso en unos casos y voluntario en los demás, constituye otra de las formas en que la función administrativa interviene.

e) FUNCION LEGISLATIVA.

La función legislativa es el medio de crear la competencia de los agentes públicos en cuanto al fomento, limitación y vigilancia de la actividad de los particulares, por medio de normas generales: en qué deben consistir estos actos y cuál es la situación jurídica de los particulares a quienes afectan.

"El acto del poder público que fija la responsabilidad fiscal de un contribuyente; que aplica una sanción por infracción de la

²⁰G.Fraga, op.cit., pág. 63.

ley; el otorgamiento de una subvención; el cobro de un impuesto; la realización de un acto de beneficencia; constiuyen actos que determinan situaciones jurídicas individuales".

Lo mismo ocurre con el otorgamiento de licencias y permisos para desarrollar actividad especial, pues esos actos condicionan la aplicación de regímenes generales, creados de antemano, a un caso individual.

En México, la función legislativa del Estado es la que realiza el Congreso Federal, compuesto por la Cámara de Diputados y de Senadores (Art.50 constitucional).

En el desempeño de la función legislativa del Estado también participan la función administrativa, por el alcance concreto de los actos y la función jurisdiccional que se involucra en la resolución de conflictos entre los particulares.

C A P I T U L O I I I

I. PRESUPUESTO Y GASTO PUBLICO EN SALUD.

Los mexicanos están obligados a contribuir para los gastos públicos federales, estatales y municipales "de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes" (Art.31 Constitucional,fracción IV).

La proporcionalidad y equidad de la tributación, se sustentan en el establecimiento de contribuciones según la posibilidad económica de las personas. A su vez, la capacidad económica de la población está determinada, en parte, por la situación económica general del país así como de su equidad distributiva del ingreso.

"El papel del sector público, es clave en la redistribución progresiva de ingresos y de riqueza; la disminución del empleo; el mejoramiento del nivel de la población; el incremento de las reservas de capital social básico y productivo, y en general, en el desarrollo de determinadas actividades preferentes" (²¹).

Al respecto, la protección de la salud, como requisito y premisa básica de cualquier proyecto nacional, no busca únicamente la ausencia de enfermedad, sino el bienestar que resulta del acceso equitativo a una serie de satisfactores básicos que son producto del quehacer social organizado; como son el trabajo remunerado en condiciones salubres y la garantía de

²¹S.de la Garza, Derecho Financiero Mexicano, pág. 89.

alimentación, educación y vivienda, entre otros. En estos términos, ya no interesa solamente lo que el desarrollo pueda hacer por la salud, sino también lo que la salud pueda hacer por el desarrollo.

Consecuentemente los programas de salud no deben verse como un gasto que el gobierno realiza una vez que ha alcanzado sus metas de crecimiento económico; por el contrario, los programas de salud representan una inversión crucial para crear las condiciones políticas, sociales y económicas que demanda el país.

"La distribución de los recursos monetarios y financieros necesarios para solventar los costos de los programas, en este caso de los programas de salud, se hace a través de un presupuesto".

II. ADMINISTRACION DE LA SALUD PUBLICA.

La tendencia hacia la privatización de servicios públicos de salud, que se está cuestionando en diversas partes del mundo, obliga a considerar este fenómeno a nivel nacional. Convendría pues evaluar la participación actual y potencial del sector privado en los servicios públicos mediante subrogación de servicios y la prestación de servicios de apoyo, así como el impacto que significa la deducción fiscal por concepto de impuestos y contribuciones al sistema tributario.

El programa de racionalización del gasto médico, que hoy en día se plantea, pretende la reducción presupuestal y el incremento cuidadoso de los ingresos fiscales. Se dice al respecto que las finanzas públicas muestran una paradoja: se reduce el ingreso público y aumentan los tributos.

Pero antes de adoptar dicha alternativa, que plantea el incremento específico de tributos especiales, debe reflexionarse primero en la adopción de un arreglo en el sistema fiscal, que permita gravar a las personas con el criterio de equidad más adecuado: según sus ingresos.

Sólo que en este sentido, el sistema fiscal mexicano tiene gran rezago; pues el impuesto sobre la renta -que grava el ingreso de las personas- representa el 40.9% de los impuestos y el 19.8% de los ingresos totales, en tanto que el impuesto al valor agregado -tributo que grava el consumo de las personas al margen de sus ingresos- significa el 24.1% de los impuestos y el 11.7% de los ingresos totales. (ver cuadro 5)

Por tal motivo, la creación de otro tributo no parece ser una buena opción, especialmente si se consideran que los problemas más agudos que presenta el sistema fiscal en México son los relacionados con el costo de la deuda interna y externa; con la evasión fiscal y con el volumen de ingresos a las finanzas públicas y su distribución y aplicación.

Con respecto a lo anterior, podríamos deducir que no es solamente la escasa captación de recursos que se proyecta a la

salud pública lo que agobia al mismo sector salud en nuestro país, sino además los usos y malas costumbres de la administración que inciden en el financiamiento de los programas de salud. Las deficiencias e insuficiencias se conjugan con el costo creciente de la salud.

La incapacidad de cobertura, la baja calidad de la atención y la ineficiencia administrativa también están relacionadas con esa obsolescencia organizativa, la inadecuación de los recursos disponibles y la creciente centralización de políticas.

Por tanto, más que requerirse de un mayor presupuesto en los servicios de salud, lo que se necesita es un eficaz sistema de planificación y administración en el sector que aproveche a plenitud los recursos destinados para tal efecto.

Convendría pues, mejorar el diseño de los mecanismos de financiamiento (más que aumentar o crear nuevos impuestos) para que atiendan a la distribución y aprovechamiento del presupuesto en forma óptima. "La filosofía y la práctica de las instituciones de salud se deben regir por el sabio proverbio de hacer más y mejor con menos" (²²)

Las acciones que finalmente se han instrumentado para elevar el rendimiento de los recursos de salud en nuestro país son:

A) Adopción de mecanismos de asignación de recursos fiscales,

²²M.Herrera Zárate, "Dilemas del Financiamiento...", Salud Pública de México, núm. 6, [810].

conforme a prioridades y racionalización de compra de insumos y equipo, en términos de cuadros básicos;

B) Vinculación de acciones e infraestructura intersectorial para complementar programas y aprovechar recursos;

C) Promoción del financiamiento estatal a la salud;

D) Aprovechamiento del financiamiento externo;

E) Aplicación de cuotas diferenciadas por el otorgamiento de servicios de salud; con base en las condiciones económicas y sociales de la comunidad, la capacidad de servicios y los costos;

F) Promoción de la participación de las instituciones de seguridad social en acciones de salud pública y;

G) Fomento a las aportaciones de la sociedad.

Todo ello sin olvidar que la prestación de servicios de salud, ha de regirse por prioridades sociales y programas de modernización en los que el único criterio legítimo de determinación de prioridades, es la existencia de necesidades de salud.

La Organización Panamericana de la Salud, por su parte ha establecido un conjunto de criterios y opciones, tendientes a optimizar la movilización y utilización de los recursos para actividades destinadas a lograr la meta de salud para todos. Entre los primeros se señalan la equidad, la suficiencia, la viabilidad para obtener los recursos, los efectos generados en la oferta y en la demanda, las vinculaciones intersectoriales y la

factibilidad administrativa.

Entre las opciones para aumentar el financiamiento encontramos las siguientes:

-Obtener una mayor renta tributaria. Por ejemplo, impuestos para fines específicos (aunque ya vimos que esta opción no es muy viable).

-Exigir a las empresas que presten servicios definidos.

-Establecer nuevas tarifas por servicios públicos o aumentar las existentes.

-Promover el financiamiento comunitario.

-Fomentar la recaudación de fondos por parte de organizaciones no gubernamentales.

-Ahorrar por medio de la utilización más eficiente de recursos.

-Reorientar las prioridades dentro de los servicios existentes o seleccionar métodos de prestación menos costosos.

A nivel internacional, el Banco Mundial propone cuatro políticas de financiamiento de los servicios de salud:

A) Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios;

B) Provisión de seguro u otra forma de protección frente a riesgos;

C) Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales;

D) Descentralización de los servicios de salud gubernamentales.

Aunque para el caso de México, el fortalecimiento de la economía tiene varias precondiciones: como lo son el saneamiento

de las finanzas públicas, la reducción del sector público, la elevación de la eficiencia y productividad y el impulso a la descentralización, con el consecuente fortalecimiento de los gobiernos estatales y municipales.

C A P I T U L O I V

ALTERNATIVAS DE SALUD

I. PREVENCIÓN EN SALUD.

El cuadro epidemiológico en México conjuga, en el medio rural, la desnutrición y las infecciones agudas y, en el medio urbano, además de esos padecimientos, predominan los accidentes, las enfermedades crónicas y los padecimientos mentales.

Las principales causas de muerte en la población general durante 1991, presentan en conjunto, una situación equilibrada entre enfermedades transmisibles con los padecimientos de tipo degenerativo y con accidentes; las transmisibles ligadas al mal saneamiento como las diarreas; las degenerativas, como los tumores malignos y enfermedades del corazón; y los accidentes y muertes violentas como consecuencia del urbanismo y la industrialización. Pero, en general, las neumonías y las diarreas continúan ocupando los primeros lugares como causa de defunción en la población total. (ver cuadro 6)

Por otro lado, tenemos el caso de la mortalidad infantil, la cual constituye una pérdida muy grave desde el punto de vista social y económico. Tan es así, que dicho índice de mortalidad se utiliza ya como parámetro, para medir el nivel de desarrollo alcanzado por una nación.

En México, la alta mortalidad infantil, de hace algunas décadas,

ha descendido significativamente, puesto que de una tasa de 254.9 defunciones por mil nacidos vivos registrados en el año de 1903, gradualmente llegó a 20.7 en 1991.

La desnutrición y las enfermedades contagiosas son los principales padecimientos que aquejan a la población infantil. (ver cuadro 7). Esta situación se debe a que, al igual que la diarrea, se trata de padecimientos que están tan estrechamente relacionados con la pobreza, que su control debe estar acompañado de un previo cambio en las condiciones generales de vida y salud; por lo cual es preciso dar un mayor énfasis a la medicina preventiva que al control curativo de los padecimientos sufridos por la población. Al respecto, cabe mencionar, que el grupo de los infantes es el más susceptible a las acciones que tienden a mejorar el ambiente y la alimentación.

Pero aquí habría que contemplar un nivel de cobertura que aún no se logra cumplir de forma total en nuestro país; tanto de los servicios y obras públicas, como de los servicios estrictamente relacionados con la atención a la salud. Por ejemplo tenemos el caso de la diarrea y enfermedades gastrointestinales que se suscitan sobre todo en aquellas áreas marginadas donde la mayoría de las veces se carece del servicio de agua potable, de drenaje o de salubridad.

Y en el caso del medio urbano, donde encontramos un amplio porcentaje de muertes por accidentes, podemos observar que muchos de éstos se originan por la poca importancia que se les dá a las

medidas de prevención; estipuladas en los reglamentos de higiene y seguridad para los trabajadores y la empresa. Que establecen como obligatorios en su observancia, la Secretaría de Salud conjuntamente con la Secretaría del Trabajo.

A efecto de ello, la modificación del modelo de salud hacia un enfoque preventivo, podría contribuir significativamente en el combate a las enfermedades prevenibles. "Porque la mejor manera de evitar que se propague la enfermedad, es aún, difundir la medicina" (²³).

Tal modelo podría a la vez, contener el aumento sostenido de los costos de los servicios de salud, al poner menor énfasis en los servicios curativos que requieren de insumos costosos y muchas veces de importación.

Se dice que los medicamentos forman parte de la columna vertebral en la atención de la salud, como componente intrínseco de la prevención, curación y rehabilitación de la población y no puede dejarse a la espontaneidad. Sin embargo, en México se estima que una tercera parte del gasto público y privado se destina a la compra de medicamentos con dudosa eficacia clínica y a precios elevados internacionalmente, y que el beneficio de la adquisición consolidada de medicamentos se reserva para las compras oficiales en el sector salud, sin efecto alguno para la población en

²³M.Foucault, op.cit., pág. 56.

general.

Cuando se utiliza un mayor porcentaje de recursos económicos para los programas preventivos, además de evitar los graves efectos de las múltiples enfermedades, logran abatirse los costos individuales y sociales de curarlos. Atender sólo parcialmente estos problemas de salud, hoy en día evitables, significa enfrentarlos forzosamente en el futuro, a costos por demás elevados, y con el riesgo de no disponer de recursos suficientes para solventarlos.

Pero en términos reales, el presupuesto sigue favoreciendo de manera privilegiada a la atención curativa en demérito de la preventiva; con una inadecuada distribución del presupuesto por programas .

Generalmente se destina el 60% del presupuesto a la salud, a la atención curativa y el 5% a programas preventivos; en el caso de la seguridad social, el 90% se utiliza en atención curativa y sólo el 3% en atención preventiva. (ver cuadro 8)

Como Secretaría rectora, le correspondería a la Secretaría de Salud en todo caso, el fomentar más ampliamente la difusión de la medicina preventiva en lugar de la curativa. Que tienda al establecimiento de un modelo de prevención tal y como se ha mencionado, que incluso optimizaría la distribución del gasto público en el sector salud.

II. ATENCION PRIMARIA.

Una de las alternativas con que cuentan los países en vías de desarrollo para alcanzar el bienestar que plantea la OMS, como premisa de salud; es el enfoque en la Atención Primaria.

La Atención Primaria consiste en la prestación de servicios médicos "baratos" para los pobres, a cargo de personal médico poco calificado. Reafirmando también los derechos del individuo a una alimentación adecuada, una vivienda digna, educación, etcétera; así como la obligación moral de buscar estas metas en forma activa.

En lugar de cambiar el entorno social de la pobreza, con la Atención Primaria se intentan combatir algunas de las condiciones directamente responsables de una salud deficiente o de la muerte (desnutrición, falta de sanidad en los hogares, escasez y deficiente calidad del agua) con los recursos disponibles para ello, que generalmente incluyen una combinación de trabajo comunitario (construcción de centros de salud, de letrinas, obras de drenaje, etc.) y mensajes a la población sobre cómo llevar una vida lo más saludable posible en condiciones de bajos niveles de vida.

Asimismo, bajo dicho esquema, el fortalecimiento de los servicios de higiene del trabajo, se ha dado con la incorporación de la asistencia sanitaria de los trabajadores a los sistemas nacionales de salud.

Así, en su mayoría, los programas de Atención Primaria se han instrumentado en un contexto de pobreza extrema y con escasos fondos nacionales e internacionales.

Pero independientemente del enfoque que se le dé a la Atención Primaria -a nivel de política global, nacional o local- sus principios siempre contemplarán el mejoramiento de la calidad de vida de la población, como el requisito básico para el éxito de los programas de salud.

Por consiguiente, dicho éxito dependerá de la capacidad y voluntad de los actores e instituciones que se encuentren ubicados en los puntos claves de decisión, en que se promueva y aplique la Atención Primaria. Pues en algunos países, este tipo de atención a la salud, ha resultado ser mucho más costosa y compleja de lo que se había previsto.

En relación a este tipo de financiamiento, de Atención Primaria, cabe hacer notar, que el cuidado de la salud en los países en desarrollo, se ha distanciado cada vez más de las promesas de integración entre el bienestar físico, psicológico y social que pregona la OMS; para centrarse en técnicas de bajo costo y de utilidad comprobada, aunque más limitada. Pues como resultado de esta tendencia, a largo plazo, se ha reducido la cobertura de salud al centrarse en el control de un número limitado de causas de mortalidad, menospreciando indebidamente los padecimientos de menor incidencia, pero que son susceptibles de atacar a la población en general.

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

Así como mejores niveles de salud para la población, conducen al desarrollo económico de un país, también una situación económica equilibrada permite al individuo, en particular, y a la sociedad, en general, la posibilidad de alcanzar el estado de bienestar que contempla la salud. Obviamente, se presupone para ello, una equidad en la distribución de la riqueza entre los habitantes de la Nación.

La definición de salud que consideramos aquí, habla del equilibrio biológico, psicológico y social del ser humano. Estos tres aspectos son muy importantes y están tan interrelacionados entre sí, que mientras no exista la social bien resuelta, la biológica y la psicológica no podrán funcionar bien. Sin embargo, el área de la salud en nuestro país no ha sido debidamente atendida por las instancias respectivas, pues como lo vimos en el primer capítulo, tenemos un rezago bastante notable en relación con otros países, en cuanto a la calidad, nivel de cobertura y equidad en los servicios de atención médica, que se ofrecen al público en general. Situación que más visiblemente podemos observar, en las áreas rurales y marginadas de las ciudades.

Desgraciadamente en México, como en otros países, se han visto debilitadas ciertas funciones de las instituciones gubernamentales, por la mala o inadecuada administración de las

mismas. La Secretaría de Salud, en este sentido no es la excepción, por lo que ve disminuída su eficiencia en la prestación de este tipo de servicios.

Pero además debemos considerar otros aspectos de relevancia como son la calidad o profesionalismo de los recursos humanos, es decir del personal médico y paramédico, que desempeñan tales actividades; puesto que son responsables de la salud de amplios sectores de la población. Se habla mucho de la mala labor que puede tener un médico hacia un paciente: diagnósticos tardíos o equivocados, procedimientos inadecuados, cirugía mal realizada o prescripciones erróneas.

En segundo lugar, debe tomarse en cuenta la infraestructura y medicamentos con que operan las instituciones de salud. Y finalmente, la evaluación de los costos que se originan por tales conceptos; que muestran concretamente la eficacia del sistema de salud. "El gasto social debe estar sujeto a una amplia evaluación del costo-beneficio social".

Creo que, aunado a ello, debería contemplarse más ampliamente el plano de la educación y proyectarla con mejores resultados a dicho ámbito. La investigación científica y la tecnológica, junto con la formación de recursos humanos para la salud, constituyen una tríada esencial en cualquier proyecto de modernización o de cambio estructural.

Por otro lado, hemos podido observar la conveniencia de contar con mayores medidas preventivas, cuando actualmente se

mantiene un esquema básicamente curativo. Es necesario ampliar y difundir la medicina preventiva que proporcionan las instituciones de salud como el IMSS, ISSSTE, centros de salud y otras más; pues la que existe hoy en día es relativamente nula, otorgándose únicamente para la prevención de ciertas enfermedades a través de las campañas de vacunación para los niños. Ya que

además, la medicina preventiva involucra el cuidado del medio ambiente (que la industria ha desgastado); la ampliación de lugares recreativos y de áreas verdes y el cuidado de la higiene y seguridad en los centros de trabajo. Al respecto, debemos pensar entonces, que la salud es patrimonio que corresponsabiliza: cada uno de nosotros tiene un papel importante en el cuidado del ambiente, del agua, del manejo de desechos y del drenaje, así como en el uso oportuno y adecuado de los servicios disponibles, sin exceso o abuso.

Creo que hoy en día, considerando las conclusiones iniciales, se debería realizar la instrumentación de una política fiscal más equitativa y proporcional, con el propósito de lograr una mejor distribución del ingreso entre la población; ya que es muy difícil promover o mejorar la salud en México, cuando existe tanta pobreza. Debiéndose utilizar a la vez, mecanismos eficaces en la asignación del gasto social y un control estricto en el desarrollo de los programas u obras que traen algún beneficio social a la población.

A N E X O S

INDICADORES ESTADISTICOS BASICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
EN 1993. (Por cada 100,000 habitantes).

- * 200 camas en el D.F. (Distrito Federal) y 83.3 en Promedio Nacional.
- * 80 consultorios en el D.F. y 45.1 en Promedio Nacional.
- * 6 quirófanos en el D.F. y 2.7 en Promedio Nacional.
- * 7 gabinetes de rayos X en el D.F. y 2.4 en Promedio Nacional.
- * 2 salas de expulsión en el D.F. y 5.8 en Promedio Nacional.
- * 0.4 bancos de sangre en el D.F. y 0.305 en Promedio Nacional.
- * 240 médicos en el D.F. y 101.7 en Promedio Nacional.
- * 15 odontólogos en el D.F. y 5.8 en Promedio Nacional.
- * 450 enfermeras en el D.F. y 175.0 en Promedio Nacional.
- * 1,400 trabajadores de salud en el D.F. y 501.3 en Promedio Nacional.
- * 3.5% de mortalidad hospitalaria en el D.F. y 2.6% en Promedio Nacional.

Fuente: Boletín de Información Estadística No.13, Sistema Nacional de Salud.

C U A D R O 1

COMPARACION DEL PNB PERCAPITA Y DE INDICADORES DE SALUD EN PAISES SELECCIONADOS.

PAIS	PNB PERCAPITA (DOL. 1988)	T.MORTALIDAD < 5 AÑOS 1988	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) 1988
Colombia	1,180	68	65
Costa Rica	1,690	22	75
México	1,760	68	69
Inglaterra	12,810	11	75
Estados Unidos	19,840	13	76

PAIS	% COBERTURA DE SERV. SALUD 1985 - 87	% POB. CON ACCESO AGUA POTABLE 1985 - 87
Colombia	60	92
Costa Rica	80	91
México	45	77
Inglaterra	100	100
Estados Unidos	100	100

C U A D R O 2

PARTICIPACION DEL GASTO PUBLICO EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO SEGUN PAISES SELECCIONADOS. (PORCENTAJES).

PAIS	1987	1988	1989	1990	1991
Países Industrializados					
Alemania	30.8	30.6	29.7	30.1	33.4
CANADA	22.2	21.4	22.7	n.d	n.d
España	34.4	34.1	34.5	n.d	n.d
ESTADOS UNIDOS	23.7	23.2	23.0	23.8	25.4
Francia	43.3	43.2	42.4	42.7	43.9
Italia	51.6	47.3	48.5	49.0	50.1
Japón	16.8	16.4	16.8	15.9	n.d
Reino Unido	36.8	35.0	34.6	36.5	n.d
Países en Vías de Desarrollo					
Latinoamericanos					
Argentina	22.1	15.7	13.0	n.d	n.d
Brasil	46.7	58.6	n.d	80.5	n.d
El Salvador	12.6	11.1	10.4	10.4	12.0
MEXICO	30.9	27.2	24.1	n.d	n.d
Venezuela	25.7	26.9	22.0	22.3	19.5
Asiáticos					
Corea	16.7	16.3	17.9	19.2	19.4
Malasia	32.0	27.1	26.4	28.5	n.d
Singapur	33.6	21.2	19.4	22.2	n.d
Tailandia	19.1	17.0	15.7	15.7	n.d
Del Medio Oriente					
Egipto	42.5	46.1	42.3	n.d	n.d
Irán	19.7	20.6	17.7	19.8	n.d
Israel	58.2	55.7	49.0	50.3	52.4
Africanos					
Kenya	30.1	28.6	32.6	29.4	n.d
Lesoto	69.4	63.0	60.6	55.2	59.5
Túnez	36.1	35.5	36.0	36.2	33.0

n.d. No disponible.

Fuente: El ingreso y gasto público en México 1993, INEGI.

C U A D R O 3

POBLACION DERECHOHABIENTE DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y SU RELACION PORCENTUAL. (1985 - 1991).

INSTITUCION	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
IMSS	79.8	80.7	78.8	79.2	79.5	80.3	79.9
ISSSTE	16.3	18.1	16.9	16.8	16.7	16.8	17.5
Petróleos Mexicanos	2.6	n.d	3.2	3.2	3.0	1.9	1.6
Ferrocarriles Nacionales*	-	-	-	-	-	-	-
Secretaría de la Defensa Nacional	0.9	0.8	0.7	0.4	0.5	0.7	0.7
Secretaría de Marina	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

n.d. No disponible.

*A partir de 1982, la población derechohabiente se incorporó al IMSS.

Fuente: Estadísticas Históricas de México 1994, INEGI.

PARTE 1 (Continúa).

C U A D R O 4

PRESUPUESTO DE EGRESOS PARA LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, LAS
DEPENDENCIAS DEL EJECUTIVO FEDERAL Y LOS RAMOS DE APORTACIONES A
SEGURIDAD SOCIAL Y EROGACIONES NO SECTORIZABLES. (1980 - 1994).
 (Millones de Nuevos Pesos).

DEPENDENCIAS	1980	1982
TOTAL	683 936	1 754 185
Presidencia de la República	4 890	12 590
Gobernación	5 016	10 093
Relaciones exteriores	2 595	6 747
Hacienda y crédito público	160 902	479 232
Defensa Nacional	12 602	34 806
Agricultura y recursos hidráulicos	91 060	173 974
Comunicaciones y transportes	40 022	106 911
Comercio y fomento industrial	41 231	96 482
Educación pública	139 940	368 608
Salud	19 626	45 313
Marina	4 735	10 560
Trabajo y previsión social	2 598	8 056
Reforma Agraria	6 539	10 828
Pesca	6 395	14 357
Procuraduría General de la República	1 204	2 587
Energía, minas e industria paraestatal	96 048	248 157
Aportaciones a seguridad social	-	35 244
Desarrollo Urbano y Ecología*	36 336	63 585
Turismo	4 486	8 895
Erogaciones no sectorizables	-	-
Programación y presupuesto	7 711	17 160
Contraloría General de la Federación	-	-

* A partir de 1993 cambia a "Desarrollo Social".

PARTE 2 (Continúa).

	1984	1986	1988	1990
3	675 127	15 738 037	36 747 206	65 405 021
	8 742	21 890	123 864	153 566
	32 394	49 917	314 004	708 736
	20 257	62 916	260 778	414 820
	467 330	958 490	5 874 398	6 360 890
	145 733	353 845	1 476 326	2 664 897
	339 513	729 571	2 173 545	3 874 497
	413 072	861 236	2 910 956	3 165 469
	395 805	1 433 055	2 216 315	9 613 513
	826 712	2 112 674	10 120 060	17 702 393
	103 000	308 776	1 527 825	2 489 663
	36 111	111 223	600 690	915 706
	11 351	27 885	130 838	215 206
	32 556	54 608	233 542	331 166
	30 333	78 628	179 343	185 015
	7 438	22 579	107 121	425 395
	595 402	7 908 800	4 326 135	7 545 648
	78 349	238 202	1 849 150	3 672 505
	69 048	154 216	445 633	563 971
	16 931	28 154	132 286	564 051
	-	128 523	1 248 612	2 761 686
	39 592	83 512	451 292	1 021 185
	5 458	9 337	44 493	55 043

PARTE 3 (Concluye).

1992	1994
91 714 034	107 509 089
245 190	296 300
1 112 293	1 495 800
631 859	708 500
7 494 882	5 135 000
4 529 787	5 494 000
7 579 077	11 504 600
5 551 866	8 795 190
5 247 010	7 251 341
34 998 465	24 559 777
4 597 336	5 304 100
1 481 016	1 649 280
328 458	470 900
1 120 529	1 396 754
303 672	364 600
717 498	1 031 400
1 816 710	434 161
6 712 774	8 787 657
1 254 439	1 475 400
690 060	501 600
4 972 932	20 765 229
225 797	-
102 384	87 500

Fuente: Para 1980-1988.El ingreso y gasto público en México 1993, INEGI.
 Para 1990.El ingreso y gasto público en México 1994, INEGI.
 Para 1992-1994.Diario Oficial (varios años).

225492

C U A D R O 5

LEY DE INGRESOS DE LA FEDERACION, EJERCICIO FISCAL 1994.
CONCEPTOS Y MONTOS (Millones de Nuevos Pesos).

CONCEPTO	MONTO	PORCENTAJE
Impuestos	149 936.8	48.5
Aportaciones de seguridad social	32 428.7	10.5
Contribuciones de mejoras	-	-
Derechos	35 431.7	11.5
Otras contribuciones anteriores*	331.1	-
Productos	2 542.4	0.8
Aprovechamientos	8 810.9	2.9
Ingresos derivados de financiamientos	9 600.0	3.1
Otros ingresos	69 958.3	22.6
TOTAL	309 039.9	100.0

*Contribuciones no comprendidas en las fracciones causadas en ejercicios fiscales anteriores pendientes de liquidación o de pago.
Fuente: Publicación del diario oficial del día lunes 27 de diciembre de 1993.

C U A D R O 6

PRINCIPALES ENFERMEDADES COMO CAUSA DE MUERTE EN MEXICO. DISTRIBUCION PORCENTUAL.

ENFERMEDADES	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Infecciosas y parasitarias	11.4	11.0	10.8	9.6	9.4	9.7	7.3
Del aparato circulatorio	18.1	18.4	18.6	19.4	19.5	19.8	10.3
Del aparato respiratorio	11.9	10.5	10.0	9.7	10.6	10.5	9.9
Del aparato digestivo	8.0	8.0	7.8	7.8	7.7	7.9	8.4
Tumores (neoplasmas)	8.8	9.3	9.5	9.9	9.9	10.1	10.6
Accidentes y violencias	15.5	15.7	15.2	14.7	14.2	13.9	14.4
Otras enfermedades	26.2	27.0	28.1	28.9	28.7	28.1	39.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

C U A D R O 7

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL. (POR 1000 NACIDOS VIVOS)

CAUSAS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
TOTAL	25.0	23.4	22.2	22.8	25.7	23.9	20.7
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gripe o influenza	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Sarampión	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	0.0
Tosferina	0.2	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Sífilis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Paludismo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Bronquitis	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2
Neumonía	0.8	0.7	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7
Diarrea o enteritis	5.2	5.0	4.5	3.8	3.7	3.3	2.6
Anomalías congénitas	1.9	2.0	2.0	2.3	2.6	2.6	2.4
Causas no especificadas	0.7	0.9	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5
Otras causas	9.8	9.5	8.6	8.0	8.7	8.4	6.7

Fuente: Estadísticas Históricas de México 1994, INEGI.

C U A D R O 8

PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMA. 1987 - 1993.
(DISTRIBUCION PORCENTUAL).

CONCEPTO	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993*
Atención Preventiva	4.5	4.7	5.3	4.9	4.5	4.7	6.3
Atención Curativa	57.3	64.8	70.2	61.5	58.5	58.8	60.7
Prestaciones Sociales	2.2	3.8	1.5	4.5	5.5	5.4	4.7
Otros Programas	36.0	26.7	22.9	29.1	28.5	28.3	25.9

*Incluye N\$756.0 de PEMEX que no fueron desagregados por programa, en prestaciones sociales incluye N\$512.9 del DIF, en otros programas incluye N\$295.4 del DIF.

Fuente: Boletín de Información Estadística No.13, Sistema Nacional de Salud 1993.

ATENCION PREVENTIVA :

- Control de enfermedades prevenibles por vacunación
- Control de enfermedades transmisibles
- Detección oportuna de enfermedades
- Higiene del trabajo y prevención de accidentes
- Planificación familiar
- Orientación para la salud
- Materno infantil

ATENCION CURATIVA :

- Consulta externa general
- Consulta externa especializada
- Hospitalización general
- Hospitalización especializada
- Rehabilitación
- Atención de urgencias, emergencias y desastres

PRESTACIONES SOCIALES :

- Atención y mejoramiento nutricional
- Promoción del desarrollo familiar y común
- Atención social a pensionados y jubilados
- Servicios funerarios
- Centros comerciales y farmacia
- Atención a la infancia
- Protección y asistencia a la población en desamparo
- Asistencia a minusválidos

B I B L I O G R A F I A

Actividades de la OMS 1992-1993. Informe Bienal del Director General, Organización de Naciones Unidas, (Ginebra 1994), pp. 8-146.

Aspe, Pedro. "Distribución de los Servicios Educativos y de Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 31: Mar.-Abr. 1989, núm. 2, pp. 240-284.

Brachet Márquez, Viviane. "¿Basta con sobrevivir? Los Retos de la Integración de la Salud y el Bienestar en el Tercer Mundo". Salud Pública de México, (México, D.F.), 34: 1992, Suplemento, pp. 65-72.

Cappi, Mario. "Urge un Mejor Sistema Fiscal para Superar la Pobreza". El Universal, (México, D.F.), 4 de mayo de 1995, pp. 5, Sección Financiera.

Carnaya, Mara. "La Medicina Mexicana es Bastante Mediocre y Deficiente". El Nacional, (México, D.F.), 6 de mayo de 1995, pp. 3, Diálogos.

Cázares Hernández, Laura, María Christen [et.al.]. Técnicas Actuales de Investigación Documental, Trillas, México 1984, [4a. reimpr. de la 1a. ed. de 1980], pp. 164.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 102a. ed., PORRUA, México 1994, (Colección Porrúa), pp. 132.

Cruz Rivero, Carlos. "Diversidad Financiera para la Prestación de Servicios de Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 34: 1992, Suplemento, pp. 105-115.

De la Garza, Sergio Francisco. Derecho Financiero Mexicano, 12a. ed., PORRUA, México 1983, pp. 86-139.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 20: Dic. 1989, Tomo CDXXXV, pág. 103.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 18: Dic. 1990, Tomo CDXLVII, pág. 5.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 17: Dic. 1991, Tomo CDLIX, pág. 20.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 14: Dic. 1992, Tomo CDLXXI, pág. 16, 26.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 19: Dic. 1993, Tomo CDLXXXIII, pág. 24.

Diario Oficial de la Federación, (México, D.F.), 22: Dic. 1993, Tomo CDLXXXIII, pág. 32.

El Ingreso y Gasto Público en México, INEGI 1993, México 1994, pp. 89-179.

El Ingreso y Gasto Público en México, INEGI 1994, México 1994, pp. 775-780.

Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, 1a.ed., AGUILAR, Madrid España 1979, [1a. reimpr.], 11 ts.

Estadísticas Históricas de México, 3a.ed., INEGI, México 1994, pp. 13-194.

Flores Zavala,Ernesto. Elementos de Finanzas Públicas Mexicanas, 25a.ed., PORRUA, México 1984, pp. 3-24.

Foucault,Michel. El Nacimiento de la Clínica.una arqueología de la mirada médica, 9a.ed., SIGLO XXI, México 1983, pp. 34-99.

Fraga, Gabino. Derecho Administrativo, 31a.ed., PORRUA, México 1992, pp. 26-80.

Gil Valdivia, Gerardo. Aspectos Jurídicos del Financiamiento Público, PORRUA, México 1989, pp. 226.

Heller, Hermann. Teoría del Estado, 12a.ed., FCE, México 1987, pp. 243-265.

Herrera Zárate, Mario. "Dilemas del Financiamiento de la Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 31: Nov.-Dic. 1989, núm. 6, pp. 800-810.

José, Marco V. "Salud, Población y Desarrollo Económico en México". Salud Pública de México, (México, D.F.), 31: Mar.-Abr. 1989, núm. 2, pp. 161-162.

Laguna García, José. "Equidad y Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 34: 1992, Suplemento, pp. 9-15.

Martínez Narváez, Gregorio. "Cobertura de los Servicios de Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 34: 1992, Suplemento, pp. 16-28.

Molina Salazar, Raúl Enrique. "Desarrollo Económico y Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 33: May.-Jun. 1991, núm. 3, pp. 227-233.

Montenegro, Walter. Introducción a las Doctrinas Político Económicas, 3a.ed. rev. y act., FCE, México 1986, [3a.reimpr.], pp. 14-16.

Mora Rubio, Juan y Luis Rodríguez Ojeda (comps.). Historia de las Doctrinas Políticas y Sociales del Siglo XVI al Siglo XVIII, UAMI, México 1976, [4a.reimpr.], pp. 179-369.

Norberto Bobbio, Nicola y Gianfranco Pasquino. Diccionario de Política, 7a.ed. corr. y aum., SIGLO XXI, México 1991, pp. 540-555.

Ruelas Barajas, Enrique. "Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad". Salud Pública de México, (México, D.F.), 34: 1992, Suplemento, pp. 29-45.

Ruíz de Chávez, Manuel. "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud". Salud Pública de México, (México, D.F.), 32: Mar.-Abr. 1990, núm. 2, pp. 156-165.

----- "Fundamentos Doctrinales del Quehacer de la Salud".
Salud Pública de México, (México, D.F.), 31: May.-Jun. 1989, núm.
3, pp. 400-406.

Sistema Nacional de Salud. Recursos y Servicios, (Boletín de
Información Estadística), 1: México 1993, núm. 13, Secretaría de
Salud, pp. 569.

225492