

gastón novelo*
rafael sánchez zamora**

méxico: estructura económica y salud

Sistemas de atención médica

Como ciencia, la medicina no reconoce fronteras, ni tiene ideologías y su finalidad es la atención a todo ser humano en sus problemas de salud. El conocimiento médico es un patrimonio universal.

Sin pretender acuciosas referencias históricas, debe recordarse que desde la Revolución Francesa se inició una correlación creciente y progresiva, entre los sistemas de atención médica, de oferta de servicios médicos y las estructuras económicas de la población, los heterogéneos grupos sociales. El Siglo XX muestra con mayor claridad que el pasado, las relaciones entre los sistemas de atención médica y las características estructurales del proceso económico.

Actualmente es evidente que los sistemas aplicativos para la oferta de atención médica, o servicios de salud manifiestan peculiaridades concordantes con sistemas político-económico-sociales. Así en los países altamente desarrollados, con grandes grupos sociales de alto poder adquisitivo, donde el proceso económico se desarrolla bajo los esquemas generales del liberalismo, la profesión médica se organiza bajo este mismo modelo, con los preceptos de la libre empresa y sus características de individualismo y de relación funcional entre oferta y demanda con preocupación por el beneficio económico del ejercicio de la medicina.

En el otro polo, los países con planificación central de la economía y organización política de tipo socialista, han establecido una

* Secretario General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

** Jefe de los Servicios Técnicos del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

estructura básica para la atención médica de la población, para la oferta de servicios de salud, la medicina socializada.

Este término es habitualmente manejado con una gran flexibilidad y para algunos significa simplemente una "socialización" de la medicina, con la acepción de una estructura capaz de ofrecer servicios a todo individuo que lo requiera. Sin embargo, lo que caracteriza la oferta de servicios en los países socialistas es la concurrencia de los siguientes factores que rigen la organización del ejercicio profesional: 1) La supresión de cualquier otro sistema para la práctica médica, o cuando menos fuertes restricciones, jurídicas o ideológicas, para sus posibilidades reales de ejercicio; 2) la obligatoriedad de todo profesional en ciencias de la salud para pertenecer, y aportar su trabajo, al sistema estatal; 3) la planificación y administración de los servicios bajo la exclusiva responsabilidad del Estado; 4) el financiamiento a cargo del erario nacional, sufragado por la recaudación fiscal; 5) la accesibilidad de todos los habitantes a los servicios establecidos, como una aplicación positiva del derecho a la salud, y mediante algunas modalidades inherentes al "costo para el usuario" en cada servicio recibido.

Fuera del área socialista existen servicios, con bases conceptuales sin sustentación en ideología política, que permiten el acceso de todos los habitantes de un país de las disponibilidades en oferta de atención médica, desde las expresiones de la caridad del hombre hacia sus semejantes, en actos individuales o formalmente organizados de beneficencia, hasta la de países que han establecido servicios nacionales de salud, como una expresión concreta de "socialización" de la medicina fuera del contexto político-económico-social de un estado socialista. En estos países, cuyo ejemplo típico es la Gran Bretaña, la ley permite la coexistencia de otros sistemas de oferta de atención médica; no obliga legalmente a ningún profesional en ciencias de la salud a prestar su concurso al sistema, lo cual lo diferencia claramente de la medicina socialista. El Estado planifica y sienta las bases estructurales para la oferta de servicios de salud, y los financia con cargo al erario nacional.

Dentro del liberalismo económico se sitúa otra posibilidad, la asistencia pública, respuesta de la política social de los países frente a la realidad de la carencia de recursos económicos en algunos sectores de la población para sufragar el costo de los servicios de la oferta liberal.

Finalmente, cabe mencionar por su importancia en el mundo contemporáneo el desarrollo de un sistema de oferta, que iniciado bajo los principios básicos del apoyo solidario entre individuos, de las mutualidades, ha alcanzado su desarrollo más destacado en el marco de los seguros sociales. Esta modalidad, atención médica para

derechohabientes, está probando ser la más promisoría en el futuro de los países no socialistas.

México es un país de economía mixta. La Constitución Política vigente establece la concurrencia del sector privado y del público en la actividad económica, y en el texto constitucional y las leyes secundarias se fijan los terrenos que son competencia exclusiva del Estado, y aquellos en que la participación de la iniciativa privada está legalmente aceptada, con las condicionantes que, en todo caso, señalan la preservación del interés social sobre los beneficios del individuo, y con la finalidad última, característica del Estado mexicano desde la Constitución de 1917, de lograr un equilibrado desarrollo en lo económico y en lo social.

Dentro de este marco de referencia es conveniente un análisis de las características fundamentales de los sistemas de atención médica prevalecientes en nuestro medio, en función de su importancia social, con el objetivo de situar los puntos de concurrencia o de contradicción entre ellos, y sustentar criterios realistas en la definición del rumbo, en lo conceptual, en lo estructural, en lo económico y en lo operacional, que mejor favorezcan el logro de los propósitos nacionales por aplicar el desarrollo económico como instrumento y medio fundamental para el logro del desarrollo social, dentro de un marco político de preservación de las garantías individuales y de consolidación de los derechos sociales.

En el estudio que se presenta, aparecen ciertas valoraciones que intentan sustentarse en un balance equilibrado de la apreciación, en muchas ocasiones fuertemente objetiva, de análisis realizados en otros países, cuya información es muy amplia en la literatura anglosajona y en la de otras áreas fundamentalmente europeas.

En México de hecho coexisten todos los sistemas conocidos de atención médica, los sustentados en el liberalismo económico y la práctica de la profesión liberal tradicional, los característicos de la asistencia pública y de la beneficencia privada y los destinados a población protegida por los seguros sociales. Coexisten también representantes de la medicina empírica tradicional, el curanderismo básicamente utilizado por grupos populares en relación directa a sus patrones culturales y condición económica.

El análisis se limitará a los tres tipos de mayor importancia social en el país, la medicina privada, los sistemas de seguridad social y los de la asistencia pública. El análisis comprenderá los objetivos conceptuales, la sustentación legal, la sustentación económica, la organización de la oferta, las estructuras socioeconómicas de la población a quienes se dirige la oferta, los objetivos planificadores, los objetivos programáticos, las características fundamentales de la oferta en cuanto a contenido y recursos aplicados, y los límites para el uso de la oferta por los usuarios.

Resulta evidente que los tres tipos de atención médica que se analizan concurren al mismo objetivo conceptual, "la salud", cuya acepción abstracta preconizada por la Organización Mundial de la Salud la considera como "el completo bienestar físico, mental y social". Como es imposible determinar los servicios que se requieren para asegurar este estado ideal, en este caso se aceptará la definición más limitada de los servicios de salud que dan Corsa y Oakley: "actividades organizadas con la finalidad de disminuir el nivel de enfermedad e incapacidad humanas".

Es prácticamente innecesario señalar que esta identidad en el objetivo conceptual no contiene, ni define por sí misma, las características del sistema, por lo cual se vuelve indispensable un análisis de sus condicionantes.

Sustentación legal

La medicina privada opera bajo lo preceptos del derecho privado que norman las relaciones entre las partes involucradas en la atención médica, el oferente y el usuario del servicio.

La medicina para la población protegida por los Seguros Sociales (derechohabientes) está regida por preceptos del derecho del más alto rango, el constitucional, consagrado en México en la fracción XXIX del Artículo 123 de la Constitución, básicamente mediante las Leyes del Seguro Social, que fijan las normas para la prestación de servicios de salud, y otras prestaciones, a los asalariados urbanos y del campo, a los empleados federales y otros grupos que la ley señala, y es la fundamentación del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y otros organismos similares.

Los servicios de la asistencia pública descansan en bases de derecho social, de derechos humanos, con una estructura jurídica formal en el Código Sanitario que define las relaciones recíprocas entre los organismos de oferta y los usuarios, potencialmente toda la población del país.

SUSTENTACION LEGAL

Medicina Privada	Derecho privado
Medicina para derechohabientes	Derecho constitucional (Art. 123 Constitucional). Leyes Seguridad Social

Asistencia
pública

Derecho social (Derechos
Humanos).
Código sanitario.

Sustentación económica

Esta es una consecuencia de la sustentación legal de los servicios. En el caso de la medicina privada el costo está a cargo del usuario, mediante el pago de los servicios que recibe, directamente o a través de un intermediario.

Los seguros privados se han convertido en un intermediario entre el oferente y el usuario, fundamentalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, y en pequeña escala en México. La diferencia sustantiva con los seguros sociales radica en que la adquisición de un seguro con una institución privada es un acto voluntario de quien lo realiza, mientras que en los seguros sociales la Ley establece la afiliación obligatoria al régimen de seguro social. Por otro lado, en el caso de los seguros privados existe una relación directa entre el monto de la prima que paga el asegurado y la erogación por servicios médicos que hará la compañía de seguros, mientras que en los seguros sociales la prima o cotización está en relación con el monto del salario de cada asegurado, y el "beneficio" por recibir en caso de enfermedad no tiene límite pecuniario.

En la atención médica para derechohabientes, en los seguros sociales, la sustentación económica está a cargo de participantes directos e indirectos. Son participantes directos los trabajadores asalariados y sus empleadores, en la proporción que la ley respectiva señala, y es participante indirecto el Estado, que a través del erario nacional aporta la proporción establecida en la Ley.

SUSTENTACION ECONOMICA

Medicina
privada

Pago de servicios por el
usuario (o
intermediario).

Medicina
para
derecho-
habientes

Aportación solidaria (afi-
liados, empresarios y
Estado).

Asistencia
pública

Erario Nacional (presu-
puestos
gubernamentales).

En esencia se trata de un sistema económicamente mantenido por solidaridad, en el cual el monto y proporción de las aportaciones de la participación directa o indirecta está fijado en la Ley, y definido conforme a procedimientos actuariales dirigidos a dar a la institución una autosuficiencia, un equilibrio entre el gasto operacional previsto y la recaudación de cuotas de los participantes.

En el caso de la asistencia pública el financiamiento está a cargo del erario nacional, bien sea en los presupuestos federales, estatales o municipales.

Organización de la oferta

En la medicina privada, la oferta de servicios se organiza bajo los modelos de la libre empresa, representada por un individuo o por un grupo, por un médico aislado o una agrupación de profesionales.

En la medicina para derechohabientes se integran instituciones del sector público, descentralizadas, regidas por leyes y reglamentos como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, o se establecen organismos de servicios específicos, como es el caso de las Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos y Ferrocarriles Nacionales, entre otros.

ORGANIZACION DE LA OFERTA

Medicina privada	Empresa privada (individuo o grupo).
Medicina para derechohabientes	Instituciones de seguridad social.
Asistencia pública	Instituciones de asistencia y beneficencia (pública y privada).

En el caso de la asistencia pública existen instituciones de carácter público o privado. En el primer renglón destacan los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y sus similares en otras Entidades Federativas, y en el segundo, instituciones del tipo de la Cruz Roja y de otros servicios de beneficencia privada.

Estructura socioeconómica de la población a quien va dirigida la oferta

En la medicina privada se trata básicamente de población solvente, capaz de hacer frente al costo de los servicios que recibe, lo cual configura como receptora de la oferta a una estructura socioeconómica de alta capacidad adquisitiva.

Es conveniente señalar que también la población de moderada o baja capacidad adquisitiva hace uso de la medicina privada. Lo que varía en este caso es la "calidad" de los servicios a que se tiene acceso y la atención misma que recibe. En última instancia, la medicina folklórica es, en cierto modo, una expresión de medicina privada, aunque también puede ser un sistema de prestación por caridad o pago simbólico.

La atención médica para derechohabientes es ofrecida a los asegurados y sus beneficiarios, que desde el punto de vista socioeconómico son personas de capacidad adquisitiva moderada o mediana, con estabilidad en su situación económica, merced a la Ley Federal del Trabajo, y otros instrumentos jurídicos, que regulan las relaciones entre empleadores y sus asalariados. En este sitio cabe considerar, aunque su cuantía es aún muy escasa, a los asegurados voluntarios que la Ley del Seguro Social admite.

En el caso de la asistencia pública la oferta de servicios va dirigida a una población abierta, socioeconómicamente caracterizada por una moderna o muy baja capacidad adquisitiva, insolvente frente al costo de la medicina privada y legalmente excluida de la medicina para derechohabientes.

ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE LA POBLACION A QUIEN VA DIRIGIDA

Medicina privada	Población solvente (Alta capacidad adquisitiva).
Medicina para derecho- habitan- tes	Población Derechohabiente
Asistencia pública	Población abierta (baja capacidad adquisitiva).

La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social vigente, renovada en 1973 estableció la posibilidad de proteger a grupos en situación de profunda marginación socioeconómica con servicios médicos, para ofrecerles una atención limitada. El señalamiento de estos grupos es prerrogativa del Ejecutivo Federal y al no participar en el financiamiento del sistema, por no ser cotizantes, la ley establece la modalidad para sufragar el costo operacional a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Gobierno Federal. La ley señala que la Asamblea General del IMSS, su órgano supremo, determinará cada año la cantidad que será aplicada al costo de dichos servicios y la propia ley indica que esta erogación del IMSS se hará sin comprometer el cumplimiento de las obligaciones jurídicas contraídas con los asegurados y sus beneficiarios.

Además, debe recordarse que fue introducida en el Código Sanitario Federal la obligatoriedad de los hospitales y sanatorios privados para dar atención integral y gratuita a personas carentes de recursos económicos, dedicando para ello hasta el 5 por ciento de su capacidad de servicio, con el propósito de incrementar los limitados recursos existentes.

Planificación

El proceso planificador comprende un doble enfoque: sustentación conceptual y los objetivos que de ella derivan. En la medicina privada, la sustentación conceptual se fija en los preceptos del ejercicio liberal de las profesiones, y se traduce, como objetivo, en la atención médica solicitada y en el beneficio económico que reporta a los otorgantes del servicio.

PLANIFICACION

	Sustentación conceptual	Objetivo
Medicina privada	Preceptos del ejercicio liberal de las profesiones.	Servicios curativos. Beneficio económico de los otorgantes del servicio.
Medicina Derecho-habiente	Establecidos en un estatuto legal.	Cumplir obligaciones legales.

Asistencia pública	Definidos por la política social del Estado.	Atender necesidades de población sin acceso a otros sistemas de atención médica.
--------------------	--	--

En la medicina para derechohabientes la sustentación conceptual de la planificación está establecida en un estatuto legal, y su objetivo derivado en cumplir dichas obligaciones.

En el caso de la asistencia pública, la sustentación conceptual está enmarcada en la política social del Estado, en todo lo que concierne a acciones para satisfacer necesidades de la población con bajos niveles económicos como un precepto de justicia social. Esto conduce al objetivo planificador de atender fundamentalmente las necesidades de la población sin acceso a otros sistemas de atención médica.

Objetivo programático

Los objetivos programáticos son una consecuencia de los objetivos planificadores. En el caso de la medicina privada puede no existir una programación formal de actividades, pero en todo caso la acción se dirige a satisfacer la demanda de atención médica “natural” de la población solvente, y a veces, a inducir nuevas necesidades de demanda. En otros términos, el objetivo programático se enmarca dentro de las capacidades y modas adquisitivas de la sociedad de consumo.

OBJETIVO PROGRAMATICO

Medicina privada	Satisfacer demanda e incrementar necesidades de demanda.
Medicina para derechohabientes	Racionalizar empleo de recursos en función a obligaciones legales.
Asistencia pública	Jerarquizar necesidades y priorizar acciones en base a recursos disponibles.

CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DE LA OFERTA

	CONTENIDO	ASIGNACION DE RECURSOS
Medicina Pública	Predominio de medicina curativa.	Criterios de rentabilidad.
Medicina derechohabiente	Obligación de medicina integral. (Prevención, curación, rehabilitación y promoción).	Criterios de demanda real de los derechohabientes.
Asistencia Pública	Tendencia a medicina integral.	Criterio de realidad financiera frente a necesidades médico sociales.

En la medicina para derechohabientes, los objetivos programáticos se orientan a satisfacer una exigencia básica: racionalizar el empleo de los recursos económicos, materiales y humanos en función a las obligaciones legales que debe cumplir la institución para con sus derechohabientes.

La medicina para derechohabientes realiza sus programaciones para cumplir las estipulaciones de una ley, que establece la capacidad económica de la institución, que debe ser autosuficiente y equilibrada para garantizar el cumplimiento de las obligaciones; la cuantía y calidad de los servicios que debe prestar, y el posible volumen y distribución de la demanda, en relación directa con la población amparada.

En la medicina asistencial la programación se sustenta en el principio de identificar y jerarquizar necesidades de la población potencialmente usuaria, y establecer prioridades de **acciones posibles de aplicar en relación directa con los recursos disponibles.**

Características fundamentales de la oferta

Pueden ser analizadas en un doble aspecto, en su naturaleza o contenido y en la asignación de recursos para su aplicación.

En lo tocante al contenido de la oferta, en la medicina privada se observa un claro predominio de las acciones de medicina curativa, con aparente tendencia a la oferta de servicios para "reconocimiento general del estado de salud", detección oportuna y prevención específica de algunos padecimientos. En el primer caso están los lla-

mados “chequeos médicos”; en el segundo la detección del cáncer y otras enfermedades y en el último la aplicación de vacunas e inmunizaciones.

En la medicina para derechohabientes el contenido de la oferta es una consecuencia de la ley, que establece la obligación de prestar servicios de medicina integral (prevención, curación, rehabilitación y promoción de la salud).

En la asistencia pública la tendencia se orienta hacia acciones de medicina integral, con particular énfasis en la prevención y en la promoción de salud. En todo caso el contenido varía en relación directa a la capacidad financiera del organismo oferente.

La asignación de recursos tiene una relación definida con la naturaleza y contenido de la oferta. En la medicina privada el tipo y calidad de las instalaciones materiales, la tecnología en instrumental y equipo, y la cuantía y calidad de los recursos humanos se sustentan en criterio de rentabilidad.

En la medicina para derechohabientes, la asignación institucional de recursos se establece bajo el criterio de la demanda esperada de servicios por la población amparada. El tipo y número de instalaciones materiales, los implementos tecnológicos en instrumental y equipo y la dotación de recursos humanos, está normada y reglamentada para satisfacer los volúmenes cuantitativos y los niveles cualitativos de la atención médica, mediante un sistema coordinado y regionalizado de unidades de servicio.

En la asistencia pública el criterio básico es la posibilidad económica frente a las necesidades médico-sociales de la población por atender.

Límites para el uso de la oferta

Pueden analizarse en cantidad, en calidad, en tiempo y en espacio.

Límite en cantidad

En la medicina privada los límites en cantidad, significando el número de servicios que puede recibir una persona, son secundarios a la capacidad de pago del usuario y a la capacidad de servicio instalada por el otorgante, esta última independiente del volumen potencial de la demanda, y directamente relacionada con el objetivo planificador y programático otorgante.

LIMITES PARA EL USO DE LA OFERTA

Medicina privada	—Capacidad de pago del usuario. —Capacidad de servicio del otorgante.
Medicina para derechohabientes	Límites establecidos en un estatuto legal.
Asistencia pública	Capacidad de servicio del otorgante.

En el caso de la medicina para derechohabientes los límites cuantitativos para el uso de la oferta se definen en un estatuto legal. La ley no limita, de hecho, el número de servicios que un derechohabiente puede recibir. Establece, en algunos casos, la obligación del derechohabiente a someterse a ciertos estudios particulares, que permitan sustentar técnicamente la necesidad de recibir determinado tipo de tratamiento. Limita la prescripción de medicamentos, y el empleo de ciertas tecnologías a un criterio médico, y condiciona el acceso a un tipo determinado de unidad médica o servicio a situaciones reales del padecimiento, definidas por criterio médico.

En la asistencia pública la limitación cuantitativa está en función de la capacidad de servicio instalada por la institución oferente, secundaria a su sustentación económica.

Límites de calidad

Es esencialmente difícil definir un criterio de calidad. Desde un punto de vista parcial y convencional los elementos de calidad mejor identificables son la tecnología (instrumentos y equipos), la capacidad intelectual, el conocimiento científico y prestigio profesional del personal.

En la medicina privada, los límites de calidad, tanto en recursos tecnológicos como humanos están marcados por la capacidad de pago del usuario, y por la capacidad de servicios instalados por el otorgante, quien establece sus auxilios tecnológicos sobre criterios de rentabilidad, y fija sus honorarios en relación con el nivel de prestigio que el cuerpo médico y la sociedad le confieren. El monto de los honorarios limita el acceso real de los usuarios.

LIMITES DE CALIDAD

Medicina privada	—Capacidad de pago del usuario. —Capacidad económica del otorgante.
Medicina para derechohabientes	Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos.
Asistencia pública	Capacidad financiera del otorgante.

En la medicina para derechohabientes, los límites cualitativos de la oferta se sitúan en la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, con independencia a criterios de rentabilidad.

En efecto, los recursos humanos disponibles son contratados por las instituciones sin otro límite que la existencia de los mismos, y la aceptación del profesional para trabajar en la ubicación que la institución le asigne. Esto constituye una limitante real, en el doble aspecto de la escasez relativa de profesionales con ciertas cualidades, y en la renuencia de ellos para trabajar en el sitio de la necesidad médico-social de los usuarios, que la institución define y establece. Existen algunos límites que pueden clasificarse como cualitativos, en el sentido del uso integral de medidas terapéuticas. Por ejemplo, la dotación de prótesis está sujeta a una reglamentación precisa, que limita su disponibilidad para todos sus derechohabientes.

En la asistencia pública, los límites cualitativos en el aspecto tecnológico son una consecuencia directa de la capacidad económica del otorgante, y en el aspecto de recursos humanos se repite y amplía la situación expresada para los seguros sociales.

Límites de tiempo

En la medicina privada, los límites de tiempo obedecen a una dualidad de causas. En primer lugar, el horario de servicios establecido por el otorgante puede ser independiente de la necesidad circunstancial del usuario. Además, la capacidad de pago del usuario, limita definitivamente la temporalidad para el uso de los servicios que requiera.

En la actualidad existen hospitales y clínicas privadas que han organizado servicios permanentes de atención. Los consultorios mé-

dicos privados suelen tener horarios definidos, y las urgencias de los pacientes son resueltas bajo el criterio y la actitud personal del médico tratante, en ocasiones mediante visitas a domicilio y en otras mediante el envío de pacientes a una unidad hospitalaria privada o del sector público.

LIMITES DE TIEMPO

Medicina privada	—Capacidad de pago del usuario.
Medicina para derecho- habientes	—Establecidos en leyes y sus reglamentos.
Asistencia pública	—Sin límite.

En la medicina para derechohabientes, las leyes y sus reglamentos establecen los límites de temporalidad en la vigencia de sus derechos para recibir atención médica, por una parte, y por otra, existen ciertas limitaciones circunstanciales propias del horario de actividades en las unidades médicas, esto último minimizado por la operación permanente de servicios de urgencia.

En la asistencia pública no existe limitación legal de temporalidad para usar los servicios. La limitante real surge del horario de actividades en las unidades médicas que suelen operar servicios de urgencia en forma permanente.

Límites de espacio

Finalmente, los límites en espacio se relacionan en la medicina privada, con la concentración de recursos en función de la demanda solvente de servicios.

Este factor es operante en muy numerosos países en los cuales el cuerpo médico fija su residencia en función de la solvencia de los usuarios, con abandono parcial o total de las áreas rurales o suburbanas, donde la población es de escaso poder adquisitivo. Inclusive en países de alto desarrollo económico, como los Estados Unidos de Norteamérica, el problema existe y es motivo de diversos enfoques para su solución. En México y en otros países del Tercer Mundo esta situación constituye uno de los problemas más grandes en la atención de la salud.

LIMITES DEL ESPACIO

Medicina privada	Recursos concentrados en función de demanda solvente.
Medicina para derecho- habientes	Recursos distribuidos para cumplir obligacio- nes.
Asistencia pública	Recursos distribuidos para atender necesida- des.

En la medicina para derechohabientes los recursos son distribuidos en función del cumplimiento de obligaciones legales, sin más limitación que la disponibilidad de recursos humanos, y en la asistencia pública la distribución de recursos es afectada por criterios básicos de necesidades de la población por atender, y la disponibilidad de recursos económicos es la sustentación real para disponer de las instalaciones materiales necesarias y del personal requerido.

El análisis presentado, integrado en la gráfica adjunta, permite en una lectura horizontal definir un perfil de características de los tres sistemas de atención médica predominantes en un régimen de economía mixta, como el mexicano. En lectura vertical permite identificar las concordancias y las discrepancias entre los sistemas. Se observa:

1. La medicina privada tiene como objetivo conceptual la salud; legalmente se sustenta en el contexto del derecho privado y económicamente en el pago de servicios por el usuario (o por un intermediario); organiza su oferta en los lineamientos de la empresa privada, individual o de grupo; dirige su oferta a la estructura socioeconómica de alta capacidad adquisitiva; "planifica" sus acciones en concordancia con los preceptos del ejercicio liberal de las profesiones; conduce su operación hacia objetivos de servicio y ganancia; "programa" sus actividades en función de sus objetivos, para satisfacer la demanda solvente de servicios y para las necesidades adicionales de demanda. Su oferta se caracteriza por un predominio básico de acciones de medicina curativa, y asigna sus recursos por criterios de rentabilidad. La oferta está limitada en cantidad, en calidad, en tiempo y en espacio por factores económicos de los usuarios frente a los costos de los servicios del oferente.

2. La medicina para derechohabientes tiene como objetivo conceptual la salud; legalmente sustenta su operación en un derecho so-

cial; finca su economía en un marco legal, que establece la participación solidaria de los afiliados, los empresarios y el Estado mediante la aportación de cuotas, con orientación hacia la autosuficiencia económica, al equilibrio entre ingresos y gastos, sin objetivo de lucro; organiza su oferta en instituciones normadas por criterios jurídicos, técnico-administrativos y médico-científicos, derivadas de los ordenamientos legales; dirige su oferta a la población derechohabiente definida por la ley; sitúa sus objetivos planificadores, en lo conceptual y en lo operacional, en la ley y en el cumplimiento de las obligaciones que ésta le impone; programa sus actividades bajo un criterio de cumplimiento de obligaciones que le exige racionalizar el empleo de sus recursos; las características de su oferta cubren toda la gama de la medicina integral, y asigna sus recursos bajo el criterio de la demanda de los derechohabientes; limita el uso de su oferta, en temporalidad, a lo establecido en leyes y reglamentos; en lo cualitativo el único límite es la disponibilidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos, y finalmente los límites para el uso de la oferta, en espacio, son minimizados mediante una distribución territorial de los recursos, orientada al cumplimiento de obligaciones frente a la dispersión geográfica de los usuarios.

3. La asistencia pública dirige su objetivo conceptual a la salud; sustenta sus acciones en el derecho social, en la satisfacción de derechos humanos; se financia por el erario nacional; se organiza en instituciones de asistencia y beneficencia; dirige su oferta a población abierta, de baja capacidad adquisitiva; sustenta su planificación en la política social del Estado, y en la atención de necesidades médicas de población sin acceso, por razones económicas o legales, a otro sistema de atención médica; programa sus actividades bajo el criterio de identificar las necesidades populares en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, y jerarquiza sus programas con base en la realidad de los recursos de que dispone, tanto económico como materiales, humanos y tecnológicos; su oferta de servicios tiende a la medicina integral, y asigna el empleo de sus recursos con criterios económicos frente a las necesidades médico-sociales de la población potencialmente usuaria; su oferta está limitada en cantidad y calidad por factores presupuestales, que restringen sus posibilidades de instalar servicios, en el doble aspecto cuantitativo y cualitativo; no establece límites de temporalidad para el uso de su oferta; y distribuye territorialmente sus recursos para atender las necesidades populares.

I. La atención médica en la seguridad social

La implantación y evolución de los sistemas de seguridad social se basan en disposiciones legislativas, en decisiones gubernamen-

tales y en circunstancias políticas, fundamentadas en las luchas sociales que inspiraron el Congreso Constituyente de 1917. Sus programas persiguen como objetivos: la elevación del nivel de vida mediante el mejoramiento de las condiciones de salud, la garantía de un ingreso sustitutivo por la pérdida o disminución de la capacidad laboral y prestaciones sociales para mejorar las condiciones de vida y de trabajo que ayudan a formar la cultura social y sanitaria.

Esta acción, diversificada en la actualidad y con tendencia a uniformarse mediante la coordinación, es realizada por organismos como: el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE y los servicios de seguridad social de las Fuerzas Armadas. Cumplen esquemas similares, en sus contratos colectivos de trabajo, empresas oficiales descentralizadas muy importantes representadas por: Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad y Ferrocarriles Nacionales de México. Los sistemas mencionados protegen en la actualidad cerca de 32.5 millones de derechohabientes que corresponden al 48 por ciento de la población del país.

Entre las prestaciones de la seguridad social, es fundamental la que se refiere a los servicios médicos integrales, que comprenden los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación. Para estos propósitos, citaremos como ejemplo la red nacional IMSS-ISSSTE, que para 1980 contaba con 2 300 unidades médicas, que tienen en servicio 35 000 camas. En el curso de este año, como resultado del cumplimiento de los programas de construcción y de acuerdo con la extensión de los servicios, se están inaugurando numerosas unidades médicas en diferentes estados de la República y en el Distrito Federal.

La calidad de los recursos humanos, las instalaciones y los procedimientos de organización, son factores determinantes para que los adelantos de la ciencia médica se apliquen en beneficio de grandes sectores de la población. Esta política conduce a la democratización de la medicina, la cual por ser institucional, resulta una solución eficaz para el problema médico social contemporáneo más importante, en el que se amplía el alcance del tradicional binomio médico-enfermo por el más evolucionado: equipo médico-núcleo familiar.

Al revisar las estadísticas de 1980, en los sistemas de seguridad social IMSS-ISSSTE, se apreciaron cifras entre las que pueden destacarse más de 60 millones de atenciones en consulta externa, cerca de 1.8 millones de ingresos a los hospitales y algo muy significativo, que nacieron 550 000 mexicanos bajo la protección de la seguridad social. Como información adicional, en el mismo periodo se suminis-

traron medicamentos con un valor de 10 mil millones de pesos aproximadamente.*

Para establecer una adecuada formación de los recursos humanos es necesario disponer de medios materiales y técnicos, en los cuales se apoyen los programas de capacitación permanente; conducta que siempre deberá complementarse con la conciencia de servicio hacia la población amparada, para producir la confianza pública y armonizar las relaciones humanas. La fuerza de trabajo de los servicios médicos de los sistemas de seguridad social en general, está representada por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería y un personal técnico administrativo especializado que, además de actualizar sus conocimientos, forma equipos de medicina integral.

Por otra parte, las nuevas generaciones encuentran en la seguridad social, la expresión institucional, que contribuye a los programas de docencia médica, tomando en cuenta la evolución social del país. Es interesante señalar que 80 por ciento de los estudiantes de medicina en el transcurso de su preparación profesional, reciben facilidades de las instituciones de seguridad social; en lo que se refiere a los cursos de especialización, auspiciados por la División de Estudios Superiores de la Facultad Nacional de Medicina, intervienen en una proporción similar a la mencionada para los estudiantes de pregrado.

La acción de las prestaciones económicas en lo que respecta a la protección del salario sobre todo por la aplicación y la nueva Ley Federal del Trabajo, significa un apoyo a la economía familiar. Puede citarse que en 1979, tan sólo en el IMSS, por concepto de subsidio de enfermedad, asignaron una cantidad mayor de 2 500 millones de pesos y en pensiones pagaron más de 6 500 millones de pesos.

En su proyecto a la comunidad urbana y rural, la seguridad social otorga prestaciones que establecen programas de educación cívica, cultural y sanitaria, de capacitación para el trabajo, de vivienda, deportivos y de recreación. Sus resultados han motivado estudios y sugerencias para ayudar en la solución de problemas sociales urgentes, considerando entre ellos las aspiraciones y esperanzas de los jóvenes, al ofrecerles un acceso para incorporarse a la vida social, cultural y económica.

Tendencias: extensión, coordinación e incorporación a la planeación nacional

Es necesario superar esta primera fase que, dedicada a la protección de los asalariados, ha contribuido a crear bases firmes de una

* Un dólar de la U.S.A. equivale a 150 pesos mexicanos

infraestructura para el bienestar de la población. Debe iniciarse una etapa de extensión de las prestaciones de la seguridad social a núcleos desprotegidos, constituidos principalmente por trabajadores independientes, domésticos y a domicilio y otros de condiciones laborales análogas. La conciencia de solidaridad nacional, inspirada en la aplicación de los principios de la Revolución Mexicana, exige con prioridad la proyección de la seguridad social a la población campesina.

Encontrar la estrategia y las modalidades para utilizar las infraestructuras existentes, es de urgente responsabilidad, para que con la evolución permanente de la reforma agraria, en el sentido político, técnico y de producción, permita integrar a la población campesina a los sectores económicamente activos que la hagan sujeto de sistemas de seguridad social.

Estas medidas de coordinación de instituciones tan importantes, quedarían incompletas de no advertirse la tendencia definida para incluir a la seguridad social en el proceso general de planificación. La situación actual exige el fortalecimiento progresivo del pensamiento nacional, que ayude a elaborar normas comunes que sean económicamente posibles, técnicamente adecuadas, socialmente aceptables y políticamente factibles, para contribuir al bienestar de la población en general, que debe participar en forma equitativa de los beneficios que resulten del aumento de la productividad.

En los tres últimos años se crearon los servicios de Solidaridad Social, para núcleos marginados de la población urbana, suburbana y rural definidos por el Poder Ejecutivo Federal. Estos servicios no constituyen, en estricto sentido, un esquema de aseguramiento.

Los servicios de solidaridad social, entre los que destacan el Programa IMSS-COPLAMAR, que proporcionan prestaciones médicas y sociales, para promover la salud y el bienestar de pequeñas comunidades rurales, han permitido construir unidades médicas en el medio rural para atender a catorce millones de personas de las familias campesinas. El Instituto Mexicano del Seguro Social, por consiguiente, en su memoria institucional de 1980, reporta que otorga atención médica al 56 por ciento de la población total del país o sea a 38 y medio millones de mexicanos.

La planeación económica y social ha representado una de las principales preocupaciones de los gobiernos en los últimos sexenios. En esta política, deben intervenir necesariamente todos los sectores y otorgar prioridad e impulso constante a los sistemas de seguridad social, que promueve la creación de la fuerza de trabajo indispensable para el progreso equilibrado sostenido, apoyado siempre en una justicia social dinámica.