

Panorama de salud en México

Cuauhtémoc Güemez Sandoval, Laura Moreno Altamirano,
Ma. del Carmen Rivas Blancas, Guadalupe García de la Torre,
Facultad de Medicina, UNAM.

INTRODUCCION

El proceso salud-enfermedad en un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de su composición demográfica, además de la situación y los aspectos sociales de dicho país. En consecuencia, la revisión de las condiciones de salud-enfermedad constituye, en última instancia, una exploración de la organización social y de la forma en que ésta se traduce en fenómenos relativos a este proceso.

El conocimiento de la situación de salud de una sociedad implica una problemática difícil de analizar ya que se carece de los suficientes elementos para la medición adecuada del proceso salud enfermedad. Existen, por mencionar algún ejemplo, algunos índices relativos a la salud física, sin embargo, el bienestar mental generalmente no es abordado a través de éstos.

Esto obliga a la utilización de indicadores, sobre todo aquéllos constituídos con base en los daños a la salud. Además se deben utilizar indicadores referentes a las condiciones del medio en que se desenvuelven los individuos, tanto en lo físico como en lo social. También se deben tomar en cuenta indicadores relativos a los recursos de los Servicios de Salud disponibles, tanto físicos,

como humanos y financieros.

De esta manera, la utilización adecuada de los indicadores permite tener una aproximación al problema, suficiente para conocer la trascendencia de los daños, determinar los riesgos a que está sujeta la población y precisar los grupos de riesgo más vulnerables. Asimismo, es posible tener una idea acerca de la voluntad política, del interés y la demanda social para atender el problema.

Particularmente, en este documento, en los casos en que la información estuvo disponible, se utilizaron indicadores no sólo de la situación actual, sino que se conformó una base que permitiera el análisis de la evolución de los mismos a partir del período postrevolucionario.

CONTEXTO SOCIODEMOGRAFICO

En 1988 se calcula que había en nuestro país cerca de 81 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento alrededor de 1.9% anual debida principalmente a una natalidad estimada de 35 nacimientos por cada 1000 habitantes. La presión del crecimiento demográfico está lejos de ser un problema resuelto, ya que si bien se han logrado reducir las tasas de crecimiento y natalidad que llegaron a sus picos más altos entre 1960 y 1970 (46.1 x 1000 y 44.2 x

1000, respectivamente) las estimaciones más conservadoras señalan que para el año 2000 el país alcanzará la cifra de 100 millones de habitantes, los cuales, además, estarán ubicados en su mayoría en grandes concentraciones urbanas.

Cabe mencionar, por ejemplo, que en 1980 el 25% de la población total del país radicaba en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey (mismas que en 1921 sólo agrupaban el 5.9% de la población) ⁴. Por otra parte, esto no significa que se haya terminado con la dispersión de los asentamientos humanos, ya que, según datos del Censo de 1980, el 87.7% de las poblaciones del país eran menores de 500 habitantes y sólo el 0.1% de las localidades eran mayores de 50 000 habitantes.

Hasta 1970 la pirámide poblacional del país se encontraba sustentada en una base amplia a partir de la cual se iban reduciendo progresivamente los grupos etáreos. En el Censo de 1980 encontramos por primera vez una reducción en la base de la pirámide, debido principalmente a la baja en las tasas de mortalidad y natalidad. Esto significa un relativo envejecimiento de la población, con un crecimiento proporcional de las edades medias y avanzadas.

Por último, vale la pena señalar la esperanza de vida al nacer (EVN), indicador que resume las condiciones de vida de una población. En el caso de México, la EVN muestra un espectacular incremento pasando de 36.9 en 1930 (36.1 para hombres y 37.5 para mujeres) a 66.1 en 1985 (63.9 para hombres y 68.2 para mujeres)².

DAÑOS A LA SALUD

La mortalidad general a mediados de los 80's se encontraba entre 6 y 7 por 1000 habitantes, situación satisfactoria si se compara con las cifras superiores a 25 x 1000 habitantes que prevaleció durante más de 60 años, pero deficiente si tomamos en cuenta la juventud de la población mexicana a la cual debería corresponder una tasa de mortalidad mucho menor.

La mortalidad infantil, según estimaciones oficiales, es de alrededor de 28.4 por 1000 (1986)⁴, mientras que la UNICEF informa 48 defunciones por 1000 (1986)⁵. Cualquiera de estos escenarios nos sitúa entre los países con una tasa de mortalidad infantil media con un gran camino por recorrer para lograr tasas aceptables. Es preciso reiterar la importancia de este indicador en el análisis situacional de salud, junto con las tasas de mortalidad materna, ya que ambos índices contienen una alta proporción de muertes "evitables", causadas por situaciones morbosas o socioeconómicas ampliamente identi-

ficadas y factibles de resolverse.

La mortalidad materna presenta una evolución similar a la infantil y a la general, ya que aun cuando ha sufrido importantes reducciones (de 10 x 1000 en 1921 a 0.8 x 1000 en 1986), todavía se encuentra alrededor de 10 veces más alta que en los países desarrollados.

El panorama epidemiológico de la mortalidad presenta, más que una transición, un reclutamiento de padecimientos crónico-degenerativos, accidentes y violencias que se suman a los problemas infecto-contagiosos prevalentes, conformando un perfil más complejo.

En 1983 encontramos, entre las 20 principales causas de muerte, padecimientos crónico-degenerativos como: enfermedades del corazón, 1er. lugar con una tasa de 67.9 x 1000; tumores malignos, 4to. lugar con una tasa de 40.8 x 100 000, diabetes mellitus, 7o. lugar, con una tasa de 25.2 x 100 000; etcétera junto con violencias así como los accidentes, 2o. lugar con una tasa de 62.1 x 100 000 h; los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, 10o. lugar con una tasa de 17.2 x 100 000 h; además, de los padecimientos infecto-contagiosos como infecciones intestinales, debidas a otros organismos especificados y las mal definidas, 3er. lugar con una tasa de 45.6 x 100 000 h; tuberculosis, 14o. lugar con una tasa de 9.3 x 100 000; etcétera³.

En lo que se refiere a la mortalidad con base en las etapas del ciclo vital encontramos diferencias apreciables, observándose un lógico gradiente hacia los padecimientos crónico-degenerativos conforme avanza la edad, una permanente presencia de los problemas infecto-contagiosos en cualquier edad y un pico en las muertes ocasionadas por accidentes y violencias en las etapas de vida productiva.

En cuanto a los padecimientos más notificados (casos nuevos), en 1986 encontramos por orden de importancia: infecciones respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarreicas, otras parasitosis intestinales, amebiasis, paludismo, influenza, angina estreptocócica y escarlatina, dermatofitosis y dermatomicosis, varicela y neumonías.¹

Esta panorámica general no está distribuida uniformemente en todo el país, ya que encontramos diferencias entre las entidades federativas, observándose los valores más favorables de estos indicadores en el D.F. y los estados del norte del país, y las condiciones más deficientes en el área del Pacífico Sur, Puebla y Tlaxcala. Asimismo, se aprecian grandes diferencias entre la situación de la población urbana y la rural, a favor de la primera, aun cuando existen importantes núcleos de población margi-

nada en las grandes concentraciones urbanas con situaciones de salud francamente alarmantes.

En cuanto a morbilidad hospitalaria, la principal causa de egreso es la de parto normal, seguida de otras causas obstétricas y el aborto.

Además de los indicadores directos de daño ya mencionados, es conveniente considerar otros que de forma indirecta nos orientan hacia los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad.

Entre éstos tocaremos algunos de los más utilizados, referentes al ambiente socioeconómico y las características intrínsecas de la población.

NUTRICION

La desnutrición sigue siendo uno de los principales problemas de nuestro país, estimándose que alrededor de la mitad de la población está subalimentada, cobrando esto singular importancia en el niño y en las madres gestantes y en períodos de lactancia.

En México se calcula que alrededor de 5% de los niños que nacen sanos están desnutridos y mueren antes de los 5 años de edad; además un elevado porcentaje de los mismos sobrevive con defectos físicos y mentales provocados por insuficiencias nutricionales. Por otro lado, se calcula que un 30% de la población no obtiene ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos mínimos; esta población está concentrada principalmente en áreas rurales y zonas urbanas marginadas.

VIVIENDA

Un alto porcentaje de las viviendas en nuestro país (30%), cuenta con una sola habitación, sin tener espacios específicos para la elaboración y consumo de alimentos, además de que la ventilación y el material utilizado en la construcción son inadecuados.

El promedio de habitantes por vivienda, según el Censo de 1980, es de 5.5, sin embargo llega a 9 en algunas regiones. Poco más de la cuarta parte de las viviendas tienen piso de tierra y alrededor de la tercera parte tienen el techo contruido de lámina o materiales vegetales.

SERVICIOS

En 1983, más de la mitad de las viviendas del país contaba con tubería de drenaje. Sin embargo, en áreas urbanas, se atiende al 78% de la población, mientras que en el campo sólo el 12% de las viviendas cuenta con el

servicio.

El abastecimiento de agua potable, en ese mismo año, daba servicio al 74% de la población total del país, sin embargo, geográficamente se atendía al 91% de la urbana y solamente al 40% de la rural. Por último, mencionaremos que, en 1987, el 83.4% de las viviendas del país contaba con energía eléctrica.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA.

Se estima que la población económicamente activa (PEA) del país es alrededor de la tercera parte de la misma (tasa bruta de participación, en 1980, del 33%), cantidad ligeramente superior a los anteriores sexenios. Es de notarse que cada vez es más amplia la participación de la mujer en la PEA, la cual pasó del 6.7% en 1921 al 27.88% en 1980⁴. En cuanto al sector de la economía en el que se inserta la PEA, el sector primario engloba todavía al mayor porcentaje de la población, aun cuando históricamente se ha reducido en grado notable (71.4% en 1921 a 25.9 en 1980), el sector secundario abarcaba, en 1980, al 20.3% y el terciario al 23.81⁴. Sin embargo, conviene recalcar que casi el 30% de la población labora en sector no especificado, infiriéndose que se encuentra al menos una gran parte de la misma en situación de subempleo o desempleo.

EDUCACION

Según datos de la UNESCO, en 1985, la tasa de alfabetización de los adultos en nuestro país era de 92% en hombres y del 88% en las mujeres. Sin embargo, la UNICEF estima que el 34% de los alumnos que inician la primaria no terminan el ciclo⁵.

Esto cobra singular importancia ya que, para la participación activa de la comunidad en la resolución de los problemas de su propio proceso salud-enfermedad, es necesaria la implantación de programas de educación para la salud, mismos que requieren de una población con un nivel educativo mínimo indispensable.

SERVICIOS DE SALUD

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud puede clasificarse, en función del tipo de población que atiende, en: servicios a Población Abierta (SSA, DDF, DIF, etcétera), que abarca al 31.2% de la población: Seguridad Social (ISSSTE, IMSS, PEMEX, SERVICIO MEDICOS DEL METRO, etcétera), cubriendo al 50.3% de la

población: Sector Privado, que se estima atiende al 5.4% de la población; mientras que el resto, 13.1% no tiene acceso a servicios de salud.

La cabeza del sector es la Secretaría de Salud, la cual se encarga de coordinar al mismo, sin que cada una de las instituciones pierdan su personalidad jurídica. Además, establece la coordinación entre los sectores social y privado.

Especial énfasis se ha puesto, en los últimos años, en un proceso de descentralización de los servicios de salud, buscando, por un lado, la optimización de los recursos y, por otro lado, mejorías sustanciales en la atención y acceso a los servicios, tanto en el D.F. como en las demás entidades federativas. Esta descentralización en algunos modelos estatales ha llegado en cascada hasta el nivel municipal.

El tipo de los servicios que ofrece el Sector Público a la población, tanto a la abierta como a la que goza de Seguridad Social, incluye aspectos preventivos, curativos y de asistencia social, mientras que el sector social, abarca en general, aspectos curativos y de asistencia. Por último, el sector privado se enfoca a la medicina curativa.

En lo que se refiere a la calidad de los servicios, ésta es muy heterogénea, ya que se observan importantes deficiencias en el primer nivel, lo cual contrasta con los grandes centros hospitalarios de tercer nivel, principalmente, los Institutos Nacionales de Salud, considerados de excelencia médica reconocida a nivel internacional.

Por lo que respecta a los recursos para la atención a la salud con que cuenta, tenemos lo siguiente:

RECURSOS HUMANOS.

El número de médicos por cada mil habitantes es de 0.87, que es la cifra más baja de Latinoamérica. Existen 1.56 enfermeras por cada 1000 habitantes, lo que da una relación aceptable médico/enfermera, la mayor parte del personal médico está compuesto por médicos generales y especialistas de las cuatro ramas (Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía), estando escasamente representadas las demás especialidades y subespecialidades. Además, estas últimas se encuentran concentradas en la Ciudad de México.

RECURSOS FISICOS.

En cuanto a la infraestructura disponible para proporcionar atención médica, se informa que existen 10 324 unidades médicas, de ellas, el 60.9% pertenecen a la segu-

ridad social y la diferencia (39.1%) a la asistencia social. Asimismo, existen 721 instituciones de medicina privada. De acuerdo a niveles de atención, el total de establecimientos médicos gubernamentales, el 94.2% son unidades de primer contacto.

Vale la pena asentar que, por su ubicación, el mayor número de unidades (1 014, que representa el 10%) se encuentra en el Distrito Federal, siguiéndole el estado de Veracruz, donde se localiza un 8.6% de establecimientos médicos y en tercer lugar Oaxaca, con un 6.0% de unidades médicas. Debe notarse, sin embargo, que en el D.F. existen 3 niveles de atención y en él se encuentra situada la mayor parte de camas 3er. nivel con que se cuenta en el país.

En cuanto a capacidad instalada existen en el país 0.81 camas por cada 1000 habitantes.

Los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 provocaron severas pérdidas, no sólo de vidas humanas, sino que también afectaron la infraestructura de salud, reduciendo su capacidad instalada, con una pérdida de 3 894 camas. Sin embargo, a través del "Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México", se habilitan cuatro unidades en la Capital, con 254 camas cada una para proporcionar servicios de consulta externa y hospitalización, así como la construcción de 6 nuevos hospitales generales con una capacidad de 144 camas cada uno; estos hechos sin embargo no han recuperado la capacidad instalada previa a los sismos.

RECURSOS FINANCIEROS

El porcentaje de Gasto Público dedicado a la salud ha venido disminuyendo progresivamente en los últimos años, después de haber alcanzado un pico histórico de 4.2% en 1979, para posteriormente descender a 0.86% en 1982 y mostrar una ligera recuperación, llegando a 1.7, en 1986³.

La distribución de los recursos se enfoca principalmente a aspectos curativos. El porcentaje del presupuesto dedicado a la prevención varía entre un 10 y un 20 por ciento, cifra a la cual hay que mermarle un mínimo de 30% que se canaliza a funciones administrativas.

Por otra parte, se hace patente la diferencia de recursos entre las instituciones de seguridad social que ejercieron en 1984 un gasto per cápita de 3.5 veces mayor que las que atienden a la Población Abierta.

Esto conforma un panorama de franca inequidad, inclusive dentro del Sector Público, ocasionando dife-

rencias en la calidad de la atención brindada al derechohabiente, difícil de justificar en cualquier situación política.

COMENTARIO

Los factores demográficos tienen una participación directa en la transformación del proceso salud-enfermedad. En nuestro país, con base en el panorama mostrado, observemos que el crecimiento poblacional nos emplaza a serios problemas de desequilibrio entre los recursos y la población a atenderse, lo que nos obliga a modificar los sistemas de organización y planeación.

Las tasas de fecundidad y natalidad, a pesar de haber mostrado descensos significativos, siguen siendo, en el contexto mundial, de nivel intermedio. Este decremento en las tasas, aunado a la cada vez mayor esperanza de vida al nacer, condicionada principalmente por la disminución de las tasas de mortalidad general e infantil, así como a ciertas mejoras en cuanto a nivel de vida y a acciones directas de servicios de salud, condiciona un cambio en la estructura de la población y en el número de demandantes por grupo etáreo que deberá ser atendido.

La urbanización y migración interna entre los mexicanos han sido factores muy importantes que han tenido repercusión en la salud y la situación socioeconómica. Esto se refleja principalmente en el acelerado proceso de urbanización que ha vivido el país, que contribuye a configurar una problemática sanitaria urbana, con una población que demanda cada vez más servicios públicos y satisfactores en general, concentrada en las zonas marginadas de las ciudades. Por otra parte, sigue existiendo una enorme dispersión de las localidades del país, lo cual hasta la fecha ha planteado obstáculos insalvables para la dotación de infraestructura a una gran parte de la población.

La situación económica por la que ha pasado el país en los últimos 10 años ha producido alteraciones en los niveles de vida de la población; se han pasado por etapas de auge, estancamiento y por último de disminución de las posibilidades económicas, tanto a nivel colectivo como individual. En esto se ven involucrados factores como la deuda externa, la inflación, una balanza de comercio exterior en déficit, la crisis de los precios del petróleo, etcétera, lo que ha condicionado importantes deducciones en el gasto público destinado a infraestructura social, educación y salud. Específicamente en salud, se ha tratado de cubrir la demanda sobrecargando los recursos existentes, lo que ha repercutido sobre la calidad

de la atención brindada.

El creciente desempleo y subempleo tiene a sobrecargar la ya de por sí saturada capacidad de los servicios a población abierta, mientras que el reclutamiento de la mujer en una proporción cada vez mayor en la PEA, por una parte condiciona un desplazamiento de los hombres a determinadas áreas de la economía, modificando el funcionamiento y dinámica tradicionales de la familia en nuestro país y, por la otra, expone a la mujer a nuevos riesgos, lo cual se verá reflejado, a corto plazo, en el perfil epidemiológico de la mujer en edad productiva.

A pesar de los altos datos de alfabetismo notificados para el país, se debe tener presente que existen zonas y núcleos marginados diseminados por toda la República, donde este problema aún es importante, además de que el número de alumnos que ingresan a la enseñanza primaria y no la concluyen continúa siendo elevado. En lo que se refiere a la alimentación, existen serios problemas en la producción y distribución de productos básicos, lo que ha conducido a depender de importaciones para subsanar las deficiencias en la producción, lo cual repercute sobre la economía del país y agrava la distribución oportuna de los alimentos.

Esta situación es particularmente grave en áreas rurales marginadas, ya que la disponibilidad de alimentos se centra, sobre todo, en los distritos de riego y en las ciudades. Aunado a lo anterior, se observa que el cambio de los patrones de consumo con base en las necesidades de mercado también ha afectado la nutrición en estas regiones.

Esto determina que la desnutrición sea factor condicionante de suma importancia en múltiples padecimientos, sobre todo en los de índole infecto-contagiosa.

El problema de la vivienda es uno de los puntos críticos de la problemática nacional, desde el punto de vista de salud. Es importante cuestionar la calidad de la vivienda de los mexicanos, tanto en la existencia de los servicios públicos mínimos indispensables (agua, drenaje y energía eléctrica), como del material con que está hecha y si el diseño corresponde culturalmente al contexto en que se encuentra situada. Ya se puntualizaron las deficiencias en cuanto a equipamiento, lo cual influye sobre todo en las altas tasas de incidencia de los padecimientos hidrodépendientes (enteritis, amibiasis y otras parasitosis intestinales), siempre presentes entre las primeras causas de morbi-mortalidad en todo el país.

Los materiales de construcción, por una parte, no siempre son adecuados a la realidad geográfica situacional y, por la otra, pueden favorecer la prevalencia de determi-

nados padecimientos, sobre todo los transmitidos por vectores y, en el caso de las viviendas con piso de tierra, las geohelmintiasis.

También son importantes algunos patrones culturales que, trasladados del ambiente que les dió origen a otro, pueden ser condicionantes de patologías. Es el caso de algunas costumbres que en el medio rural responden a problemas específicos, mientras que en la ciudad aumentan el riesgo de enfermedad.

Las tasas de mortalidad en el país, a pesar de haber sufrido descensos importantes en lo que va del siglo, continúan siendo elevadas si tomamos en cuenta que nuestra población es predominantemente joven y que las causas de muerte que la aquejan son, en gran medida, evitables, ya sea a nivel preventivo o por la prestación adecuada y oportuna del servicio.

La transición epidemiológica del país, lo ubica en un mosaico de padecimientos, entre los cuales se presentan tanto los problemas infecto-contagiosos propios de los países subdesarrollados, así como los accidentes, violencias y patologías crónico-degenerativos que afligen habitualmente a la población de los países desarrollados.

La tasa de mortalidad infantil de nuestro país se encuentra, en el contexto mundial, a nivel intermedio; sin embargo, una vez más, se puede observar que la mayor parte de las defunciones podrían ser evitadas con una adecuada prevención y/o un tratamiento eficaz y oportuno. Es alarmante observar que entre las 20 principales causas de mortalidad infantil se encuentran dos padecimientos inmunoprevenibles (sarampión y tosferina).

La mortalidad materna, a pesar de su favorable evolución, continúa siendo alrededor de 10 veces más que en los países desarrollados, y las causas específicas de muerte, al igual que las del neonato, se derivan en gran medida de una inadecuada vigilancia prenatal y atención perinatal.

Todos los indicadores de mortalidad presentan amplias variaciones dentro de las diferentes entidades de la República, conformándose un panorama de estados "subdesarrollados", sobre todo en las regiones Centro, Pacífico Sur y Suroeste de México, donde es necesario poner especial atención con importantes apoyos en la infraestructura y recursos para nivelarlas, en la medida de lo posible, con el resto del país.

La morbilidad conforma un panorama similar al de las causas de muerte, sin embargo, en este aspecto se percibe con más claridad la presencia aún importante de los padecimientos transmisibles.

De la misma manera, los patrones diferenciales de

salud-enfermedad entre las diferentes regiones del país muestran un claro gradiente Sur-Norte, en lo que a padecimientos infecto-contagiosos se refiere.

La actual estructura de los servicios de salud, que hace frente a la compleja situación planteada, ha demostrado ser inadecuada para la resolución de los problemas.

Los servicios a cargo del Sector Público tienen algunas deficiencias, como son: heterogeneidad organizativa, duplicación de funciones, desigualdad presupuestal, inequidad en los servicios, orientación hacia los aspectos curativos, concentración de los servicios, deficiente accesibilidad, heterogeneidad en la calidad del servicio prestado, etcétera. Esta problemática requiere de acciones inmediatas, tendientes a la operación de un sistema nacional de salud, cuando menos a nivel funcional, que optimice los recursos y permitiera una planificación adecuada.

La descentralización de los servicios de salud, paso indispensable para la óptima planificación y una adecuación realista de los planes y programas a la situación particular en la que se van a aplicar, aún se encuentra, en su mayor parte, en una fase programática, la meta de la descentralización de los servicios de salud debe llegar hasta el nivel municipal, donde se encuentra las unidades mínimas de operación del sector, siendo además las que atienden entre un 80 y 85% del total de las causas de consulta.

Los indicadores de médico por habitante, enfermera por habitante, etcétera, tienen un amplio margen de error, ya que, por una parte, el pluriempleo acostumbrado en el gremio médico ocasiona sobrerregistro de los mismos y, por otra parte, existe una gran masa de médicos desempleados que constituyen, por así decirlo, el "ejército de reserva de trabajo", mismo que ha contribuido a la proletarización del ejercicio médico. Se puede observar, entonces, que el problema de los recursos humanos calificados trasciende de los aspectos cuantitativos a los cualitativos y, sobre todo, a la distribución geográfica del recurso, lo cual condiciona en gran medida su accesibilidad, es decir, que los recursos humanos más capacitados se encuentran en el tercer nivel de atención, lo que equivale a afirmar que se le localizan en las grandes ciudades, principalmente en la Ciudad de México.

En lo que se refiere al personal de enfermería, no siempre hay una clara delimitación en las estadísticas entre los niveles de licenciatura, técnico y auxiliar, lo cual dificulta enormemente el análisis de los mismos.

Los recursos físicos con que cuenta el Sector Público están desigualmente repartidos en el territorio nacional,

lo que dificulta la accesibilidad al servicio a un gran número de mexicanos.

Las camas censables por habitante arrojan cifras que son de las más bajas de Latinoamérica, y los porcentajes de ocupación varían enormemente entre las diferentes instituciones del Sector Público, encontrándose inclusive unidades hospitalarias con grados apreciables de subutilización.

El equipamiento de las unidades médicas refleja, una vez más, los problemas más frecuentemente mencionados: heterogeneidad, insuficiencia, concentración, etcétera, todo esto a causa de una deficiente planeación y de la falta de articulación con otros sectores.

Los recursos financieros que maneja el Sector Público, además de haber llegado a niveles críticos que ponen en entredicho la adecuada operación de los mismos, nos muestran un panorama de franca inequidad, creando atención diferencial a lo interno del sector, difícil de justificar.

La distribución del gasto, excesivamente cargado hacia los aspectos curativos, no es sino un reflejo del discurso médico hegemónico. Se requiere un importante esfuerzo que deberá empezar por el cambio de mentalidades, a fin de jerarquizar y balancear adecuadamente el presupuesto de salud.

Por otra parte, no existe una política integral de seguri-

dad social, hay insuficiente coordinación, duplicidad de esfuerzos y trato desigual a los asegurados, lo que impide una mayor eficiencia de las instituciones.

Es necesario que el equilibrio financiero de las instituciones de Seguridad Social se determine por la igualdad ingreso-costos, considerándose las obligaciones y compromisos que las instituciones deben enfrentar en el futuro. De no proceder de esa manera, el problema de pensionados y jubilados llegará a ser completamente inmanejable. En la actualidad, además de que en general las pensiones prácticamente han perdido todo su poder adquisitivo, existen marcadas diferencias entre lo que paga una institución y otra, a pesar de que las primas correspondientes eran muy semejante.

En conclusión, la integración de una vigorosa política que permita la participación multisectorial en todos los ámbitos de la problemática nacional, y particularmente en el campo de la salud, es requisito indispensable para la adecuada implantación de estrategias como la atención primaria de salud, que se apuntan como las indicadas para la resolución de los problemas en el área.

A la fecha se cuenta con el marco jurídico adecuado, pero su utilización ha sido muy reducida a nivel funcional y estructural. Se ha quedado únicamente en la etapa programática, salvo escasas excepciones.

Referencias

1. Anuario Estadístico. Dirección General de Epidemiología. Casos Nuevos de Enfermedades en los Estados Unidos Mexicanos. 1986.
2. Anuario Estadístico. Dirección General de Epidemiología. 20 Principales Causas de Mortalidad General en los Estados Unidos Mexicanos. 1983.
3. Clasificación funcional del gasto bruto ejercido del Sector Público 1970-1985, S.P.P.
4. Estadísticas Históricas de México I, Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática, S.P.P. México, 1986 p.p. 24, 27, 28, 251, 254, 255.
5. Estado Mundial de la Infancia. 1987. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Edit. Siglo XXI de España.
6. Grupo de Estudios Prospectiva de Salud en México. Fundación Javier Barrios Sierra. México. 1987 Anexos.