

Tabasco en el contexto mundial de la salud

Baldemar Hernández-Marquez,⁽¹⁾ Víctor Hugo Arce-Rodríguez,⁽²⁾

baldemarh21@hotmail.com

RESUMEN

En el 2002, la población que carecía de seguridad social en México representaba el 48% de la población. En Tabasco, 7 de cada 10 habitantes, no cuentan con seguridad social. En el país el 65% de las unidades de salud son rurales, en Tabasco esta proporción es del 74.5%. A nivel nacional no se cubre con el estándar sugerido por la OMS al respecto de contar con una cama censable por cada mil habitantes. La Secretaría de Salud del estado de Tabasco cuenta con el 62% de las camas censables, el 67% de los consultorios y el 57.6% de los quirófanos del Sector Salud en la entidad. Los tabasqueños han incrementado su esperanza de vida en 13.6 años entre 1970 y 2002. En México el gasto total en salud con respecto al producto interno bruto (PIB) en 2002 fue de 5.8%, inferior al promedio de América latina. Tabasco es el estado que más recursos públicos estatales destina a salud (más del 50%), Guerrero es la contraparte con el 1% con respecto del gasto total en salud estatal. Se espera que para el 2006 se alcancen en México los objetivos de desarrollo del milenio relativos a salud.

Palabras claves: *Infraestructura, gasto en salud, esperanza de vida, objetivos de desarrollo del milenio.*

SUMMARY

In 2002, the population that lacked social security in Mexico represented 48% of the population. In Tabasco, 7 of 10 people, don't count with social security. In the country 65% of the health units are rural, in Tabasco this proportion is of the 74.5%. At national level it is not covered with the standard suggested by the WHO on the matter to count on a hospital bed by each thousand inhabitants. Secretaría de Salud in Tabasco (health care public system) counts on 62% of the censable beds, 67% of the doctor's offices and the 58% of the operating rooms of the health public services in the state. The people in Tabasco have increased their life expectancy in 13.6 years between 1970 and 2002. In Mexico the total cost in health with respect to the gross internal product (PIB) in

2002 was of 5.8%, inferior to the average of Latin America. Tabasco is the state that more resources state public destines to health (more than 50%), Guerrero is the other side with 1% with respect to the total cost in state health. It is hope that after the 2006 the development's objectives of the millenium related to health are reach in Mexico.

Keywords: *Infrastructure, cost in health, life expectancy, objectives of development of the millenium.*

INTRODUCCIÓN

En la época colonial (siglo XVI a XVIII), se inicia la toma de conciencia de los principales problemas de salud en la población aborígen; como resultado del gran intercambio de genes y antígenos tuvieron lugar epidemias severas de tifo, sarampión, viruela, parotiditis, fiebre amarilla e influenza.

Aunque en México la salud es un derecho constitucional¹, es importante señalar que no todos los mexicanos tienen acceso a los mismos servicios de salud por diversos factores, entre los que destacan: infraestructura local de salud, accesos a las unidades de salud, cobertura de servicios, horarios de atención, entre otros. Los esfuerzos no sólo en México, sino en el mundo, están enfocados a garantizar este acceso a los servicios, sobre todo cuando las barreras son de índole financiero.

En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, la cual se fusiona en 1943 con el departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Esta forma de organización de la salud pública es la que perdura hasta nuestros días, fungiendo como unidad rectora de los servicios de salud en el país, en estrecha colaboración con los servicios de salud estatales, constituidos como secretarías o institutos estatales de salud, que surgieron por la descentralización de la federación.

⁽¹⁾ Director del Seguro Popular de la Secretaría de Salud, Profesor Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

⁽²⁾ Licenciado en Administración por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Estudiante de Maestría en Administración por la Universidad Olmeca, Jefe de Promoción y Afiliación del Seguro Popular de Salud en Tabasco de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

En Tabasco se crea en noviembre de 1984, la Secretaría de Salud Pública, sustituyendo a la Coordinación General de Salud y Bienestar Social, que había sido creada el 4 de enero de 1978², organismo dependiente del gobierno del estado de Tabasco y que hasta ese momento había trabajado de manera conjunta con los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Desde su creación, la Secretaría de Salud del estado de Tabasco ha sido reconocida a nivel nacional por sus logros importantes en la materia, así como en la implementación de estrategias locales que inciden en la mejora de los servicios a la población no asegurada (principal población objetivo de la institución).

Esta evolución en la organización de los servicios de salud en México, obedecen en algunos aspectos a los cambios, situaciones y tendencias mundiales. A este respecto es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud, el Organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948. Su objetivo es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, definiendo la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los 192 estados miembros de la OMS (entre ellos México), gobiernan la Organización por conducto de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de los estados miembros de la OMS. Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) actúa como oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

La OMS y la OPS procuran la información de la salud en el mundo, lo que permite la comparabilidad de indicadores comunes de salud de los diversos países del mundo que formen parte de estas organizaciones.

Lo anterior permite también el compartir las experiencias exitosas y, porque no, las menos afortunadas, para que los diversos países utilicen estas experiencias en la mejor de la organización de sus servicios de salud.

OBJETIVOS

Establecer un análisis comparativo del estado de Tabasco con el contexto nacional y mundial para determinar los avances o retrocesos en materia de salud; así como destacar las estrategias implementadas o por implementar, para lograr un modelo de atención a la salud más acorde con la realidad de la población demandante.

En este análisis comparativo se destaca la evolución de los servicios de salud a través de información recopilada de algunas regiones y países del mundo, de México, y en especial del estado de Tabasco durante los últimos 70 años.

El punto de partida es el comportamiento y evolución de los indicadores de morbilidad y mortalidad más relevantes de salud, acordes con los criterios de la OMS y de la OPS.

1. LA POBLACIÓN Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

En el 2002, en México la población que carecía de seguridad social era de más de 49 millones de habitantes, que representaba el 48% de la población total. En Tabasco, para ese mismo año, 7 de cada 10 tabasqueños carecían de seguridad social³.

Por otra parte la Coordinación Nacional para Zonas Marginadas COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) estimaba de acuerdo a proyecciones realizadas en 1982, que para el 2000, la población no asegurada en Tabasco sería del 55.4% y a nivel nacional del 40.3%, por lo que este supuesto quedó rebasado en Tabasco con una diferencia de más de 28 puntos porcentuales. En cambio en la estimación nacional la discrepancia fue únicamente de 1.6%⁴.

2. LAS UNIDADES DE SALUD EN MÉXICO

En el país, la Secretaría de Salud cuenta con 12,034 unidades médicas, de las cuales el 65% dan atención en zonas rurales. A nivel nacional solo se cuenta con 9 institutos nacionales⁵. A su vez en Tabasco, las unidades rurales representan el 74.5% de las 506 existentes en la entidad⁶.

Por esta importante infraestructura sanitaria, Tabasco está certificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un estado con cobertura universal en salud, ya sea a través de Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rurales o Casas de Salud. He ahí la razón por la que en Tabasco dejó de aplicarse el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC), cuyo objetivo es precisamente ir extendiendo progresivamente la cobertura de la atención médica en las entidades federativas.

3. CAMAS CENSABLES Y CONSULTORIOS

En la República Mexicana no se llega al mínimo sugerido por la OMS, que indica la conveniencia de contar al menos con una cama censable por cada mil habitantes.

En el caso de Tabasco, en 2001 se tenía 0.72 camas censables por cada mil habitantes no asegurados⁷, las únicas entidades federativas que estaban en el estándar mundial de acuerdo a la OMS eran Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal y

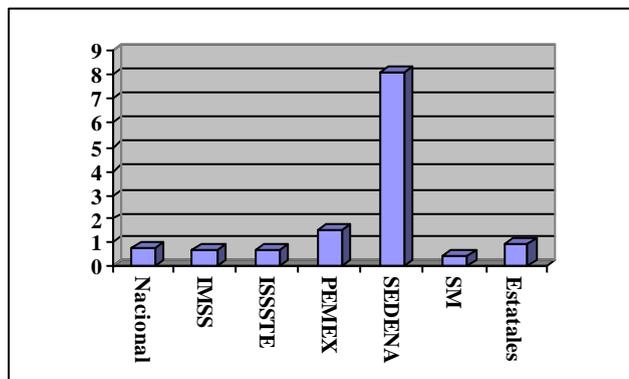
Sonora (Tabla 1).

Tabla 1. Camas censables por mil habitantes 2001, población no asegurada (nacional y entidades seleccionadas)⁷.

ÁMBITO	INDICADOR
Nacional	0.77
Tabasco	0.72
Baja C. Sur	1.40
Coahuila	1.01
Distrito Federal	1.89
Sonora	1.05

A nivel de instituciones en el ámbito nacional, el IMSS, el ISSSTE y los Servicios de Seguridad Social Estatales, no llegaban en 2001 a una cama censable por cada mil habitantes. En este rubro destacaban los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y de PEMEX, que contaban con más de una cama por mil derechohabientes (Gráf. 1).

GRÁFICA 1. Camas por mil derechohabientes 2001 (Institución de Seguridad Social)⁷.



En lo que respecta a consultorios por cada mil habitantes de población no asegurada, a nivel nacional se tenía en 2001 un indicador de 0.51, y en Tabasco es de 0.68 (Gráf. 2).

Es importante destacar que en Tabasco se contaba en ese mismo año con 0.53 consultorios de medicina familiar y general por cada mil habitantes de población no asegurada, es decir, uno por cada dos mil habitantes.

Por otra parte, la seguridad social contaba a nivel nacional con 0.38 consultorios para cada mil derechohabientes.

Entre estas instituciones destacaban las unidades de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de Petróleos Mexicanos (PEMEX), con más de 2 consultorios por cada mil de sus asegurados (Tabla 2).

GRAFICA 2. Consultorios por mil habitantes 2001(Nacional y entidades seleccionadas)⁷.

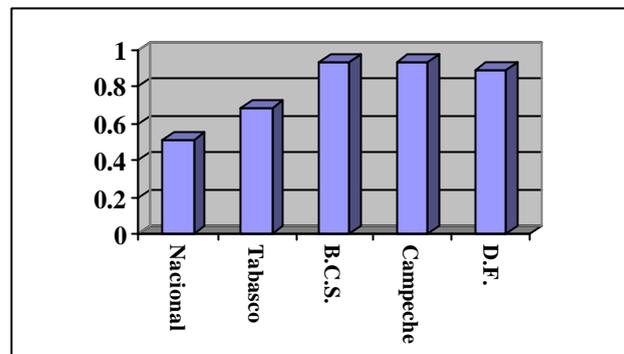


Tabla 2. Consultorios por mil derechohabientes 2001 (Instituciones de Seguridad Social)⁷.

ÁMBITO	INDICADOR
Nacional	0.38
IMSS	0.29
ISSSTE	0.53
PEMEX	2.31
SEDENA	2.49
SM	1.94
Estatales	0.61

La infraestructura de la Secretaría de Salud en Tabasco representa el 62% de las camas censables, el 67% de los consultorios y el 57.6 % de los quirófanos del Sector Salud en el Estado⁵.

4. EL PERSONAL MÉDICO

En el Sector Salud, en el 2001 se tenía a nivel nacional 1.14 médicos por cada mil habitantes. En ese mismo año Tabasco contaba con 1.28 médicos por cada mil habitantes.

Para el 2002, este índice ascendió a 1.15 a nivel nacional y a 1.48 en Tabasco⁵. Cabe destacar que en 1979 el indicador nacional era de 0.30 médicos por mil habitantes³.

En 1971, del total de médicos adscritos a la Secretaría de Salud; Tabasco contaba con el 1.5% de ellos, para 1978 disminuyó al 1.1% de la participación nacional³.

COPLAMAR proyectaba en 1982, que el personal médico en el Sector Salud en el 2000 sería de 110,381 galenos³, siendo la cifra registrada de acuerdo a datos censables de 140,629, es decir, con una diferencia de más del 27% con respecto al real.

5. LOS SERVICIOS DE SALUD

De los más de 6 millones de servicios de consulta externa proporcionados en Tabasco en el 2002, el 56% fueron proporcionados por la Secretaría de Salud⁵.

En el 2002, la Secretaría de Salud en Tabasco atendió: el 55% de las intervenciones quirúrgicas, el 60% de los egresos hospitalarios y el 76% de los partos⁵.

Es importante señalar que de los partos atendidos en Tabasco en el 2001, el 38.58% fueron nacimientos por cesárea, por encima de la media nacional para ese año de 37.80%.

Entidades como Zacatecas y San Luis Potosí registraron los menores indicadores en este rubro (26.47% y 27.77% respectivamente), por su parte Nuevo León y el Distrito Federal se ubicaron en las tasas más altas (48.71% y 45.14%). Este indicador incluye los partos por cesárea en unidades privadas, pero ello no implica que sea la medicina privada un detonante de este indicador, ya que el estado de México es el que cuenta con más unidades de salud particulares (565) y su indicador es de 37.32%⁶.

6. LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO Y TABASCO

En el 2001, existían en México 2,822 establecimientos particulares de salud, de los cuales la mayor parte contaban con 5 a 9 camas censables (42%) y solamente el 2% tenía más de 50 camas censables^{7,8}.

En el caso de Tabasco, la medicina privada tradicionalmente ha tenido poca presencia, sobre todo si se compara con algunas entidades del Centro y Norte de la república, incluso por debajo de la media nacional. (Tabla 3)

De los 56 establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización existentes en 2002 en Tabasco, el 37.5% tiene de una a cuatro camas censables (Gráf. 3).

En la medicina privada en 2002, el 30% de los egresos hospitalarios fue relativo al embarazo, parto y puerperio.

7. LA ESPERANZA DE VIDA EN MÉXICO Y EL MUNDO

En México en 1930, los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 38⁹. Para el 2050 se espera que la esperanza de vida de los hombres sea de 79.0 y 83.6 para las mujeres¹⁰.

En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando entre 1950–1955 y 2002 de 46.5 a 65.2 años. Esto representa a nivel planetario un aumento medio de la esperanza de vida equivalente a cuatro meses por año durante dicho periodo.

Aunque en muchos países la esperanza de vida ha crecido considerablemente, hay países, sobre todo africanos, donde

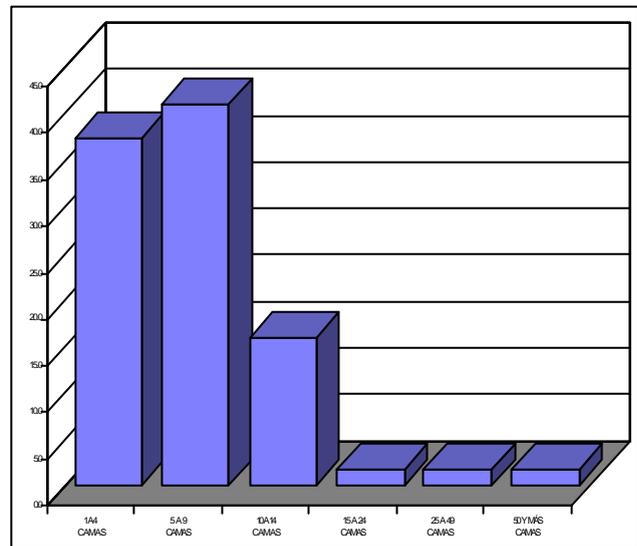
este indicador, lejos de incrementarse, se ha disminuido. Tal es el caso de Sierra Leona. Una niña que nazca este año, tiene una esperanza de vida de 36 años, casi 20 menos de lo previsto 10 años atrás, en cambio una niña japonesa que vea la luz el mismo día que la africana, tendrá una expectativa de vida de 85 años¹¹.

Los tabasqueños han incrementado en 13.6 años de esperanza de vida al nacer entre 1970 y 2002. Entre 2000 y 2002, en promedio ha aumentado 2.5 años este indicador. Es decir, 72 años en los hombres y 76 años en las mujeres. Para el 2050 se espera que en promedio los tabasqueños vivan 80.1 años.

Tabla 3. Infraestructura sanitaria privada en Tabasco, 2002.⁶

CONCEPTO	CANTIDAD
Camas censables	184
Consultorios	410
Quirófanos	74

GRÁFICA 3. Establecimientos particulares de salud con servicio de hospitalización, Tabasco 2002.⁸



8. LA MORTALIDAD EN MÉXICO Y EL MUNDO

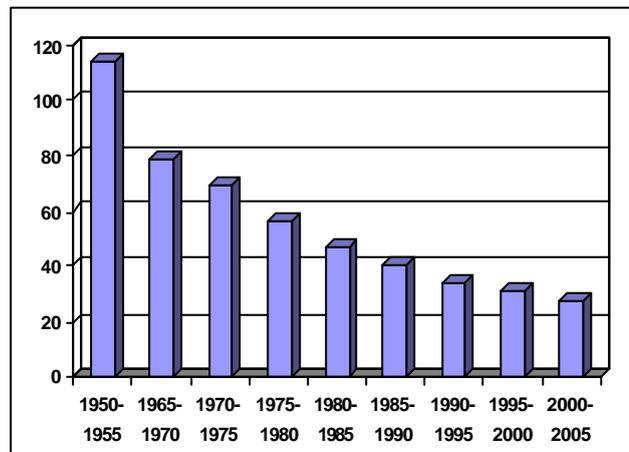
En 1978 la población en México fallecía en su mayoría por infecciones respiratorias o enfermedades diarreicas⁴ (Tabla 4). En esa misma década, pero en el año de 1974, la tasa de mortalidad infantil registrada fue de 46.6 defunciones por mil nacidos vivos a nivel nacional; en Tabasco la tasa fue de 36.3. Cabe hacer mención que de 1950 a 1955, la tasa de mortalidad

infantil fue de 114 a nivel nacional; es decir, de cada mil niños nacidos entre 1950 y 1955, fallecían el 10% (Gráfica 4). Se espera que para 2005 de cada mil niños nacidos, solo se registren 28 defunciones¹².

Tabla 4. Principales causas de mortalidad en México, 1978⁴.

CAUSA	No.
Infecciones respiratorias agudas	1
Enfermedades diarreicas	2
Bronquitis, enfisema y asma	3
Tuberculosis del aparato respiratorio	4
Enfermedades cerebrovasculares	5
Enfermedad isquémica del corazón	6
Anemias	7
Muertes violentas	8
Cáncer (todas las formas)	9
Avitaminosis y deficiencias nutricionales	10

GRÁFICA 4. Comportamiento histórico de las tasas de mortalidad en México 1950-2005¹².



En el periodo 1950-1955, la mayor tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, se registraba en Haití y la menor en Uruguay. Para el periodo 2000-2005, se estima que la menor tasa se registre en Cuba.

Pero, actualmente ¿de qué se muere la gente?, a nivel mundial las mayores tasas de mortalidad se registran en los adultos mayores (60 o más años) y en los niños (0-4 años), contrasta enormemente estas tasas.

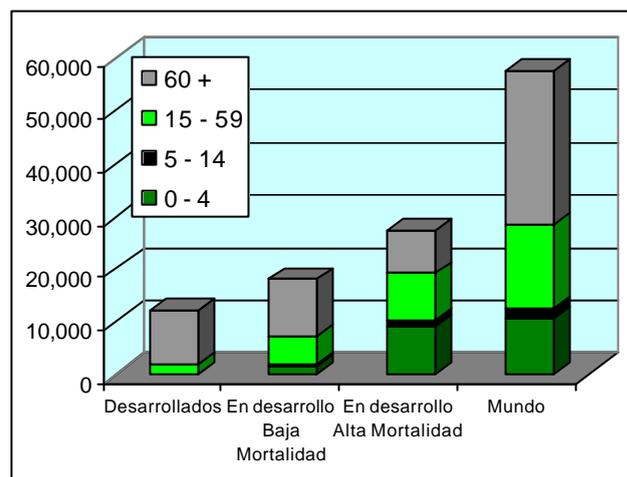
Si comparamos entre países; en los desarrollados la mortalidad se ubica en los mayores de 60 años y en los países en desarrollo de alta mortalidad, la mayor tasa se registra en los menores de 5 años¹³. (Gráfica 5)

De los 57 millones de niños y niñas que fallecieron en 2002, el 98% murieron en países en desarrollo.

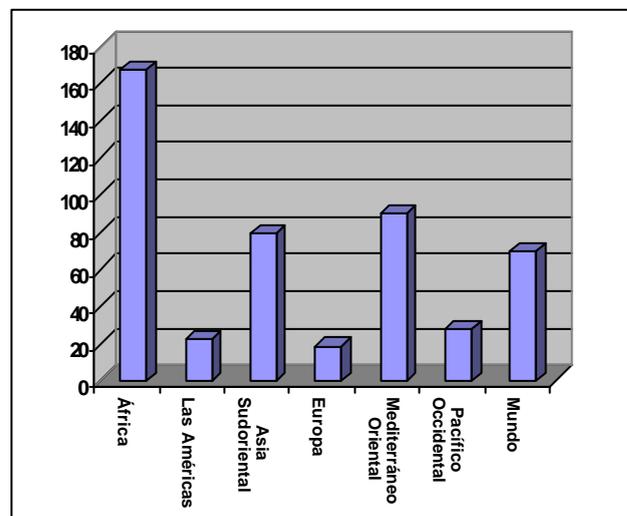
Cada hora 500 madres africanas pierden un hijo menor de 5 años y lo desafortunado de estas situaciones es que la mayoría de estos decesos son producto de enfermedades previsibles, ya sea en la progenitora o en el vástago¹¹, sobre todo por enfermedades estrechamente vinculadas con la pobreza.

En el 2002, la primera causa de mortalidad infantil en los países en desarrollo, fue la misma que en México (enfermedades perinatales); aunque cabe destacar que a diferencia de los otros países en desarrollo, en México la mortalidad infantil por malaria, VIH/SIDA, sarampión, tosferina y tétanos no está en las primeras 10 causas de decesos infantiles¹⁴. (Tabla 5)

GRÁFICA 5. Distribución por edades de la mortalidad mundial, 2002¹³.



GRÁFICA 6. Mortalidad en la niñez en las seis regiones de la OMS, 2002¹³.



ARTICULO DE REVISION

En términos generales, un 35% de los niños africanos corren actualmente un mayor riesgo de morir que hace 10 años⁴. (Gráfica 6)

La mortalidad de los adultos mayores en el mundo en ese año, difiere con la registrada en México; mientras que en el

mundo la mayor parte de los adultos fallecen por cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares y pulmonares, en México fallecen por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y diabetes.¹⁵ (Tabla 6 y 7)

Tabla 5. Causas principales de defunción en la infancia en los países en desarrollo 2002¹³.

POSICIÓN	CAUSA	DEFUNCIONES (MILES)	% TOTAL DEFUNCIONES
1	Enfermedades perinatales	2,375	23.1
2	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1,856	18.1
3	Enfermedades diarreicas	1,566	15.2
4	Malaria	1,098	10.7
5	Sarampión	551	5.4
6	Malformaciones congénitas	386	3.8
7	VIH/SIDA	370	3.6
8	Tos ferina	301	2.9
9	Tétanos	185	1.8
10	Malnutrición proteoenergética	138	1.3
	Otras causas	1,437	14.0
	Total	10,263	100

Tabla 6. Causas principales de mortalidad entre los adultos en el mundo 2002¹³.

POSICIÓN	CAUSA	DEFUNCIONES (MILES)
1	Cardiopatía isquémica	5,825
2	Enfermedades cerebrovasculares	4,689
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,399
4	Infecciones de las vía respiratorias inferiores	1,396
5	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	928
6	Diabetes mellitus	754
7	Cardiopatía hipertensiva	735
8	Cáncer de estómago	605
9	Tuberculosis	495
10	Cánceres de colon y recto	477

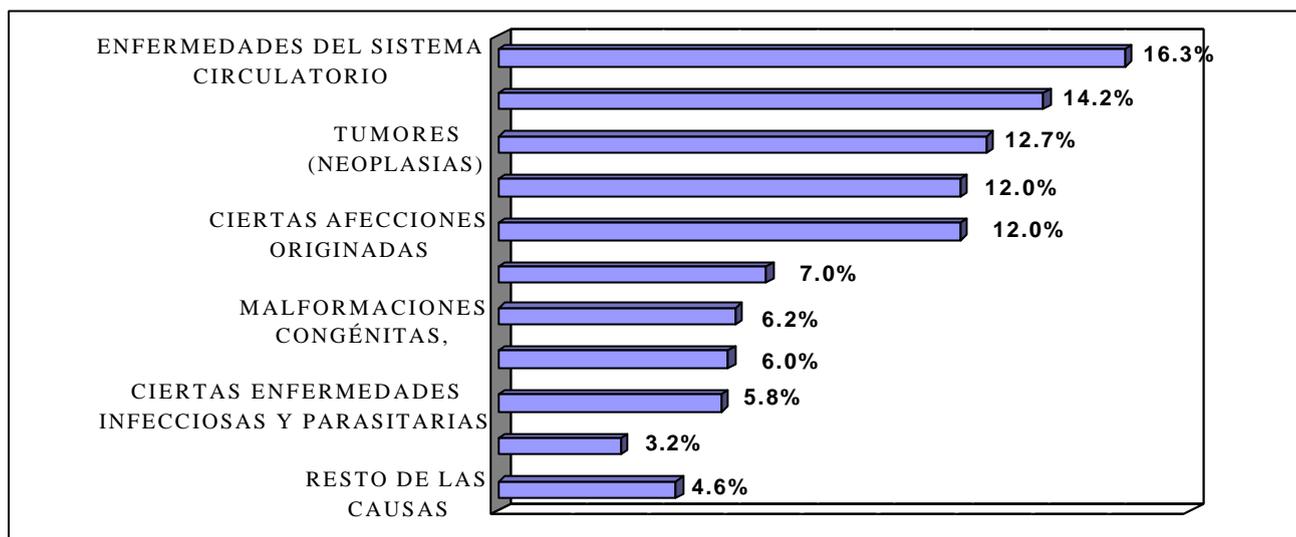
Tabla 7. Causas principales de mortalidad en adultos en Tabasco 2002.

CAUSA	No.
Enfermedades cardiovasculares	1
Tumores malignos	2
Diabetes mellitus	3
Enfermedades digestivas	4
Enfermedades respiratorias	5
Infecciones respiratorias	6
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	7
Enfermedades infecciosas y parasitarias	8
Enfermedades del sistema genito-urinario	9
Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	10

En el 2002, las primeras causas de defunciones hospitalarias en las instituciones públicas del Sector Salud en Tabasco fueron: enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades

endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como tumores (Gráfica 7).

GRÁFICA 7. Defunciones hospitalarias registradas en las instituciones públicas del Sector Salud por las diez principales causas de muerte, 2002.⁷



9. LOS RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA SALUD

El gasto total en salud, medido como la suma del gasto público y privado en salud, capta el tamaño del sector salud dentro de la economía de un país. El gasto privado en salud en México proviene principalmente del gasto médico de bolsillo y mide el esfuerzo de las familias para financiar los servicios médicos y los medicamentos que necesitan en el momento de la atención.

El gasto público se obtiene de la suma de los presupuestos ejercidos en salud que realizan las instituciones públicas federales y estatales. En México, en 2002, el gasto total en salud representó 5.8% del PIB, porcentaje menor al promedio de América Latina.

El gasto privado en salud representó 3.4% del PIB; el gasto público contribuyó con 2.4%. En este rubro, las entidades federativas presentan diferencias muy importantes.

Existen seis entidades federativas con un gasto público mayor al privado. La brecha en el gasto público como porcentaje del PIB entre Tabasco y Nuevo León es de casi tres veces. La brecha en el gasto privado como porcentaje del PIB entre Michoacán y Campeche es de casi nueve veces⁸.

La comparación de las contribuciones estatales y federales al financiamiento de la atención a la salud permite medir el esfuerzo realizado por los diferentes niveles de gobierno en este campo. Esta información constituye una herramienta muy útil de negociación tanto en el nivel federal como en el

nivel estatal y puede utilizarse también como instrumento de transparencia y rendición de cuentas (Gráfica 8).

En México, las aportaciones estatales representan alrededor del 16% del gasto en población no asegurada, el 6% del gasto público total y el 1% del gasto total en salud.

Las diferencias entre las aportaciones son considerables. En Guerrero poco menos del 1% del gasto para población no asegurada es de origen estatal, mientras que en Tabasco este porcentaje asciende a más de 50% del gasto destinado a la población no asegurada (Gráfica 9).

10. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO DE LA ONU

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por las Naciones Unidas en el 2000, sitúan la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con más ahínco a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y la degradación ambiental.

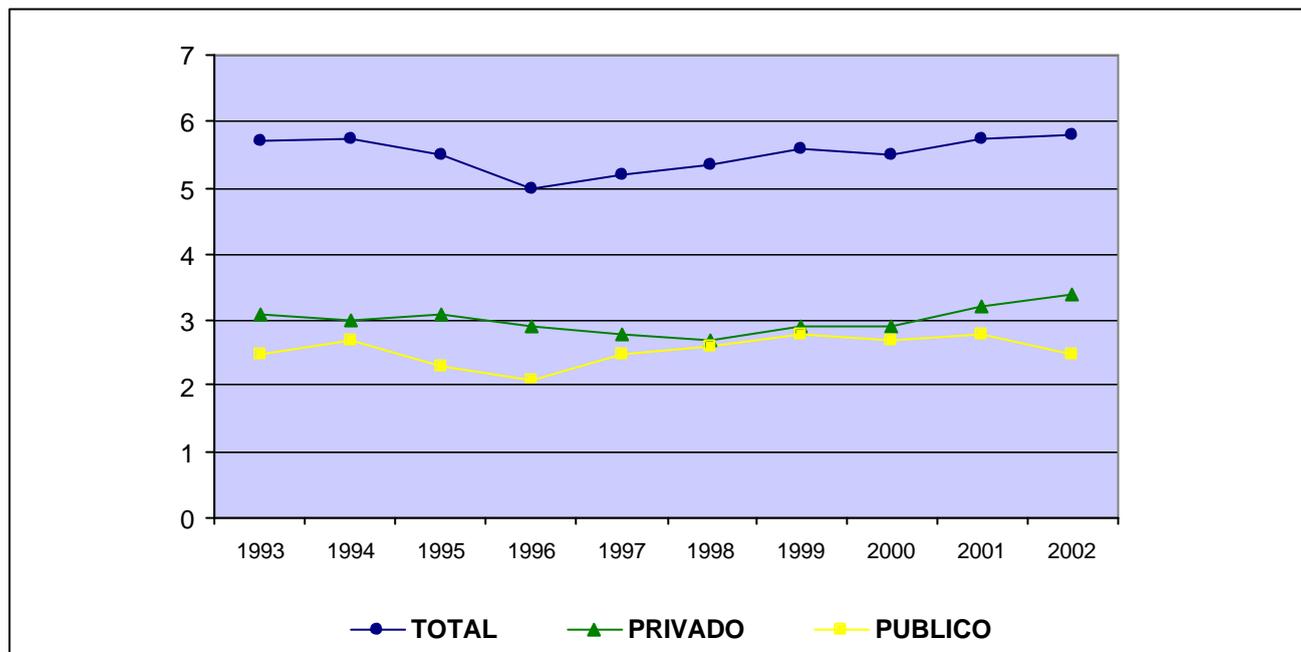
Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud, y todos los demás tienen importantes efectos indirectos en ella. Esto conlleva una importante advertencia: si los países, tanto los ricos como los que se hallan en vías de desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos,

ARTICULO DE REVISION

será imposible alcanzar estos objetivos para el conjunto del planeta.
Con los indicadores de salud nacionales, se espera que en

México se logren las metas de los ODM relativos a la salud en el 2006, nueve años antes del plazo que maneja la ONU¹⁶ (Tabla 8).

GRÁFICA 8. Gasto total en salud como porcentaje del PIB, México 1993-2002.⁶



GRÁFICA 9. Distribución del gasto para población no asegurada por entidad federativa, México, 2002.⁶



Tabla 8. ODM relacionados con la salud y sus indicadores¹³.

OBJ.	META	DESCRIPCIÓN
4	5	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5	6	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.
6	7	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.
6	8	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves.

DISCUSIÓN

México ha tenido históricamente importantes logros en materia de salud, el estado de Tabasco ha sido actor fundamental en la consecución de esos logros, todos ellos enfocados al objetivo común de eliminar las barreras que impiden el acceso de la población a los servicios de salud.

En el 2002, la población sin seguridad social en México era del 48%, mientras que en Tabasco, en ese mismo año, siete de cada diez habitantes carecían de seguridad social. Aunque el estado de Tabasco está certificado con cobertura universal de salud a su población por la Organización Panamericana de la Salud, y a pesar del destacado esfuerzo estatal con respecto a la inversión de recursos públicos en salud, aún no se logran alcanzar los estándares sugeridos por la Organización Mundial de la Salud de contar con al menos una cama censable por cada mil habitantes.

Pero esto no es solo imperante en la Secretaría de Salud de Tabasco, ya que en el 2001, instituciones como el IMSS o el ISSSTE tampoco alcanzaban este indicador sugerido por la OMS.

A nivel nacional se cuenta con 0.51 consultorios por cada mil habitantes de población no asegurada, en Tabasco este indicador es de 0.68, muy por encima de la media nacional.

En 1979 en México había 0.30 médicos por cada mil habitantes de población no asegurada, para el 2002 habían 1.15 y en Tabasco 1.28, representando un crecimiento del 400% en el lapso de 23 años. COPLAMAR proyectaba en 1982 que en el 2000 se contaría con poco más de 110 mil médicos en el sector salud, esta estimación fue rebasada en un 27%.

El trabajo de la Secretaría de Salud en Tabasco es de enorme trascendencia para el estado, ya que en el 2002 esta institución atendió el 55% de las intervenciones quirúrgicas, el 60% de los egresos hospitalarios y el 76% de los partos. En lo referente a la medicina privada, Tabasco tradicionalmente ha tenido poca presencia en este sector, sobre todo comparado con las entidades del centro y norte de la república. En el 2003 la medicina privada en Tabasco solo contaba con 184 camas censables, distribuída en unidades de 1 a 9 camas censables (79% del total de unidades existentes).

Aunque en algunos países en vía de desarrollo,

principalmente africanos, la esperanza de vida se ha visto disminuida y en los países desarrollados ha tenido un incremento importante; en México de 1950 a 2002, se han ganado cuatro meses de esperanza de vida por año durante ese periodo.

Las causas de muerte principales en Tabasco y México ya no son las infecciones respiratorias agudas, ni las enfermedades diarreicas, actualmente son las enfermedades crónico-degenerativas y los tumores malignos.

CONCLUSIÓN

El Sistema Nacional de Salud en México es víctima de sus éxitos, y esto se desprende de que al incrementarse la esperanza de vida, surgen enfermedades más costosas en su atención y tratamiento, lo que hace necesario una mayor inversión de recursos en salud, que traiga como consecuencia la disminución de las barreras financieras que en muchas ocasiones limita el acceso a los servicios de salud, principalmente de la población más necesitada.

En el mundo el problema de la salud pública está íntimamente relacionado con los recursos destinados a este sector, es por ello que en muchos países se han implementados políticas de salud públicas diversas, con distintos enfoques económicos y sanitarios, en beneficio finalmente de la población demandante y acorde con las transiciones epidemiológica y demográfica que enfrenta todo sistema de salud actualmente.

El recientemente creado Sistema de Protección Social en Salud es uno de los esfuerzos de la actual administración federal en México, con el concurso de los gobiernos estatales desde luego, para brindar progresivamente protección financiera a esta población. Tabasco participa desde su concepción en esta reforma del Sistema Nacional de Salud, siendo reconocido por la implementación de diversas iniciativas al respecto. Sin embarco, éste Sistema de Protección Social en Salud, no es perfecto, es perfectible, desde luego, y se irá enriqueciendo con la participación de la Sociedad Civil, es decir, se requiere de un esfuerzo coordinado de la federación, las entidades federativas, los municipios y la población en general.

En donde debe de privilegiarse la atención en salud con calidez y servicio de calidad, para lograr una verdadera satisfacción de los usuarios del Sistema de Protección Social

ARTICULO DE REVISION

de Salud, o sea el requerimiento que haga cada familia asegurada. Pero también la población debe adoptar estilos de vida, acorde con la situación actual, en donde deben de seguirse patrones de conductas en los hábitos de vida desde la alimentación hasta la cultura del ejercicio diario, para obtener una mejor calidad de vida no basada precisamente en la medicina curativa.

REFERENCIAS

1. Artículo 4º, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. López-Wade Arístides. Síntesis histórica de los Servicios de Salud en el estado de Tabasco (4a. parte), Salud en Tabasco. Salud en Tabasco, Vol. 8, No. 3, Diciembre, 2002.
3. Anuario Estadístico SSA. México, 2003. Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México 2000 – 2050; y la estructura de la población por entidad federativa de la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000. Secretaría de Salud/Dirección General

de Información en Salud.

4. Necesidades esenciales en México, Vol. 4: Salud. COPLAMAR. México, 1982.
5. Anuario Estadístico 2002, SSA. México, 2003.
6. Salud México 2002, SSA. México, 2003.
7. Anuario Estadístico Tabasco 2003. INEGI. México, 2003.
8. Boletín de información estadística No. 21, SSA. México, 2001.
9. López-Adriana. El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997. CONAPO, 2001.
10. Proyecciones de la población de México, 2000-2050. CONAPO, México, 2002.
11. Kraus-Arnoldo. Disparidades en la salud mundial. La Jornada. México, 07 enero 2004.
12. Mortalidad infantil: Un indicador para la gestión local. OPS. Argentina, 2000.
13. Informe sobre la salud en el Mundo. OMS 2003.
14. Boletín de Información Estadística. No. 22, SSA. México, 2002.
15. Anuario Estadístico SSA. México, 2003.
16. Vicente Fox. Se lograrán metas en salud pese a recorte. El Universal. México, 7 enero 2004.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

Artículo 9.- No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito; pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 50.- “Los colegios de profesionistas tendrán los siguientes propósitos:

Vigilancia del ejercicio profesional con objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y moral...”.

Artículo 40.- “Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas... pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual”.

Ley General de Salud:

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

Código Civil Federal:

Artículo 2670.- Cuando varios individuos convinieren en reunirse,

de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico, constituyen una asociación.

9. Salvaguardar su prestigio profesional.

El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado.

La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 14, segundo párrafo.- Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho.

Artículo 16.- Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Artículo 17.- Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

Continúa en la página 264...