

Evaluación Económica del Seguro Popular de Salud en Tabasco

Baldemar Hernández-Márquez,⁽¹⁾ Jaime Mier y Terán-Suarez,⁽²⁾ Hilda Santos-Padrón,⁽³⁾ Lenín Martínez-Pérez⁽⁴⁾

baldemarh21@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Presentar una evaluación económica del Seguro Popular de Salud en Tabasco como estrategia financiera en la protección del gasto del bolsillo de la población más vulnerable económicamente.

Material y Métodos. Se empleó el método de evaluación de proyectos denominado Valor Presente Neto, para probar que el esquema actual de subsidio a la oferta en los servicios de salud no responde a la necesidad de austeridad en la aplicación de los recursos públicos, ya que este mecanismo es menos rentable respecto a el nuevo esquema de Subsidio a la Demanda en los servicios de salud, mecanismo en el cual se ubica al Seguro Popular de Salud.

Resultados. Los resultados sugirieron que a pesar que el mecanismo de subsidio a la demanda presenta beneficios negativos como resultado de la evaluación, estos nunca son mayores a los obtenidos a través del mecanismo tradicional de subsidio a la oferta.

Conclusión. El Seguro Popular de Salud se puede considerar como un proyecto que generara beneficios a mediano y largo plazo, ya que podría permitir a la Secretaria de Salud destinar mayores recursos a la inversión en infraestructura, derivado de la disminución del gasto que generaría la cobertura por familias durante el periodo 2002-2006.

Palabras claves: *Seguro popular, subsidio a la demanda, subsidio a la oferta, rentabilidad.*

SUMMARY

Objective. To show an economic evaluation of the Popular Health Insurance in Tabasco as a financing strategy to protect the most economically vulnerable population expenses.

Material and Methods. The project evaluation method used is the net present value, in order to prove that the current

offer subsidy scheme in health services does not satisfy the austerity need in the applying of public resources because it is less effective than the new demand subsidy scheme in health services, mechanism in which the Popular Health Insurance is placed

Results. The results suggest that even though the demand subsidy mechanism shows negative benefits as a result of the evaluation, this were never higher that the ones obtained trough traditional offer subsidy mechanism.

Conclusion. Popular Health Insurance can be considered as a project that will generate medium and long term benefits, and that will allow the Health Ministry reserve more resources to invest in infrastructure, due to spending diminishing that would be generated by the covering the families in the period 2002-2006

Keywords: *Health insurance, demand subsidy, offer subsidy, profitable.*

ANTECEDENTES

A través del programa "Salud para Todos" publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo de 2002, se puso en marcha el Seguro Popular de Salud, el cual tiene como objetivo disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos catastróficos en salud, partiendo del derecho constitucional a la salud, como lo señala el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a letra dice "...toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la competencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, que conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece tres retos grandes de la salud pública en México: equidad, calidad y

⁽¹⁾ Director del Seguro Popular de Salud del estado de Tabasco y Profesor Investigador, UJAT.

⁽²⁾ Secretario de Salud del estado de Tabasco.

⁽³⁾ Subsecretaria de Servicios de Salud de Tabasco.

⁽⁴⁾ Asesor del Seguro Popular del Estado de Tabasco.

protección financiera, el Seguro Popular de Salud se circunscribe en este último. Brindar protección financiera no es únicamente un objetivo del Gobierno Federal, sino también del gobierno del Estado de Tabasco, ya que en el Plan Estatal de Desarrollo 2002-2006 se establece que la salud es un derecho de todos los tabasqueños, sobre todo porque actualmente el 69.2% de la población total del estado no cuenta con algún tipo de seguridad social.¹

Es así que los objetivos fundamentales del Seguro Popular de Salud son: apoyar a las familias no aseguradas, promover el pago anticipado por servicios, reducir los gastos excesivos en salud que constituyen una de las principales causas de empobrecimiento de las familias más vulnerables, fomentar la atención preventiva y mejorar los indicadores de salud pública actuales que tiene el Estado de Tabasco, en cuanto a población no asegurada (se denomina así a la población que no tiene acceso algún tipo de seguridad social). Quitándole al estado el peso de tener que carga con los procesos de provisión de los servicios, el estado puede concentrar su atención en el control y auditoría de los mismos. Pero más allá del sistema constitutivo social de los estados, el eje de discusión pasa, en este caso, por la disyuntiva, estado financiador de la demanda (en los modelos más liberales) o estado financiador de la oferta (modelos socializantes)² este tipo de sistema se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Los fondos: Origen vs. aplicación.

Origen de los Fondos Modelos	¿Quién paga?	Uso de los fondos		Prestación de los servicios
		Progresividad del pago	Destino del gasto	
Liberalismo externo	Cada uno lo suyo	No	Libre	Mercado
Liberalismo Moderado	Impuestos Generales	Muy moderada	Libre Finalidades Sociales con libre elección (Subsidio a la demanda)	Mercado regulado Estado "testigo"
Subsidiaridad	Cuentas Personales	Si	Finalidades Sociales sin libre elección (Subsidio a la oferta)	Estado "prestador"

Fuente: Mainetti José Luis. ¿Un modelo a imitar? Referencia al desarrollo del sistema de atención médica canadiense. La Plata, Argentina; Quirón, 1998.

Así tenemos como ejemplo el caso del sistema argentino de salud, en donde la constante histórica fue la de un Estado básicamente financiador de la oferta, a través de los hospitales públicos, centros de atención primaria, etc. El Estado indirectamente y en menor medida financió y aún financia la demanda de atención médica a partir de las obras

sociales provinciales y a nivel nacional subsidiando la obra social de jubilados y pensionados (INSSJP-PAMI) y algunas obras sociales sindicales.

En el caso de las provincias (serían el equivalente a las entidades federativas en México) el mecanismo financiador de la demanda es por medio de subsidios a las obras sociales de menor envergadura, el mecanismo empleado habitualmente fue el de "caja compensadora" a través de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) hasta el año 1994 y luego a partir de la Superintendencia del Seguro de Salud (SSS) hasta la fecha.³

No se trata de contrariar la obligación del Estado como garante de derechos básicos como la educación, salud o seguridad a través de los subsidios pertinentes, sino replantear las formas y los medios más adecuados, a fin de lograr la máxima equidad y eficiencia.

La desregulación del estado nacional a principios de los noventa, con transferencia de los hospitales y otros servicios de salud a órbitas provinciales y municipales, trajo aparejado una atenuación al rol tradicional del estado como financiador de la oferta, iniciando un lento proceso hacia la financiación de la demanda. Esto se viene concretando, por ejemplo, en la autogestión hospitalaria y en los distintos proyectos legislativos y del poder ejecutivo para dotar a la población sin cobertura médica de un seguro de salud.³ (Tabla 2).

Tabla 2. Fortalezas y debilidades del subsidio a la oferta o la demanda.

Rol del Estado	Fortalezas	Debilidades
Financiador de la oferta	<ul style="list-style-type: none"> • No requiere cambios tributarios. • Genera menos resistencia social. 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado no sabe cuanto ni de que forma gasta su presupuesto. • Es poco eficiente y hasta ineficaz para quienes pagan sus impuestos.
Financiador de la demanda	<ul style="list-style-type: none"> • Es más eficiente. • Permite mejorar la macro y la microasignación de los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere adecuaciones tributarias y políticas. • Si el sistema no está bien implementado puede producir exclusiones indeseadas.

Fuente: Mainetti José Luis. ¿Un modelo a imitar? Referencia al desarrollo del sistema de atención médica canadiense. La Plata, Argentina; Quirón, 1998.

La necesidad de reformular el rol del estado como mero financiador de los servicios de salud es toda una realidad, y en el caso particular de nuestro país ha demostrado ser una necesidad ante un sistema ineficiente.

EL SUBSIDIO A LA DEMANDA

En el actual esquema de operación de salud pública en México, se tiene privilegiada la oferta con un mecanismo de servicio basado en el modelo de atención médica llamado MASP (Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta), que básicamente subsidia la oferta tratando de mejorar los servicios de salud para toda la población que no tiene acceso a servicios de seguridad social que otorga el estado, lo cual genera parámetros de calidad no precisos en cuanto a los servicios en salud que se prestan, por lo que cada vez resultaba más difícil instrumentar un aparato consistente en infraestructura, equipo, material de curación, medicamentos, etc., que en suma resulta a la larga costoso, sin que se pueda garantizar un buen servicio, ni mucho menos que se cubra a toda la población abierta.

Esta situación ha provocado que se busque perfeccionar el actual sistema, planteando una mayor eficiencia en la provisión de servicios y, a través de un mejor aprovechamiento de los recursos, alcanzar mayor impacto en la inversión social en la población. La mayor eficiencia se lograría a través de una mejor gestión administrativa, una estructura adecuada de incentivos, mayor entrenamiento del recurso humano y una mayor focalización de la inversión-gasto en los más pobres, evitando su derrame hacia otros sectores menos necesitados de la población. Este modelo conlleva también mayor transparencia en los procesos de auditoría y control de los servicios públicos.⁴

FORTALEZAS DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

La protección financiera que brinda a las familias el Seguro Popular de Salud trae consigo otros beneficios de suma importancia que se pueden considerar como fortalezas del mismo.

a) **Financiamiento**

Esta fortaleza está fundamentada en el equilibrio de financiamiento, ya que las familias sanas contribuyen al cuidado de la salud de las familias enfermas. El subsidio por familia afiliada que remite la federación se convierte en un recurso fresco que permite su utilización para el reforzamiento de las unidades médicas en todos los sentidos, o en su caso para cubrir aquellos imponderables que pudieron haber quedado fuera de presupuestación. Por otro lado, la asignación en salud per cápita en salud se ve incrementada considerablemente entre una familia asegurada y una no asegurada.

b) **Equidad**

Toda vez que cualquier familia que no cuente con seguridad

social es sujeta de ser afiliada al Programa del Seguro Popular, se le garantiza su acceso a los servicios de salud. Esto permite entonces cerrar la brecha entre la “población abierta” y la población asegurada.

Otro elemento de equidad es la evaluación socioeconómica para determinar la cuota de aportación para afiliarse al Seguro Popular de Salud, ya que paga más quien tiene mayor capacidad económica para hacerlo, de una manera equitativa de tal manera que no afecte la economía familiar.

c) **Eficiencia**

En este sentido, el Seguro Popular tiene el compromiso de contribuir a mejorar la salud de la población y responder de manera adecuada a sus beneficiarios, lo que implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad y autonomía de sus beneficiarios, a través de la disposición de servicios básicos dignos en las unidades de atención con calidad y eficacia, para la cual nuestro estado cuenta con la infraestructura necesaria para cumplir con este elemento por contar con una amplia cobertura en cuanto a servicios de salud integradas de la siguiente manera⁵:

- 424 Unidades Médicas Fijas
- 394 Centros de Salud de 1 a 12 Núcleos Básicos
- 10 Centros de Salud con Hospital
- 13 Hospitales
- 2 Unidades de Tercer Nivel
- 5 Unidades de Apoyo

d) **Fomento a la calidad.**

Este elemento representa para el Seguro Popular de Salud una fortaleza ya que al ofertar servicios de salud de efectividad documentada, los cuales se incluyen en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) del Seguro Popular de Salud y un abasto de medicamentos oportuno, se garantiza la calidad técnica de las intervenciones, permite el desarrollo de protocolos de manejo clínico, así como la identificación de las áreas de educación médica y capacitación continua lo que sin lugar a dudas permitirá prestar atención médica de calidad.

Adicionalmente a través del Seguro Popular de Salud se fortalece el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) ya que refuerza la atención integral a nivel comunitario, asegura la continuidad de la atención médica e impulsa la autonomía de gestión de las unidades médicas prestadoras del servicio.

e) **Protección financiera**

El Seguro Popular de Salud pretende contribuir a la protección financiera de los bolsillos de los tabasqueños que no cuentan con algún tipo de seguridad social a través del aseguramiento mediante prepago, de tal forma que el desembolso por gastos de salud de la población no

asegurada no contribuya a la creación de nuevos hogares empobrecidos que, según las estadísticas nacionales, dos a tres millones de hogares mexicanos ven mermada su economía cada año debido a gastos por salud de la cual Tabasco no es ajeno a la contribución nacional.

Por lo que el objetivo del presente estudio es realizar una evaluación económica del Seguro Popular en Tabasco como protección del gasto del bolsillo de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para efectuar la presente evaluación económica del Seguro Popular de Salud se empleó la metodología de Valor Presente Neto⁶, la cual incorpora el valor del dinero en el tiempo en la determinación de los flujos de efectivos netos (Ingresos Netos-Costos Netos) del proyecto, con el fin de poder hacer comparaciones correctas entre los flujos de efectivo en diferentes periodos a lo largo del tiempo.

El valor del dinero en el tiempo esta incorporado en la tasa de interés con la cual se convierte o ajustan en el tiempo, es decir la tasa con la cual se determina el valor presente de los flujos de efectivos del proyecto.

Su fórmula:

$$VPN = \frac{FE_t}{(1+i)^t}$$

Donde:

VPN= Valor Presente Neto del Proyecto

FE= Flujo de Efectivo en el periodo t

i= Tasa de Interés o Costo de Oportunidad

t= Periodo

A partir de este método de Evaluación se realizó por el periodo de tiempo de 4 años, el cual corresponde de 2003-2006 la Evaluación con la existencia del Seguro Popular de Salud.

El estudio se basó en la evaluación con la existencia del Seguro Popular en la primera el proceso de Evaluación se inició partir de definir las proyecciones de la población total que se esperaba tuviera el estado de Tabasco, en base a la información histórica que se obtuvo del Reporte de Coberturas de Salud para la población no asegurada en el reporte estatal, 2001 y tomando como referencia la tasa de crecimiento promedio 2.4% para la población total durante la década de 1990-2000 según el censo de población y vivienda 2000⁷, lo cual permitió proyectar la población total del estado de Tabasco por el periodo de 2002 a 2006 pasando así en 2001 de 1 millón 970 mil 848 habitantes a 2 millones 218

mil 978 habitantes en 2006.

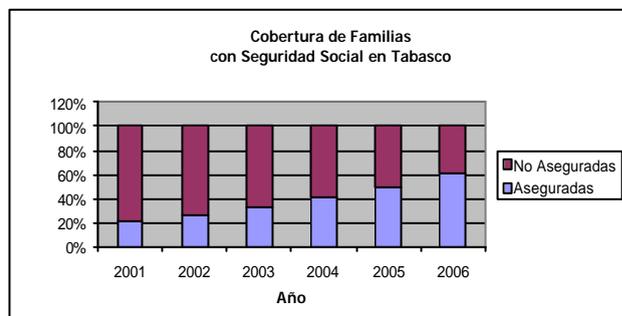
En el caso de la valuación sin la existencia del Seguro Popular, para efectuar esta valuación, al igual que la valuación anterior, se inició partir de definir las proyecciones de la población total que se esperaba tuviera el estado de Tabasco en base a la información histórica que se obtuvo del Reporte de Coberturas de Salud para la Población no asegurada Reporte Estatal, 2001 y tomando como referencia la tasa de crecimiento promedio 2.4% para la población total durante la década de 1990-2000 según el censo de población y vivienda 2000,⁸ permitió proyectar la población total del Estado de Tabasco por el periodo de 2002 a 2006 pasando así en 2001 de 1 millón 970 mil 848 habitantes a 2 millones 218 mil 978 habitantes en 2006.

RESULTADOS

EVALUACIÓN CON LA EXISTENCIA DEL SEGURO POPULAR

1. Se obtuvo la población con seguridad social del 2002, la cual representa aproximadamente el 30% de la población total y por tanto la no asegurada es de 70% aproximadamente, de lo cual se determino el número de nuevas familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, para el año 2002 siendo de 14,324 (familias reales), cabe señalar que para efectuar esta valuación se tomó como referencia el número de integrantes por vivienda para determinar una familia (NIV = 4.5 Integrantes por Vivienda media estatal); de lo cual se obtuvo que en promedio se tiene una capacidad de afiliación del 26% (% del total de familias afiliadas con respecto a las familias no afiliadas totales), de darse esta tendencia se podría esperar tener cerca del 62% de familias totales aseguradas en el estado para el año 2006, como se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1. Cobertura de familias con seguridad social en Tabasco.



Fuente: Proyecciones realizadas a partir del reporte de coberturas de salud para la población no asegurada del estado de Tabasco, reporte estatal, 2001 y 2002, Secretaría de Salud.

2. Se determinaron las familias afiliadas y reafiliadas por año las cuales se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Total de familias afiliadas y reafiliadas por año

Año	2002	2003/p	2004	2005	2006
Total de familias afiliadas en el año (Miles)	14,324	20,459	28,231	38,062	50,484
Número de familias reafiliadas	0	14,324	34,783	63,014	101,077
Total afiliadas y reafiliadas(Miles)	14,324	87,000	150,000	367,000	390,000

Fuente: Proyecciones realizadas a partir del padrón de afiliados y reafiliados del Seguro Popular en Salud del estado de Tabasco, 2002-2003-2004.

3. Se determinaron los ingresos y costos que incurre el Seguro Popular de Salud, a partir del Catálogo de Beneficios Médicos 2002 (CABEME) y el presupuesto de egresos 2002 del Seguro Popular de Salud, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Ingresos y costos por familia

Ingresos por familias (Anuales)	Monto
Subsidio por familia afiliada	\$ 2,100.00
Cuota anual por familia	\$ 240.00
Costo por familia (Anuales)	
Costo de Medicamentos	\$ 949.50
Costo de Servicios Médicos	\$ 6,534.59
Costo de Gerencia	\$ 62.55
Costo de Operación	\$ 180.83
COSTO TOTAL POR FAMILIA	\$ 7,727.46

Fuente: Catalogo de Beneficios Médicos 2002 (CABEME); presupuesto de egresos 2002 del Seguro Popular de Salud en Tabasco.

Por lo que a partir de estos datos y el número de familias nuevas afiliadas y reafiliadas por año se obtuvieron los flujos netos, que se emplearon para descontarlos a la tasa de interés o costo de oportunidad del dinero, que para este caso, debido a que el periodo de la valuación fue 5 años, dicha tasa de interés es del 7% anual que pagaban los Udibonos a 5 años emitidos por el gobierno federal a mediados del mes de enero de 2003 y que representa el costo del financiamiento aproximado del gobierno federal (tasa internacional + prima por riesgo). Con estos datos se determinó el Valor Presente de los Flujos Netos del Seguro Popular de Salud para 5 escenarios suponiendo diferentes porcentajes de uso del Seguro Popular de Salud por parte de sus afiliados los cuales se presentan en la Tabla 5.

A partir de estos escenarios se puede hacer notar que al tomar como válidas las proyecciones de este documento, el Seguro Popular de Salud en Tabasco podría soportar hasta 30% de uso de sus afiliados por año antes que deje de ser un

Tabla 5. Escenarios de valuación con el Seguro Popular de Salud en Tabasco.

% De uso del seguro popular del total de afiliados y reafiliados	Total de familias atendidas por el periodo 2002-2006(Miles)	Valor presente neto (Miles)
100%	364.759	-\$1,586,241,304.44
75%	273.569	-\$1,020,072,677.70
50%	182.380	-\$453,904,050.97
30%	109.272	\$0.00
25%	91.190	\$112,264,575.77

Fuente: Valuación financiera del Seguro Popular de Salud en Tabasco 2003.

proyecto no rentable (en el entendido que los proyectos de inversión pública no buscan obtener una rentabilidad positiva, sino aumentar el bienestar social), ya que con este 30% su Valor Presente Neto es cero, este dato soporta que 109 mil 272 familias aseguradas podrían usar el Seguro Popular de Salud entre los años 2002 y 2006.

EVALUACIÓN SIN LA EXISTENCIA DEL SEGURO POPULAR

1. Se determinó el porcentaje de población con seguridad social el cual es aproximadamente el 30% y el restante 70% se atribuye a la población no asegurada para el año 2002, al igual que la valuación anterior se tomo referencia el número de integrantes por vivienda para determinar una familia (NIV=4.5 Integrantes), adicionalmente se plantea que no se afilian nuevas familias si no solo se presta el servicio de atención médica y se cobra solo una parte del costo a través de las cuotas de recuperación.

2. Para la determinación de los ingresos y costos que permitieron determinar los flujos netos, se partió del presupuesto ejercido por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, el cual se proyectó para los próximos 5 años observando que en promedio ha crecido al 31% respecto del año anterior y que las cuotas de recuperación representan cerca del 4% del total del presupuesto por año³.

A partir del número de familias no aseguradas esperadas para los próximos 5 años, las cuales no disminuyen debido a que la población total crece, y dado que la Secretaría de Salud no dispone de un programa de afiliación de familias, se origina que no disminuya el número de familias no aseguradas, por lo tanto, el costo por familia se obtiene dividiendo el monto del presupuesto ejercido entre el número de familias no aseguradas; los ingresos se obtienen al determinar el 4% del presupuesto ejercido como cuotas de recuperación. (Tabla 6)

Después de determinar los flujos netos del proyecto se

Tabla 6. Ingresos y costos por familia sin Seguro Popular de Salud en Tabasco.

Cifras en Miles Presupuesto ejercido por la Secretaría de Salud	2002	2003/p	2004	2005	2006
Monto Corriente	1,728,294,494	2,258,317,222	2,950,884,061	3,855,843,040	5,038,329,274
Número de familias no aseguradas (miles)	304,711	310.805	317.021	323.362	329.829
Promedio de crecimiento del presupuesto (respecto al año anterior)	31% \$5,445.04	\$6,975.38	\$8,935.83	\$11,447.27	\$14,664.55
Cuota de recuperación total	69,131,779.76	90,332,688.88	118,035,362.45	154,233,721.61	201,533,170.96
Cuota de recuperación por familia	\$226.88	\$290.64	\$372.33	\$476.97	\$611.02

Fuente: Análisis Presupuestal 2002, Dirección de Planeación, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

procedió a determinar los flujos netos descontados a la tasa libre de riesgo crediticio empleada en la valuación anterior y posteriormente, se determinó el Valor Presente Neto para 4 escenarios tomando como punto de referencia el número de familias atendidas por el Seguro Popular de Salud para determinar si esta opción es más benéfica que la del Seguro Popular de Salud, obteniéndose los resultados de la Tabla.7

Tabla 7. Escenarios de ablución sin el Seguro Popular de Salud en Tabasco.

% De familias no aseguradas que recibirán servicios de salud respecto del total	Total de familias atendidas por el periodo 2002-2006 (Miles)	Valor presente neto (Miles)
23%	364.759	-\$2,451,915,429.24
17%	273.569	-\$1,838,934,891.88
11%	182.380	-\$1,225,961,075.93
6%	91.190	-\$612,980,537.96

Fuente: Valuación del Seguro Popular de Salud en Tabasco 2003.

De estos resultados podemos destacar que en todos los casos se tienen beneficios negativos netos al día de hoy, lo que nos indica que esta forma tradicional de prestar los servicios médicos a las familias no aseguradas es más costosa que efectuarla a través del Seguro Popular de Salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A partir de la Evaluación anterior podemos concluir lo siguiente:

1. El Seguro Popular de Salud aporta beneficios positivos siempre y cuando sólo sea demandado anualmente por el 30% de sus afiliados, pero si este porcentaje se incrementa, se tienen beneficios negativos pero nunca mayores a los

que se enfrentaría por cubrir el mismo número de familias a través del mecanismo tradicional, llámese subsidio a la oferta.
2. El Seguro Popular de Salud se puede considerar como un proyecto que traerá beneficios a mediano y largo plazo, que permitiría a la Secretaría de Salud destinar mayores recursos a la inversión en infraestructura, derivado de la disminución en el gasto que se obtendría de aumentar el número de familias afiliadas al Seguro Popular, por lo que cumpliendo el plan de afiliación de nuevas familias presentado en este documento para el año 2006 tendríamos cerca del 38% de población no asegurada aproximadamente respecto de la población total.

3. Adicionalmente se cumpliría con el objetivo de brindar protección financiera a las familias tabasqueñas contribuyendo de esta manera a tener menor población que cruce la línea de la pobreza por cuestión de gastos de salud durante el periodo 2003-2006.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud de Tabasco. Reporte Estatal de Coberturas de Servicios de Salud para Población Abierta 2002. Tabasco, México: SSA, 2002.
2. Walt G, Gilson L. Reforming the Health Sector in Developing Countries. The Central Role of Policy Analysis. Washington, U.S.A.; 1994; 9(4): 353-370.
3. Mainetti J.L. ¿Un modelo a imitar? Referencia al desarrollo del sistema de atención médica canadiense. Quirón; 1998, (2):26-35.
4. Kliksberg B. Cooperation of the PAHO in the Health Sector Reform Processes. Observatorio Social Argentina; 1998; (12): 11-19.
5. Secretaría de Salud de Tabasco. Reporte Estatal de Coberturas de Servicios de Salud para Población Abierta 2002. Tabasco, México: SSA, 2002

6. Evaluación de Proyectos de Inversión. NAFINSA-ITAM. México, D.F. 1997; 4: 51-68

7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, D.F.: INEGI, 2001.

8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, D.F.: INEGI, 2001.

9. Secretaría de Salud de Tabasco. Análisis Presupuestal 2002, Dirección de Planeación. Tabasco, México: SSA, 2002.

**CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA EL PERSONAL DE SALUD
MÉXICO -2002**

4.- Declaración de Helsinki. Revisiones 1999 y 2000. New England Journal of Medicine Vol. 341; págs. 527, 531. 12 de Agosto de 1999. E.U.A. Lancet, Vol. 356, pág. 1123. Septiembre, 2000. Reino Unido. Science, Vol.290, pág. 418. Octubre 20, 2000, Edimburgo, Escocia, Reino Unido.

5.- Asociación Médica Mundial, 1949

6.- Van Rensselaer Potter, 1971

**CAPÍTULO I
PRINCIPIOS BÁSICOS**

1. Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habitan en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética.

2. Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario.

3. El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política o posición socio-económica, sin escatimar tiempo, ni espacio, respetando siempre la dignidad y derechos humanos.

4. El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participan en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

5. Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

**CAPÍTULO II
CONDUCTA BIOÉTICA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

6. La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.

7. El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al

beneficio de la salud de la comunidad, así como en la atención médica en casos de emergencia y desastres.

8. La actitud del equipo de salud debe mantener e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y personal que los asiste, puesto que el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.

9. Las instituciones de salud, conforme con sus posibilidades, deberán asignar a cada médico u otros prestadores de servicios el número adecuado de personas, de acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.

10. Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento, y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.

11. Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.

12. El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.

**CAPÍTULO III
EL ENFERMO COMO CENTRO DE INTERÉS DE LA BIOÉTICA**

13. Los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Esto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes.

14. El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje

Continúa en la página 332....