

52
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

POLITICAS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL
EN MEXICO 1982-1988.
UN BALANCE DE GOBIERNO SECTORIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA

P R E S E N T A :

RAUL VELASQUEZ SOSA

México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I. EL PODER DEL ESTADO.

1. EL ESTADO COMO FENOMENO POLITICO. 11
2. LA DESIGUALDAD COMO PRESUPUESTO DEL PODER. 16
3. EL PODER POLITICO. 21
4. EL PODER ESTATAL. 23
5. EL GOBIERNO. 29
6. LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA. 34

CAPITULO II. LAS POLITICAS PUBLICAS.

1. POLITICAS PUBLICAS. 38
 - 1.1 Características. 38
 - 1.2 Modelos de Análisis. 43
 - 1.3 El Ciclo de las Politicas. 47
 - 1.4 Los Límites de las Politicas Gubernamentales. 50
2. POLITICAS DE SALUD. 52
 - 2.1 Sectorización. 52
 - 2.2 Proceso salud-enfermedad. 54
 - 2.3 Formulación. 58
 - 2.4 Instrumentación. 61
 - 2.5 Evaluación. 64

CAPITULO III. GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN DEL SECTOR SALUD 1982-1988.

1. COMPROMISO DEL ESTADO MEXICANO: LA SALVAGUARDA DE LOS DERECHOS SOCIALES. 74
2. MARCO JURIDICO DE LA SALUD EN MEXICO. 78
3. RECTORIA DEL ESTADO EN SALUD. 83
4. INSTITUCIONES DE SALUD. 85
 - 4.1 Secretaria de Salud. 85
 - 4.2 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). 88
 - 4.3 Instituciones de Seguridad Social. 90

5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 91
6. LA SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988. 93
7. POLITICAS NACIONALES DE SALUD 1982-1988. 95

CAPITULO IV. EL IMPACTO DE LAS POLITICAS SECTORIALES.

1. ENTORNO DE LAS POLITICAS. 113
2. CONDICIONES DE VIDA Y DESARROLLO SOCIAL EN 1982-1988. 116
 - 2.1 Alimentación. 117
 - 2.2 Educación. 121
 - 2.3 Vivienda. 123
3. IMPACTO DE LAS POLITICAS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL. 124
 - 3.1 Cobertura de los servicios de salud. 124
 - 3.2 Recursos del sector salud. 127
 - 3.2.1 Recursos Fisicos. 127
 - 3.2.2 Recursos Humanos. 129
 - 3.3 Gasto en salud. 130
 - 3.4 Panorama de la salud. 135
 - 3.5 Panorama de la asistencia social. 141

CONCLUSIONES. 145

ANEXOS.

A. GRAFICOS. 160

B. CUADROS. 178

BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFIA. 198

INTRODUCCION.

Preocupación constante en el debate político actual en México es la reforma del Estado, que sintetiza importantes cuestiones, entre otras: el estudio de las relaciones sociales que dan origen a una forma determinada de organización política; el papel del Estado en la consecución del bienestar social; su injerencia en los asuntos económicos; las vías idóneas para la toma de decisiones públicas y la necesidad de modificar el aparato administrativo público a fin de ubicarlo en el contexto de las continuas transformaciones de la sociedad.

Punto relevante para participar en este debate es la comprensión de los mecanismos y procesos que dentro del Estado producen las decisiones públicas y los instrumentos, técnicas y procedimientos de que dispone el gobierno para materializarlas a través de la administración pública. El estudio de las decisiones y lineamientos de acción estatal que se concretan en forma de políticas identificadas con cada una de sus esferas de actividad, es crucial para entender que el eje del análisis no es si el Estado debe de intervenir o no en determinado ámbito, sino qué tanto debe hacerlo conforme a sus compromisos y responsabilidades como conductor y rector del desarrollo social.

Uno de estos ámbitos es el de la salud pública y el de las actividades para la protección de los desposeídos; áreas de ejercicio del poder estatal que comienzan a ser cuestionadas en

nuestro país a partir del sexenio 1982-1988, en el periodo de gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, al abrirse los espacios para la competencia sin obstáculos, el libre mercado y la "mano invisible". Si se considera además que el periodo se caracteriza por los estragos de la crisis económica, se encuentra terreno fértil para dirimir cuestiones sociales de gran significación en la vida y el futuro de México a través del estudio de las políticas de salud y asistencia social.

Puesto que el aprendizaje del arte del gobierno en México es preponderantemente empirico, esta tesis tiene como finalidad fundamental estudiar estas políticas orientando la investigación a las formas como se vincularon las determinantes gubernamentales con los procedimientos y recursos de la administración pública, detallando cómo y en qué sentido se dirigieron los esfuerzos públicos para solucionar los problemas de salud de 1982 a 1988; esto permite realizar con todos sus alcances y limitaciones un balance global de gobierno sectorial, precisando sobre todo el impacto social de sus acciones.

Por motivos profesionales, el objeto de estudio también pretende explicar la incongruencia de divorciar el conocimiento médico del político-administrativo, más aún, intenta ubicar en el plano adecuado la vinculación e interdependencia de la Medicina y la Administración Pública, ciencias que a primera vista parecen tan distantes y diferentes, pero que se encuentran hermanadas como actividades de servicio público en búsqueda del bienestar colectivo.

Como fundamento de lo anterior, en el primer capítulo de la tesis se conceptualiza y define al Estado en cuanto formación social, se analizan sus orígenes en la multiplicidad y diversidad de relaciones sociales, económicas y políticas, así como las cualidades que le confieren un carácter peculiar a su poder; se estudian la función de gobierno y su acción en la sociedad y la administración pública como parte del aparato político estatal.

En el segundo capítulo se analiza el concepto de "política pública" como tautología de uso común, se enfatiza en su correcta conceptualización como política gubernamental y su ejercicio en términos de la interacción del binomio gobierno-administración pública; se estudian diversos modelos de análisis de las políticas, el ciclo que las caracteriza y sus limitaciones prácticas. Asimismo, se contempla el marco teórico de las políticas de salud y sus tres etapas fundamentales, junto con la noción del proceso salud-enfermedad y su evolución histórica.

El capítulo tercero está dedicado a revisar la filosofía política de los derechos sociales en el Estado revolucionario mexicano, a destacar la importancia de elevar a garantía constitucional el derecho a la protección de la salud y a analizar las funciones rectoras estatales en este ámbito; se realiza una breve semblanza histórica de las principales instituciones de salud y asistencia social en función de su integración al Sistema Nacional de Salud, las características de éste, la salud en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y finalmente, como objeto de estudio, las

políticas sectoriales nacionales con las cinco estrategias para su instrumentación en el sexenio 1982-1988.

El capítulo cuarto enfatiza en la pertinencia de ubicar las políticas de salud dentro del marco socioeconómico, se estudia por ello el comportamiento de variables que se identifican con el nivel y condiciones de vida. Al analizar el objeto de estudio por la actividad de las instituciones públicas y no de las privadas, se evalúa el impacto de las políticas sectoriales con base en la cobertura proporcionada por éstas, los recursos físicos, humanos y financieros a su disposición, y de manera especial, al precisar si modificaron las tendencias históricas del nivel de salud de la población mexicana; también se analiza el panorama de las acciones de asistencia social en el periodo. Se anexan gráficos, tablas y cuadros que sintetizan información estadística de gran utilidad para cumplir estos propósitos.

Por último se señalan las conclusiones y propuestas que se derivaron de la investigación.

CAPITULO I.

EL PODER DEL ESTADO

1. EL ESTADO COMO FENOMENO POLITICO.

A pesar de que su presencia en la vida cotidiana de los integrantes de toda sociedad contemporánea es indudable e insoslayablemente objetiva, el significado del Estado y en particular de su poder continúa siendo de difícil comprensión. Esto se debe en parte, a que su estudio a través de los siglos parte de diferentes puntos de vista, privilegiando con ello diversas concepciones y explicaciones teóricas de la realidad social y política, distintas áreas del conocimiento científico (p.e. la filosofía, la ciencia política, el derecho, la sociología política), o bien ciertas doctrinas dentro de una misma esfera científica (p.e. el marxismo, el liberalismo, etc.)

Existen, entre otras, cuatro corrientes teóricas que han sido desarrolladas para conceptualizar el significado y naturaleza del conjunto de relaciones concretas de poder político, que dentro del Estado conforman el sustrato de sus manifestaciones en la sociedad y que afectan a sus integrantes, dadas ciertas circunstancias históricas, en diversas formas, medidas, aspectos y grados.

La primera corriente encuentra su fundamento en las ideas contractualistas de los siglos XVII y XVIII. Propone como origen un primigenio acto de voluntad, esencialmente racional y dirigido a un fin específico: la creación de una forma de convivencia sociopolítica que surge de un acuerdo de voluntades individuales, diferentes pero con similar peso político, condicionando que los intereses de todos y cada uno de los integrantes de la sociedad se fundan en una única "voluntad general" que constituye, previo

"pacto social", la suprema dirección por consenso de la misma¹.

La segunda corriente ubica al Estado como una "substancia" o "esencia" caracterizada en cuanto a sus fundamentos y acciones, como transhistórica, en ella es explicado como "...un objeto epistemológicamente aislable ... cuyas diferenciaciones expresarían simplemente metamorfosis internas de un espacio autorregulado con límites inalterables ... realidad autoreproducible desde dentro por sus leyes internas y que además es inmutable"². A partir de esta noción, algunos autores han pretendido conformar una "teoría general" del Estado, la cual "...tiene como finalidad obtener un conocimiento general ... el conocimiento general constituye el conocimiento científico frente al histórico o el filosófico, aquél individual, éste universal"³; dentro de esta corriente de pensamiento una manera sencilla y válida de comprender la naturaleza del Estado implica dar respuesta a los siguientes cuestionamientos: "...¿ qué es el Estado ?, ...¿ cómo es el Estado ?, ...¿ por qué y para qué es el Estado?"⁴.

La tercera corriente tiene su fundamento en el idealismo, cuyo

¹ En este sentido manifiesta Rousseau "...supongo a los hombres recién llegados al punto en que los obstáculos que impiden su conservación en el estado natural superan a las fuerzas que cada individuo puede emplear para mantenerse en dicho estado. Entonces ese estado primitivo no puede subsistir y el género humano percibirá si no variara de manera de ser. Ahora bien, como los hombres no pueden engendrar nuevas fuerzas, sino unir y dirigir solamente las que existen no tienen otro medio para conservar que el de formar por agregación una suma de fuerzas capaz de superar la resistencia, ponerlas en juego con un solo fin y hacerlas obrar de mutuo acuerdo. Juan Jacobo Rousseau, El Contrato Social, Del Pacto Social. Madrid, Sarpe. 1983. pp. 40-41. (el subrayado es nuestro).

² Nicos Poulantzas, Estado, Poder y Socialismo. México, Siglo XXI. 1986. p. 12.

³ José López Portillo, Teoría General del Estado. México, IEPES-PRI. 1976. p. 8. Concepción que separa de manera injustificada la ciencia de la historia y de la filosofía para el estudio del Estado, fenómeno político por excelencia.

⁴ Ibid., p. 10.

principal exponente, Hegel expresa que "... el Estado es la realidad de la idea ética; es el Espíritu ético en cuanto voluntad patente, clara de sí misma, sustancial, que se piensa y se sabe ... En lo ético, el Estado tiene su existencia inmediata y en la conciencia de sí del individuo, en su conocer y actividad, tiene su existencia mediata y esta conciencia de sí, por medio de los sentimientos, tiene su libertad sustancial en él, como su esencia, fin y producto de su actividad ... como la realidad de la voluntad sustancial que posee la conciencia de sí ... es lo racional en sí y para sí"⁵. En consecuencia, el Estado es la máxima expresión del dominio de la razón, además " ... es una fuerza activa de naturaleza espiritual llamada a desenvolver su esencia, que no es otra cosa sino la realización en la tierra de los valores espirituales supremos: portador, guardián y ejecutor del bien, de la justicia y de lo bello"⁶.

La cuarta corriente tiende a confundir al Estado con alguno de sus elementos característicos; su tendencia más importante es la jurídicista que propone reducir el Estado al derecho. En ella, destacan las ideas de Hans Kelsen quien manifiesta en su "Teoría Pura del Derecho" que "...el Estado tiene de Estado exclusivamente lo que tiene de derecho ... un conocimiento ideológicamente libre del Estado y liberado, por tanto, de toda su metafísica y de toda mística no puede apoderarse de su esencia de otro modo que

⁵ G. F. Hegel. Filosofía del Derecho, México, UNAM. Nuestros Clásicos. no. 31. 1975. pp. 244-245.

⁶ Mario de la Cueva. La idea del Estado, México, UNAM. 1986. p. 276. Para una mejor comprensión del pensamiento hegeliano sobre el Estado es preciso consultar también a Karl Marx. Crítica de la filosofía del Estado de Hegel, México, Grijalbo. 1970. 158 pp.

concibiendo esa formación social como un orden de la conducta humana. Una investigación más circunstanciada muestra que es un orden social coactivo, y que este orden tiene que ser idéntico al orden jurídico, puesto que son los mismos actos coactivos los que caracterizan a ambos, y dado que una misma comunidad social no puede ser constituida por dos órdenes diferentes ... el Estado es un orden jurídico ... llámese Estado al orden jurídico cuando ha alcanzado cierto grado de centralización"⁷.

Estudiosos de la ciencia política como Almond y Powell también caen en esta confusión conceptual al manifestar que "...en los textos antiguos se empleaban expresiones como 'gobierno', 'nación' o 'Estado' para referirse a lo que denominamos sistema político ... el significado de los términos antiguos - Estado, gobierno, nación - se limita al ámbito de lo puramente legal e institucional: dirigen la atención a un determinado conjunto de instituciones que normalmente forman parte de las modernas sociedades occidentales ... no se trata desde luego de un mero problema de nomenclatura, la terminología adoptada en la actualidad refleja una nueva manera de considerar los fenómenos políticos"⁸.

Para estudiar al Estado, cada una de estas corrientes le confiere un carácter peculiar que dificulta su análisis como fenómeno

⁷ Hans Kelsen cit. por López Portillo, op. cit. p. 361. Otro connotado jurista refiere que "...cuando se declara que el Estado sólo puede ser consagrado por su calidad de organización para la seguridad jurídica, quisiere decir que sólo puede justificarse en cuanto sirva a la aplicación y ejecución de los principios morales del derecho ... el poder del Estado se diferencia de otras formas y todas las otras formas de poder político, porque tiene a su disposición el orden jurídico establecido ... en este sentido puede definirse la política como el arte de transformar tendencias sociales en formas jurídicas". Herman Heller, Teoría del Estado, México, P.C.E. 1985, pp. 225 y 241.

⁸ G.A. Almond, G.B. Powell. "El Sistema Político" en J. Blondel, M. Duverger et al. El Gobierno: estudios comparados, México, Alianza. 1981. p. 59.

político. La primera, al considerarlo como producto de un acto de concordia que satisface políticamente por igual las necesidades e intereses de todos, niega de entrada la existencia de relaciones de poder previas y posteriores a su constitución. La simple "agregación" de las fuerzas individuales diluye la naturaleza de la dominación política fundamento del mismo.

La segunda corriente, al negar las modificaciones y nuevas configuraciones que el Estado adopta de forma continua en diferentes circunstancias históricas, impide el entendimiento tanto de la dinámica social que crea las cambiantes relaciones de poder entre los individuos, como el de los factores que a su vez modifican dichas relaciones.

La tercera corriente, al partir de una concepción idealista, soslaya la indole material y objetiva de las relaciones sociales que dan pauta al surgimiento de la dominación estatal. La perspectiva idealista hace radicar en el terreno metafísico la naturaleza del poder del Estado, negando su extracción social.

La cuarta corriente, al identificar el todo con las partes, encubre las causas y efectos del origen de este poder, con los mecanismos, modalidades y esferas de su ejercicio, lo que a su vez oscurece la naturaleza de la dominación estatal; al confundirla con el derecho y privilegiar la autoridad formal de la norma jurídica, queda imprecisa la potencialidad del poderío estatal del cual depende para hacerse efectiva.

Comprender el significado de la actividad estatal implica averiguar y estudiar sus aspectos concretos, es decir, cómo y en qué sentidos ejerce su dominación, los procesos, mecanismos y aparatos que el Estado pone en acción para definir y concretar sus actividades y la forma como la sociedad se ve afectada por éstas. Sobre este aspecto Patricio Marcos manifiesta que "...para la ciencia política inquerir sobre lo que es el Estado moderno, no es otra cosa sino preguntarse sobre lo que hacen las modernas dominaciones. En ese sentido, la pregunta sobre los estados modernos es aquella que indaga el carácter de la dominación estatal; aquella que averigua la naturaleza del dominio sobre el que funda su realidad. Es aquí, en la modalidad del ejercicio del poder y su estatuto, donde se plantea con mayor agudeza el problema de la constitución real y efectiva de los estados modernos"⁹.

2. LA DESIGUALDAD COMO PRESUPUESTO DEL PODER.

Gracias a dos extraordinarias capacidades que lo distinguen de otros seres vivientes, el razonamiento y el trabajo, el ser humano ha desarrollado dos grandes procesos cuya finalidad es asegurar su sobrevivencia. El primero, dirigido a la creación de instrumentos que le permiten protegerse de las inclemencias y peligros de la naturaleza para dominarla y así proveerse de sustento. El segundo, encaminado a la creación de condiciones para la convivencia social pacífica.

El primer proceso, en una de sus vertientes, estuvo y continúa

⁹ Patricio Marcos. El Estado, México, Edicol. 1977. p. 71 (los subrayados y negritas son nuestros).

orientado al estudio de los fenómenos naturales, para reunir toda la información que ordenada y sistematizada constituye cada una de las ciencias, cuyo sustrato fundamental es el raciocinio y el trabajo intelectual, que tienen como finalidad primordial la creación del conocimiento objetivo.

En una segunda vertiente, el proceso está orientado a concretar el dominio del hombre sobre la naturaleza mediante el diseño y elaboración de instrumentos y herramientas y el desarrollo de las capacidades, aptitudes y habilidades requeridas para la creación de las técnicas y los oficios, cuyo sustrato fundamental es la inventiva y el trabajo manual, que tienen como finalidad primordial la transformación de la materia y la creación de bienes diversos.

El segundo proceso, en su primera vertiente, se identifica con la conformación de grupos sociales, conjuntos de individuos que se unen en principio por afinidad de origen y en una etapa posterior por necesidades ineludibles, como hacer frente al enemigo común o para colaborar y obtener alimentos. En su segunda vertiente, está signado por el gradual y constante desarrollo de mecanismos internos de organización, la definición paulatina de roles y jerarquías entre los individuos de acuerdo con las tareas de dirección material o espiritual, y finalmente en una etapa más avanzada, el estímulo a la formación de alianzas y pactos con otros grupos.

Estos dos procesos, disponen la aparición de una extensa y compleja red de relaciones entre los individuos que a su vez originan

importantes formas de vinculación e interdependencia de naturaleza diversa; la consolidación de todo grupo social como organización principia con el surgimiento de fenómenos como la división social del trabajo, la especialización de las funciones individuales y la separación del trabajo intelectual y el manual.

Ambos propician además que "...la diferenciación, la especialización y la escisión de funciones generen desigualdades y privilegios de riqueza, prestigio e influencia entre grupos e individuos, que pueden llegar a organizarse en órdenes jerárquicos. Las desigualdades y privilegios surgen de las relaciones económicas, de la edad, el sexo, el parentesco, la descendencia, las tareas religiosas y militares. A su existencia se debe la oposición de enfrentamientos y competencias de intereses ... de formas de dominación... "¹⁰. Diferencias que se encuentran determinadas por dos mecanismos históricos generadores de desigualdad que se originan, actúan y se reproducen de manera simultánea.

El primero genera desigualdad económica por el acceso diferenciado de los individuos a la riqueza, los satisfactores mínimos de bienestar y a un nivel de vida adecuado. Su origen se encuentra en las relaciones de producción e intercambio existentes en un lugar y tiempo determinados que condicionan la escisión de la sociedad en dos grandes grupos: uno que disfruta de condiciones superiores de vida en función de la propiedad de los medios de producción, de las

¹⁰ Marcos Kaplan. Estado y Sociedad. México. UNAM. 1983. p. 152.

materias primas o bien por estar dedicado a actividades que generan riqueza de manera secundaria (p.e. comercio, banca, etc.) y otro constituido por los individuos que mediante la aplicación de su energía, vigor, esfuerzo, habilidad, imaginación y creatividad, en síntesis su trabajo, se encargan de producir de forma directa los satisfactores materiales. La base de este tipo de relaciones se encuentra en la existencia de la propiedad privada, su armazón estructural subyace en la esfera económica, la cual presupone la creación y desarrollo del mercado, el intercambio de excedentes, la creación del dinero, la apropiación del plus trabajo y en general el desarrollo del capitalismo. Estas relaciones se manifiestan dentro de la sociedad como determinantes para la división de la sociedad en clases propietarias y clases desposeídas.

El segundo mecanismo genera desigualdad política por el acceso diferenciado de los individuos a tomar decisiones que de manera integral afectan a la comunidad y a dirigir las tareas y trabajos sociales. Su origen se encuentra en las relaciones de dominación política existentes en un lugar y tiempo determinados que condicionan la presencia de dos grupos: el que tiene a su cargo las tareas de organización, coordinación, control y dirección de los esfuerzos colectivos, es decir, detenta el mando y el que se encuentra sujeto a obedecer y cumplir las disposiciones y ordenamientos establecidos por el primero. La base de este tipo de relaciones se encuentra en la existencia del poder, su armazón estructural subyace en la esfera política, la cual supone la ruptura entre el sujeto y el objeto de la vida y la actividad políticas y la aparición del gobierno. Estas relaciones se

manifiestan dentro de la sociedad como determinantes para su escisión puesto que "...la diversidad y la movilidad de clases, estratos, capas y grupos, diferentes o antagónicos, no excluyen y por el contrario suponen, en cada sociedad y etapa histórica, una división entre hombres que mandan y otros que obedecen, relaciones de autoridad y acatamiento y un tipo de polarización que debe ser siempre buscado como eje del análisis. La contraposición básica se produce entre clases dominantes y dominadas"¹¹.

El resultado global de la interacción en la sociedad de los dos mecanismos, es la creación y perpetuación de desigualdades, divisiones, separaciones, estratificaciones, jerarquías y diferencias muy a menudo lacerantes que propician inequidad e injusticia, de donde la sociedad "...resulta así heterogénea, contradictoria, móvil. Se presenta como la sede de tensiones permanentes entre fuerzas y tendencias de conflicto y disgregación, a partir de la lucha por el reparto de la riqueza, el status, el prestigio, el poder, las condiciones y calidades de existencia, por una parte; y por la otra, fuerzas y tendencias de cohesión, integración y equilibrio que asumen el interés por la conservación de las bases mínimas del sistema social para la supervivencia y desarrollo de los grupos e individuos y de lo que se define como vida civilizada"¹². La existencia de estas fuerzas antitéticas, fruto de los mecanismos generadores de desigualdad social, económica y política tiene como marco de referencia el estar

¹¹ *Ibid.* p. 134.

¹² *Ibid.* p. 135.

situadas dentro de la pugna global y de más alta significación que se da en cualquier sociedad, la lucha por el poder político.

3. EL PODER POLITICO.

Al considerar que "...el poder es la materia y la sustancia fundamental del universo de entes llamado política"¹³, se advierte que el poder posee distintas formas de manifestarse de acuerdo con sus ámbitos de acción y las finalidades que persigue quien lo detenta y ejerce. Para tales efectos, Bovero presenta una interesante tipología del poder, en la cual adopta tres formas específicas:

- a) El poder económico, que ejercen quienes poseen los medios de producción.
- b) El poder ideológico, que ejercen quienes poseen los medios de persuasión.
- c) El poder político, que ejercen quienes poseen los medios de coacción física¹⁴.

Este último tipo de poder es una forma más específica y concreta cuya existencia denota la presencia entre el sujeto y el objeto del poder de una relación en la cual "... se restablece la importancia de las instancias donde se sitúa el poder de opción, de decisión, de orientación y de constitución, la fuerza determinante y condicionante de lo político en el sentido más amplio del concepto"¹⁵.

¹³ Norberto Bobbio y Michelangelo Bovero. Origen y fundamentos del poder político. México, Grijalbo. 1985. p. 37.

¹⁴ *Ibid.* pp. 45-46. Otras interesantes tipologías del poder las analiza Bobbio en su Diccionario de Política. México, Siglo XXI. 1981. pp. 1241-1243. Por otra parte, al hablar de coacción física, Bovero se refiere a la "autorizada y legítima que ejerce el órgano político" (coerción).

¹⁵ Kaplan. *op. cit.* p. 136 (el subrayado es nuestro).

Adopta características y cualidades específicas al moldearse como un poder que se instituye como el mecanismo que toda sociedad desarrolla para protegerse contra sus propias desigualdades, contradicciones y conflictos; como una imperiosa necesidad para mantener la dirección y la unidad independientemente del número, tipo, grado o nivel de diferenciación y desequilibrios entre las fuerzas e intereses de clase, de grupo o de facción que la conforman y que de manera natural tienden a pugnar por su preeminencia frente a los intereses globales de la sociedad¹⁶.

Como forma de poder distinta a las que comúnmente se encuentran permeando la estructura social asimilando y mediatizando al resto de los poderes sociales, el poder político¹⁷ se presenta como un poder omnívoto y omnipresente en "...el momento en el cual un conjunto se organiza y toma forma con la aparición de una función o papel unificante, se polariza en las dos figuras contrapuestas o correlativas de los gobernantes y los gobernados, mostrando la propia estructura o articulación en una relación específica: *árchai*

¹⁶ Existen dos grandes ideas sobre el significado de lo político: la que lo conceptualiza como un conflicto permanente que auspicia las fuerzas centrifugas de la sociedad, y la que lo identifica con las fuerzas centripetas que evitan la disgregación de la misma, asegurando la cohesión de los diversos y heterogéneos intereses sociales; en el contexto de la primera Von Clausewitz propone que la política es "la continuación de la guerra por otros medios" mientras que dentro de la segunda, Burdeau dispone que "lo político es aquello que mantiene unidos a los hombres". Georges Burdeau. Tratado de Ciencia Política, 3a. ed. México, ENEP-ACATLAN UNAM. Tomo I. vol. III. 1980. p. 45.

¹⁷ La Política (gr. *polis*: ciudad; deriv. *politeia*, *politikós*) hace referencia primordialmente, a partir de Aristóteles, a los asuntos generales de la ciudad-Estado, comunidad donde los antiguos griegos con base en el derecho natural de los hombres nacidos libres participaban directamente en la gestión de los asuntos públicos o las 'cosas de la ciudad'. Para el estagirita, la ciudad y sus asuntos ocupaban un lugar preponderante en las actividades de cualquier ciudadano ya que "... si todas las comunidades humanas apuntan a algún bien, es manifiesto que al bien mayor entre todas ellas había de estar enderezada la comunidad suprema entre todas y que comprende a todas las demás; ahora bien, ésta es la comunidad política a la que llamamos ciudad". Aristóteles. La Política. México, Porrúa. Libro Primero. 1976. p. 157. Fuertemente marcado por el desarrollo sociopolítico de la humanidad, el concepto de "Política" y "lo político" a partir de esta antigua concepción, habría de extrapolarse para describir toda lucha por el poder dentro de cualquier órgano de dirección global de la sociedad. A este respecto Max Weber manifiesta que "Política significará ... la aspiración (streben) a participar en el poder (político) o a influir en la distribución del poder entre los distintos Estados o dentro de un mismo Estado entre los distintos grupos de hombres que lo componen". Max Weber. El político y el científico. México, Alianza. 1981. p. 84. La conceptualización weberiana hace referencia a que todo proceso, mecanismo, actividad, acción e idea que tenga como finalidad participar en la consecución, distribución, ejercicio o transmisión del poder político en una sociedad significa hacer política.

*kai árchestai, mandato-obediencia*¹⁸.

No se concibe la existencia y supervivencia de los grupos humanos sin la presencia de este factor de cohesión, organización y orientación que surge con la aparición de la humanidad, puesto que "...no existen sociedades apolíticas, todas las sociedades son políticas pero no todas lo son de la misma manera. Todas las sociedades, aun las que se da en calificar como las más primitivas o atrasadas, producen el fenómeno político, sus premisas y sus procesos, sus estructuras y su considerable variedad de formas suponen aspectos de control social, es decir, de poder político"¹⁹.

4. EL PODER ESTATAL.

El poder político sufre una serie de transformaciones y procesos de diferenciación al interior de la sociedad que le da origen, como resultado de nuevas necesidades, del desarrollo de las relaciones de producción y dominación entre los individuos y de la aparición de una estructura socioeconómica más compleja; factores que ante la aparición de fuerzas políticas externas se vuelven vitales para la supervivencia de la colectividad, según costumbres, creencias, lenguaje, religión, origen étnico o adversarios similares, o bien por la combinación de éstos y otros factores más que la consolidan como nación.

Si en un primer momento histórico cumple funciones primordialmente

¹⁸ Dobbio, Bovero. op. cit. p. 43.

¹⁹ Kaplan. op. cit. p. 152.

hacia el interior de la sociedad, en un segundo momento añade una capacidad de resistencia y defensa ante poderes foráneos. Esta simultánea dimensión de competencia y expresión de lo político en dos esferas, interna y externa, hace necesaria su transformación y especialización para crear una nueva forma de manifestarse: el poder del Estado²⁰.

La estatalización del poder político²¹ es un proceso que se origina en una sociedad al concurrir elementos, circunstancias y necesidades históricas específicas cuyo resultado es la creación de un poder peculiar que adopta ciertas características para mantener su preeminencia entre las diversas formaciones civiles y políticas de una comunidad.

Una primera característica es su capacidad de centralización de los poderes políticos que de manera dispersa actúan en la sociedad; disgregación que puede estar originada por cuestiones territoriales (poderes focalizados) o por cuestiones ideológico-políticas (poderes facciosos). Va en este sentido la definición weberiana clásica sobre el Estado y su poder, al referir el abogado alemán que "...Estado es aquella comunidad humana que, dentro de un determinado territorio (el territorio es elemento distintivo) reclama con éxito para sí el monopolio de la violencia física

²⁰

Para Heller el poder del Estado. "... como unidad de acción no es ni la suma ni la mera multiplicación de las fuerzas particulares comprendidas, sino el resultante de todas las acciones y reacciones políticamente relevantes internas y externas ... incluyendo la de los oponentes ... el poder del Estado sólo surge en el momento que el núcleo del poder realiza su propia comunidad de voluntad y de valores frente a los adherentes y opositores mediante la coacción". Heller. op. cit. pp. 258-259.

²¹

Se identificará al poder estatal con los asuntos públicos (lat. publicus, lo que es de todos) porque se ubica conceptualmente como el poder supremo de una nación, máximo representante de sus intereses y también para distinguir su esfera de acción de la esfera privada.

legítima. Lo específico de nuestro tiempo es que a todas las demás asociaciones e individuos sólo se les concede el derecho a la violencia física en la medida en que el Estado lo permite ... el Estado es la única fuente del 'derecho' a la violencia"²². Esta capacidad de centralización que le posibilita el "monopolio" de la coerción lo constituye en el poder más fuerte y lo convierte en el poder soberano²³.

Si a esta capacidad para manejar en forma exclusiva el elemento coercitivo (policía, ejército, prisiones, armamento especializado, etc.) se le suma la de disponer de múltiples recursos para controlar las representaciones subjetivas de sí mismo en la sociedad vía control ideológico, este poder induce la aceptación de:

- a) Una determinada concepción de la realidad social y política.
- b) Una serie de valores, comportamientos y patrones de conducta social y política²⁴.

²² Weber, El político... op. cit. p. 85.

²³ Es importante entender el concepto de soberanía (lat. *superis, superianus*, más arriba; *superomnia*, sobre todas las cosas); teóricos como Tena Ramírez describen a la soberanía como prerrogativa del Estado, atribución que le confiere el carácter de poder que no tiene igual en el interior ni superior en el exterior. Felipe Tena, Derecho Constitucional Mexicano, México, Porrúa, 1955, pp. 3-5. Otra idea interesante es la de Heller quien propone que existe un poder estatal donde "...el poder sobre la organización social territorial le pertenece a ella misma, le sea propia, donde la decisión sobre el ser y el modo de la organización tenga lugar dentro de ella ... el poder del Estado es soberano por ser poder supremo, exclusivo, irresistible y sustantivo... el Estado y su poder constituyen la última ratio de todo poder". Heller, op. cit. p. 264.

²⁴ Los valores sociales son las apreciaciones abstractas que los individuos tienen de sus condiciones materiales de existencia; por tal motivo, los valores se encuentran en consonancia con una determinada forma y nivel de vida y se originan de una concepción idealista de lo que es y debe ser una sociedad. Por ende, cada sociedad privilegia determinados valores de los que se desprenderán conductas específicas para hacerlos realidad. Harold Laswell, por ejemplo, refiere que son ocho los valores sustantivos: poder, ilustración, riqueza, salud, habilidad, afecto, rectitud, respeto. Karl Deutch, Política y Gobierno, México, F.C.E. 1976, p. 26; sociedades cuyos integrantes tienen diferente perspectiva de la realidad, otras necesidades y potencialidades generalmente poseen otro tipo de valores p.e. la frugalidad, la libertad, la salud colectiva, etc.

- c) Un tipo de cultura determinado²⁵.
- d) Una jerarquización sociopolítica que es el fundamento de su dominación en las diversas relaciones de dependencia y sometimiento que de ésta se desprenden.
- e) El ámbito, grado de validez y justificación de su preeminencia ante otros poderes políticos.

Esta segunda característica, que no sólo lo provee de las bases de legitimidad²⁶ necesarias, sino que también refuerza con firmeza en la sociedad una concepción particular del significado del "ethos" estatal, por medio de sus aparatos ideológicos, lo convierte en el poder hegemónico.

Una tercera característica es aquella que le confiere continuidad y permanencia, cuya razón de ser se encuentra en dos procesos históricos: la transformación del modo de ejercicio del poder político que impulsó la creación de mecanismos despersonalizados de organización, ejecución y transmisión pacífica del poder, observados y aceptados como legítimos por los individuos y segundo,

²⁵ Heller explica que "...el prestigio del poder político crece si se logra que el tipo de cultura representado políticamente por él sea adoptado como modelo para la formación de la vida. Las mismas formas del lenguaje, la literatura, la música y las artes plásticas pueden en determinadas circunstancias obrar eficazmente en provecho del poder político ... ningún Estado puede renunciar a la utilización de los poderes espirituales (arte, ciencia, religión) para sus fines". Heller, op. cit. p. 225.

²⁶ Para Habermas la legitimidad "...significa que un ordenamiento es digno de ser reconocido (porque es observado como justo y digno) ... la legitimidad es un requerimiento que contiene validez y que es del reconocimiento factual de tal requerimiento que depende la estabilidad de un ordenamiento de poder" cit. pos. Bobbio, Bovero, op. cit. p. 62. En otro texto, Bobbio refiere la legitimidad al poder estatal al manifestar que ésta "...es el atributo del Estado que consiste en la existencia en una parte relevante de la población de un grado de consenso que asegure la obediencia sin que sea necesario, salvo casos marginales, recurrir a la fuerza ... la legitimidad transforma la obediencia en adhesión". Bobbio, Directorio... op. cit. p. 892. El mismo autor entiende por consenso "...la existencia de un acuerdo entre los miembros de una unidad social dada relativo a principios, valores y normas respecto de la desiderabilidad de ciertos objetivos de la comunidad y de los medios aptos para lograrlos ... se evidencia por lo tanto, en la existencia de creencias que son más o menos ampliamente compartidas por los miembros de una sociedad". Ibid. p. 365.

la construcción de los elementos institucionales²⁷ que conforman el aparato político del Estado p.e. la administración, el ejército, etc., a través de los cuales este ejercicio se materializa. La despersonalización del poder de Estado y de su ejercicio hace que los intercambios políticos entre los que mandan y los que obedecen, se realice por medio de estructuras, medios y procedimientos especiales que le permite una presencia ininterrumpida en la sociedad y lo hace aparecer como el poder institucionalizado.

Una cuarta característica es la que lo relaciona de manera estrecha con la juridicidad establecida; el derecho y el orden jurídico positivo, aquel que la autoridad política declara como obligatorio en un tiempo y lugar determinados, es una manifestación del poder del Estado. El derecho es elemento fundamental para su organización, al disponer mediante leyes "... quién ha de 'valer' como depositario del poder y quién como sometido al mismo, qué actividades y de quién 'deben' esperarse y a quién 'deben' ser imputados determinados actos del poder estatal y al crear, además, dentro de la organización, instituciones que cuidan de que a ese deber ser corresponda normalmente un ser ... consolidando la situación inestable de dominación que se convierte así en estable ... el poder del Estado es siempre poder político jurídicamente organizado"²⁸. Su capacidad para supeditarse a un conjunto de disposiciones legales, sobre todo a las que se encuentran

²⁷ Con el término institucional se hace referencia a las formaciones sociales y políticas que tienen carácter de permanentes; aparte de la organización de los esfuerzos colectivos, tienen como finalidad el control de los individuos mediante ciertos esquemas normativos y axiológicos.

²⁸ Heller, op. cit. p. 261.

contenidas en la Constitución Política, lo aleja en gran medida de regirse de manera arbitraria, transformándolo en poder jurídico.

La quinta y última característica está determinada por un conjunto de factores que le confieren el carácter de poder dotado de una racionalidad particular, éstos son:

a) Una lógica interna que se manifiesta por una serie de acciones coherentes encaminadas a mantener la dominación del Estado y a su poder como supremo poder político.

b) Un mecanismo de regulación social y política que impide que la sociedad se desintegre, permitiéndole al mismo tiempo no alterar de manera significativa las condiciones primarias de ésta, de las cuales surge y en las que constantemente se desenvuelve.

c) Una capacidad para convertirse en poder político real, efectivo y extraordinario, que le hace el principal poder organizador y regulador de la sociedad al transformarse en fuente de decisión política, en poder de comando y dirección, en poder de gobierno, orientado a provocar impactos diversos en la sociedad, a modificar comportamientos sociales, a crear condiciones y ambientes, a alterar conductas y conciencias, a utilizar recursos en forma intensiva, a transformar positiva o negativamente la calidad de vida de los individuos y a vincularse a través de su aparato administrativo con los poderes civiles.

d) Un proceso de delicado equilibrio entre el poder en demasia y el poder escaso, pues tan nefasto puede llegar a ser el exceso de poder como su carencia, que en uno u otro caso pueden llevarlo a situaciones críticas.

e) Una capacidad de autolimitación de sus acciones, fundamentalmente

a través del orden jurídico que le especifica funciones, atribuciones y ámbito de influencia, definiéndole fronteras que normalmente no debe atravesar para no alterar los poderes civiles.

Por todas estas características, se define al Estado como la forma superior de organización política de una sociedad, que en un espacio y tiempo determinados y dentro de cierto territorio, desarrolla, detenta y ejerce el poder político soberano, jurídico, hegemónico e institucionalizado mediante su aparato gubernamental y administrativo.

5. EL GOBIERNO.

La función de gobierno (gr. *kybernetes*, lat. *gubernare*: pilotar, dirigir) se remonta a una etapa anterior a la aparición (a principios del siglo XVI) y desarrollo del Estado moderno, puesto que "... los factores de diferenciación y los mecanismos de manejo y control del conflicto operan como circuitos preestatales, creadores y explicativos de las relaciones de mando y obediencia y de los mecanismos de gobierno, que aún no llegan sin embargo a constituirse en un poder estatal más o menos formalizado y centralizado. Son relaciones reales, no formalizadas de mando y obediencia, tipos de acción tendientes a lograr y garantizar - de hecho o de derecho - la dirección de los asuntos públicos ... y la organización de un gobierno de la sociedad ..."²⁹.

Antes de la aparición y desarrollo del poder estatal, el gobierno

se presenta como elemento indispensable para coadyuvar a la preservación de la comunidad ya que "... en ninguna sociedad se produce nunca una adaptación espontánea y automática a las normas en que se funda el desenvolvimiento regular y ordenado de las relaciones sociales, en toda comunidad política existe un órgano que tiene como tarea la de imponer las reglas de conducta, de tomar las decisiones necesarias para mantener la cohesión del grupo, este órgano es el gobierno"³⁰.

Si bien la capacidad gubernamental y administrativa de la sociedad no nace con el Estado, es con esta avanzada forma de organización política cuando alcanza su mayor potencialidad. El tránsito de la simple y pura conducción política al desarrollo de la función de gobierno que expresa la dominación del Estado, constituye un paso de suma importancia en la historia de la humanidad, pues implica formas más efectivas de dirección por parte de este órgano político. Por ello, cabe enfatizar en las diferencias entre las formaciones primigenias, preestatales de conducción social y las formas más evolucionadas de acción gubernamental dentro del Estado; estas diferencias son:

a) En las formaciones preestatales los actores políticos predominantes son el dominador o dominadores "versus" los dominados; en el gobierno lo son el mandatario o gobernante, titular del poder legal y legítimo del Estado y los mandantes o gobernados.

³⁰ Bobbio, Diccionario... op. cit. p. 744.

b) La dominación en las formaciones preestatales se basa de manera fundamental en el ejercicio de la violencia física via el poder personalizado, de grupo o de facción y menos en la legitimación de la dominación, mientras que el gobierno lo hace en el poder institucionalizado, despersonalizado y hegemónico del Estado.

c) Las formaciones preestatales configuran una dominación personal o facciosa, unilateral y anómica, mientras que el gobierno configura una dominación impersonal, bilateral y sujeta a normas juridico-políticas. Si las formaciones preestatales se rigen preponderantemente por la voluntad del dominador, dentro del Estado el gobernante se rige tanto por las normas de comportamiento político como por la normatividad jurídica vigente.

d) En las formaciones preestatales se tienden a satisfacer de manera especial los intereses del dominador o dominadores, mientras que en el gobierno una finalidad es satisfacer en la medida de lo posible las demandas de los gobernados. En las formaciones preestatales el que domina es el receptor de los beneficios de la actividad política, en el gobierno los beneficiarios son o deben ser los gobernados.

El gobierno se identifica como la sede material del poder estatal necesario para la realización de los fines y tareas del Estado. Si unos y otros se refieren respectivamente al "qué" y al "cómo" de su poder, el gobierno hace referencia a las cuestiones del "por dónde" y el "cuándo". Parte fundamental del aparato político del Estado, el gobierno se caracteriza por:

a) Constituir una estructura concreta y objetiva del Estado en la sociedad, ubicándose en el contexto histórico y político de ambos.

b) Fungir como enlace para la intermediación entre la sociedad y el Estado dentro del marco de un determinado régimen político.

c) Integrarse por una serie de órganos que permiten la expresión del poder estatal, así el gobierno es "...el conjunto de los órganos a los que institucionalmente les está confiado el ejercicio del poder. En este sentido, el gobierno constituye un aspecto del Estado. En efecto, entre las instituciones estatales que llevan a cabo la organización política de la sociedad ... los que tienen la tarea de manifestar la orientación política del Estado son los órganos de gobierno"³¹.

La acción de gobierno tiene entre otros, los siguientes propósitos:

- Asegurar la materialización del poder de Estado dentro de la sociedad.
- Proveer de unidad de mando y dirección a dicho poder.
- Dirigir política y administrativamente a la sociedad.
- Crear instancias y mecanismos para la toma de decisiones públicas.
- Seleccionar las prioridades, alternativas y objetivos viables para la instrumentación de estas decisiones.
- Regular y controlar el comportamiento social y político.
- Preservar el régimen político.

Su capacidad se identifica indudablemente con el quehacer político de la sociedad; el gobierno es política actuante y la política dentro del Estado es a decir de Deutsch, "...la toma de decisiones

³¹ Ibid. p. 743.

por medios públicos, ocupándose por ello primordialmente del gobierno, es decir, de la dirección y autodirección, control y autocontrol de las comunidades humanas"³².

El gobierno es creado formalmente cuando el poder del Estado es provisto de órganos de expresión política y jurídica, los cuales con facultades específicas permiten su ejercicio racional. Para tal efecto, de acuerdo con la doctrina de división de poderes³³, es necesario que el poder público se divida para su ejercicio en tres poderes, cuya manifestación concurrente y complementaria en la sociedad afina la acción gubernamental:

a) El poder ejecutivo.

Es responsable de la instrumentación de las decisiones públicas; en su seno se discuten los grandes lineamientos del gobierno; su titular jefatura la administración pública.

b) El poder legislativo.

Es el fundamento del orden jurídico positivo que estructura el régimen de derecho en el que se desenvuelve la acción del poder estatal; somete al poder público al imperio de la ley, lo organiza y provee de específicas atribuciones para que pueda cumplir con sus tareas; otorga fuerza de ley a las decisiones públicas.

³² Deutsch. op. cit. p. 20.

³³ Uno de los principales teóricos de esta doctrina, Montesquieu, precisa que la finalidad más importante de dividir al poder de Estado es la de limitar sus posibles excesos y por ello, "...para que no pueda abusarse del poder es preciso que, por disposición misma de las cosas, el poder detenga al poder". Tena. op. cit. p. 225.

c) El poder judicial.

Difiere de los otros poderes porque "... no tiene voluntad autónoma puesto que sus actos no hacen sino esclarecer la voluntad ajena, que es la del legislador contenida en la ley ... (además) está desprovisto de toda fuerza material"³⁴. Sin embargo, las facultades constitucionales que le otorgan el "status" de poder que restringe los actos ejecutivos y legislativos del Estado, para ceñirlos a las disposiciones previstas por la Ley Fundamental, hacen de este poder una fuerza que en última instancia se superpone al ejecutivo y al legislativo.

Los tres poderes constituidos, cuyas facultades y atribuciones quedan expresamente definidas en la Constitución, deben mantener de acuerdo con la teoría de Madison, un sistema de balanza y contrapesos entre ellos para conducir la acción gubernamental de manera equilibrada³⁵.

6. LA ADMINISTRACION PUBLICA.

La esencia del gobierno es el poder del Estado, cuya división tripartita responde a necesidades de su ejercicio, normatividad y autocontrol; expresa su dominio político sobre la sociedad, para lo cual requiere que uno de los poderes, el ejecutivo, disponga de atribuciones suficientes para exteriorizarlo y materializarlo en acción global y unitaria de dirección política, en acción de

³⁴ Ibid. p. 285.

³⁵ De la forma y grado como el poder ejecutivo y el poder legislativo, poderes políticos por antonomasia, establezcan vínculos de funcionamiento y control mutuos, dependerá la conformación de un determinado régimen político o régimen de gobierno. La preeminencia de un poder sobre el otro definirá la existencia de un régimen presidencialista o bien un régimen parlamentario. Las diferencias entre uno y otro las destaca Jorge Carpizo en El presidencialismo mexicano, México, Siglo XXI, 1983, pp. 12-15.

gobierno.

El ejecutivo no es poder que haga gobierno en forma aislada, por ser el vehículo de su acción se tiende con frecuencia a identificarlo y confundirlo con éste; no dispone "per se" de los medios necesarios para aplicar dicha acción, requiere para ello organizar, hacer funcionar, dirigir y controlar un aparato que le permita su manifestación. Este aparato institucional del Estado, sujeto a la titularidad del poder ejecutivo es la administración pública, estructura encargada de transformar los actos, lineamientos y directrices generales, universales e impersonales que impone el poder del Estado por medio del gobierno, en actividades y procesos individuales, particulares y personalizados, más identificados con cada uno de los integrantes de la sociedad.

Por esta razón, la administración pública es el medio de interrelación por excelencia entre el Estado y la sociedad, canal de vinculación, organización, coordinación y equilibrio entre el poder público y los poderes civiles, función política primordial que denota su carácter dual de "dominio político y dirección administrativa"³⁶.

La administración del Estado es pública por dos razones: por llevar

36

Al respecto dice Guerrero, "...cuando decimos que la administración pública es dominio político, es decir, política, estamos afirmando que la naturaleza sustancial de aquélla como acción del Estado en la sociedad está regida por el principio del propio Estado, esto es, por su naturaleza política, entendida como contraparte a la naturaleza civil de la sociedad. Por tanto, ni el Estado ni la política son reducibles a la administración pública: el Estado integra en su seno, el régimen, el conjunto de las instituciones políticas entre las cuales se encuentra como una de ellas, la propia administración pública plasmada en el poder ejecutivo. La política por su parte, tampoco se limita a la administración pública sino que implica una esfera de problemas que no sólo definen el Estado como Estado político, sino también empujan de ella mismas a las instituciones sociales que entran en contacto con él...". Omar Guerrero. La administración pública del Estado capitalista, México. INAP. 1979. pp. 369-370.

su acción a todos los confines de la comunidad civil y por contener en sí misma al poder estatal³⁷. La naturaleza política de la administración pública es prueba fehaciente de que no se trata simplemente de un conjunto de procesos, técnicas y estructuras cuya estricta finalidad es la ejecución de las decisiones de alta jerarquía, un cuerpo administrativo neutral alejado de las contaminaciones de la Política. En la administración pública radica también la posibilidad de definir determinadas orientaciones y limitaciones así como la dotación discrecional de recursos para que la decisión gubernamental pueda ser instrumentada. Es el eslabón final de la cadena decisional del gobierno, la organización que aplica la normatividad jurídica de todo rango, la que está en condiciones de individualizar la acción del poder público en todos y cada uno de los integrantes de la sociedad, la que en última instancia obstaculiza o favorece los intercambios entre la esfera pública y la privada³⁸.

³⁷ El problema fundamental de la administración pública es la administración del poder, la definición de los procesos, medios, recursos y mecanismos para organizarlo de manera efectiva y racional a fin de que pueda concretarse la función de gobierno: ésta es la diferencia más relevante con la administración privada, cuyo principal problema es la administración del capital para reproducirlo con continuidad y regularidad.

³⁸ La transformación de la administración estatal en cuerpo y organización burocrática con capacidad de influir en las decisiones políticas, con reglas internas de funcionamiento propias, jerarquizada y con tareas bien definidas inscritas dentro de la división social del trabajo y particularmente en la del trabajo político, fue estudiada por Max Weber en varias obras.

CAPITULO II.
LAS POLITICAS PUBLICAS

1. POLITICAS PUBLICAS.

1.1 Características.

Para sustentar el análisis de las "políticas públicas" se proponen tres niveles estrechamente relacionados: en un primer plano analítico, se entienden como las políticas del Estado y a éstas como "...esa toma de posición que se concreta en una decisión o conjunto de decisiones no necesariamente expresada en actos formales que intentan alguna forma de resolución de la cuestión. Incluye decisiones de una o más organizaciones estatales simultáneas o sucesivas a lo largo del tiempo que constituyen el modo de intervención del Estado frente a la cuestión, de aquí que la toma de posición no tiene por qué ser unívoca, homogénea ni permanente ... la política estatal no constituye ni un acto reflejo ni una respuesta aislada y permite inferir la posición del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad"³⁹. Por tanto, las políticas necesariamente son públicas y conjugan una gama de posibilidades de lo que el Estado hace o deja de hacer; en la acción u omisión del poder estatal hacia una cuestión particular subyace una decisión y una intención determinados.

En un segundo plano de análisis, las políticas se entienden como el conjunto de decisiones que el gobierno precisa en diferentes ámbitos de la actividad estatal v.gr. el económico-financiero, el social, el de política interior, el de política exterior, comercio,

³⁹ Guillermo O'Donnell y Oscar Oszlak, "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". (mimeo). CEDES. Argentina, 1976 cit. por. Miriam Cardozo Drum. "El estudio de las políticas públicas en América Latina". CIDE, México, mayo de 1989.

etc., en un momento histórico específico, para posibilitar la materialización y cumplimiento de las tareas del Estado en uso de su aparato administrativo. Aquí, las políticas son interpretadas como políticas gubernamentales y en ellas se advierten dos componentes que les dan sustento: primero, la normatividad que originándose en el acto legislativo le proporciona el respaldo jurídico necesario; y segundo, la acción administrativa proveniente del acto ejecutivo que la dota de racionalidad y eficacia.

La conjunción de ciertos factores tales como la vinculación y la correlación de fuerzas entre Estado y sociedad, la disponibilidad de recursos, las condiciones de la esfera económica, la organización de la administración pública y de la sociedad, la amplitud y complejidad de las carencias y demandas sociales, la infraestructura disponible y el grado y nivel de desarrollo alcanzado, entre otros, conforma un marco de referencia de las políticas que culmina en la definición de:

- a) Un conjunto de alternativas que especifican por dónde puede transitar la acción de gobierno;
- b) Un conjunto de decisiones políticas que detallan cómo y en qué lapsos debe fluir dicha acción.

La acción política del Estado advierte la necesidad de conducción, dirección y control de la sociedad en manos del gobierno, organización que por otra parte ha estado presente en toda comunidad que precisa de la coordinación de los esfuerzos de sus integrantes para prosperar. La esencia del gobierno como aparato

politico de conducción del Estado es la decisión politica.

La decisión de gobierno contempla necesariamente la detección de los puntos de tensión del sistema social y politico, la creación de flujos de información confiables para la adecuada recepción de las demandas de la sociedad y finalmente la contrucción de la estructura institucional para la respuesta a dichas demandas; el ámbito de desenvolvimiento de la acción de gobierno es la sociedad civil, fuente de peticiones y demandas que alimenta su sistema decisional, armazón de su legitimidad e instancia reguladora de sus actividades.

Los desequilibrios y desigualdades de la sociedad conforman las variables de las que se alimenta esta decisión; el equilibrio de la pluralidad de intereses, conflictos, convicciones, actitudes, deseos y ambiciones inherentes a ella constituye su razón de ser; el control de su diversidad sin dejarle perder la homogeneidad define su principal propósito; la satisfacción de demandas diversas delinea su finalidad básica. La decisión politica requiere para todo ello, como acto de gobierno, la conjunción de la sensibilidad politica y social de los integrantes del poder legislativo, la sabiduria de los miembros del poder judicial, la capacidad del titular del poder ejecutivo y la eficiencia del aparato administrativo público.

Adquiere una dimensión diferente a la que poseen las decisiones que se originan en otros elementos configurativos del sistema politico (partidos politicos, sindicatos, etc.), caracterizándose por:

- a) Comprender de manera uniforme dentro de su esfera de influencia a todos los individuos, se gobierna para todos y no solamente para las personas o grupos que por motivos ideológicos o político partidistas integran el apoyo al centro donde emanan las decisiones públicas.
- b) Guardar la equidad en su ejecución, se gobierna en igual medida y proporción sin distinciones de clase, raza, sexo, religión, filiación ideológica o preferencia política.
- c) Establecer el contrapeso político entre intereses y demandas sociales y políticas antagónicas.
- d) Ponderar con precisión las desigualdades y diferencias sociales, económicas, políticas, culturales y educativas entre individuos, grupos y regiones donde aplica la acción gubernamental para así lograr un equilibrio razonado en la ejecución de las decisiones.
- e) Apegarse a las normas de comportamiento y prácticas políticas, valores sociales y restricciones jurídicas vigentes consideradas como válidas por la sociedad.
- f) Considerar mecanismos de participación de la sociedad; la decisión puede asumir un carácter democrático cuando se alienta ésta, o bien un carácter autoritario cuando se le obstaculiza. Esta diferencia da pauta a la configuración de formas de gobierno particulares.
- g) Reaccionar con oportunidad a las transformaciones sociales y políticas y ubicarse en el tiempo de respuesta adecuado para hacer frente a los constantes cambios de la sociedad.
- h) Estar identificada con una particular ideología política.

Las decisiones de gobierno en la práctica pueden fluir y ser

aplicadas de diversas maneras, en diferentes niveles, matices y modalidades, a través del aparato de administración del Estado, en un rango casi ilimitado de posibilidades. La reducción de éstas a un conjunto manejable depende fundamentalmente de la voluntad política y capacidad administrativa del titular del Ejecutivo, de la forma de funcionamiento de la administración pública, de los recursos en ella y para ella disponibles, del nivel de vida al que se aspira y de las distintas demandas políticas, económicas y sociales.

La decisión de gobierno como decisión de alto nivel hace cierta la idea sobre lo que la Política constituía para los tratadistas del siglo XIX: el arte de lo posible; es tarea del estadista, del gobernante, dilucidar lo que la sociedad requiere en un momento histórico determinado, definir los problemas, obstáculos y demandas más sentidas para formular prioridades, con qué recursos se cuenta y cómo deben ser utilizados, cuáles son las decisiones pertinentes y cuáles las que no son importantes, cómo debe organizarse y hacer funcionar la administración pública, cuáles son las fronteras políticas y jurídicas permisibles de la acción de gobierno, cómo se pueden compensar las desigualdades sociales y económicas, cuáles son los sujetos preferentes de la decisión gubernamental en función de su relevancia política y finalmente, evaluar el costo político de las decisiones.

Todas estas cuestiones detallan un mosaico de alternativas para quien la formula, elegir entre una y otra define una de las tareas más delicadas dentro de la división social del trabajo que requiere

de suma habilidad, experiencia, don de mando, inteligencia, sensibilidad social, talento político y capacidad prospectiva.

En un tercer plano de análisis, las políticas pueden entenderse como las decisiones políticas que resultan de la interacción de los poderes constituidos y de organizaciones extragubernamentales como obreros, campesinos, empresarios, asociaciones y organismos religiosos, etc., de los medios masivos de comunicación, de la opinión pública, los partidos políticos, entre otros, quienes ejercen presiones diversas para moldear la política que a su juicio debe seguirse.

Las políticas en este nivel son el resultado de la cooperación entre las camarillas que operan dentro de la administración pública por un lado y por otro, sus clientelas políticas y los grupos de interés. De acuerdo con este enfoque, no existe la posibilidad de definir con exactitud el origen y límites del poder del Estado y por consiguiente de la acción gubernamental⁴⁰.

1.2 Modelos de Análisis.

El análisis de las políticas no es tarea sencilla pues implica no sólo describir lo que el Estado a través del gobierno hace o deja de hacer, sino cuáles son las causas y las consecuencias de los actos decisionales de este último.

⁴⁰

Por ello, Guerrero propone que "...la política pública borra el antagonismo entre la sociedad y el Estado, disipa la distinción entre lo público y lo privado ... el enfoque de la política pública confunde en el seno de la dicotomía política-administración, organismos representativos de la sociedad civil con instituciones del Estado haciendo imposible identificar y definir la administración pública". O. Guerrero, op. cit. pp. 46 y 49.

Para facilitar su estudio algunos autores como Dye proponen partir de modelos analíticos para comprender el origen, aspectos fundamentales e impacto de las políticas; los modelos propuestos por este autor son los siguientes⁴¹:

i. Modelo Institucional.

Propone el estudio de la estructura, organización, obligaciones y funciones de las instituciones gubernamentales al considerar que las políticas se hacen públicas hasta que son adoptadas e instrumentadas por éstas, quienes las proveen de legitimidad, universalidad y coercitividad.

ii. Modelo de la Teoría de Grupos.

La interacción entre grupos de interés es el elemento esencial de toda política, la cual se entiende como el factor de equilibrio en el conflicto resultante de la pugna de intereses diversos. El análisis comprende la ponderación del peso político de cada grupo demandante con base en el número de sus integrantes, su organización, riqueza, cohesión y posibilidades de acceso a las instancias decisionales, entre otros.

iii. Modelo de la Teoría de las Elites.

Asume que las políticas son el resultado de las preferencias, valores y negociaciones entre los integrantes de la élite. El análisis en este modelo soslaya la influencia de otro tipo de demandantes políticos en su elaboración; considera que los cambios en la misma tiene como finalidad principal únicamente el

⁴¹ Thomas R. Dye. *Understanding public policy*, 3rd. edition, U.S.A. Prentice-Hall, 1978. pp. 19-40.

mantenimiento del orden vigente.

iv. Modelo Racionalista.

Considera el nivel de "eficiencia" de una política producto de la relación entre diversos "valores" económicos, políticos y sociales, de los que requiere y utiliza para su instrumentación y de los que obtiene como resultado; enfatiza en la necesidad de un sistema de información confiable y de un sistema de toma de decisiones que comprende objetivos operacionales, recursos, costos, beneficios y la gama de alternativas que se presentan en todo aparato decisonal. Las decisiones como producto de las condiciones objetivas del entorno son punto de partida del análisis en este modelo. Para el mismo, otro autor norteamericano propone que las condiciones necesarias para el cálculo de las decisiones racionales son las siguientes⁴²:

a) Las condiciones de certidumbre, incertidumbre y riesgo. Las primeras implican que los resultados a obtener son seguros, las segundas determinan que se puede presentar más de un resultado pero que la probabilidad de aparición de cualquiera de ellos es desconocido, a diferencia de las condiciones de riesgo donde puede haber varios resultados pero todos ciertos.

b) Las condiciones de evaluación, donde lo fundamental resulta de la interacción costo/beneficio.

c) Las condiciones de maximización de probabilidades y minimización

⁴² Fred M. Frohock. Public Policy, Scope and Logic. U.S.A. Prentice-Hall. 1979. pp. 27-29.

de riesgos.

Para este mismo autor, el esquema de racionalidad clásica debe considerar:

- . La jerarquización de objetivos y fines, ordenados de más a menos deseable.
- . La jerarquización de medios disponibles, ordenados de más a menos efectivo.
- . La existencia de información suficiente y veraz.

v. Modelo Incrementalista.

Señala la dificultad de detallar los elementos esenciales de todas las alternativas que se deben considerar en un sistema racional de decisiones, aduciendo tiempo, información y capacidad intelectual limitados; observa a la política como una continuación de la actividad gubernamental pretérita con las modificaciones incrementales correspondientes en los programas que les dan sustento (aumento o disminución de variables, factores y condiciones). Se caracteriza porque parte de lo ya conocido, las posibilidades de conflicto político se reducen ya que si los cambios incrementales no son los adecuados, con facilidad se pueden contrarrestar con acciones inversas.

vi. Modelo de la Teoría de Juegos.

Considera la existencia de posibilidades diversas de elección entre quienes participan o "juegan" para concretar las políticas; la elección conlleva un resultado determinado y los mejores resultados dependen de lo que hagan los otros "jugadores", quienes se

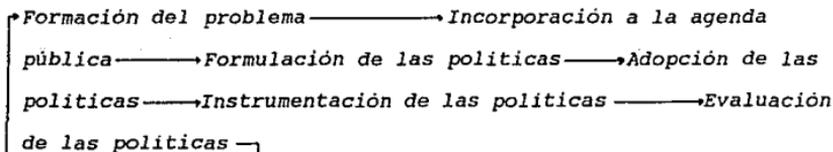
encuentran en competencia, es decir, en estrecha interdependencia unos con otros, lo que afecta el resultado final o políticas. Factor importante es la capacidad estratégica de cada participante para influir en la elección de los demás.

vii. Modelo de la Teoría de Sistemas.

Considera a las políticas como productos del sistema político, resultado del procesamiento de insumos y demandas que retroalimentan las respuestas de dicho sistema para adecuarlo a las nuevas necesidades del entorno y así mantener una situación de equilibrio u homeostasis.

1.3 El Ciclo de las Políticas.

Las políticas, como actos regulares y permanentes de gobierno transitan para fines analíticos, por un ciclo. De los tres modelos ejemplificados por Barton y Chappell, el más completo nos parece el propuesto por James Anderson⁴³ y es el siguiente:



a. La formación del problema se refiere al surgimiento de la demanda social que se transforma en demanda política al entrar al sistema de decisión gubernamental; su surgimiento implica que la

⁴³ James A. Anderson et al. Public Policy and Politics in America, North Scituate Duxbury Press. USA. 1978. pp. 7-12. Cit. por Rayburn Barton y William Chappell. Public Administration The work of government, Scott, Foresman and Company, Illinois. USA. 1985. p. 63.

situación o cuestión específica de resolución ha quedado fuera del alcance de los particulares, ya sea porque rebasa la posibilidad de respuesta de éstos, por motivos económicos o de organización o bien porque la cuestión tiene alcance global y en consecuencia se somete a la esfera pública para su atención.

b. La incorporación a la agenda pública considera fundamentalmente la pertinencia política de resolución de la cuestión en términos de su relevancia como demanda, la determinación de prioridades, la disponibilidad de recursos, etc.

c. En la formulación de las políticas se contempla un elemento importante, la planeación, que permite la jerarquización de prioridades y la previsión de posibles circunstancias adversas; considera también la creación de distintos "escenarios" en los cuales se mide la efectividad de la acción gubernamental.

d. La adopción de la política establece las bases para una decisión y la elección de una determinada alternativa o curso de acción. De acuerdo con Barton⁴⁴ tres son los tipos de alternativas a considerar:

- Alternativa retroactiva: cuando se trata de asuntos en un mismo ámbito de actividad, el gobierno hace frente a la cuestión de manera similar a como lo ha venido haciendo regularmente; la alternativa elegida así, es una extensión de las políticas previas.

⁴⁴ Ibid. p. 73.

- Alternativa imitativa: el gobierno utiliza la misma metodología y enfoque para hacer frente a cuestiones disímiles o de diferentes ámbitos de actividad.

- Alternativa original: un nuevo enfoque y metodología de solución que no ha sido intentado con anterioridad; la nueva opción es original y nunca ha sido puesta en práctica.

e. La instrumentación de las políticas se refiere a las condiciones, recursos y apoyos que éstas requieren para su correcta ejecución por el aparato administrativo público; considera la cantidad y calidad de los recursos públicos humanos, materiales, financieros e informáticos así como la estructura administrativa y sus procedimientos internos, la coordinación interinstitucional y la organización institucional, etc.

f. La evaluación de las políticas es una de las etapas más complejas e importantes del proceso; es diferente para cada una ya que los resultados que se producen en los distintos ámbitos de actividad estatal son diversos; por tanto, los parámetros para la evaluación deben ajustarse a esta circunstancia; manejar esta etapa lleva a entender ciertos aspectos:

i) Determinar lo que se va a medir, por ejemplo, eficiencia, productividad, calidad, unidades monetarias, porcentajes, unidades hospitalarias, toneladas, etc.; esto conduce a precisar cómo se va a medir, con métodos cuantitativos, cualitativos o con ambos.

ii) La realización de mediciones requiere parámetros confiables;

éstos varían de una actividad a otra, p.e., tasa de mortalidad en el área de salud, producto per cápita en el área económica. Por lo tanto, deben estar en estrecha correspondencia con lo que se desea evaluar.

iii) Requerimiento de un sistema de información gubernamental confiable.

iv) Medición de los resultados de la actividad gubernamental por objetivos y metas cumplidos considerando además el impacto social de las políticas, es decir, los cambios sociales concretos y viables que éstas han producido en un lugar y tiempo determinados.

Amén de indagar sobre su efectividad y resultados, la etapa evaluatoria debe permitir destacar las causas de los problemas o demandas que se resisten al cambio y sobre todo aclarar los elementos con los cuales estos problemas se pueden abatir.

1.4 Los Límites de las Políticas Gubernamentales.

No obstante que el poder del Estado tiene visos de ser omnipotente y de que la acción de gobierno traduce un esfuerzo real para conducir a la sociedad, solucionar infinidad de problemas y controlar situaciones adversas, es necesario considerar que el trabajo de gobierno no siempre se traduce en resultados. No en todas las ocasiones satisface las esperanzas que se tienen cifradas en él ni todas las veces, por fortuna, alcanza a penetrar el entramado social para modificarlo.

Importante es destacar los límites del gobierno por lo bueno y malo que ello implica en la vida de las sociedades, para ponderar mejor

sus actividades y alcances. Los límites a la acción gubernamental expresada a través de las políticas, son destacados por Thomas Dye⁴⁵:

- a) Algunos problemas sociales son insolubles, tanto por la forma como son definidos en términos de valores e ideologías, como por la forma desigual como está estructurada la sociedad.
- b) Las expectativas sobre la acción del gobierno pueden exceder sus capacidades reales; el gobierno posee limitaciones intrínsecas de diversa naturaleza que no pueden ser superadas.
- c) Las políticas que resuelven los problemas de un grupo social pueden crear o agravar los de otro. En una sociedad heterogénea los fines y propósitos de los grupos no son los mismos, esto se puede entender como un juego de "suma cero" donde las ganancias de unos necesariamente son las pérdidas de otros.
- d) Algunas fuerzas sociales no pueden ser modificadas por el gobierno a pesar de que la decisión tomada sea la mejor manera de dar solución a ciertos problemas. El gobierno no puede en muchas ocasiones alterar los factores del entorno que obstaculizan su acción sin distorsionar de manera importante la organización social.
- e) Con frecuencia los individuos se adaptan a una determinada política y la hacen inútil; siempre existirán maneras de aprovechar para beneficio de unos cuantos lo que impide o prohíbe ésta.
- f) Los problemas sociales son multicausales y una particular política puede no ser suficiente para resolver éstos. La sinergia entre varias de ellas es necesaria pero en ocasiones difícil de

⁴⁵ Dye op. cit. pp. 331-332.

lograr.

g) La solución de algunos problemas sociales puede requerir políticas cuyo costo político es mayor que dichos problemas.

h) El sistema político no está estructurado para crear decisiones enteramente racionales; existen muchos otros factores a considerar más allá de la lógica fría que debe regir al gobierno, factores imponderables que surgen del impredecible conglomerado social.

2. POLITICAS DE SALUD.

2.1 Sectorización.

Las acciones de gobierno requieren de un aparato administrativo para estructurarse de manera coherente; cumplir con este cometido precisa que la administración pública cumpla principios básicos de organización. El nivel de macroorganización de la administración pública toma como punto de referencia la multiplicidad de áreas o ámbitos de actividad estatal, tantas como el Estado haya creado para desarrollar y ejercer su poder.

Este nivel superior de organización de la administración pública, toma como parámetro formal el número y funciones sustantivas de las dependencias adscritas al poder ejecutivo (secretarías o ministerios) con la finalidad de crear "sectores administrativos", en el reconocimiento que "...el sector es un concepto analítico, representa el sumatorio de la acción pública y privada en cada uno de los compartimentos estancos en que arbitrariamente puede dividirse la acción estatal. No es por tanto administrable sino gobernable. La acción de gobierno no es función administrativa, sino intrínsecamente política, en el sentido más vulgar del arte

de lo posible y en el más técnico de asignación autoritaria de prioridades, de acuerdo a la captación por el gobernante de las demandas del grupo gobernado; se administran las instituciones y se gobiernan los sectores"⁴⁶.

Estas ideas de Jiménez son importantes pues permiten puntualizar en varios aspectos: el sector administrativo es el centro integrador de los esfuerzos públicos en un área de actividad, ejemplifica con claridad la existencia del binomio política - administración pública, como elemento inherente e inseparable de la función de gobierno⁴⁷; el concepto de gobierno sectorial implica que las políticas son formuladas de manera fundamental por el responsable del sector (el ministro o secretario) mediante la conjugación de decisiones políticas a fin de coordinar y armonizar los esfuerzos de la dependencia con los de las instituciones sectorizadas; el gobierno del sector se realiza mediante las políticas correspondientes, las cuales son materializadas por el aparato de administración del Estado.

Si las políticas no pueden ser procesadas en todos sus órdenes y etapas a consecuencia de impedimentos, ineficiencias o desequilibrios dentro de éste, no importa que exista voluntad de realizar un buen gobierno sectorial, lo mismo sucede si la administración pública funciona correctamente pero no hay capacidad

⁴⁶ Juan I. Jiménez Nieto. Política y Administración, Tecnos, Madrid, 1979, p. 35.

⁴⁷ El sector depende también de la participación del legislativo; en la organización de este Poder se contemplan comisiones encargadas de supervisar y evaluar los actos administrativos de los sectores dependientes del ejecutivo con los que se encuentran identificados.

de gobierno. Gobierno y administración pública forman una mancuerna indisoluble para hacer efectivas las políticas sectoriales.

Las políticas de salud, como tarea sustantiva del Estado, también encuentran un marco referencial en la sectorización. La organización del sector salud y los mecanismos de interrelación entre las instituciones gubernamentales que lo integran, como se analizará más adelante, dependen en gran medida del contexto social, político y económico.

2.2 Proceso salud - enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud define a ésta como "...el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"; si bien la noción considera correctamente la relación entre los elementos del proceso, dentro de una triada bio-psico-social, no resuelve conceptualmente cuestiones importantes; más aún, cuando la propia institución intenta hacerlo con las dos últimas categorías reduce y contrapone su implicación a la existencia de cierta "patología social y mental"⁴⁸, para las cuales no precisa una causalidad definida.

La definición no considera de entrada puntos claves para la conceptualización, por las siguientes razones: primera, el concepto "bienestar" es subjetivo al estar fundamentado en un marco axiológico específico que no aclara lo que se debe entender por éste; segunda, el concepto no es concreto, lleva a inferir que

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los programas realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000, México. O.M.S. 1981. p. 35.

virtualmente todas las actividades que realiza el ser humano tienen relación directa o indirecta con su estado de salud. En consecuencia, las acciones desarrolladas en este ámbito exceden con mucho cualquier posibilidad real y efectiva de mejorar éste, por ende, toda acción es llevada al nivel de incompetencia; tercera, la definición no aclara que la salud es elemento histórico consubstancial al desarrollo social y económico de una población, causa y consecuencia del mejoramiento de las condiciones integrales de existencia de todos los individuos de una comunidad.

El entendimiento de un fenómeno tan complejo como este proceso define un problema integrado por diversas facetas, cada una de las cuales presupone concepciones diferentes sobre las características y el significado del mismo. Los intentos para explicarlo han conducido a desarrollar un análisis más completo y profundo, tendente a aclarar las formas de conceptualizar sus elementos.

Por principio, se desvinculó al proceso de las nociones que lo ligaban a las manifestaciones de lo sobrenatural y a las intervenciones de la divinidad sobre los hombres; la conceptualización inicial lo ubicó como un fenómeno natural, inherente a nuestra condición de seres vivos y en consecuencia objeto del método científico; nacía el enfoque biologicista e individualista del estado de salud.

En el devenir histórico, salud y enfermedad fueron definidos en principio como mutuamente excluyentes: "la salud es la ausencia de enfermedad" se aducía, lo que dió pauta a su estudio partiendo de

las alteraciones somáticas o corporales, separando sus elementos y conduciendo la investigación no hacia las condicionantes del estado de salud, sino al análisis del origen de las enfermedades.

El estudio de la salud se consideró secundario al estudio de los procesos patológicos, afirmándose la dimensión unicausal que explicaba la génesis de éstos; la orientación mencionada derivó en la necesidad de comprender en detalle los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano y los finos mecanismos que lo hacen funcionar.

La Medicina, ciencia que tiene como objeto de estudio este campo del saber, desarrolló por esta tendencia ramas diferenciadas de conocimiento para entender la gran diversidad de afecciones corporales; nacieron así en el contexto de la Medicina clínica, la nosología, la semiología, la propedeútica y la terapéutica⁴⁹, así como cada una de las áreas de especialidades médicas. Más tarde, por los nuevos descubrimientos y los avances en el entendimiento de la influencia crítica del estado mental de los pacientes en el proceso salud-enfermedad, incorporó la importancia de la esfera psicológica.

En un salto histórico crucial, la Medicina llegó finalmente a una etapa en que dejó atrás tanto la concepción biologicista y el enfoque causa-efecto de la enfermedad; se entendió que la salud es

⁴⁹ Nosología: rama que estudia la clasificación y diferenciación de las enfermedades; semiología: estudio de síntomas y signos de las enfermedades; propedeútica: conjunto de métodos y procedimientos de que se vale el clínico para obtener los síntomas y signos; terapéutica: rama que estudia las formas de tratamiento de las enfermedades.

un estado integral de armonía, equilibrio y adaptación al entorno desde el punto de vista biológico y psicológico y al asimilar que el ser humano no es sujeto aislado sino ante todo un ser social, en constante interacción con sus congéneres.

Lo anterior permite apuntar que la Medicina, sin olvidar sus orígenes, antecedentes y legado científico, asume hoy en día finalidades y compromisos eminentemente sociales, al partir de una nueva forma de concebir el estado de salud y los problemas que lo afectan, al superar la vieja noción de que la atención a la salud significa exclusivamente atención médica, puesto que la conservación de salud de una comunidad implica el mejoramiento sustancial de la calidad de vida de todos sus integrantes y por tanto, son necesarias acciones para mejorar el ambiente donde se desenvuelven.

Se comprende por ello que "...la provisión de un nivel de vida que cubra los requerimientos fisiológicos mínimos es esencial para mantener la salud de la población. Ambiente sano, alimentación y vivienda aceptables, educación para toda la población son pilares ineludibles para construir la salud de la comunidad; sobre estos pilares puede levantarse la superestructura de los programas de salubridad"⁵⁰.

No se comprende que un pueblo mal alimentado y desnutrido, con bajos índices de escolaridad, sin posibilidad de percibir un

⁵⁰Hernán San Martín. Salud y Enfermedad, México, Fournier, 1977, p. 12.

salario remunerador que le permita adquirir los satisfactorios básicos y en un ambiente insalubre, aún con el concurso de acciones médicas intensivas, con infraestructura hospitalaria suficiente y suministro adecuado de medicamentos, pueda aspirar a obtener y mantener un estado de salud apropiado. La visión integral sobre la que deben estar fundadas las acciones de salud hace necesario, sin perder de vista las limitaciones y obstáculos que la realidad impone, considerar todos estos elementos de juicio para entender la trascendencia del proceso salud-enfermedad en la vida de las poblaciones.

2.3 Formulación.

La formulación de las políticas de salud es un proceso permanente, en constante ajuste y adecuación a las cambiantes circunstancias del entorno y a los impactos sociales inducidos por la misma. Para analizar esta etapa se tomó como referencia un modelo (modificado) utilizado por el Centro Panamericano de Planificación de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud⁵¹, sus fases son:

I. Definición de la Imagen Objetivo Sectorial.

Tres factores fundamentales deben ser entendidos en esta fase:

1) Los valores del sistema social, sobre todo la concepción que la sociedad y el gobierno tienen del proceso salud-enfermedad y sus condicionantes, los problemas de salud y cómo deben ser resueltos, etc.

⁵¹ Centro Panamericano de Planificación de la Salud. O.P.S. Formulación de Políticas de Salud. Chile, julio de 1975. cit. por Aquiles Lanza. "Principales Problemas de la Administración Gubernamental de Salud en América Latina en J. Katz, A. Lanza et al. La Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración. México, F.C.E. 1983. pp. 38-45.

- 2) Las demandas sociales en salud y el análisis de las circunstancias socioeconómicas y políticas.
- 3) La información disponible en materia de salud.

Estos tres factores más el conocimiento de las condiciones de las instituciones públicas, permiten configurar un diagnóstico preliminar que comprende:

- a. El estado de salud de la población y sus factores condicionantes, así como la identificación y definición de los problemas de salud.
- b. La estructura y funcionamiento del sector salud.
- c. Las relaciones de la población con las instituciones de salud en cuanto a la demanda y utilización de los servicios, la aceptabilidad de éstos y el grado de participación comunitaria.

Como resultado final se debe obtener una imagen objetiva que precise cuáles son las proyecciones sectoriales y cuáles las configuraciones futuras que se desean para los incisos a, b y c.

II. Jerarquización de los Problemas de Salud.

Al ordenar los problemas identificados de acuerdo con el modelo, se atienden las prioridades establecidas tanto por la valoración política de los problemas como por la valoración técnico-administrativa de sus posibles soluciones; se contemplan preponderantemente los efectos y consecuencias de los problemas de salud y su jerarquización con base en los grupos sociales y regiones más afectados.

III. Formulación Preliminar de Alternativas de Solución.

La jerarquización de los problemas permite la construcción inicial de proposiciones que permiten alcanzar la imagen objetivo sectorial, a través de varios cursos de acción.

IV. Análisis de Factibilidad.

Las diversas alternativas se conjugan con los recursos humanos, financieros, materiales e informáticos disponibles para precisar cuál o cuáles de ellas tienen mayores posibilidades de ser puestas en práctica.

V. Análisis de Coherencia.

Las proposiciones factibles se analizan para indagar si no se contraponen una con otra o bien, si su interacción futura no generará efectos adversos o contrarios a los que se desea obtener.

VI. Análisis de Viabilidad.

Las proposiciones factibles y coherentes se relacionan con el contexto social, económico, cultural y político que forma el entorno del sector para destacar los probables apoyos y resistencias. Este análisis es importante porque requiere contemplar los mecanismos necesarios para vencer dichas resistencias así como la participación social que dote de legitimidad a las propuestas para hacerlas más viables.

VII. Verificación de Eficiencia y Eficacia.

La eficacia se entiende como la posibilidad en que se pueden presentar determinados resultados, la eficiencia como la medida del

costo social y político para poder obtener éstos.

VIII. Formulación de Políticas Preliminares.

Las proposiciones factibles, coherentes, viables, bajo los criterios de eficacia y eficiencia conducen al diseño de políticas de salud que deberán pasar por un último proceso de ajuste.

IX. Formulación de Políticas Definitivas.

Las políticas preliminares son ubicadas en el plano estratégico sectorial y son pasadas por el tamiz de los criterios políticos, técnicos y administrativos imperantes en ese momento y al mismo tiempo son examinadas a la luz de su convergencia o divergencia con el plan de desarrollo nacional, el programa sectorial y las políticas de otros sectores que tienen relación con su adecuada instrumentación. Si no se presentan imponderables importantes, antagonismos con los documentos descritos, rechazo por falta de legitimidad, incongruencias con el marco jurídico vigente, obstáculos administrativos o fricciones con los responsables de otras políticas sectoriales, entre otros factores a considerar, las políticas de salud van por buen camino de hacerse definitivas.

2.4 Instrumentación.

La etapa está condicionada por factores diversos, algunos de los cuales rebasan las fronteras del sector salud; encuentra fundamento en los siguientes aspectos:

- a) Las políticas deben estar bien formuladas.
- b) Como resultado de un acto integral de gobierno necesita de la

conurrencia de un marco jurídico y de una adecuada capacidad administrativa; para Mera esta última implica disponer de "...personal idóneo, experiencia institucional en la instrumentación de políticas y un sistema ágil y expedito de procedimientos técnicos y administrativos"⁵². A ello se puede agregar la necesidad de contar con la infraestructura suficiente para el ofrecimiento de servicios de salud.

c) Las acciones de salud se deben complementar con la participación ciudadana, lo que asegura el éxito de las políticas puesto que quienes conocen más de sus problemas de salud y las formas de solucionarlos son los individuos y las propias comunidades.

d) Deben estar presentes tres elementos de gobierno sectorial: la coordinación eficiente de la dispersión sectorial, la armonización de esfuerzos entre los servicios públicos y privados de salud y el equilibrio entre los servicios a población abierta y los de seguridad social.

e) Primordial es el financiamiento de las acciones de salud, aspecto que conjuga un amplio espectro de factores: ideológicos (p.e., ¿qué tanto debe de intervenir el Estado en el financiamiento de la salud?), sociales (¿quiénes deben ser los beneficiarios de este financiamiento?), económicos (¿cómo debe obtenerse el financiamiento?), políticos (¿bajo qué criterios y en qué condiciones se debe proporcionar el financiamiento a las instituciones de salud?), entre otros.

52

Jorge Mera. "La implementación de políticas de salud" en M. Fernández, J. Mera et al. Políticas de salud en América Latina. Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación. Caracas, OPS-CLAD, 1988, p. 30.

Para esta etapa Mario Testa⁵³ comenta que existen tres manifestaciones de crisis que afectan de manera importante las actividades de salud:

. Crisis de Costos.

Se presenta de manera preponderante en el área de atención médica, p.e. altos honorarios médicos, elevados gastos de administración, medicamentos y equipos de avanzada tecnología que deben ser importados, etc.

. Crisis de Accesibilidad.

Comprende tres elementos: el distanciamiento geográfico (regiones inaccesibles), el económico (incapacidad de pagar por los servicios) y el cultural (costumbres y valores diversos en un mismo territorio, alejamiento entre los centros rurales y urbanos, comunidades indígenas no asimiladas a la cultura prevaleciente, etc.).

. Crisis de Eficacia.

Se refiere a la incapacidad para hacer frente a la modificación en la composición de las enfermedades de la población a medida que se desarrolla y a la necesidad de adecuar las políticas y el aparato institucional de salud a los heterogéneos procesos patológicos que afectan a los diversos grupos y estratos sociales.

La cuarta crisis que también debe ser analizada es la de integración, que tiene dos vertientes: la de los problemas de coordinación, superposición de jurisdicciones, duplicación de esfuerzos y competencia por los recursos disponibles, creada por la

⁵³ Mario Testa, "Extensión de cobertura en atención médica primaria" en J. Katz et al. op.cit. pp. 57-71.

existencia de varios organismos gubernamentales a cargo de la salud y la que descubre la fragmentación del conocimiento científico sobre la base de que "... las divisiones tradicionales en salud mental, salud pública, medicina clínica e investigación médica han tenido un efecto desafortunado al crear barreras al desarrollo de un pensamiento integrado y han conducido a la creación de sistemas de salud paralelos y a veces hasta competitivos"⁵⁴.

2.5 Evaluación.

Una de las etapas más importantes pues constituye la fuente de retroalimentación de la etapa de formulación; es al mismo tiempo una de las más difíciles ya que la delimitación de los criterios y parámetros no es, por la naturaleza de los problemas de salud, la más precisa. Otro factor importante que la obstaculiza es la escasez de información suficiente y confiable, frecuentemente se encuentran datos estadísticos incompletos o alterados, datos extemporáneos o informes que no corresponden a la realidad.

De acuerdo con consultores de la Organización Mundial de la Salud esta etapa puede partir de cualquiera de tres niveles⁵⁵:

I. Evaluación en el nivel estructural.

Se basa en que las políticas sectoriales son asignadas a una institución o conjunto de instituciones diferenciadas a las que se les atribuye responsabilidad y competencia en la materia; se funda

⁵⁴ H.C. Laframboise. cit. por J. Peña Mohr. *Ibid.* p. 107.

⁵⁵ Fernando Bustamante y Carlos Portales. "Evaluación de Políticas y Programas de Salud" en M. Fernández et al. op. cit. pp. 83-98.

en la consideración de varias cuestiones: a) los problemas deben corresponder al área o sector que les fue asignado para su solución, b) para poder enfrentar los problemas hay necesidad de realizar enfoques multisectoriales, c) se requiere reorganizar total o parcialmente el aparato público.

Es decir, se contemplan aspectos que van desde la dispersión sectorial hasta los que cuestionan la organización de la administración pública, por ello este tipo de evaluación tiene un valor en el mediano y largo plazo.

II. Evaluación en el proceso de instrumentación.

Se evalúan las políticas con base en los apoyos y resistencias de diversos intereses políticos que se movilizan para adaptarlas a sus necesidades.

III. Evaluación de objetivos.

Considera que las políticas están avaladas por el programa sectorial correspondiente y por ello precisa:

- Estudiar si la población objetivo cambió en algún aspecto relevante para el programa.
- Analizar si el cambio se debió a las acciones contenidas en el programa.
- Si ello aconteció, investigar si fue por las razones y teorías postuladas o por otras causas que se hacen evidentes al medir el impacto de la política.
- Describir otros impactos no previstos que se presenten en la población beneficiada o en otras poblaciones indirectamente

afectadas.

Evaluar las políticas de salud sin método es difícil, Oxman⁵⁶ sugiere el siguiente:

a. Especificación de objetivos.

Responde a la pregunta ¿ qué debe evaluarse ? (p.e un programa o un servicio de salud), estableciendo los niveles en que se va a practicar la evaluación y su finalidad, así como las limitaciones de la misma.

b. Obtención de la información necesaria.

La información se debe plasmar en criterios e indicadores; se entiende por los segundos, "... las variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas ... los datos en que se basan los indicadores deben ser válidos, objetivos y sensibles ... serán válidos si reflejan los cambios que se quieren medir, objetivos si los resultados que arrojan son independientes de las personas y circunstancias en que se utilicen y sensibles si registran los cambios de la situación que se trata"⁵⁷.

Harò manifiesta que "... idealmente un sistema de indicadores válidos para la salud y bienestar debería consistir en una serie de medidas fáciles de entender y obtener. Esta meta es obvia y fácil de definir, pero en la práctica el progreso para llegar a ello ha sido muy limitado ... y la misma idea de tal sistema se ve denotada

⁵⁶ Gastón Oxman, "Evaluación de Políticas de Salud". *Ibid.*, pp. 70-74.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 71.

a medida que los indicadores aumentan⁵⁸. Para ejemplificar dicha aseveración se enlistan algunos de los principales indicadores señalados por la Organización Mundial de la Salud⁵⁹, de entre varias decenas existentes:

I. Indicadores de la Política Sanitaria.

- . Compromiso político de alto nivel de alcanzar la salud para todos.
- . Asignación de recursos suficientes: proporción del PIB en servicios de salud.
- . Grado de equidad en la distribución de recursos.
- . Grado de participación de la comunidad en el logro de salud para todos.
- . Establecimiento de una estructura orgánica y un proceso de gestión administrativos adecuados.

II. Indicadores sociales y económicos.

- . Tasa de crecimiento de la población .
- . Producto Interno Bruto.
- . Distribución del ingreso.
- . Condiciones de trabajo.
- . Índice de alfabetismo en adultos.
- . Suficiencia de vivienda, número de personas por habitación.
- . Disponibilidad de alimentos energéticos por habitante.

⁵⁸ J. Peña Mohr. op. cit. p. 117.

⁵⁹ O.M.S. op. cit. pp. 18-19. Este documento contiene en detalle varias decenas de indicadores de atención a la salud.

III. Indicadores de la prestación de atención de salud.

- . Disponibilidad de los servicios.
- . Accesibilidad del material médico.
- . Accesibilidad económica y cultural.
- . Utilización de los servicios.

IV. Indicadores de la cobertura de la atención primaria de salud.

- . Nivel de educación sanitaria.
- . Disponibilidad de agua potable en la vivienda.
- . Disponibilidad de instalaciones sanitarias en la vivienda.
- . Acceso de madres y niños a la atención de salud local.
- . Asistencia de partos.
- . Porcentaje de niños expuestos inmunizados contra enfermedades infecciosas de la infancia.
- . Disponibilidad de medicamentos esenciales durante todo el año.

V. Indicadores del estado de salud.

- . Estado nutricional y desarrollo psicosocial en los niños.
- . Tasa de mortalidad de lactantes.
- . Tasa de mortalidad de niños de corta edad (1-4 años).
- . Tasa de mortalidad materna.
- . Tasa de morbilidad para determinadas enfermedades.
- . Tasa de mortalidad para determinadas enfermedades.
- . Expectativa de vida al nacer.

De todos ellos, la Organización Mundial de la Salud refiere que doce son los indicadores fundamentales para evaluar la situación de

salud de una población⁶⁰:

1. La "salud para todos" ha sido adoptada como política en el más alto nivel oficial p.e. en forma de una declaración de jefe de Estado, mediante la asignación de recursos suficientes equitativamente distribuidos, gracias a un alto grado de participación de la comunidad o bien por el establecimiento de un marco orgánico adecuado y sistema de gestión para el desarrollo de la salud en el plano nacional.

2. Son fortalecidos mecanismos efectivos para asociar a la población en la ejecución de las estrategias; participan activamente representantes de partidos políticos y grupos organizados tales como sindicatos, grupos de agricultores y de profesionales, etc., además la toma de decisiones sobre cuestiones de salud está debidamente descentralizada en los diversos niveles de administración.

3. Se destina a la salud por lo menos el 5% del Producto Interno Bruto.

4. Se dedica una proporción razonable de los gastos nacionales de salud a la atención local, es decir, contactos de primer nivel, en especial la asistencia de salud comunitaria y la asistencia en centros de salud, dispensarios y equivalentes.

5. La distribución de los recursos es equitativa, de modo que los gastos en salud por habitante, así como el personal y las instalaciones dedicadas a la atención primaria de salud, son análogos para los diversos grupos de población o de zonas geográficas, tales como las urbanas y rurales.

6. Los recursos para la salud son asignados de manera explícita, además las necesidades financieras son respaldadas por el apoyo sostenido de países más desarrollados.

7. La atención primaria de la salud está a disposición de toda la población, satisfaciéndose los siguientes requerimientos mínimos:

- Agua potable en la vivienda o a una distancia que no exceda de 15 minutos a pie; instalaciones de saneamiento adecuadas en la vivienda o en su proximidad inmediata.

- Inmunización contra la difteria, el tétanos, la tosferina, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis.

- Atención de salud local, incluida la posibilidad de disponer de 20 medicamentos esenciales por lo menos, a una distancia que pueda recorrerse en una hora de marcha o transporte.

- Personal adiestrado para la asistencia de la maternidad y los partos y para la asistencia a los niños, por lo menos durante el primer año de vida.

8. El estado de los niños es satisfactorio si por lo menos:

- El 90% de los recién nacidos tienen un peso al nacer de 2 500 grs. como mínimo.

- El 90% de los niños tienen un peso para la edad que corresponde

a las normas y tablas disponibles.

9. La tasa de mortalidad infantil es inferior a 50 por 1 000 nacidos vivos.

10. La expectativa de vida al nacer es mayor de 60 años.

11. La tasa de alfabetismo para adultos (hombres y mujeres) es superior a 70%.

12. El producto per cápita es superior a los \$ 500.00 dólares de E.U.A.

c. Verificación de la Pertinencia.

Se examina "a posteriori" la justificación de las políticas, los programas, las actividades, los servicios y las instituciones de salud; en esta fase la cuestión fundamental es comprobar la correspondencia entre las políticas de salud y las políticas nacionales en materia social y económica.

d. Precisión de la Suficiencia.

Plantea si los problemas se han definido con claridad, por ejemplo, la magnitud y gravedad de una enfermedad endémica, términos de la descentralización y las causas y consecuencias de su ausencia, asimismo la frecuencia con que se presentan los problemas y su distribución regional, las consecuencias de las acciones sanitarias en otros sectores, etc.

e. Valoración de la Eficiencia y Eficacia.

Los resultados obtenidos en relación con los esfuerzos desplegados y los recursos utilizados y el grado de reducción de los problemas de salud o la mejora de situaciones sanitarias anómalas.

f. Ponderación de los Efectos.

El impacto social de las políticas, el análisis de la situación sanitaria y socioeconómica y de la calidad de vida para precisar si mejoraron debido al cumplimiento de las acciones de salud.

g. Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de acción futura.

Base para la reformulación de las políticas y para reorientar los objetivos y las metas, controlar periódicamente su cumplimiento y determinar nuevos cursos de acción.

CAPITULO III.
GOBIERNO Y ADMINISTRACION
DEL SECTOR SALUD 1982 - 1988

1. COMPROMISO DEL ESTADO MEXICANO: LA SALVAGUARDA DE LOS DERECHOS SOCIALES.

Desde su gestación en el siglo XIX, el poder estatal en México ha transitado por una serie de etapas. Este devenir histórico que le permitió promover la creación de diversas instituciones políticas, un gobierno y un régimen de derecho característicos, una administración pública y un peculiar equilibrio político y social, no ha dejado de ser accidentado y sujeto a situaciones críticas de gran intensidad⁶¹.

El Estado Mexicano a principios del siglo XX, concretó una especial forma de dominación, se hizo de un cuerpo doctrinario que le proporcionó sustento filosófico e ideológico, configuró un orden jurídico positivo en base a una avanzada Constitución (reconocida aun en otras latitudes con ese carácter) y prohió la creación de un régimen presidencialista "sui generis", todo ello en el contexto de un importante programa de reformas sociales y económicas.

No se comprenden las formas de ejercicio del poder y la mecánica de la administración pública en México, si no se ubica previamente el marco filosófico, ideológico y jurídico del Estado, que nace virtualmente con el contagio de las ideas enciclopedistas de una Europa iconoclasta a las tierras de América sometidas por el yugo español, adquiere carta de naturalización con la Guerra de Independencia, débil y sin su poderio característico se ve sometido a una gran pérdida de territorio y a innumerables intervenciones

61

Un estudio interesante de los avatares sufridos por el Estado Mexicano desde su formación se encuentra en Luis de la Garza, Leonor Ludlow et al. *Evolución del Estado Mexicano*, México, El Caballito, 3 tomos, 1976. 718 pp.

extranjerías; más tarde recorre un período reformista que termina de despojarlo, con éxito, de sus vestimentas cuasifeudales; sin posibilidad inmediata de atajar a los poderes civiles que luchan violentamente, en desorden y anarquía por el poder político, alcanza por fin un período de paz señalado marcadamente por la desigualdad, la injusticia y la opresión social y económica, factores que de manera explosiva habrían de dotarle, a partir del movimiento revolucionario de 1910, de mayor capacidad de acción.

Como Estado de la Revolución, el Estado Mexicano se edificó sobre siete pilares fundamentales:

"1. Una doctrina constitucional nacionalista contenida en el artículo 27 de la Carta Magna, que hizo del Estado revolucionario el representante de la nación en las relaciones de propiedad;

2. Un programa de reformas sociales (reforma agraria, derechos de los trabajadores, recuperación de los bienes nacionales de manos privadas, etc.) que miraba la realización de la doctrina nacionalista;

3. Una presidencia fuerte dotada con base en aquella doctrina, de poderes extraordinarios permanentes;

4. El desarrollo de un sector público de la economía integrado por los bienes del dominio directo de la nación (subsuelo, mares aledaños, etc.) y por las empresas que a partir de los años treinta, particularmente, se fueron desarrollando para realizar la gestión económica del Estado como representante de la nación;

5. Un partido de Estado que primero tuvo como tarea primordial la unificación de todos los grupos revolucionarios antes dispersos y posteriormente, se convirtió en una gran organización aglutinadora de masas;

6. Una política de masas que formó en torno al poder del Estado un consenso social fundado en las organizaciones de los trabajadores de la ciudad y del campo, y

7. Una política exterior independiente basada en la defensa de los principios de autodeterminación y no intervención que permitió al Estado hacer frente a la agresión y la dominación imperialistas⁶⁰

Por ellos, el Estado revolucionario mexicano proveyó los fundamentos para la creación de sólidos compromisos con los grupos sociales que le permitieron el triunfo: los campesinos, los obreros y las clases medias emergentes. Compromisos ineludibles que se reconocen e incorporan en el articulado de la Ley Fundamental de 1917 como sus principales tareas: el respeto irrestricto a las garantías individuales (artículos 10. a 29); su rectoría económica y el fomento de la economía mixta (art. 25); la defensa de la propiedad nacional en sus diversas modalidades (art. 27); el impulso a las áreas estratégicas para el desarrollo (art. 28); el establecimiento de una organización para el ejercicio legítimo de su poder y de la forma de gobierno (arts. 40, 49, 115); la separación entre su poder y el eclesiástico (art. 130), y de manera

⁶⁰ Esta larga cita es importante pues da una idea de las peculiaridades del Estado mexicano y su sistema político. Arnaldo Córdova. "¿Un nuevo Estado?", Nexos. México. No. 145 (enero de 1990), p. 36.

extraordinaria, la salvaguarda y realización de los derechos sociales, los cuales por ser la expresión normativa de las demandas políticas esenciales de la nación, constituyen el basamento sobre el que se estructura el régimen jurídico y político del Estado revolucionario mexicano; la lucha cotidiana para concretarlos orienta las actividades del gobierno y de la administración pública.

Se crearon aquellos derechos que los mexicanos poseen por el hecho de pertenecer a nuestra comunidad, derechos que son responsabilidad y obligación del Estado garantizar y hacer efectivos; son los derechos sociales punto de partida para integrar una sociedad en donde se reconoce "...que por encima del derecho que tienen las fuerzas económicas a su desenvolvimiento se deben colocar los derechos de la persona a su libertad y los de la comunidad a su bienestar"⁶¹.

Bienestar que se plasma en las condiciones materiales de existencia: estado de salud adecuado, acceso a una vivienda digna, a una educación científica y emancipadora y al trabajo bien remunerado. La "Declaración de los Derechos Sociales" que se identifica en nuestra Constitución, es crucial para comprender las responsabilidades, orientaciones, fines y tareas que el Estado debe asumir en cuanto compromiso político con la colectividad, por encima de cualquier otra disposición jurídica y política o de

⁶¹ Javier Pasiño Camarena. *Obras Jurídicas Mexicanas* (fotocopias sin referencia bibliográfica). p. 1846. Este artículo es importante para comprender las diferencias entre los postulados del constitucionalismo social que se desprende de la lucha revolucionaria de 1910 y el individualista y liberal del siglo XIX en México.

cualquier interés económico que no sea el de ésta.

2. MARCO JURIDICO DE LA SALUD EN MEXICO.

La consagración de los derechos sociales en la Constitución de 1917, hizo posible considerar la incorporación del derecho a la protección de la salud como precepto constitucional a principios de la década de los ochenta, debido entre otras razones, a que "...este derecho es una vieja aspiración popular congruente con los propósitos de justicia social de nuestro régimen de convivencia y con los compromisos que en cuanto a derechos humanos, México ha asumido en la Organización de las Naciones Unidas y en la Organización de Estados Americanos desde hace décadas"⁶².

Entre los primeros actos de gobierno del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, destaca la presentación ante el Poder Constituyente Permanente, de una iniciativa de reforma al artículo cuarto constitucional que complementaba los derechos en materia de igualdad jurídica de los sexos, la protección de la familia, la libertad en materia de planificación familiar, el disfrute de vivienda digna y decorosa y la protección de los menores de edad; al tenor de estos preceptos fundamentales para la convivencia social, se elevó a rango constitucional, el 3 de febrero de 1983, el derecho a la protección de la salud:

"Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la

⁶² "Exposición de motivos de la reforma al artículo 4o. constitucional sobre el derecho a la protección de la salud". Diciembre de 1982. Revista de Administración Pública. México, No. 69-70 (enero-junio, 1987). I.N.A.P. p. 260.

Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución"⁶³

La incorporación de la protección de la salud a la agenda pública y la decisión política de alto nivel de convertirla en garantía constitucional respondió a una serie de importantes razones. En primer lugar, obedeció a un compromiso que México suscribió en la "Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud" celebrada en Alma-Ata, URSS EN 1978, en la que se adoptó la siguiente definición que se transcribe por la relevancia de su contenido conceptual:

"La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en toda y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen ... la atención primaria es la clave para alcanzar la meta de 'salud para todos en el año 2 000' "⁶⁴.

En segundo lugar, a dieciocho años de tener que cumplir con este compromiso, en 1982 se hicieron patentes una serie de obstáculos y

63

Artículo 40. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El artículo 73 define cuáles son las facultades del Congreso de la Unión; la fracción refiere:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

64

Peña Mohr, op. cit. p. 106.

problemas. En ese año el gobierno de la República dió a conocer un diagnóstico preliminar de la situación prevaleciente en el área de la salud, el cual precisó:

- a) Incapacidad para alcanzar plena cobertura de los servicios de salud.
- b) Manejo dispendioso de recursos.
- c) Operación institucional desarticulada.
- d) Calidad diferenciada de los servicios entre instituciones y regiones.
- e) Ausencia de un Sistema Nacional de Salud.
- f) Tendencia centralizadora e inexistencia del carácter concurrente en materia sanitaria entre Federación, estados y municipios"⁶⁵

En tercer lugar, el compromiso internacional encontró eco al interior del país, se hizo pertinente actualizar y modernizar la legislación en materia sanitaria, en consideración de las nuevas condiciones de desarrollo, las carencias y deficiencias en el área de la salud, la necesidad de una mejor organización de la infraestructura institucional creada décadas atrás, la diferenciación y cambios estructurales dentro del aparato administrativo público para hacer frente a la crisis económica y de manera especial, el postergado reclamo social sobre la protección de la salud colectiva expresada en forma reiterada en los foros de consulta popular.

⁶⁵ "Exposición de motivos..." op. cit. p. 260.

La desarticulación institucional diagnosticada a principios del periodo llevó a la conclusión de que era impostergable dotar de nuevas atribuciones a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)⁶⁶, para que fungiera como dependencia rectora y coordinadora tanto del sector como del recién organizado Sistema Nacional de Salud, integrando programas y funciones sustantivas. Este propósito derivó en los siguientes acontecimientos el 30 de diciembre de 1982:

a) Reformas al Octavo Código Sanitario.

En su artículo 7o. para reestructurar el Consejo de Salubridad General; artículo 12o., para dotar a la SSA de la atribución de coordinar las actividades en materia de salubridad general (que en la Constitución se le atribuye al inexistente Departamento de Salubridad); artículo 13o., para proveer las bases jurídicas en materia de celebración de convenios entre la Federación y los estados.

b) Reforma de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (vid.p.90).

c) Reforma de la Ley del Seguro Social (vid.p.91).

d) Reforma al Reglamento Interior de la SSA para reestablecer la Subsecretaría de Planeación a fin de coordinar más eficientemente las acciones sectoriales; esta disposición complementó la reforma del 28 de diciembre de 1982 a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), artículos 37 y 39, que transfirió la

⁶⁶ Su denominación cambió por Decreto del 21 de enero de 1985 a Secretaría de Salud, conservándose las siglas y el logotipo establecidos con anterioridad.

Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente de la SSA a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

Más tarde, la necesidad de contar con un nuevo marco jurídico que sustituyera las disposiciones del Octavo Código Sanitario (D.O. 13 de marzo de 1973) requirió la expedición de una ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud. Para tales efectos fue expedida la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984 (en vigor a partir del 1 de julio de ese año).

La Ley es importante porque especifica: a) las bases y modalidades para el acceso de la población a los servicios de salud; b) la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y por consiguiente, la separación de competencias entre una y otras. Por otra parte, contempla como finalidades del derecho a la protección de la salud:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud⁶⁷

67

Ley General de Salud, artículo 2o. 6a. ed. México, Porrúa, 1990.

3. RECTORIA DEL ESTADO EN SALUD.

Todo gobierno requiere necesariamente de un marco de referencia que le permita definir orientaciones para su acción, evitar la duplicación o dispersión de esfuerzos y determinar con estricto apego a la realidad las necesidades, carencias y rezagos sociales así como los obstáculos para el desarrollo.

Esta noción adquirió fuerza y relevancia en el periodo de gobierno 1982-1988, de tal suerte que para dar cauce, sentido y organización al trabajo gubernamental se inició en diciembre de 1982, el proceso de reforma de los artículos constitucionales 25, que define para el Estado la atribución de ser organismo rector del desarrollo y la actividad económica nacionales y 26, que le faculta para organizar y conducir el sistema nacional de planeación democrática del desarrollo nacional.

Las principales funciones del Estado como rector del desarrollo en materia de salud son las siguientes:

- a. Regulación de los servicios de salud.
- b. Regulación, control y fomento sanitario⁶⁸
- c. Legislación, reglamentación y expedición de normas técnicas⁶⁹
- d. Provisión nacional de servicios de salud.

⁶⁸ La regulación sanitaria es el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el Estado para normar las actividades, personas o material que constituya riesgo para la salud pública; el control sanitario se refiere a las acciones instrumentadas para verificar que se cumplan con los requisitos y condiciones establecidas por la legislación sanitaria; el fomento sanitario es el conjunto de medidas orientadas a promover la divulgación y el cumplimiento de los ordenamientos correspondientes.

⁶⁹ Norma técnica es el conjunto de reglas científicas y tecnológicas de carácter obligatorio emitidas por la SSA, establecen los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios así como en el desarrollo de actividades en materia de salubridad general con el objeto de uniformar principios, criterios y políticas.

- e. *Formación de recursos humanos.*
- f. *Investigación para la salud.*
- g. *Información e integración de indicadores y datos estadísticos en salud*⁷⁰

La Ley General de Salud detalla las actividades que forman parte de las funciones rectoras del Estado en materia de salud:

- a) *La precisión del contenido básico de la salubridad general y la definición de las autoridades sanitarias.*
- b) *La conformación del Sistema Nacional de Salud a través de la participación de los sectores público, social y privado.*
- c) *La distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y los gobiernos estatales.*
- d) *La definición de la naturaleza de los servicios de salud: atención médica, salud pública y asistencia social*⁷¹ *y la de los prestadores y usuarios de los servicios de salud bajo diversos regímenes: población abierta, población derechohabiente y por servicios sociales y privados, así como los mecanismos de participación comunitaria para la salud.*
- e) *La promoción de la salud y de sus factores condicionantes, tales como la educación, nutrición y el saneamiento del medio.*
- f) *La especificación de acciones preventivas y de control de*

⁷⁰ Roberto Ortega Lomelín. "La rectoría del Estado y la política nacional de salud". Revista de Administración Pública. México. No. 69-70 (enero-junio, 1987). INAP. pp. 45-50.

⁷¹ Atención médica es "...el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, involucra actividades preventivas, curativas y de rehabilitación" (Ley General de Salud, artículo 32); salud pública son las actividades para solucionar problemas que requieren acciones organizadas de carácter colectivo para proteger la salud de la comunidad, involucra la prevención y control de padecimientos transmisibles y no transmisibles, vigilancia e investigación epidemiológica, educación para la salud, nutrición, saneamiento básico, calidad del ambiente; por asistencia social se hace referencia al "...conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su progreso, así como la protección física, mental y social de personas de cualquier edad en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental" ("Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", artículo 2o., Revista de Administración Pública. México, No. 69-70 (enero-junio, 1987) INAP p. 474.).

accidentes y enfermedades, así como la creación del sistema de vigilancia epidemiológica.

- g) El establecimiento de acciones de asistencia social y prevención de invalidez.
- h) La normación de otros aspectos tales como medidas de sanidad internacional, programas contra toxicomanías, control de insumos médicos y sustancias tóxicas, control sanitario de la publicidad y disposición de tejidos, órganos y cadáveres de seres humanos".

4. INSTITUCIONES DE SALUD.

4.1. Secretaría de Salud.

La historia de los organismos sanitarios en México es particularmente interesante, su evolución y desarrollo ha obedecido a los retos y problemas que nuestra nación ha enfrentado desde hace siglos en este complejo terreno. La primera institución pública que estuvo encargada de estos asuntos fue el Real Tribunal del Protomedicato, creado en el año de 1628 por instancias del Consejo de Indias durante la época de la colonia.

Los antecedentes de una política nacional de salud se remontan a 1820, año en que se otorgaron facultades al Ayuntamiento de la Ciudad de México para "...combatir la insalubridad en los poblados y desarrollar el saneamiento básico, limpia de calles, disposición de basuras y excretas, control de expendios y alimentos"⁷²; cabe hacer notar que durante todo el siglo XIX la materia sanitaria

⁷² Ortega. op. cit. p. 36.

quedó reservada al ámbito local.

Las estructuras, funciones y decisiones políticas que concretan el gobierno y la administración de los asuntos en el área de la salud tiene un origen claro con la creación del Departamento de Salubridad Pública en 1917, en acatamiento de los imperativos constitucionales. La Ley de Secretarías y Departamentos de Estado del 31 de diciembre de 1917 en el artículo 10o., definió sus atribuciones:

- a. Elaborar la legislación sanitaria de la República.
- b. Dirigir la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras.
- c. Inspección sobre sustancias alimenticias.
- d. Vigilancia de la preparación y aplicación de vacunas y sueros preventivos.
- e. Vigilancia sobre ventas y uso de sustancias venenosas.
- f. Inspección sobre drogas y demás artículos puestos en circulación.
- g. Elaborar medidas contra enfermedades contagiosas.
- h. Elaborar medidas contra el alcoholismo.
- i. Organizar congresos sanitarios".

A partir de 1917 los organismos de salud evolucionaron aceleradamente y crecieron en complejidad administrativa, haciéndose de nuevas atribuciones; por Decreto del 20 de junio de 1937 (que adicionó la Ley de Secretarías y Departamentos de 1935), se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil, el cual a su vez fue sustituido por la Secretaría de Asistencia Pública (Decreto del 31 de diciembre de 1937); el Departamento de Salubridad Pública se mantuvo sin modificaciones.

El 8 de diciembre de 1938 se reformó nuevamente la Ley de 1935 otorgando a la Secretaría de Asistencia Pública atribuciones

relativas a la administración directa de todo lo referente a la beneficencia pública y a la Lotería Nacional. El 18 de octubre de 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fusionarse la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad; en 1945 se estableció el uso de las siglas " S.S.A " para designarla.

A partir del periodo 1982-1988, la SSA "...se acomoda a la función original que nuestro derecho administrativo señala a las secretarías de despacho y que se ha ido deslavando en algunos ramos de la acción gubernativa: es instancia de autoridad y no aparato de prestación de servicios a la ciudadanía... en el nuevo modelo orgánico-funcional de la Secretaría de Salud dispone que los servicios a los ciudadanos deben prestarse por las entidades federativas y el Distrito Federal y por organismos públicos descentralizados"⁷³.

En virtud de su papel como organismo rector del Sistema Nacional de Salud, a la SSA le corresponden fundamentalmente actividades de planeación, coordinación, control y evaluación sectoriales. Para tales efectos, la Ley General de Salud en su artículo 7o., precisa que la coordinación del Sistema Nacional la hace esta dependencia mediante:

- "a. El establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud;
- b. La coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su

73

Francisco Ruiz Massieu. "La modernización administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud". Revista de Administración Pública. México, No. 69-70 (enero-junio, 1987). INAP. p. 30.

caso se determinen;

c. El impulso de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;

d. La promoción, coordinación y realización de la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;

e. La coordinación del proceso de programación de las actividades del sector salud;

f. La formulación de recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de recursos que requieran los programas de salud;

g. El impulso de la actividad científica y tecnológica en el campo de la salud;

h. La promoción del establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;

i. El apoyo de la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas para formar recursos humanos vigilando que la capacitación sea congruente con las prioridades del Sistema;

j. La promoción e impulso de la participación de la comunidad en el cuidado de su salud".

4.2. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia(DIF).

A partir de la Reforma encabezada por Benito Juárez, las acciones de caridad encaminadas a la protección de los desvalidos, a cargo de la iglesia católica hasta ese momento, se transformaron en acciones de asistencia pública, responsabilidad del Estado. Si bien la atención a menores, ancianos y minusválidos en desamparo ha constituido una preocupación constante de los gobiernos contemporáneos (recuérdese la creación del Departamento de Asistencia Social Infantil en 1937) no es sino hasta fechas relativamente recientes cuando esta responsabilidad ha adquirido particular relevancia en la agenda pública.

El primer organismo creado específicamente para desarrollar tareas de asistencia social fue el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), creado el 10. de febrero de 1961, el cual cambió denominación a Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN)

el 19 de agosto de 1968; en enero de 1977, se fusionaron ambos organismos, creándose el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), ratificándose su condición de organismo público descentralizado.

La asistencia social como función y responsabilidad estatal fue elevada a rango constitucional en 1980, al adicionarse el artículo cuarto constitucional con el quinto párrafo actual, que a la letra dice:

"Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas".

No es sino en los inicios del sexenio 1982-1988 cuando se reforzó el carácter prioritario de la asistencia social, al integrarla formalmente al sector y al Sistema Nacional de Salud mediante Decreto del 21 de diciembre de 1982; con la promulgación el 9 de enero de 1986 de la "Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", se dotó de nuevas atribuciones al mismo y se definieron con precisión los sujetos de la percepción de estos servicios.

De acuerdo con el artículo 2o. de la Ley, éstos son: menores de edad en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato; menores infractores; alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia; mujeres en período de gestación o de lactancia; ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato; inválidos por causa de ceguera, deficiencias mentales, problemas de lenguaje, sordera, mudéz y

otros; indigentes; víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono; familiares que dependen económicamente de personas detenidas por causas penales y que quedan en abandono; habitantes del medio rural o del urbano marginado que carezcan de lo indispensable para su subsistencia y personas afectadas por desastres.

4.3. Instituciones de Seguridad Social.

Los postulados que sostienen el régimen de seguridad social en nuestro país tienen sus raíces históricas en el movimiento revolucionario de 1910 y su fundamento jurídico en el artículo 123 de la Constitución Política. La historia de las dos principales instituciones de seguridad social así como su evolución y desarrollo dentro de la administración pública, están estrechamente relacionadas con las actividades del Sistema Nacional de Salud, por la naturaleza de los servicios de salud que prestan de manera simultánea y suplementaria a los servicios de beneficio colectivo, es decir, seguros, pensiones, etc. Fortalecer la vinculación interinstitucional implicó realizar modificaciones menores pero de gran relevancia a las leyes que rigen estos organismos.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tiene sus antecedentes más remotos en la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro (12 de agosto de 1925). Con la finalidad de establecer un régimen de seguridad social específico para los trabajadores al servicio del Estado, se reformó el artículo 123 constitucional, apartado B, el 14 de diciembre de 1959 y cuatro días más tarde se promulgó la Ley del ISSSTE (que

sufrió algunas modificaciones en 1983). Para asegurar su integración al Sistema Nacional de Salud, el 30 de diciembre de 1982 se reformó el artículo 152 de esta Ley con el propósito de incluir en la Junta Directiva al secretario de Salud.

Si bien el seguro social para obreros, jornaleros, artesanos y otros trabajadores, fue consagrado con la reforma al artículo 123 constitucional fracción XXIX el 31 de agosto de 1929, la ley reglamentaria, Ley del Seguro Social, no fue expedida sino hasta el 31 de diciembre de 1942 (modificada sustancialmente en 1973), con ella se creó el organismo público descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. Para asegurar su integración al Sistema Nacional de Salud, el 30 de diciembre de 1982 se reformó el artículo 252 de dicha Ley para que tanto el secretario de Salud como el director general del IMSS pudiesen fungir como consejeros del Estado (existen además consejeros por la patronal y por los trabajadores asegurados).

5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Las modalidades del Sistema puesto en práctica, son la resultante de dos importantes tendencias históricas: primera, la que por cuestiones de racionalidad técnica y administrativa impulsa el acceso universal de la población a la atención de la salud en forma permanente e igualitaria a través de la integración orgánica de las diversas instituciones de salud y segunda, la que atiende a las características y funcionamiento del sistema político mexicano y a la organización del aparato administrativo público.

La integración de los servicios en un único organismo de salud ha sido aspiración en nuestro país desde hace tiempo; los argumentos que se han manifestado en su favor esgrimen que éste permitiría:

- a. Propiciar la definición de políticas, objetivos y programas comunes, determinados por necesidades y prioridades nacionales.
- b. Conducir el mejoramiento de los sistemas de asignación de recursos a programas y servicios y de evaluación de resultados.
- c. Promover el desarrollo de programas integrales de desconcentración y descentralización administrativa.
- d. Auspiciar el mejoramiento en la coordinación entre el sector salud y los otros, cuya acción contribuye a elevar el nivel de salud.
- e. Coadyuvar a la eliminación de las dificultades inherentes a las características operativas de las instituciones de salud y a la dualidad de las formas de financiamiento entre instituciones para población abierta y para población derechohabiente.
- f. Inducir la eliminación de duplicaciones operativas e irracionalidad en el uso de infraestructura propiciando la regionalización de los servicios, el aprovechamiento de unidades institucionales que no tienen índices de utilización adecuados y el poder compartir los servicios de tercer nivel.
- g. Fomentar la racionalización de los sistemas administrativos, como respuesta a la existencia de sistemas institucionales paralelos adaptados a las características de cada institución; ello permitiría la homogeneización de las condiciones laborales y el manejo más racional de los recursos físicos y financieros.
- h. Incrementar la capacidad del Estado para proporcionar atención

médica preferencial a la población marginada.

- i. Orientar los programas de investigación en salud hacia los grandes problemas nacionales.
- j. Facilitar la planeación sectorial⁷⁴.

De acuerdo con el artículo 50. de la Ley General de Salud, el Sistema está integrado por:

1. Las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y,
2. Las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud.

Como componente sectorial para conformar el Sistema Nacional de Planeación Democrática, a cada una de estas instancias aplican vertientes diferentes de la planeación: para los organismos federales la obligatoria, para los gobiernos estatales y municipales la de coordinación y para los sectores social y privado las de concertación e inducción.

6. LA SALUD EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 se señala una noción integral que conceptualiza a la salud como "... una resultante de la interacción de los factores biológicos, ambientales, económicos y sociales. Con este contexto, en la medida en que la población disponga de empleo, de una dieta alimentaria equilibrada, de una vivienda higiénica, de servicios de agua potable y drenaje, de un

⁷⁴ G. Soberón, L. Ruiz et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud, México, Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de Servicios de Salud, UNAM. 1983. pp. 264-270.

*hábitat salubre, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte"*⁷⁵.

La función de planeación del Estado en materia de salud consideró en este importante documento una serie de elementos que complementaron el diagnóstico preliminar sobre la situación del sector:

- "1. Ausencia de una entidad rectora que coordinase las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como las que realizan los sectores social y privado.*
- 2. Superposición de coberturas de atención a la población en ciertas regiones y carencias en otras.*
- 3. Calidad heterogénea en la cobertura.*
- 4. Costos diferentes en la prestación de servicios de salud.*
- 5. Inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles.*
- 6. Reducida participación comunitaria en la solución de los problemas de salud.*
- 7. Centralización administrativa de los servicios.*
- 8. Insuficiente infraestructura, sobre todo la dirigida al control sanitario, al saneamiento del ambiente y la de los servicios asistenciales.*
- 9. Débil coordinación entre las instituciones de salud y las educativas.*
- 10. Dependencia científica y tecnológica del exterior.*

⁷⁵

Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, Secretaría de Programación y Presupuesto, mayo de 1983, p. 245.

11. Escaso desarrollo de la investigación en las áreas biomédica y médico social.
12. Diversidad y en ocasiones carencia de criterios uniformes para elaborar indicadores que permitiesen apreciar adecuadamente la efectividad de las acciones de salud"⁷⁶

Es señalada la importancia de este documento pues sintetiza los lineamientos que habrán de orientar la acción gubernamental en el área de la salud.

7. POLITICAS NACIONALES DE SALUD 1982-1988.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 fueron definidos los objetivos globales de las políticas sectoriales en cinco grandes áreas:

- "1. El impulso a las acciones preventivas para contrarrestar la incidencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. La reorganización y modernización de los servicios de salud en los tres niveles de atención"⁷⁷.
3. La consolidación del Sistema Nacional de Salud a través de la integración programática sectorial y la descentralización a las entidades federativas de primero y segundo niveles de atención a población abierta.
4. La reorganización de la asistencia social, reorientando su concepción.

⁷⁶ Ibid. pp. 243-244.

⁷⁷ Primer nivel= incluye los cuidados personales y la promoción de la salud individual y comunitaria mediante acciones educativas y sanitarias; segundo nivel= atención que brindan los hospitales generales; tercer nivel=atención que brindan los hospitales de especialidades médicas.

5. El incremento de la productividad y eficiencia de los servicios a través de la capacitación e investigación en salud⁷⁸

Las políticas de salud en el sexenio 1982-1988 tuvieron como finalidad la consecución de dos actividades fundamentales: el cambio estructural de la administración pública en el terreno sanitario y la creación, organización y consolidación del Sistema Nacional de Salud, componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

La instrumentación de las políticas sectoriales se basó en cinco grandes estrategias:

- I. Sectorización administrativa.
- II. Descentralización de los servicios de salud.
- III. Modernización administrativa.
- IV. Coordinación intersectorial.
- V. Participación comunitaria.

I. SECTORIZACION ADMINISTRATIVA.

Su instrumentación consideró dos cuestiones:

a) Las medidas de gobierno previas, expresadas a través de los acuerdos de sectorización respectivos (el primero en el año de 1977) no contemplaron cabalmente la magnitud y complejidad de los problemas de salud, en consecuencia, los esfuerzos institucionales se dispersaron y aislaron de su contexto, quedando fuera del sector instituciones tan importantes como el I.M.S.S, el I.S.S.S.T.E y las

⁷⁸ Plan Nacional..., op. cit. p. 245.

de asistencia social.

b) Por las condiciones históricas sociales y políticas que dieron origen a las instituciones públicas encargadas de la salud en México y por su diferenciación en el aspecto administrativo, la sectorización resultó el medio idóneo para la promoción de la coordinación normativa y programático-funcional interinstitucional.

Se precisaron diez objetivos básicos para la sectorización:

1. Integrar un sector de la Administración Pública Federal tradicionalmente disperso.
2. Consolidar un sector administrativo fundamental para la concertación e inducción de acciones con los sectores social y privado.
3. Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa-presupuesto en el sector.
4. Preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las entidades sectorizadas.
5. Crear la infraestructura requerida para coordinar el sector salud y el programa sectorial.
6. Conformar un mecanismo que permitiese interrelacionar los programas, sistemas, recursos, estructuras y funciones del sector.
7. Organizar el sector salud como un subsistema del Sistema Nacional de Planeación Democrática.
8. Armonizar e impulsar los sistemas de asistencia social, atención médica, vigilancia epidemiológica y control sanitario.
9. Uniformar y desarrollar integralmente la organización y el funcionamiento de las entidades del sector.
10. Desarrollar la infraestructura que permitiese la programación

*intersecretarial y regional para la salud*⁷⁹

Las características y finalidades de las diversas instituciones públicas que tienen a su cargo la atención de la salud en México, determinan que la sectorización, como caso exclusivo dentro de la Administración Pública Federal, se concrete de acuerdo con Ruiz de Chávez en dos formas:

a) Sectorización administrativa.

Agrupar a las entidades paraestatales que brindan servicios de salud de cualquier naturaleza; su base legal se encuentra en el artículo 49 de la L.O.A.P.F que faculta a la S.S.A para realizar funciones de conducción, planeación, organización, control y evaluación de dichas entidades como coordinadora de sector.

b) Sectorización programático-funcional.

Confiere a la SSA la coordinación de las funciones y programas de servicios de salud de las entidades que dentro de sus responsabilidades se encuentren desarrollándolos, como es el caso del I.M.S.S y del I.S.S.S.T.E.

Esta última forma de sectorización no debe confundirse con la coordinación programática de salud, atribución que le confiere a la SSA la fracción I del artículo 39 de la LOAPF y que se refiere a la coordinación de los programas de las dependencias y entidades que tienen funciones sustantivas que en esencia no se relacionan con la salud, pero que por diversas circunstancias (p.e asistencia social,

⁷⁹

G. Soberón, J. Laguna (comp.). La salud en México: testimonios 1988, México, Siglo XXI, tomo I, 1988, p. 72.

cobertura médica a poblaciones específicas) tienen a su cargo programas de atención médica; entre estos organismos, denominados también "sistemas cerrados de salud" (porque generalmente sólo ofrecen estos servicios a sus trabajadores), se encuentran PEMEX, las secretarías de Defensa y Marina y la Lotería Nacional. Por ello, las funciones y programas de las instituciones de seguridad social forman parte del sector salud, no así los programas médicos de los otros organismos que solamente son sujetos de coordinación por parte de la cabeza de sector.

El sector salud quedó así integrado por:

a) Los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados por territorio de la SSA (no forman parte los servicios de salud descentralizados).

b) Las funciones, programas y servicios de salud del IMSS, del ISSSTE y del DIF.

c) Las entidades que forman el subsector de los Institutos Nacionales de Salud: Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, Salud Pública, Psiquiatría y el Hospital Infantil de México.

d) Las entidades que integran el subsector de asistencia social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF): Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil⁸⁰.

⁸⁰ Ibid. p. 73.

Punto importante en la sectorización es la forma como se produce la coordinación entre estas instituciones para instrumentar una acción coherente; ésta se realiza a través de instancias, que de menor a mayor importancia jerárquica son:

- Los Grupos Interinstitucionales: cuerpos colegiados que se crearon a partir de 1983 y se conformaron por representantes de las instituciones del sector, su propósito es lograr la integración programática del mismo y la elaboración de normatividad técnica.
- El Consejo de Salubridad General: integrado por el secretario de Salud y doce vocales de instituciones educativas y de investigación.
- El Gabinete de Salud: instancia supervisora de las políticas y programas sectoriales, presidido por el titular del Ejecutivo Federal, participan los secretarios de SSA, S.P.P, SECOGEF, los directores del IMSS, ISSSTE y DIF.

II. DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS.

La centralización en el proceso de toma de decisiones tiene orígenes históricos en México; el campo de la salud no es la excepción, con el transcurso del tiempo ha inducido una serie de obstáculos para la función gubernamental: imposición de programas sanitarios por el centro, escasa participación de las entidades federativas en la formulación de políticas y programas, falta de aporte financiero y compromisos correlativos de los estados para instrumentar éstos, poca o nula intervención de las entidades en la prestación de los servicios de salud en sus territorios.

Si bien las facultades y responsabilidades en materia sanitaria

formalmente se reconocen por primera vez como de la competencia de los ayuntamientos (de manera paradójica) en la Constitución centralista de 1836⁸¹, estas primigenias atribuciones fueron desvaneciéndose gradualmente en detrimento de los estados y municipios con la sucesiva expedición de los códigos sanitarios. Más tarde, la responsabilidad de legislar en materia de salubridad general se le atribuyó como facultad al Congreso de la Unión en la Constitución de 1917.

La ausencia de otro tipo de normatividad hizo que se expidiera la "Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República" (D.O. 25 de agosto de 1934) que creó los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados. La característica de éstos, que a la fecha subsisten, es que son órganos desconcentrados por territorio de la Secretaría de Salud. Su presencia fomenta de manera importante la intervención de la Federación en los asuntos locales, de esta forma, la concurrencia en materia de salubridad general es letra muerta por el fuerte desequilibrio que favorece las actividades del centro.

Con la reforma constitucional de 1982 al artículo 40. y la promulgación de la Ley General de Salud, se estableció la distribución de competencias entre la Federación y los gobiernos

81

Bases y Leyes Constitucionales. Sexta Ley, artículo 25: "...estará a cargo de los ayuntamientos la policía de salubridad y comodidad, cuidar de las cárceles y hospitales y casas de beneficencia que no sean de fundación particular ...". Felipe Tená. Leyes fundamentales de México 1808-1982. 11a. ed. México, Porrúa, 1982. p.243. Por otra parte, el concepto de "salubridad pública" se incorporó por vez primera en las Bases Orgánicas de la República Mexicana de 1843, en el artículo 134 como facultad de las Asambleas Departamentales. Ibid., p. 427.

estatales y municipales⁸² y la necesidad de promover la descentralización de los servicios de salud a población abierta. La importancia de ésta queda señalada puesto que "... más que una estrategia administrativa corresponde a una política de Estado, más que un proceso técnico significa una decisión de gobierno y más que un recurso discrecional supone la observancia de un mandato legal y de un programa público"⁸³.

La instrumentación de un proceso tan complejo tomó en cuenta los siguientes factores:

i. Casuismo.

Se ajustó a las características particulares de cada entidad federativa.

ii. Administrativo.

Cada entidad creó organismos de carácter centralizado o paraestatal que asumieron la gestión de los servicios de salud en sustitución de los federales.

iii. Logístico.

La S.S.A y el I.M.S.S apoyaron la operación de los servicios durante la transferencia. El apoyo básico se dió en materia de estadística, informática, evaluación, administración de personal, obra pública, abastecimiento, etc. para evitar que éstos se

⁸² La fracción III del artículo 115 constitucional dispone que los municipios tengan a su cargo servicios públicos relacionados con el saneamiento básico, es decir, agua potable y alcantarillado, rastrojos y mercados.

⁸³ Elena Jeannetti Dávila, "Descentralización de los servicios de salud" en Blanca Torres (comp.), Descentralización y democracia en México, México, Colegio de México, 1986, p. 182.

suspendieran o disminuyese su calidad.

iv. Patrimonial.

Los bienes de los organismos federales se destinaron en uso gratuito a los servicios estatales de salud.

v. Competencial.

Descentralizó la atención médica, la salud pública y el control, regulación y fomento sanitario en materia de salubridad general concurrente. La S.S.A se reservó atribuciones para expedir y vigilar el cumplimiento de la normativa técnica, emitir políticas y procedimientos de planeación, programación y presupuestación, coordinar el sistema nacional de información y realizar inspecciones, auditorías y supervisiones.

vi. Financiero.

Los servicios descentralizados operan tanto con aportaciones federales vía la SSA como con recursos estatales, los primeros formalizados a través del Convenio Unico de Desarrollo respectivo, atendiendo disposiciones de la Ley de Planeación, Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público, LOAPF, Ley General de Salud, la Constitución Política, Ley Orgánica de la Administración Pública y Ley de Salud de la entidad federativa.

vii. Laboral.

Los trabajadores de los servicios descentralizados quedaron automáticamente protegidos por el apartado B del artículo 123

constitucional y quedaron sin afectar los derechos adquiridos; las facultades patronales conforme a condiciones generales de trabajo también se descentralizaron.

viii. Gradualismo.

Por las condiciones que subyacen en el proceso (disponibilidad de recursos financieros, capacidad administrativa local, voluntad política, etc.) la descentralización se comenzó a realizar de manera paulatina, por Decreto del 8 de marzo de 1984, para evitar el posible deterioro de los servicios y para poder controlarlo y supervisarlos adecuadamente⁸⁴.

Su conclusión en las 31 entidades federativas se precisó para fines de 1986, aunque al término del sexenio 1982-1988 únicamente se concretó en 14 entidades: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.

La estrategia se desarrolló en cada una de éstas en dos etapas sucesivas:

a) Coordinación programática.

Inició con la expedición del "Decreto para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia", el 30 de agosto de 1983, que preparó la desconcentración formal de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados y dió lugar a los "Acuerdos de Coordinación

⁸⁴ Ortega, op. cit. p. 81.

Programática" con los gobiernos estatales. Esta etapa tuvo y tiene como propósito crear las bases previas a la descentralización mediante la integración de esfuerzos, recursos y programas de salud en cada entidad, así como la definición de responsables por actividad como lo establece el artículo 4o. de este Decreto:

"La S.S.A ejercerá facultades normativas y de control; las unidades de coordinación regional ejercerán facultades de enlace y de apoyo a la operación regional y a las estrategias de descentralización; los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados ejercerán facultades de carácter operativo"⁸⁵.

b) Integración orgánica y descentralización operativa.

Como la descentralización está orientada solamente a los servicios de salud a población abierta, se fusionaron los Servicios Coordinados de Salud Pública con los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR⁸⁶ y con los de los estados para constituir un sistema estatal integral de salud, organización dependiente del gobierno de cada entidad, de acuerdo con la Ley Estatal de Salud. Por Decreto del 24 de junio de 1985, en la medida del avance de la descentralización, tanto los Servicios Coordinados como los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR se extinguirían gradualmente.

Cabe destacar la importancia de la creación del Consejo Nacional de Salud, por Acuerdo presidencial del 25 de marzo de 1986, como instancia de coordinación general de la programación,

⁸⁵ "Disposiciones Jurídicas Relevantes". Revista de Administración Pública. México, No. 69-70. (enero-junio, 1987) INAP, pp. 457-459.

⁸⁶ El 17 de enero de 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), la cual suscribió el 25 de enero de 1979 un convenio con el IMSS para la operación del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, donde a COPLAMAR le correspondía gestionar fondos federales y al IMSS otorgar servicios de atención médica.

presupuestación y evaluación de salud entre la Federación y los estados y sobre todo para apoyar el proceso de descentralización en éstos, al cumplir con los siguientes objetivos:

1. Consolidar el Sistema Nacional de Salud promoviendo la participación de los servicios estatales de salud.
2. Evaluar el avance y el cumplimiento del Programa Nacional de Salud e impulsar el sistema de supervisión a los servicios estatales.
3. Analizar los sistemas estatales de referencia y contrarreferencia por medio del estudio de la cobertura y aprovechamiento de los recursos.
4. Unificar los criterios para el cumplimiento de los programas estatales de mediano plazo.
5. Coordinar los programas en materia de salubridad general y acortar los rezagos en la promulgación de las leyes estatales de salud.
6. Proponer esquemas de co-financiamiento de la salud pública a los distintos niveles de gobierno⁸⁷.

III. MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.

La estrategia estuvo encaminada a superar desequilibrios y deficiencias que al interior de la SSA impedían la consolidación del Sistema Nacional de Salud; las áreas prioritarias de acuerdo con varios documentos fueron⁸⁸:

⁸⁷ G. Soberón. *La salud en México*, op. cit. p. 130.

⁸⁸ *Ibid.* pp. 161-163; *Programa Nacional de Salud*, op. cit. pp. 163-168.

1. Programación, presupuestación y contabilidad.

Integración de la normatividad para uniformar el proceso de planeación-presupuestación, la descentralización del ejercicio presupuestal a las entidades federativas y la compactación de la estructura programática, entre otras.

2. Reestructuración institucional y sectorial.

Reordenación de las funciones sustantivas, de planeación y de apoyo de la SSA, transferencia de funciones a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, reducción de unidades administrativas (de 116 a 67) y redistribución de funciones, compactación de subsecretarías (de cuatro a tres) fusionándose la Subsecretaría de Regulación Sanitaria con la de Investigación y Desarrollo para integrar la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo, se creó además la Subsecretaría de Planeación.

3. Adecuación del marco jurídico.

Se estructuró con base en la reforma constitucional, la expedición de la ley reglamentaria y sus reglamentos, la emisión de normatividad técnica y los acuerdos para la homologación salarial.

4. Mejoramiento y racionalización de los servicios al público.

Su finalidad fue la simplificación de trámites y procedimientos administrativos en materia de control sanitario de productos, servicios y establecimientos, prestación de los servicios de salud e información para la salud.

5. Estadística, informática e información básica.

Comprendió el desarrollo del sistema de información para la planeación, programación y evaluación del sector y el de la red nacional de informática.

6. Modernización de los sistemas de administración de personal y de recursos materiales.

Aspecto importante fue la firma del convenio entre la SSA, SPP, DDF, ISSSTE y DIF, para establecer las " Bases y Criterios para la Homologación Salarial y Funcional del Personal de las ramas Médicas, Paramédicas y Grupos Afines " que no desempeñasen funciones de carácter administrativo y que se rigieran por el apartado B del artículo 123 constitucional. Con respecto a los recursos materiales se avanzó en un sistema integral de adquisiciones y normatividad en materia de obra pública, conservación y mantenimiento, arrendamiento de inmuebles y servicios generales.

7. Sistemas y mecanismos de evaluación y control.

Creación de la Contraloría Interna de la SSA, así como del sistema de evaluación integral de la administración financiera y de créditos externos.

IV. COORDINACION INTERSECTORIAL.

La multiplicidad y complejidad de las decisiones gubernamentales en los diferentes sectores administrativos relacionados con el terreno de la salud determinó la intervención de dos instancias: el Gabinete de Salud y el Consejo de Salubridad General, también

intervinieron distintas comisiones y comités intersectoriales abocados al análisis y solución de problemas en áreas específicas. De los asuntos para los que se desarrollaron constantes participaciones de los sectores público, social y privado en el área de salud, destacan:

1. Alimentación y Nutrición.

Los lineamientos fueron establecidos en el Programa Nacional de Alimentación (D.O.F. 14 de octubre de 1983) en materia de: sistemas de vigilancia alimentaria; control sanitario de los alimentos; vigilancia epidemiológica de la nutrición; control del crecimiento y desarrollo de los sujetos en riesgo y educación nutricional.

2. Fomento y Desarrollo de la Industria Farmacéutica.

Promoción de la fabricación de nuevos fármacos, incremento en la producción nacional de materias primas y la institución de los cuadros básicos de insumos del sector salud; para tal efecto, fue creada la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Consejo de Salubridad General, se elaboró el Cuadro Básico de Medicamentos del sector.

3. Formación de Recursos Humanos e Investigación en Salud.

Responsabilidad compartida que tuvo apoyo con la creación en noviembre de 1983, de las Comisiones Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y la de Investigación en Salud.

4. Planificación Familiar.

Participó el Consejo Nacional de Población de la Secretaría de

Gobernación; punto importante fue la inclusión de la planificación familiar como servicio de salud en la Ley General de Salud.

5. Lucha contra las Adicciones.

Impulso fuerte se mostró en este renglón con la creación, el 26 de febrero de 1985 del Consejo Nacional contra la Farmacodependencia y el Consejo Nacional Antialcohólico.

V. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

La concepción de la salud como un proceso integral y como derecho social presupone que su logro no solamente es responsabilidad del gobierno sino también es el resultado de las acciones que la propia comunidad, de manera organizada realiza por y para si misma. Al impulsar estas actividades se instrumentó el "Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad en Salud", los objetivos específicos de dicha participación fueron:

- a. Propiciar mejores formas de organización social en apoyo a las actividades en el campo de la salud.
- b. Lograr que los individuos adquieran mayor conciencia de los beneficios de su participación en las acciones de salud.
- c. Mejorar los niveles de educación para la salud de la población.
- d. Fomentar el uso adecuado de los servicios de salud y la participación de la comunidad en su planeación y evaluación .
- e. Mejorar la capacidad de gestión de las comunidades ante las dependencias que interviniesen en acciones vinculadas con la salud.
- f. Inducir a la comunidad a colaborar en la construcción de obras

para la salud"⁸⁹

Por la naturaleza de los problemas de salud en México, el gobierno y administración de un sector tan complejo requirió de la integración de un conjunto de variables políticas, económicas y administrativas para solucionarlos, se modificó además un marco jurídico atávico y disperso y se crearon nuevos mecanismos de concertación de esfuerzos para hacer partícipes, a través del Sistema Nacional de Salud, a sectores de la sociedad que de manera aislada participaban en esta área.

Con los objetivos y las estrategias de instrumentación de las políticas de salud en mente, en el siguiente capítulo se realiza la evaluación de su impacto en la población mexicana.

89
Ibid. p. 241.

CAPITULO IV.
EL IMPACTO DE LAS POLITICAS
SECTORIALES

1. ENTORNO DE LAS POLITICAS.

No existe una sola política que se encuentre ajena a las relaciones e influencia de otras; si para conocer sus características y evolución desde el punto de vista teórico conviene desvincularlas de la acción total del poder del Estado, no es posible, sobre todo en el caso de las políticas de salud y asistencia social, soslayar de su análisis los efectos que otras esferas de actividad tienen en ellas. En países en vías en desarrollo como México, las políticas orientadas a la esfera social (salud, educación, vivienda y alimentación, entre otras) van indisolublemente ligadas por las características estructurales de los mecanismos económicos, el modelo de desarrollo y las definiciones que en un momento histórico determinado establecen los gobiernos en materia social y económica.

Los efectos nocivos en el bienestar social por los desajustes y desequilibrios en los circuitos económicos son evidentes en el periodo que se estudia. El sexenio 1982-1988 es un periodo de gobierno signado por las perturbaciones de una fuerte crisis económica y por el deterioro en los niveles generales de vida y de salud de la población; las repercusiones deletéreas en estos niveles son el resultado directo de la crisis económica, que dura en nuestro país aproximadamente de 1981 a 1987.

La crisis económica es un fenómeno ciclico cuya producción y reproducción en las entrañas del sistema capitalista mundial encuentra terreno propicio para sus efectos multiplicadores en México como resultado de ciertas circunstancias: alteraciones en el proceso económico, ineficiencia del aparato financiero público para

equilibrar sus ingresos y egresos de manera apropiada, inexistencia de un aparato productivo diversificado (que le confiere al país el carácter de monoexportador de petróleo) y sobre todo las graves desigualdades en la población que impidieron absorber los efectos de la crisis de manera homogénea sin excesivos costos sociales.

La inflación fue factor importante en el deterioro de las condiciones de vida; fenómeno económico producto del dislocamiento entre la producción, distribución y consumo de un país y factores económicos externos, su manifestación es el incremento sostenido de los precios de bienes y servicios. La inflación en el sexenio de Miguel de la Madrid fue de 1982 a 1987, recurrente y con incrementos anuales importantes (gráfico no. 1, p. 161).

El empleo fue un aspecto particularmente afectado en la crisis, de acuerdo con las cifras disponibles, a pesar de que la población económicamente activa (PEA) creció a un ritmo superior que la población total de 1982 a 1985, según las siguientes tasas de crecimiento porcentual anual⁹⁰:

CRECIMIENTO PORCENTUAL ANUAL

AÑO	1982	1983	1984	1985
POBLACION TOTAL	2.6	2.5	2.4	2.3
P.E.A	3.5	3.7	3.7	3.6

⁹⁰ Carlos Tello (comp.), Informe sobre la crisis en México, México, UNAM, 1989, p. 390.

La tasa de desempleo en la PEA se disparó para 1985 en un 82% más con respecto a 1982 y para 1988 continuó muy elevada⁹¹ (gráfico no. 2, p. 162). A partir de 1981, de manera simultánea a una disminución abrupta de la tasa de empleo se presentó lógicamente una elevación importante en los niveles de desempleo y subempleo de la fuerza de trabajo (gráfico no. 3, p. 163); entre 1982 y 1985, el porcentaje de población desempleada aumentó de 8.0% a 11.3% , lo que denota una expansión del sector informal de la economía y de empleos no productivos con remuneración insuficiente.

Inflación y desempleo influyeron de manera negativa en el salario real, se presentó una declinación gradual, constante y marcada de los índices del salario patrón, el salario mínimo, en el transcurso del sexenio (gráfico no. 4, p. 164); si bien el índice del salario mínimo nominal se encontró siempre cercano al índice de inflación durante 12 años, es a partir de 1982 cuando quedó por debajo del mismo, lo que resultó en una depresión severa del salario mínimo real con los precios aumentando a un ritmo superior al de los salarios (gráfico no. 5, p. 165).

Con respecto a la depreciación salarial en el periodo de 1980 a 1986, cada trabajador en la PEA perdió cantidades crecientes del salario total; hacia 1980 hizo falta un 15% más de salario para tener el mismo poder adquisitivo que en 1977, en 1981 8%, en 1982 23%, en 1983 55.7%, en 1984 63%, en 1985 66.5% y en 1986 un 80.7% (cuadro no. 1, p. 179).

⁹¹

David Márquez Ayala en "Política Económica del Pacto de Solidaridad Económica". Perfil de La Jornada. 10 de febrero de 1988. p.l. señala cifras más elevadas, para este autor el 20.4% de la PEA se encontraba sin empleo en 1987.

De acuerdo con datos del Sistema de Cuentas Nacionales de la SPP y la Secretaría de Hacienda, la producción nacional con base en el Producto Interno Bruto (PIB) tuvo notorios altibajos en el sexenio, en 1982 decreció 0.6%, en 1983 5.3%, en 1985 aumentó 3.7%, en 1986 disminuyó 3.8%, mientras que en 1987 y 1988 creció en 1.4% y 1% respectivamente; por consiguiente, el producto per cápita de 1982 a 1987, como resultado de la combinación de la caída en la producción nacional y de las devaluaciones de nuestra moneda, tuvo un declive importante⁹²:

PRODUCTO PER CAPITA EN PESOS Y DOLARES.

AÑO	PESOS	TIPO DE CAMBIO	DOLARES
1982	12,360.60	57.18	216.17
1983	11,418.60	150.29	76.00
1984	11,559.10	185.20	62.41
1985	11,618.50	310.28	37.44
1986	10,952.90	637.88	17.17
1987	10,891.90	1 405.81	7.75
1988	10,799.20	no disponible	no disponible

2. CONDICIONES DE VIDA Y DESARROLLO SOCIAL EN 1982-1988.

El sexenio 1982-1988 se caracterizó por el deterioro paulatino de las condiciones de vida provocadas por la crisis económica. Las disposiciones gubernamentales que asumieron el compromiso de cubrir cabalmente el pago de la deuda externa (gráfico no. 6, p. 166)

⁹²

Excélsior, 29 de noviembre de 1988, p. 6-F: dólar a precios de mercado (libre).

significó una pesada carga para el país, que tuvo y tiene un alto costo social y económico⁹³.

Para combatir la inflación, se instrumentaron diversos programas⁹⁴ que promovieron entre otras cosas la disminución de la inversión y del gasto público, el cual como se puede apreciar en el cuadro no. 2 (p. 180) se encontró notoriamente disminuido de 1982 a 1985 en comparación con periodos anteriores. En el mismo cuadro se puede apreciar también la baja sustancial en el gasto social y el gasto en salud, los cuales se analizan más adelante.

El gráfico no. 7 (p. 167) muestra que el gasto social excepto en el período 1980-1981 en donde aumentó ligeramente, disminuyó de 1980 a 1987 aproximadamente doscientos mil millones de pesos en tan sólo siete años, es decir 55.5%, un promedio de casi 8% anual. La disminución acentuada en el gasto social tuvo efectos importantes en los niveles de vida de la población e indujo efectos directos e indirectos en el estado de salud de la misma.

2.1 Alimentación.

Los insumos alimentarios para mantener un nivel nutricional adecuado fueron afectados por dos mecanismos: primero, la producción de alimentos básicos como el maíz y el frijol disminuyó de 1981 a 1987 en términos absolutos (gráfico no. 8, p. 168).

⁹³ "...el servicio de la deuda comprendió en promedio para el período 1983-1988 el 48% del gasto público total o bien el 21% del PIB para los años de 1983-1987 en promedio" según Víctor Soría y Guillermo Farfán. "Detenoreo del bienestar social y de la salud en México" en Estela Gutiérrez, Testimonios de la crisis en México. Los saldos del sexenio (1982-1988). México, no. 4. S. XXI. 1989. p. 149.

⁹⁴ El Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) en 1982, el Programa de Aliento al Crecimiento (PAC) en 1986, el Pacto de Solidaridad Económica (PSE) en 1987.

La pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores afectó la demanda y el consumo de éstos y otros alimentos fundamentales; este mecanismo es el que explica más verazmente la disminución del consumo pues si bien la caída en la producción de básicos es considerable, la oferta de los mismos se cubrió con importaciones. A pesar de la recuperación del consumo de maíz, a partir de 1983, como resultado de la sustitución de otros alimentos más nutritivos por tortillas, se observa que los niveles de consumo por habitante en 1988 fueron casi los mismos que en el año de 1982 (gráfico no.9, p. 169).

El consumo de fuentes proteicas también se vió seriamente afectado, principalmente las que derivan de las carnes de res y de cerdo. En cuanto a la primera, el consumo en 1986 fue exactamente la mitad del registrado en 1981, mientras que en la segunda la reducción fue menor pero también importante, cada habitante en promedio dejó de consumir tres kilos al año de 1981 a 1986; por otra parte el consumo de pollo se redujo drásticamente de 1985 a 1986 por el explosivo aumento en su precio; ni qué decir del pescado, importante fuente de proteínas cuyo consumo se redujo casi 7 kilos en cuatro años, de 1981 a 1985 (gráfico no. 10, p. 170).

El consumo de leche, alimento esencial para los niños, disminuyó de 108 litros por habitante en 1982 a 74.0 en 1986, una reducción de casi 70% en cuatro años⁹⁵.

⁹⁵ Tello, op. cit. p. 454.

Con respecto a los productos agrícolas, el comportamiento es similar, a pesar de una recuperación en el consumo de frijol de 1982 a 1986, éste fue casi el mismo en 1988 que en 1982; el consumo de trigo, utilizado para la elaboración del pan, disminuyó notablemente de 1982 a 1988 y también el de arroz, aunque en menor proporción (gráfico no. 11, p. 171). Como consecuencia de todo esto, la ingesta de calorías cayó en el periodo en alrededor de 25%, mientras que la ingesta de proteínas (de origen vegetal y animal) disminuyó en cerca de 20%⁹⁶.

Prueba fehaciente del explosivo crecimiento de los costos de los alimentos básicos se presenta en el cuadro no. 3 (p. 181), los cuales registraron aumentos promedio de más de dos mil por ciento de 1983 a 1988. Si se establecen relaciones entre estos incrementos de precios y los salarios pagados a los trabajadores mexicanos, las cifras que resultan son impresionantes. Del cuadro no. 4 (p. 182) que presenta los costos de alimentación, transporte, aseo y vivienda para una familia de cinco personas de 1981 a 1986, se puede inferir que el salario mínimo fue insuficiente para hacer frente a los gastos cotidianos de subsistencia; se tuvo gradualmente que destinar una proporción mayor del salario para la adquisición de alimentos.

Las implicaciones sociales de la insuficiencia del salario mínimo en este sexenio fueron las siguientes: se tuvieron que incorporar al mercado de trabajo más integrantes del núcleo familiar para

⁹⁶ Fernando Calzada, Fco. Hernández. "La Política Económica en Crisis". 2a. parte. La Jornada, 31 de agosto de 1988, p. 1.

contribuir al ingreso, se buscaron otras fuentes de ingreso por parte del jefe de familia o bien éste tuvo que trabajar más horas para poder comprar lo mismo; de tal suerte, "...si en 1982 se requerían 50 horas de trabajo para acceder a una canasta básica por mes, para 1986 el tiempo de trabajo requerido se eleva a 85 horas, es decir, casi dos semanas de trabajo para poder satisfacer el mismo nivel de consumo"⁹⁷.

La relación incremental entre precios de alimentos básicos y los salarios, de 1983 a 1988, se presenta mediante la contraposición de los índices de crecimiento de unos y otros⁹⁸:

INDICES DE CRECIMIENTO (1983 = 100)

AÑO	ALIMENTOS BASICOS	SALARIOS
1983	100	100
1984	184	156
1985	275	239
1986	503	468
1987	1 269	1 237
1988	2 156	1 530

El impacto social del incremento de precios de los alimentos fue desastroso ya que "...durante el periodo 1983-1985, el número de niños menores de 5 años en quienes se valoró el estado nutricional aumentó de 64 947 en 1983 a 1'111,089 en 1985 ... la cifra de casos comprobados de desnutrición actual ascendió de 9 089 en 1983, a 383 286 en 1985 ... de los casos descubiertos en 1985, el 71.8%, el

⁹⁷ Tello, op. cit., p. 453.

⁹⁸ Rosa A. Garavito, Augusto Bolívar, La modernización en cifras, México, El Cotidiano - UAM, 1990, p. 310.

23.3% y el 4.9% correspondieron a desnutrición leve, moderada y grave respectivamente ... el porcentaje de desnutridos llegó a 45.5% en los estados de muy alta marginación y a 17.7% en aquellos con marginación media baja⁹⁹.

Para 1988, según el Programa Nacional de Alimentación, "...la población menor de 5 años con algún grado de desnutrición ascendió a 2.6 millones de niños, de los cuales más de 200 mil estaban en situación crítica"¹⁰⁰. Causa importante de desnutrición, amén de la carencia de recursos, es la falta de hábitos alimentarios en la población mexicana, sobre todo en los niños y adolescentes.

2.2 Educación.

La educación de la población, particularmente la que se encuentra en edad escolar (6-15 años), es un aspecto que cobra particular relevancia en materia de salud. De una adecuada educación depende el entendimiento del proceso salud-enfermedad, las normas mínimas de higiene y de salud colectiva, hábitos adecuados de alimentación y nutrición, la paternidad responsable y la planificación familiar y otras nociones que ayudan a los individuos a confraternizar y a convertirse en agentes de cambio. Tanto la salud física y mental de los individuos como el desarrollo de las acciones de salud colectiva dependen en mucho de las actividades educativas que imparte el Estado a los nacionales, por ello, una disminución en

⁹⁹ Angel Flores y otros. "Desnutrición en áreas rurales marginadas de la República Mexicana: epidemiología y programa de control". Salud Pública de México, vol. 29, no. 4, julio-agosto de 1987, p. 295. cit. por V. Soria y G. Farfán. op. cit. p. 168.

¹⁰⁰ Programa Nacional de Alimentación. 1989-1994. México. 1989. p. 25.

los esfuerzos educativos públicos perjudica indefectiblemente cuestiones relativas a la salud de la población.

A partir de 1982 la educación pública sufrió drásticas afectaciones; la necesidad de contribuir al ingreso familiar, entre otras razones, fomentó la deserción de escolares en todos los niveles académicos, Tello afirma que esto se presentó fundamentalmente por cada cien inscritos a nivel primaria (47.3 desertores) y secundaria (25.1 desertores) en el bienio 1985-1986; del ciclo 1981-1982 al de 1987-1988 el porcentaje de absorción entre niveles educativos disminuyó de forma importante sobre todo de primaria a secundaria, cayendo 11% en ese lapso (gráfico no. 12, p. 172). Todo esto condujo a que "...la escolaridad promedio de la población mayor de 15 años apenas supere el grado de primaria, ya que en 1980 fue de 5.4 años y en 1986 de 6.1 años"¹⁰¹.

Otro factor de suma relevancia que explica los deficientes resultados en materia educativa es el gasto asignado a este rubro. De 1982 a 1986 el gasto para educación, tanto como porcentaje del PIB como del gasto total siguió una tendencia decreciente, la reducción fue en esos cuatro años de 1.1% para el primer indicador y de 2.7% para el segundo, como se puede apreciar en el gráfico no. 13 (p. 173).

¹⁰¹ Tello, op. cit. p. 479.

2.3 Vivienda.

El logro y mantenimiento de la salud individual y familiar, se basa en la existencia de un ambiente limpio dentro de una vivienda decorosa, con acceso a servicios de agua potable y drenaje, ya que su carencia predispone la aparición de diversas enfermedades gastrointestinales, que son causa importante de morbilidad y mortalidad sobre todo en los niños de corta edad¹⁰². La transmisión de muchos procesos patológicos (por ejemplo, la tuberculosis) se facilita por "...los elevados índices de hacinamiento que de 1981 a 1985 fueron de 5.5 personas por vivienda"¹⁰³.

Aunado al retraso en la construcción de viviendas a nivel nacional, la población que habita las ya existentes se ha visto beneficiada muy lentamente con la dotación de servicios públicos; para 1985 aproximadamente la mitad de las viviendas no disponía de drenaje, mientras que casi la cuarta parte no carecía de agua potable. La crisis afectó seriamente estos servicios al disminuir ambos en 2% de 1982 a 1985 (gráfico no. 14, p. 174)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, para 1988 la tendencia fue favorable a la población en este aspecto del desarrollo social, ya que no dispondría de agua potable en red pública tan solo el 19.1% de la población.

¹⁰² El acceso de la población al agua potable entubada dentro del hogar como aspecto prioritario de salud pública fue reconocido por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua Potable en 1977 y por la OMS, quienes proclamaron el período 1981-1990 como el "Decenio Internacional del Abastecimiento del Agua Potable y del Saneamiento". Necesidades esenciales de México. 3a. ed. México, no. 4. Salud. COPLAMAR-S.XXI. 1985 p. 108.

¹⁰³ Tello, op. cit. p. 461.

3. IMPACTO DE LAS POLITICAS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL.

3.1 Cobertura de los Servicios de Salud.

Indicador fundamental para ponderar los logros de las políticas sectoriales y punto de referencia importante para estimar logros y retrocesos en diversos aspectos de su instrumentación es la capacidad de cobertura de los servicios de salud. De acuerdo con un documento de importante peso político, el Informe de Ejecución 1988 del Plan Nacional de Desarrollo, esta cobertura presentó un avance significativo a pesar del crecimiento poblacional. Si en 1983-1984 había 14 millones de personas que no tenían acceso a servicios permanentes de salud (18% de la población total) para 1988 esa cifra había disminuido a cinco millones cien mil personas (6% de la población total) (gráfico no. 15, p. 175)¹⁰⁴. No obstante, según otros investigadores, "...para 1989, 25 millones de mexicanos, el 31% de la población nacional, carecía totalmente de atención médica elemental"¹⁰⁵.

De la población atendida con servicios permanentes de salud en 1988, las instituciones de seguridad social protegieron a 45.6 millones de personas (58.7%), los servicios a población abierta de SSA, IMSS-COPLAMAR y los gobiernos estatales a 28.6 millones de personas (36.8%) y la medicina privada a 3.5 millones de personas (4.5%). Aunque el alcance en cobertura se incrementó gradual y constantemente, ello no fue suficiente, ya que "...aproximadamente

¹⁰⁴ Plan Nacional de Desarrollo. Informe de Ejecución 1988. México. Fondo de Cultura Económica. Antología de la Planeación en México. No. 21. 1988. p. 232. Las cifras de cobertura del Informe comprenden la cobertura global de todas las instituciones públicas. los servicios estatales de salud y los privados.

¹⁰⁵ Olivia López Arellano. Investigación de la UAM. Excelsior. 31 de diciembre de 1989. Sección Estados.

el 30% de la población rural en México asentada en 120 mil comunidades de menos de 3 mil habitantes cada una, no tienen acceso a los sistemas de salud¹⁰⁶.

Al analizar los crecimientos absolutos y relativos de la cobertura institucional de 1983 a 1988 se pueden realizar comparaciones interesantes al considerar distintas variables. Para la cobertura potencial de las instituciones públicas (cuadro no. 5, sección B, p. 183), la S.S.A es la institución que tiene la tasa media de crecimiento más elevada con un 11.7% anual y un incremento de casi 6.7% en el número de mexicanos cubiertos que es el primer marco referencial; el IMSS-COPLAMAR no solamente tuvo una tasa media de crecimiento negativa, su capacidad de cobertura disminuyó casi 5%; IMSS e ISSSTE incrementaron su capacidad a razón de casi 6% anual, pero en términos relativos el ISSSTE quedó casi con la misma capacidad de cobertura en 1988 que en 1983, mientras que el IMSS la disminuyó en 2% a pesar de que cubrió a ocho millones de personas más en ese lapso. De 1983 a 1988, las instituciones señaladas incrementaron en forma global su capacidad de cobertura en un poco más de diecinueve millones de personas a una tasa media de crecimiento anual de 6.2%.

Si se toma como parámetro un segundo marco referencial, la población total en 1983 y 1988 (cuadro no. 5, sección A, p. 183), se tienen cifras más confiables para ponderar la cobertura real de cada institución así como sus tasas de crecimiento sexenal; en el cuadro no. 5, sección C (p. 183) se observa que quien incrementó en

¹⁰⁶

Primer Taller de Vigilancia Epidemiológica Simplificada. Tlaxcala. México. La Jornada. 23 de noviembre de 1989. p. 18.

mayor medida su capacidad fue el IMSS con un 6.1% en 6 años, la S.S.A lo hizo en 4.9% y el I.S.S.S.T.E en 1.4%, mientras que el IMSS-COPLAMAR descendió 1.3% su potencialidad en el periodo.

De 1983 a 1988 se presentó un incremento real de 15.7% en la capacidad de cobertura institucional total, ya que en 1983 se encontraban protegidas tan sólo 71.5% de los 74.98 millones de habitantes, es decir, 53.6 millones; en 1988 las instituciones tenían en conjunto capacidad de proteger al 87.2% del total de mexicanos, es decir, a 72.7 millones. Los 10.7 millones de habitantes restantes (12.8%) se encontraron en alguna situación de éstas: desprotegidas, cubiertas por los servicios de salud privados o protegidas por otras instituciones públicas como DIF, PEMEX, Defensa, etc.

Al constituir un parámetro importante para realizar comparaciones interinstitucionales en los subsiguientes análisis de los recursos sectoriales, se presenta en la siguiente tabla la cobertura agregada por tipo de institución (a población abierta la SSA e IMSS-COPLAMAR, a población derechohabiente el IMSS y el ISSSTE) a principios y a fines del sexenio:

COBERTURA AGREGADA POR TIPO DE INSTITUCION*

INSTITUCIONES	1983	1988
POBLACION ABIERTA	39.3%	41.6%
POBLACION DERECHOHABIENTE	60.7%	58.4%

* Informes de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983 y 1988.

3.2 Recursos del Sector Salud.

Aspecto importante para analizar el ciclo de las políticas de salud es la consideración de los diversos recursos que permitieron la operación institucional en los seis años de gestión gubernamental; la evolución cuantitativa y el desarrollo incremental de dichos recursos forma parte fundamental del análisis.

3.2.1. Recursos Físicos.

Se refieren a la infraestructura inmobiliaria (hospitales y unidades de consulta externa), camas, consultorios y quirófanos que caracterizan el aspecto sustantivo de la atención médica institucional.

En el cuadro no. 6 (p. 184) se pueden apreciar los avances en materia de infraestructura de 1983 a 1988; con respecto a la construcción de hospitales las tasas de crecimiento en todas las instituciones fueron positivas, sobresaliendo el ISSSTE en el caso de los hospitales de especialidades. Excepto este organismo, en general la proporción interinstitucional de unidades hospitalarias se mantuvo con ligeras variaciones en esos seis años. A pesar de que en teoría se privilegió el aspecto preventivo sobre el curativo en la atención de la salud, la puesta en servicio de hospitales de especialidades (tercer nivel de atención) fue superior, con una tasa de 10.5%, a la de los hospitales generales (segundo nivel de atención) y las unidades de consulta externa (primer nivel de atención).

Con respecto a las unidades de consulta externa, se dejaron de operar en ese lapso por parte de IMSS-COPLAMAR y del IMSS un número considerable, porque no se utilizaron o bien porque pasaron a formar parte de los servicios estatales de salud, en el caso de la primera institución. La proporción institucional en el total de unidades sufrió variaciones importantes destacando la SSA con un alza de 15.4% e IMSS-COPLAMAR con 11.2% menos.

Las camas en servicio se incrementaron en 13 166 unidades a una tasa media de crecimiento anual de 3.1% anual (cuadro no. 7, p. 185); si bien todas las instituciones tuvieron tasas de crecimiento anualizado positivas, la participación de la SSA en el total de camas aumentó en casi 10% mientras que la del IMSS descendió en 10.9%, ISSSTE virtualmente quedó igual y el IMSS-COPLAMAR aumentó 0.2% (261 unidades).

Los consultorios aumentaron en 5 635 unidades a una tasa media de crecimiento de 4.5% anual; excepto el IMSS-COPLAMAR con una tasa negativa de 4.6% anual, todas las instituciones tuvieron tasas positivas; la participación en el total de la SSA con 8.3% y del ISSSTE con 1.5% más, se hizo a expensas del IMSS-COPLAMAR y del IMSS que disminuyeron en 5.3% y 5.1% respectivamente.

La construcción de quirófanos se incrementó ligeramente en 143 unidades, con tasas positivas en las cuatro instituciones, manteniéndose las proporciones con ligeras variaciones a lo largo del sexenio. Llama la atención que el ISSSTE a pesar de un incremento sustancial en la operación de sus hospitales (de

especialidades fundamentalmente) aumentó su participación en el total de quirófanos tan sólo en 3%, a razón de 4 unidades por cada nuevo hospital en servicio.

3.2.2. Recursos Humanos.

A excepción de IMSS-COPLAMAR, las otras instituciones presentaron tasas positivas de crecimiento en personal médico y de enfermería a una tasa anual de 6.2% (cuadro no. 8, p. 186). En personal médico, la SSA incrementó su proporción en el total en 7%, mientras que IMSS-COPLAMAR, IMSS e ISSSTE disminuyeron la suya en 2.6%, 4.3% y 0.1% respectivamente. En personal de enfermería, la SSA aumentó su porcentaje en 6.9% y el ISSSTE en 0.3% mientras que IMSS-COPLAMAR e IMSS lo disminuyeron en 1.9% y 5.3% respectivamente.

Tanto en el número de médicos como en el de enfermeras las instituciones de seguridad social fueron favorecidas proporcionalmente sobre las de población abierta:

MEDICOS*

INSTITUCIONES	1983	1988
POBLACION ABIERTA	27.4%	31.8%
POBLACION DERECHOHABIENTE	72.6%	68.2%
TOTAL	100.0%	100.0%

* Informes de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983 y 1988.

ENFERMERAS*

INSTITUCIONES	1983	1988
POBLACION ABIERTA	29.5%	34.5%
POBLACION DERECHOHABIENTE	70.5%	65.5%
TOTAL	100.0%	100.0%

* Informes de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983 y 1988.

Si se relaciona la población cubierta por cada institución (cuadro no. 5, sección B, p. 183) con este personal se obtiene el número de personas cubiertas que en teoría estuvieron asignadas en las instituciones por cada médico y enfermera. En el cuadro no. 9 (p. 187) se aprecia que entre los agrupamientos institucionales las cargas de trabajo son menores teóricamente en la SSA y en el ISSSTE; que en las instituciones a población abierta el personal médico y de enfermería debe atender a un mayor número de población (es decir pacientes potenciales) y finalmente que las cargas de trabajo se compensaron en esos seis años al disminuir la proporción de personas por médico y enfermera en las instituciones a población abierta y al aumentar en las de seguridad social.

3.3 Gasto en Salud.

El gasto en salud va de la mano con el gasto que en el territorio de lo social el gobierno define para su promoción y desarrollo. Seriamente mermado por los efectos de la crisis, el gasto social y en salud no alcanzó ni con mucho las tasas de crecimiento que en México se lograron en décadas pasadas. De acuerdo con algunos autores "...el gasto social se mantuvo alrededor de 7.8% en 1971-1976 con relación al PIB... y en los años de 1983-1987 descendió al 5.6%, deteriorándose a una tasa promedio anual de menos 10% ... si desde 1962 el gasto en desarrollo social permaneció por encima del 20% con relación al gasto público total ... en promedio en el periodo 1983-1988 el gasto social con relación al gasto total fue del 11.6%"¹⁰⁷.

¹⁰⁷ V. Soria, G. Farfán. op. cit. p. 149.

Al recurrir nuevamente al cuadro no. 2 (p. 180) se comprenderá que en el periodo 1982-1985 la caída en ambos tipos de gasto fue muy notoria en comparación con periodos pasados. De manera muy representativa se puede observar en el gráfico no. 16 (p. 176) la relación entre los índices del gasto público total, el gasto social y el gasto en salud, que entran en picada a partir de 1982-1983.

El gasto en salud y seguridad social experimentó una fuerte reducción a partir del inicio de la crisis económica; de acuerdo con diversas fuentes¹⁰⁸ al tomar como referencia el PIB y al gasto público total, la tendencia fue descendente. En el gráfico no. 17 (p. 177) se aprecia que para 1988 el gasto en salud y seguridad social se encontró por debajo de las cifras registradas en 1982, con una disminución de 0.6% con respecto al primero y de menos 2.3% para 1986 con respecto al segundo; por ello, "...en términos reales, el gasto público en salud mostró un descenso de 35% de 1982 a 1990"¹⁰⁹.

Del análisis de este tipo de gasto es posible definir la orientación de las políticas sectoriales, la jerarquización de los problemas y las prioridades en materia sanitaria.

En un primer plano analítico, es posible estudiar la forma como fueron asignados los recursos financieros a las instituciones de

¹⁰⁸ R. Carrasco, F. Hernández. "El perfil del presupuesto". Balance Económico. La Jornada. 26 de noviembre de 1990. p. 31; Carlos Tello, op. cit. pp. 498-499.

¹⁰⁹ Elvia Gutiérrez. "Retorno de Epidemias, señal de retroceso en salud pública". El Financiero. 6 de junio de 1990. p. 16.

salud. En el cuadro no. 10 (p. 188) se presentan las cifras de las tres principales, tomando como referencia el año de 1976¹¹⁰. Se aprecia la preeminencia que tienen el IMSS y el ISSSTE sobre la SSA, cuya asignación presupuestal disminuyó a partir de 1983 hasta convertirse en la décima parte del total de recursos financieros ejercidos en 1987. A excepción de 1983 en que el índice fue positivo, desde 1981 el gasto público ejercido fue negativo con reducciones drásticas en 1986 y 1987; finalmente, se corrobora la disminución gradual del gasto institucional como porcentaje del PIB a partir de 1982.

Al consultar otras fuentes (cuadro no. 11, p. 189) se confirma el mayor peso que en la asignación de recursos financieros tienen la instituciones de seguridad social sobre las de población abierta; segundo, se corrobora la preeminencia del IMSS y de la SSA en sus respectivos agrupamientos; tercero, se aprecia que las tasas son decrecientes en todas las instituciones, excepción hecha del IMSS-COPLAMAR y de manera notable la del DIF, cuyos recursos se elevaron en cuatro años en 14.7%; finalmente, la disminución en la asignación de recursos afectó más al IMSS y al ISSSTE que a las instituciones a población abierta como conjunto, con una tasa de crecimiento negativa en el periodo.

En el cuadro no. 12 (p. 190) se observa la jerarquización de los principales programas sectoriales respecto a los recursos

110

No se considera el IMSS-COPLAMAR su participación pierde peso importancia frente a la de la SSA puesto que de acuerdo con el Programa Nacional de Salud 1984-1988 a la primera institución le corresponde, en el presupuesto de salud 1984, una participación de 3% frente al 22% de la Secretaría de Salud.

financieros asignados. Se presentó una mayor disposición a financiar el programa de atención curativa sobre el de preventiva; salta a la vista además la predilección para financiar el de administración y planeación sobre otros programas sustantivos a los que les fueron asignados recursos exiguos, por ejemplo, capacitación de la población, saneamiento y mejoramiento del medio y la investigación, formación y desarrollo de recursos humanos; la reducción en la tasa de crecimiento anual global fue importante (-4.1%).

Enfatizar en la prioridad de los programas preventivos sobre los de tipo curativo tiene justificación no sólo en la lógica de la ciencia médica sino también por racionalidad administrativa; un estudio de la UNICEF precisó los costos comparativos (en dólares) de diferentes tipos de atención para el tratamiento de la deshidratación aguda por diarrea en niños; los resultados fueron los siguientes:

"Tratamiento hospitalario convencional	Terapia por rehidratación oral en el hogar
Antimicrobianos \$ 4.60	3 sobres de sales \$ 0.54
Antidiarreicos \$ 1.59	
Solución intravenosa .. \$ 20.88	
Total \$ 27.07	Total \$ 0.54 ¹¹¹

En relación a los recursos asignados por niveles de atención a la salud en el periodo 1983-1986, la situación fue la siguiente¹¹²:

¹¹¹ Francisco Rojas. "Subsidia el sacrificio de los más pobres al desarrollo de las minorías". *Excelsior*. 7 de agosto de 1990. p. 45-A.

¹¹² Margarita Ochoa. "Política del gasto en el sector salud" en I. Almada (coord.) *Salud y crisis en México*. México, S.XXI. 1990. p. 292. Las cantidades son en millones de pesos de 1977 e incluyen gasto corriente y de inversión. (modificado).

ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS POR NIVELES DE ATENCION

AÑO	1983		1986		-----
NIVEL	TOTAL	%	TOTAL	%	T.C.A*
PRIMERO	17 188	37.3	17 306	40.4	0.2
SEGUNDO	22 205	48.1	20 340	47.4	-2.9
TERCERO	6 716	14.6	5 230	12.2	-8.0
TOTAL	46 109	100.0	42 876	100.0	-2.4

* T.C.A= tasa de crecimiento anual.

De estos datos se pueden inferir varias cuestiones: una preferencia para financiar el segundo nivel de atención en los tres años considerados; la disminución de recursos afectó de manera particular al tercer nivel con una reducción de 8% anual y con una cifra menor (-2.9%) el segundo nivel, finalmente, que en ese lapso el primer nivel quedó virtualmente con la misma cantidad de recursos financieros.

En otro ámbito, es conveniente analizar en forma breve, el mecanismo de asignación de recursos financieros a estados y municipios. En el caso del IMSS y el ISSSTE, tanto la operación de los servicios regionales como la inversión en infraestructura se encuentran contempladas en los presupuestos de estos organismos federales. La SSA juega un doble papel dependiendo del régimen de los servicios estatales de salud, si éstos están controlados por los servicios coordinados la asignación financiera y la gestión de los recursos dependen directamente de la dependencia. Si se trata de los servicios descentralizados, en función de su autonomía técnica y financiera, la SSA se encarga de transferir los recursos federales autorizados para su operación atendiendo los proyectos

del gobierno estatal, previa aprobación de los programas y presupuestos que habrán de ser instrumentados y ejercidos en cada entidad; cada una de ellas a su vez asigna a sus municipios partidas para la promoción de programas y actividades de salud específicas.

3.4 Panorama de la Salud.

El panorama de la salud en este periodo quedó circunscrito dentro del marco que integran tres circunstancias: lo que muestran los indicadores básicos de salud, el desarrollo de los servicios sanitarios a cargo del Estado y la composición estructural de las enfermedades.

Si se analizan las cifras de los indicadores básicos de salud de manera aislada, el escenario es ciertamente positivo. De acuerdo con algunas fuentes oficiales es inobjetable el avance en materia sanitaria según se presenta en el cuadro no. 13 (p. 191) en el cual se observa que la esperanza de vida al nacer muestra un avance a partir de 1985; asimismo, las tasas de mortalidad general e infantil disminuyeron en forma gradual pero constante.

Al considerar una evaluación de las cifras referidas, conviene repasar tres cuestiones acerca de las tasas de mortalidad infantil en México: primera, existe una subestimación en el cálculo de las tasas ya que de acuerdo con organismos internacionales como el Banco Mundial y la UNICEF, éstas son mucho mayores a las que

consignan las estadísticas oficiales¹¹³; segunda, esto se corrobora por el hecho de que aún dentro de las fuentes oficiales se presentan contradicciones, en la Encuesta Nacional de Salud 1988 se precisa que de acuerdo con una clasificación por grupos de entidades federativas, la región I (norte del país) presentó tasas de 52.1 por 1000 nacidos vivos, la región II (Bajío) de 71.7 y de 89.4 en la región III (sureste); tercera, si se comparan las cifras oficiales con las registradas en otros países en vías de desarrollo como Cuba, Argentina y Costa Rica, las tasas se encuentran muy por encima de lo permisible.

Los servicios sanitarios responsabilidad del Estado fueron incrementados sustancialmente de 1983 a 1988; las actividades que caracterizan los servicios de atención médica y los de salud pública superaron en la mayoría de los casos las metas programadas. En cuanto al primer tipo de servicios, se brindaron más consultas a pacientes de medicina general, decreciendo los de medicina especializada (la variación porcentual en el lapso fue de 43.9% y - 1.4% respectivamente); sucedió lo mismo con la hospitalización de pacientes (aumento de 17.4% y decremento de 20% respectivamente); también se atendieron más partos¹¹⁴.

Con respecto al segundo tipo de servicios, las variaciones porcentuales fueron positivas en el periodo en materia de control

¹¹³ Según estos organismos las tasas fueron en 1981 y 1982 de 50 defunciones por 1000 nacidos vivos, en 1983 de 53 y en 1984 de 51. Tello, op. cit. pp. 503-504.

¹¹⁴ Las Razones y las Obras, Miguel de la Madrid Hurtado, Sexto Año de Gobierno, México, Unidad de la Crónica Presidencial, Presidencia de la República, 1988, p. 788; Plan Nacional de Desarrollo, Informe de Ejecución 1988, México, Antología de la Planación en México, No. 21, SPP-FCIE, 1988, p. 235.

de enfermedades transmisibles, detección oportuna de enfermedades, educación para la salud, producción de biológicos y reactivos, entrega de sobres para rehidratación oral y en planificación familiar; disminuyó por otro lado, la actividad estatal en materia de regulación sanitaria (cuadro no. 14, p. 192).

Con respecto al análisis de la composición estructural de las enfermedades a través de los indicadores de morbilidad y mortalidad cabe enfatizar que no es tarea sencilla por las deficiencias existentes en el sistema de vigilancia epidemiológica, sobre todo el importante subregistro de casos de morbilidad y la incapacidad para determinar con precisión las causas primarias de mortalidad en los distintos estratos de edad. De todas formas, el estudio de ésta proporciona parámetros importantes para definir el nivel de salud de la población. México se ubica históricamente como país subdesarrollado en materia sanitaria al coincidir tres factores estrechamente relacionados:

- a) Altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil¹¹⁵
- b) Prevalencia (número de casos de una enfermedad en la población en determinado momento) de enfermedades transmisibles (poliomielitis, sarampión, tosferina, tétanos, sífilis, gonorrea, paludismo, lepra, dengue y brucelosis, entre otras).
- c) Elevado porcentaje de cuadros patológicos susceptibles de ser evitados con medidas de prevención o con posibilidades de revertirse en el primer nivel de atención de la salud.

¹¹⁵ Según datos de la UNICEF, México se encuentra en el grupo de países de más alta mortalidad infantil absoluta en el mundo, al morir un millón ciento diez mil niños menores de 5 años como consecuencia de desnutrición y enfermedades prevenibles y curables a bajo costo. Excelsior. 30 de junio de 1989. p. 26-A.

Los casos de morbilidad por enfermedades transmisibles aumentó visiblemente en el periodo puesto que "...en 1983 alcanzaron 10.4 millones, subiendo en 1984 a 12.2 millones y a 13 millones en 1986. Dentro de esas cifras globales las infecciones respiratorias alcanzaron 5.8 millones en 1983 y 7.2 en 1984, las enteritis, enfermedades diarreicas y parasitosis intestinales alcanzaron 3.2 millones en 1983 y 3.4 en 1984"¹¹⁶.

La tendencia de estas enfermedades fue ascendente a partir de estos años, ya que de acuerdo con la SSA, para 1989 de los diez principales casos nuevos de enfermedades, nueve fueron infectocontagiosas; la incidencia (número de casos nuevos de una enfermedad en determinada población y periodo) de éstas fueron: "infecciones respiratorias (tasa de 10.8), infecciones intestinales (2.8), amibiasis (1.2), ascariasis (0.6), dermatomicosis (0.5), escabiasis, otras parasitosis, angina estreptocócica y varicela (0.4 cada una); la única enfermedad no transmisible fue la hipertensión arterial con una tasa de 0.4"¹¹⁷

Otros procesos patológicos como el paludismo aumentaron ostensiblemente, pues pasó de 85 501 casos en 1984 a 133 698 en 1985 hasta ubicarse en 98 648 en 1987; lo mismo sucedió con el sarampión con un brote epidémico al pasar de 5 580 casos en 1984 a 19 460 en 1986 y otros más importantes en 1988 y 1989.

¹¹⁶ V. Soria y G. Farfán. op. cit. p 166.

¹¹⁷ Diez principales casos nuevos de enfermedades. Enfermedades de Notificación Obligatoria. Estados Unidos Mexicanos. Dirección de Epidemiología. S.S.A. 1989. Tasas por 100 000 habitantes.

Enfermedades como la poliomielitis que deja secuelas de por vida y como la rabia, enfermedad mortal, que al igual que el sarampión son prevenibles por vacunación hicieron acto de presencia, la primera con un promedio de 115.5 y la segunda con 59.8 casos anuales de 1982 a 1987. La tuberculosis, enfermedad clásica de la pobreza, aumentó de 8 265 casos en 1982 a 11 050 en 1987. En general, "...la incidencia de enfermedades acusó un incremento de 66% al pasar de 8 785 200 a 14 572 300 casos nuevos de 1982 a 1987"¹¹⁸.

Los cuadros no. 15 A, B y C (p. 193-195) detallan las causas principales de mortalidad en los diversos grupos de edad y en el de las madres, así como el número de casos registrados por cada una y la variación porcentual de 1982 a 1987. Los diversos indicadores de mortalidad en las estadísticas oficiales refieren descensos en la mayoría de las causas de defunción, que se caracterizan por tener como sustrato fundamental patología característica de país en vías de desarrollo. Por lo mismo, no es tan importante señalar la disminución porcentual en la mayoría de estos rubros (por la poca confiabilidad cuantitativa y cualitativa en el registro de casos) sino propiamente enfatizar en la existencia de este tipo de patología que subyace como factor causal.

Para la mortalidad general, fueron causa de muerte procesos tales como las neumonías, influenza y otras enfermedades del tracto respiratorio, enfermedades infecciosas intestinales y ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales. En los niños menores

de un año destacan por su incremento las avitaminosis y otras deficiencias nutricionales. Es el caso para la mortalidad en edad preescolar, en donde sobresale el aumento a más del doble de las avitaminosis y la presencia de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión y la tosferina. Para 1990 la Secretaría de Salud calculaba "...que 4 de cada 100 niños son susceptibles de contraer sarampión independientemente de las campañas de vacunación; existe cuando menos un rezago en la inmunización de cuatro millones de niños entre 1 y 4 años que no fueron beneficiados de 1982 a 1990 por la escasez de recursos"¹¹⁹.

Para la mortalidad escolar, continuó apareciendo el sarampión, las enfermedades del tracto gastrointestinal y las neumonías e influenza. Causas graves de mortalidad materna son las que se consignan pues acusan elementos evitables con medidas preventivas mínimas como educación para la salud, medidas de higiene y dietas adecuadas, así como cuidados de atención médica primaria durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Como se observa, la presencia de patología prevenible por vacunación o por medidas preventivas básicas fue lo común y lo característico en el periodo 1982-1987; la crisis económica propició el exacerbamiento de enfermedades bajo control en épocas pasadas y el incremento de las deficiencias nutricionales como causa de defunción; la ausencia de capacitación y de educación a la

¹¹⁹ Sara Lovera. La Jornada. 12 de febrero de 1990. p. 40.

población también es factor importante que explica este espectro patológico característico del subdesarrollo.

3.5 Panorama de la Asistencia Social.

La situación que guardó la asistencia social otorgada a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tuvo resultados en los diversos aspectos para hacer frente a los retos que impuso la atención de los estratos desposeídos y a las obligaciones extraordinarias producto de la crisis. En cuanto a la población atendida por el DIF, de 1983 a 1988 se presentaron tasas de crecimiento positivas en todos los grupos amparados, con avances significativos en los grupos de ancianos, minusválidos y madres gestantes como se precisa en el cuadro no. 16 (p. 196).

Los recursos humanos (cuadro no. 16, p. 196) que estuvieron disponibles para fomentar acciones de asistencia social y de salud crecieron de manera importante; el personal médico aumentó a tasas anuales muy por encima de las registradas en el mismo lapso por las cuatro principales instituciones de salud y el personal de enfermería a tasas similares a las de la S.S.A.

Con respecto a otro tipo de acciones de asistencia social, los indicadores muestran avances sustanciales en materia de atención y mejoramiento nutricional. En el cuadro no.17 (p. 197) se especifican logros importantes en las raciones alimentarias y los apoyos alimentarios distribuidos, con tasas de crecimiento de 10.4% y 247% respectivamente; la población beneficiada por estas actividades asistenciales creció a un ritmo de 70% anual. La

asistencia a minusválidos por medio de consultas, sesiones y dotación de ayudas funcionales también aumentó considerablemente.

Los recursos físicos del DIF, de acuerdo con las fuentes consultadas¹²⁰, tuvieron variaciones interesantes. Para la asistencia social, crecieron en términos absolutos los centros familiares, jardines, estancias y escuelas y los centros de rehabilitación, disminuyeron los centros de desarrollo de la comunidad, las casas cuna, hogar e internados para menores y los asilos y albergues temporales, se mantuvieron igual los centros vacacionales y recreativos. Para la atención de la salud, los consultorios aumentaron 141%, casi desaparecieron los centros de salud comunitaria al pasar de 150 unidades a 4, las unidades médicas móviles también disminuyeron.

No obstante el incremento cuantitativo de las acciones de asistencia social, la realidad sobre la situación de los desamparados en México continúa siendo inaceptable, existen evidencias que "...cada día mueren quinientos niños menores de 1 año por hambre y maltrato"¹²¹

La situación que vivió nuestro país en cuestiones de salud y asistencia social fue deprimente, como se ha constatado, existen

¹²⁰ Informes de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983 a 1988.

¹²¹ Nidia Marín. "Foro sobre la Niñez". Asamblea de Representantes del Distrito Federal. Excélsior. 30 de octubre de 1989. p. 1-M.

evidencias claras de que las estadísticas oficiales no fueron ni son tan precisas y confiables como debieran ser.

Existen pruebas irrefutables del deterioro global del nivel de vida y salud de la población y evidencias de retrocesos sanitarios importantes, como es el caso del paludismo, que significó dar marcha atrás a los avances logrados en treinta y cinco años.

La población padeció carencias severas, se disminuyó su poder adquisitivo por la falta de empleo o por los bajos salarios, no tuvo acceso a vivienda y servicios públicos y su alimentación fue deficiente y escasa para poder contrarrestar las enfermedades.

La realidad que vivieron día con día los desposeídos fue impactante, fuimos testigos presenciales de que niños de corta edad que deberían estar estudiando en la escuela o que ancianos que deberían contar con techo, afecto y alimentos suficientes fueron obligados por la crisis a lanzarse a las calles a ganarse la vida. Por todas estas razones las expectativas para el país no son en absoluto promisorias, preocupa el hecho de que los niños mexicanos padecen niveles de desnutrición propios de países más pobres que México, nos espera por lo mismo una generación de jóvenes sin capacidad física ni mental para trabajar y menos para dirigir el país.

No se deja de pisar el pantanoso terreno del subdesarrollo, persisten enfermedades que se pueden prevenir educando a la población y brindándole servicios de atención médica primaria.

En suma, los esfuerzos del Estado y los recursos asignados por éste fueron insuficientes a pesar de la claridad de los problemas de salud que nos aquejan y de las alternativas disponibles para

solucionarlos; aprender estas lecciones tiene un amplio y relevante significado para el futuro bienestar de los mexicanos.

CONCLUSIONES

Las políticas son el resultado de la expresión del poder en un lugar y tiempo determinados, suponen la existencia de una forma de organización superior en una colectividad. Por lo mismo, obedecen a circunstancias y necesidades históricas específicas y se ubican en el contexto del complejo entramado de relaciones sociales, económicas y políticas que originan manifiestas desigualdades de diversa naturaleza en la sociedad. En consecuencia, son la manifestación concreta y objetiva del poder soberano, jurídico, hegemónico e institucionalizado que una sociedad se da en sí y para sí, con la finalidad de superar su propias contradicciones sociales, políticas y económicas, haciendo explícita la acción del Estado.

El análisis de las políticas precisa la identificación de las modalidades del ejercicio del poder estatal, que se dan fundamentalmente a través de la forma de gobierno, su régimen y las estructuras del aparato administrativo público. El binomio gobierno-administración pública es condición necesaria para la creación de las políticas, que en esencia son la materialización del poder estatal; su formulación, instrumentación y evaluación requieren la presencia del aparato del Estado en dos formas, como gobierno y como administración pública.

Diferenciar el poder estatal de este aparato de dominación es crucial en el análisis; en el tránsito de las decisiones de alto nivel a su ejecución por la administración pública, existe un continuo que tiende a confundir lo público con las estructuras burocráticas. Las deficiencias que pueden existir en éstas han sido

aprovechadas para establecer supuestas incapacidades del Estado en la salvaguarda de los intereses comunitarios; solucionar esta situación ha llevado en la práctica a salidas falsas, al disminuir su fortaleza y consecuentemente sus mecanismos de respuesta a las demandas políticas y sociales.

La reforma del Estado debe finalizar con el fortalecimiento de las relaciones que gobierno y sociedad mantienen mediante la administración pública, al dismantelarla y disminuir sus recursos en cantidad y calidad se toman medidas contrarias al cumplimiento de este propósito. Encontrar un justo medio para el adecuado funcionamiento y organización del aparato administrativo estatal es una de las tareas más delicadas del quehacer político y del arte de gobierno.

No hay posibilidad de instrumentar medidas colectivas de salud y asistencia social sin la presencia de un aparato estatal bien estructurado, acciones específicas de gobierno y una administración pública con recursos. En el área social y de la salud la intervención del Estado Mexicano es decisiva, de ésta dependen infraestructura sanitaria y de servicios, comunicaciones, buena parte del empleo y la educación, construcción de vivienda y el impulso y protección de actividades agropecuarias para la producción de alimentos, en suma, acciones de desarrollo. Pretender que esta intervención estatal se reduzca a una mínima expresión constituye un error histórico.

Para las finalidades de la promoción del desarrollo, las políticas sociales y las de salud en nuestro país son indisociables; el mejoramiento del entorno y del nivel de vida general es básico para la protección de ésta. Sin políticas sociales coherentes y congruentes con las necesidades de los mexicanos, las posibilidades de alcanzar condiciones de salud adecuadas son remotas. De manera contraria a lo que se pudiera pensar, en el periodo de análisis el gasto social no fue utilizado como instrumento compensatorio de los efectos de la crisis económica en la población.

Definir a la salud no es tarea sencilla, el concepto se ubica en el contexto histórico de las comunidades; lo que es posible precisar es que la salud colectiva es un valor social, su entendimiento y su reproducción como tal dependen de la importancia que el Estado le asigna para enaltecerlo y protegerlo puesto que la salud es consustancial al desarrollo económico y social de un país.

No hay un modelo específico para analizar las políticas de salud en México de 1982 a 1988, se requiere de varios de ellos para entender la mecánica del gobierno sectorial. El modelo racionalista para ubicar las diversas contradicciones en las que se desarrolla la atención sanitaria en el país, el incrementalista para precisar los cambios cuantitativos en la administración de los recursos para la salud, el institucional para comprender el papel de los organismos sanitarios y su falta de integración, el de teoría de sistemas para confirmar la existencia e influencia de las demandas sociales, así como las respuestas del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de que las políticas de salud, de acuerdo con diversos documentos oficiales, cumplieron las fases de factibilidad, coherencia, viabilidad, eficiencia y eficacia para su formulación, se instrumentaron de acuerdo con los recursos disponibles y los objetivos y metas planteados en el programa sectorial correspondiente y de que la evaluación se ciñó a los requisitos técnicos respectivos, no obstante el discurso oficial triunfalista, no se concretó el cumplimiento de las finalidades para las cuales fueron diseñadas.

La explicación de la escisión entre la formulación y la instrumentación de las políticas de salud en el periodo se ubica en el marco del subdesarrollo económico y social que padecemos y en un conjunto de contradicciones dentro del sistema nacional de atención a la salud que afectaron indudablemente el gobierno y administración de esta importante actividad estatal y sobre todo el estado de salud de los mexicanos. Con base en ellas es posible elaborar un balance general del gobierno sectorial.

PRIMERA. Extensión de la cobertura v.s. calidad de la atención.

El aumento en la infraestructura institucional para la atención de la salud, a fin de asegurar la cobertura total de la población y cumplir con los compromisos internacionales, se logró sin el crecimiento real de los recursos humanos, físicos y financieros en función del incremento poblacional. Por ello, la calidad de la atención disminuyó considerablemente al faltar personal e insumos para la salud (medicamentos, instrumental quirúrgico, vacunas y reactivos, etc.). La situación del personal médico y paramédico

afectó adversamente al sector y al Sistema Nacional de Salud: necesidad de laborar en múltiples empleos, desempleo, condiciones salariales raquíticas, baja preparación académica y escasa disposición para la investigación en salud.

SEGUNDA. Servicios personales (atención médica) v.s servicios no personales de salud (salud pública).

Destacaron las acciones que caracterizan a los primeros sobre las acciones de salud comunitaria, educación para la salud y saneamiento ambiental, entre otros. En consecuencia, se privilegió la tendencia biologicista de la medicina sobre el de la medicina social.

TERCERA. Enfoque curativo v.s enfoque preventivo.

Si bien existió idea de que es necesario enfocar los esfuerzos a la promoción de la medicina preventiva, se financiaron de manera preferencial los programas de atención curativa y el segundo y tercer niveles de atención de la salud sobre el primero. Esto es incomprensible aún a sabiendas de que es mucho más económico fomentar actividades de atención primaria que brindar tratamientos hospitalarios. La predilección por la medicina curativa fue causa importante del incremento en las ganancias de las compañías farmaceuticas transnacionales.

CUARTA. Fragmentación sectorial v.s integración institucional.

La ausencia de una integración institucional con un único organismo de atención de la salud se inscribe en México en la lógica del sistema político; varios son los obstáculos a este "desideratum":

a. El corporativismo institucional.

La creación de las instituciones de seguridad social en nuestro país atiende a luchas políticas y reivindicaciones gremiales de ciertos grupos sociales, en el caso del IMSS a las conquistas obreras, en el caso del ISSSTE a la de los empleados al servicio de la Federación.

b. Las limitaciones constitucionales.

A pesar de que en esencia las disposiciones constitucionales que en el artículo 123 definen el régimen de seguridad social en México, apartado "A" (fracciones XIV, XV Y XXIX) y "B" (fracciones XI y XIII) son parecidas, cada uno ampara la protección de un universo distinto de trabajadores y en consecuencia relaciones laborales diferentes. La integración de los servicios de salud requeriría por fuerza la reforma a dicho artículo (por tradición muy respetado) y de sus leyes reglamentarias. Esto implicaría intensas y conflictivas negociaciones dentro y fuera del Congreso entre el gobierno y los sindicatos, los partidos políticos, los empresarios, etc.

c. El presidencialismo.

Por la filosofía política que configura el régimen de seguridad social en México, por la toma de decisiones políticas de alto nivel centralizadas en el presidente de la República, como por la importancia estratégica del IMSS y del ISSSTE, que vincula en el caso del primero al poder público con los obreros y los empresarios y en el del segundo a éste con la burocracia, es difícil que la intervención del titular del poder Ejecutivo Federal en la

designación de los directores de estos organismos deje de ser directa. La integración real de los servicios de salud supondría que la facultad de estos nombramientos recayese en el secretario de salud, con la intención de asegurar lealtad y suficientes y claras relaciones de trabajo político y administrativo para una adecuada coordinación interinstitucional, situación que en la realidad no se presenta. Esto condicionó un precario equilibrio entre los organismos de salud y la imposibilidad de la Secretaría de Salud para fungir como dependencia rectora.

QUINTA. Necesidades de atención v.s protección sanitaria diferencial.

En el sistema de atención a la salud vigente los individuos que tienen acceso a servicios sanitarios son aquéllos que tienen empleo y que cotizan en alguna institución de seguridad social, los que sin estar asegurados tienen ingresos económicos para pagar servicios privados o bien aquéllos que laboran o viven en algún centro urbano. Paradójicamente, quienes no tienen empleo o ingresos suficientes o viven en zonas rurales alejadas, aquéllos que más necesitan, son los menos favorecidos con las actividades estatales de salud. Existe una clara concentración de los recursos para la atención de la salud, fundamentalmente de tipo médico, que favorece a los polos urbanos.

SEXTA. Competencia médica v.s competencia político-administrativa. La designación de los funcionarios de salud obedece preponderantemente a razones políticas y pocas veces a criterios de competencia científica y técnica; ello conduce a que las

instituciones de salud sean dirigidas por excelentes médicos sin conocimientos administrativos o preparación política (y que además dedican más tiempo a la consulta médica institucional o privada que a sus responsabilidades públicas), o bien por otro tipo de profesionistas que desconocen el campo de la salud pública y los problemas que enfrenta. Existe una separación clara entre el conocimiento médico y el político-administrativo que afecta la administración institucional y la toma de decisiones en el sector salud.

SEPTIMA. Centralización política v.s descentralización.

Las cinco estrategias instrumentales diseñadas por el gobierno delamadridista tienen un significado especial al perseguir la legitimación y el fortalecimiento del poder decisorio gubernamental a través de su redistribución en diversas instancias, sin perder su control. Por un lado, ante las dificultades de la integración institucional, al dotar de nuevas atribuciones a la Secretaria de Salud, mejorar sus procedimientos administrativos y ajustar su estructura se consolidó y centralizó el poder del secretario del ramo dentro del Sistema Nacional de Salud; la coordinación intersectorial permitió además una mayor presencia de la SSA en las decisiones en materia sanitaria. Por otro lado, no obstante que se promovieron transferencia de responsabilidades, manejo de recursos y facultades decisorias a las entidades federativas por medio de la descentralización de los servicios de salud y la participación comunitaria, tuvieron un mayor peso las atribuciones centralizadas en la dependencia, en sus bases, la descentralización fue sólo técnica y no política. El balance permite concluir que estrategias

de especial relevancia para mejorar el nivel de salud pública como la descentralización de los servicios a población abierta y la participación comunitaria (que además quedaron trunca por falta de recursos y voluntad política), perdieron importancia ante las otras encaminadas a fortalecer la centralización en la toma de decisiones.

A pesar de la creación de un marco jurídico más acorde con la realidad y las necesidades sociales, de la existencia de orientaciones políticas y administrativas que se concretaron en estrategias novedosas para la formulación e instrumentación de las políticas sectoriales, no se puede soslayar el hecho de que de 1982 a 1988 el panorama de la salud y la asistencia a los grupos desposeídos fue desolador, alejado de los compromisos y de las finalidades fundamentales que el Estado mexicano definió en esta área específica del desarrollo social.

El impacto social de las políticas de salud puede analizarse de diversas formas; una de ellas es comparar la situación existente con los doce indicadores fundamentales establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Por los datos obtenidos, de manera directa e indirecta, se puede concluir que en México sólo se cumplieron los requisitos establecidos por dos: la salud fue elevada por decisión de alto nivel a garantía social y la expectativa de vida al nacer fue mayor de 60 años.

Esto significa que por parámetros internacionales, en México no somos capaces de descentralizar las decisiones en cuestiones de

salud, de destinar el 5% del PIB ni hacer llegar la atención primaria a toda la población ni de asignar suficientes recursos al nivel local, de no distribuir éstos de manera equitativa entre los habitantes ni entre las áreas urbanas y rurales, de no poder evitar que nuestros niños sigan padeciendo o muriendo de desnutrición, ni de poder abatir sus elevados índices de mortalidad, de no tener capacidad de elevar el nivel educativo de nuestros conciudadanos ni de poder asegurarles un ingreso per cápita que cubra sus necesidades mínimas de sustento, vivienda y servicios públicos.

Aún si no se atienden los indicadores señalados, la información disponible precisa que la población vivió una etapa de crisis en salud: alta prevalencia de enfermedades transmisibles, resurgimiento de las "enfermedades de la pobreza" y de otras que estuvieron bajo control años atrás (como paludismo y sarampión), elevados índices de morbilidad y mortalidad por desnutrición, presencia de cuadros patológicos prevenibles por vacunación y susceptibles de ser controlados con medidas de atención primaria. Importante es acotar que la declinación en las tasas de mortalidad y el aumento en las de morbilidad indica que las acciones gubernamentales sólo sirvieron para evitar en algunos casos el paso a la muerte, pero no erradicaron las causas y condiciones de los procesos patológicos más comunes.

Enfrentamos una situación crítica en salud, lejos de dirigirnos a una etapa de "transición epidemiológica" como señalan algunos investigadores, en donde desaparecen gradualmente "enfermedades de la pobreza" para dar paso a las que prevalecen en los países

desarrollados, parece que en México se ha polarizado su incidencia: las enfermedades transmisibles se mantuvieron estacionarias o bien se incrementaron, entrando en círculo vicioso con la desnutrición y afectando a los estratos más pobres, mientras que las enfermedades no transmisibles afectaron a los estratos de medios y altos ingresos. La salud se convirtió así en fiel reflejo de la desigualdad de condiciones y oportunidades en nuestra sociedad.

Las consecuencias de la escasa efectividad de las políticas sectoriales en el sexenio 1982-1988 no son todavía del todo visibles, la desnutrición y muchas enfermedades tienen efectos en el mediano y largo plazos, nos esperan generaciones de individuos incapaces de sumar esfuerzos por México. Las expectativas en el terreno de la salud pública son desoladoras a medida que comienza a vislumbrarse la posibilidad de abdicación del Estado en estas responsabilidades.

Derivadas de la investigación y el análisis de la situación que guardó el gobierno y la administración del sector en ese sexenio, se desprenden una serie de reflexiones y propuestas para revertir las tendencias mencionadas; gobierno y sociedad de manera conjunta deben:

- Cambiar el modelo de atención y el enfoque de los problemas de salud en México es prioritario, debe fomentarse la atención primaria y por consiguiente reorientar la capacitación profesional y de la población así como la asignación de los recursos financieros al sector. En este contexto, es necesario formar

médicos que respondan a la realidad del país, el papel de las universidades públicas, particularmente de la UNAM, máxima casa de estudios de la Nación, es fundamental.

- Mantener actualizadas las disposiciones jurídicas en la materia a fin de que se encuentren acordes con la realidad social que deben normar.

- Continuar la política de extensión de cobertura cuidando reservar suficientes recursos para aumentar de manera simultánea la calidad en los servicios.

- Devolver a los estados, municipios y comunidades la capacidad de decidir los mejores caminos para resolver sus problemas sanitarios, esto implica hacer realidad la descentralización política y la desconcentración de los recursos de todo tipo.

- Reforzar las atribuciones rectoras de planeación, coordinación y supervisión de la Secretaría de Salud en lugar de sus funciones operativas a fin de fortalecer horizontalmente sus actividades dentro del sector y el Sistema Nacional, cuidando de no afectar las propuestas que de manera vertical deben surgir de la sociedad.

- Asumir una mayor responsabilidad compartida entre gobierno y sociedad para dirigir recursos y esfuerzos en los individuos y zonas desprotegidas; buscar la equidad en la atención de la salud.

- Fomentar acciones integrales de política social, continuar la dotación de servicios públicos, crear empleo, solucionar el déficit de viviendas y asegurar la producción de alimentos son elementos básicos para la salud pública.

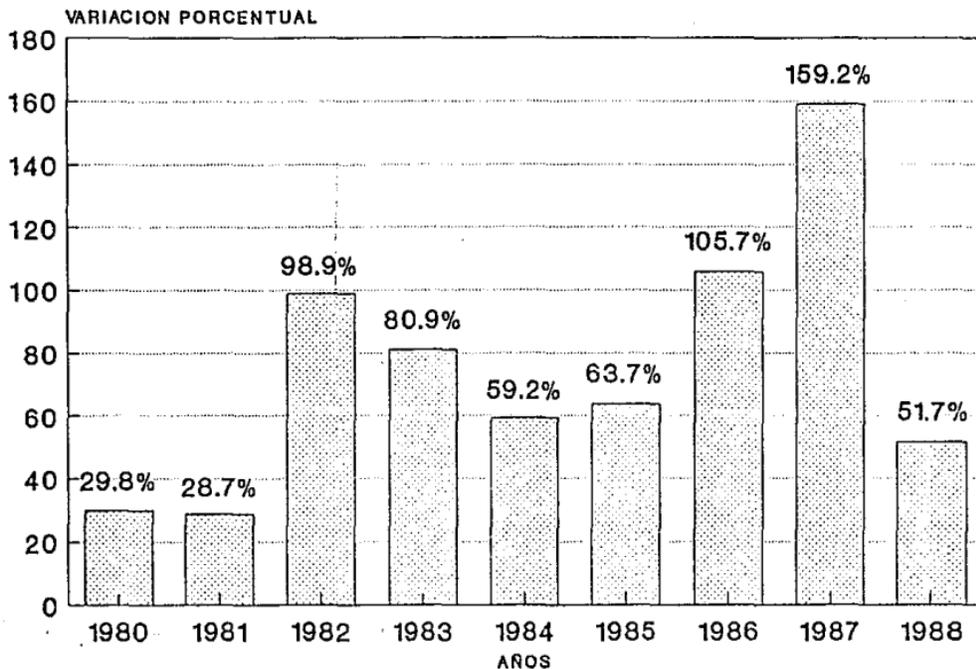
- Descubrir el reto que implica vincular realmente el conocimiento médico con el administrativo, en la actualidad por la naturaleza y complejidad de los problemas de salud en nuestro país se requiere del conocimiento multidisciplinario; dos mundos que parecen tan disímiles deben a la brevedad identificarse.

- Confirmar las responsabilidades del Estado en materia de salud y asistencia social, no discutir el grado de su intervención sino cómo debe manejarse para fortalecer su capacidad de gestión, haciendo más efectivas la acción gubernamental y el funcionamiento del aparato administrativo público.

ANEXOS

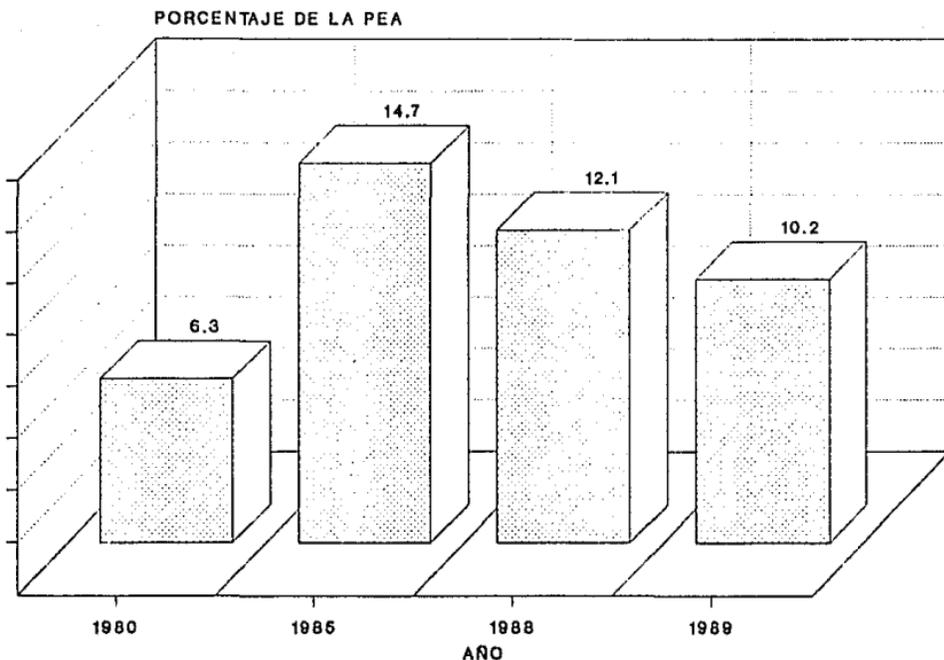
GRAFICOS

INDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR VARIACION ANUAL. 1980-1988

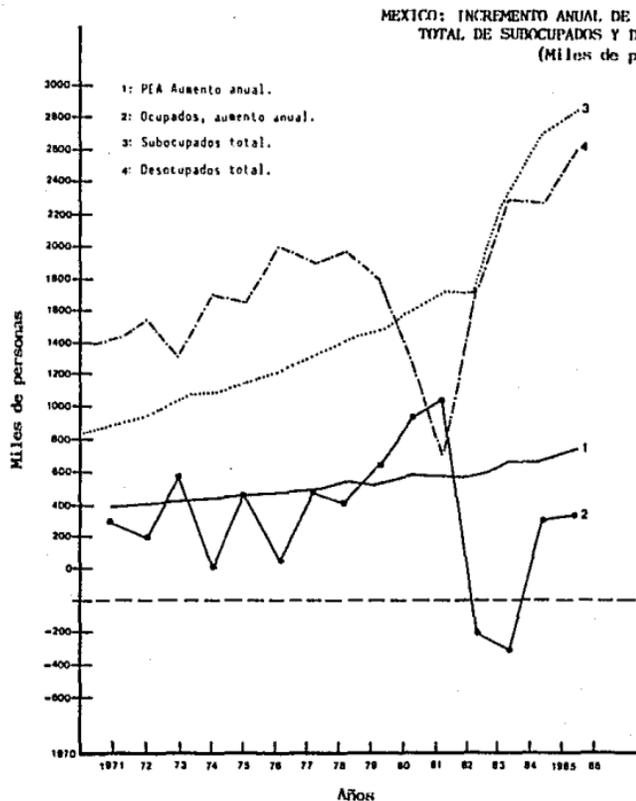


Fuente: Banco de México.

DESEMPLEO EN P.E.A (Porcentaje)

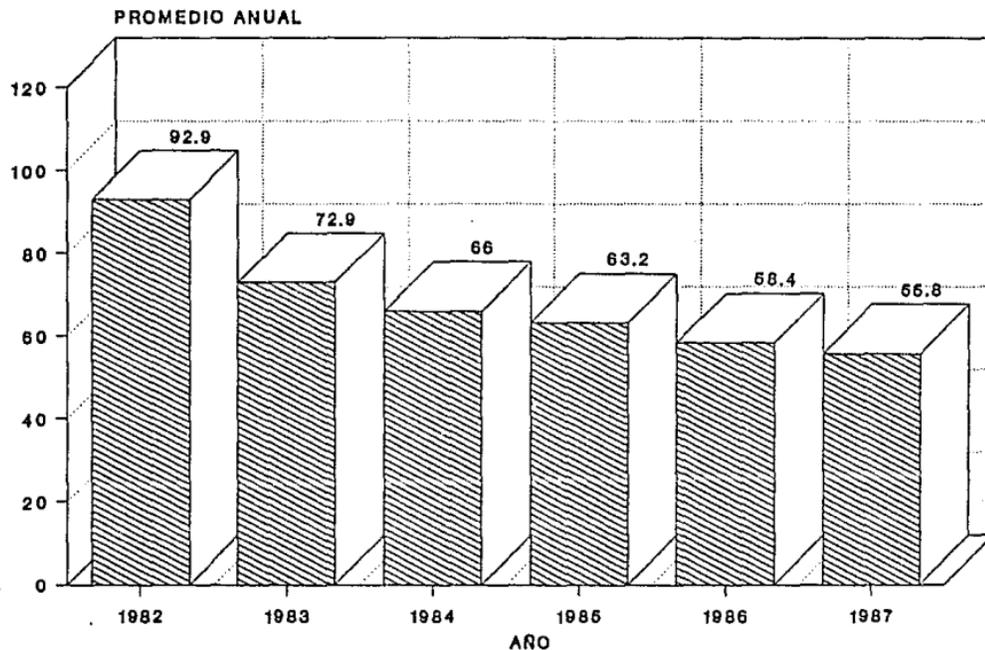


Fuente: Consejo Consultivo del PRONASOL. 1990



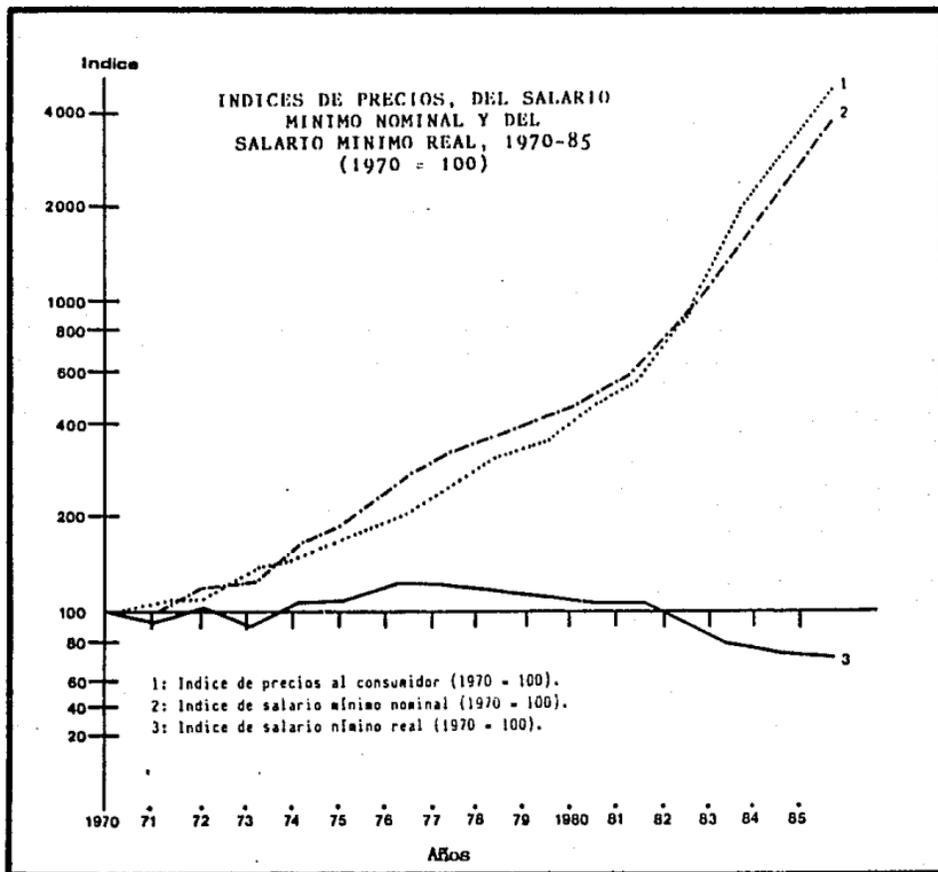
FUENTE: Carlos Tello (comp). Informe sobre la crisis en México, México, UNAM, 1989.

INDICE DEL SALARIO MINIMO REAL 1982 - 1987



Fuente: Las Razones y las Obras. 5o.Año.

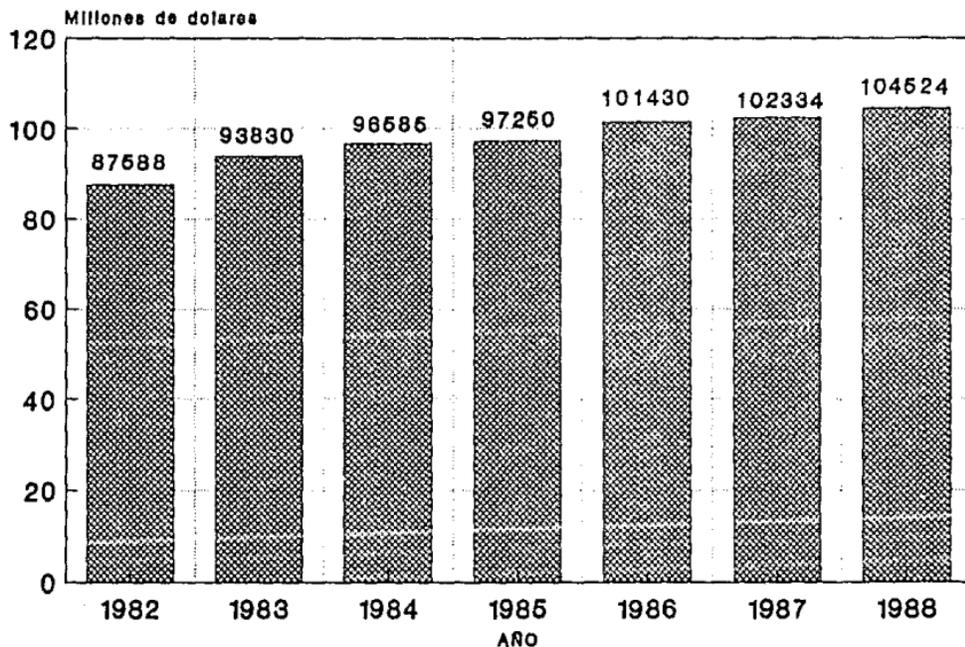
GRAFICO No. 5



FUENTE: Carlos Tello. MEXICO. INFORME SOBRE LA CRISIS.

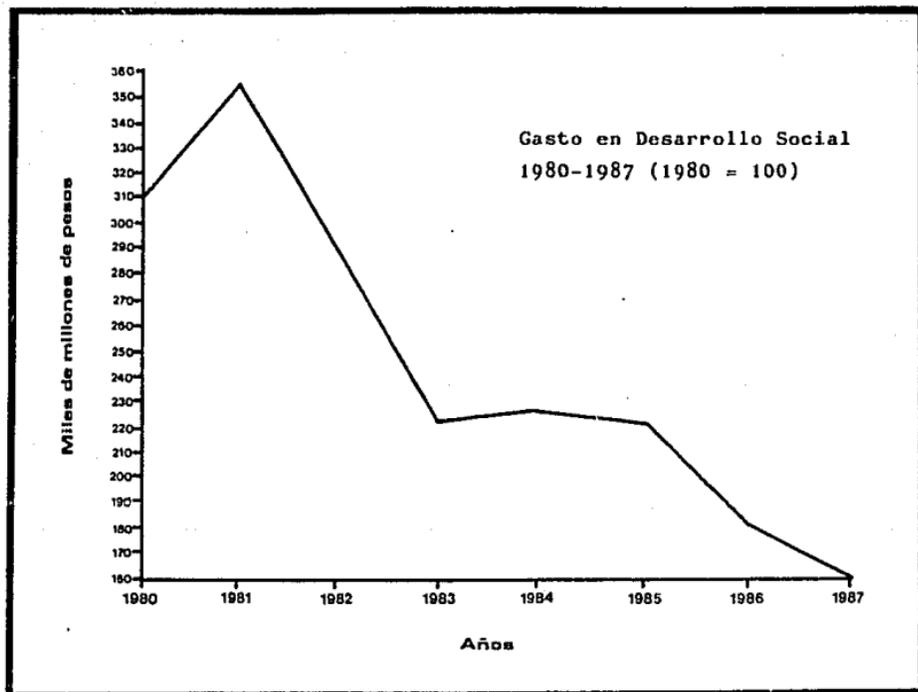
DEUDA EXTERNA MEXICANA

1982 - 1988



Fuente: BANCO DE MEXICO.

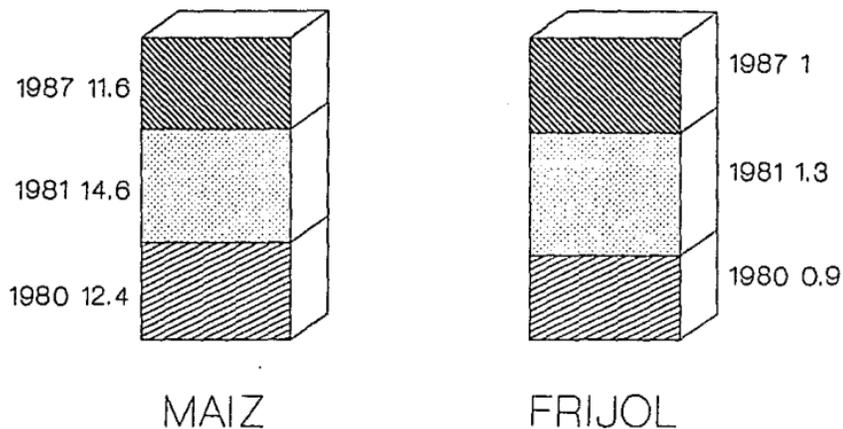
GRAFICO No. 7



FUENTE: Víctor Soria, Guillermo Farfán. "Deterioro del Bienestar social y de la salud en México." Testimonios sobre la crisis en México. México, S. XXI. 1989.

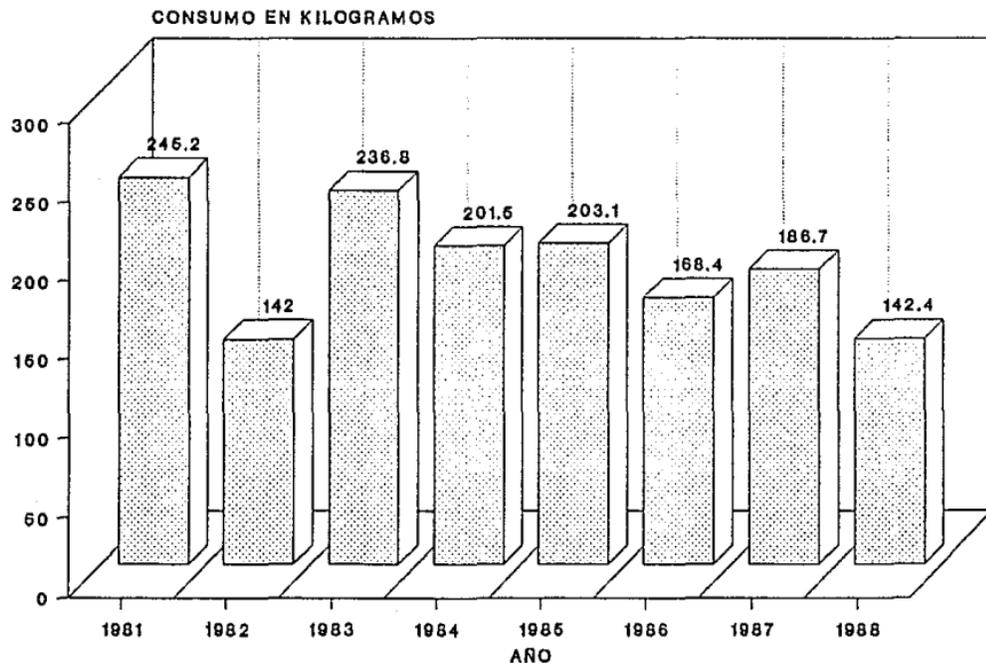
PRODUCCION DE ALIMENTOS BASICOS

(miles de toneladas)



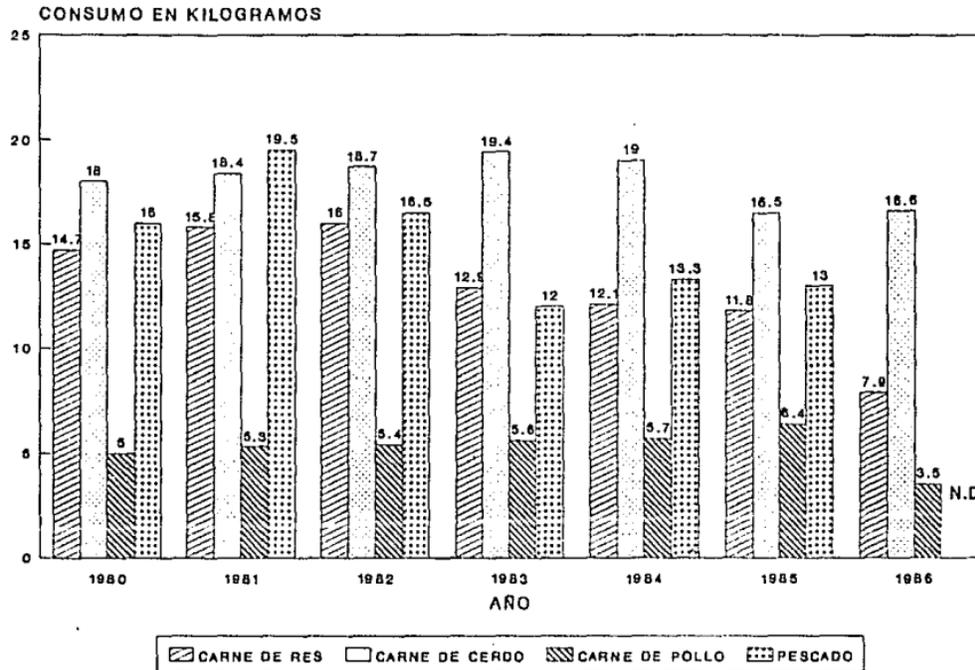
Fuente: Consejo Consultivo del PRONASOL, 1990

CONSUMO DE MAIZ POR HABITANTE (kilogramos)



Fuente: Consejo Consultivo del PRONASOL. 1990

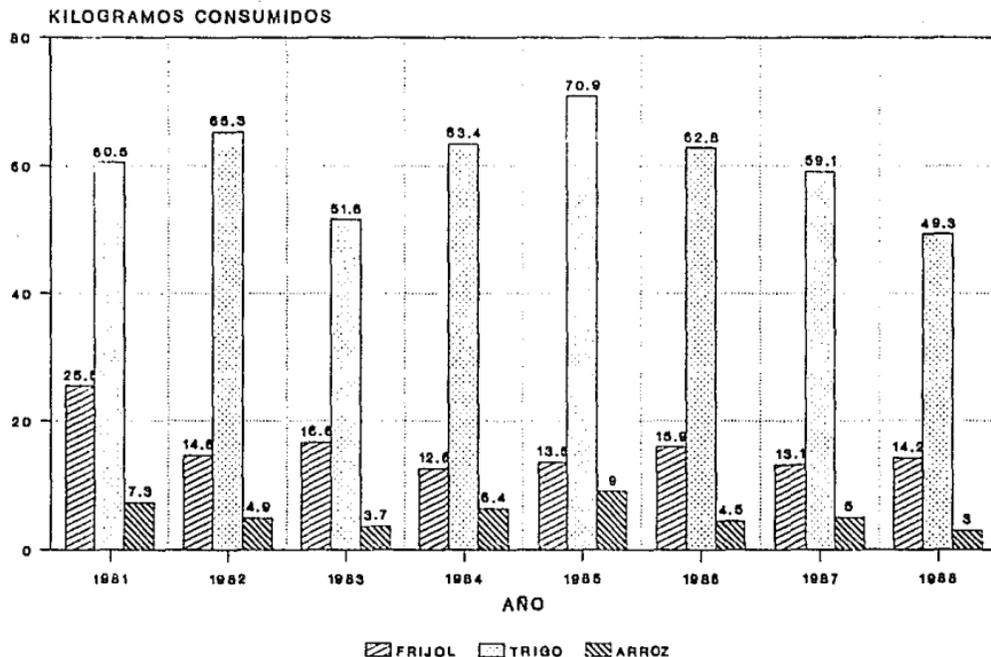
CONSUMO ANUAL DE ALIMENTOS POR HABITANTE 1980-1986



Fuente: México, Informe sobre la Crisis.

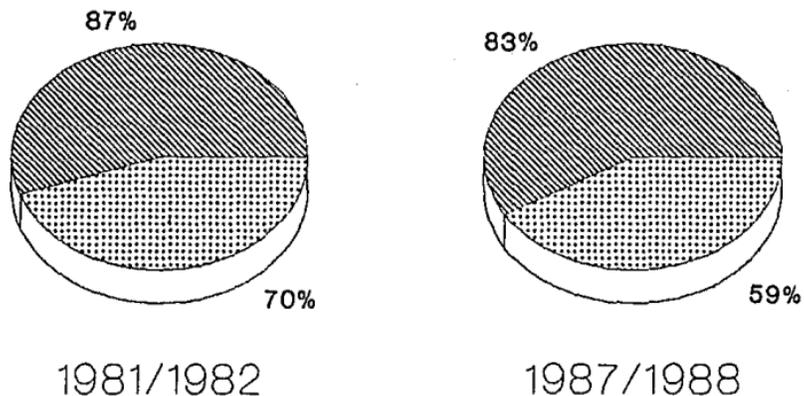
N.D.-NO DISPONIBLE

CONSUMO DE BASICOS POR HABITANTE (kilogramos)



Fuente: Consejo Consultivo del PRONASOL. 1990

PORCENTAJE DE ABSORCION ENTRE CICLOS EDUCATIVOS



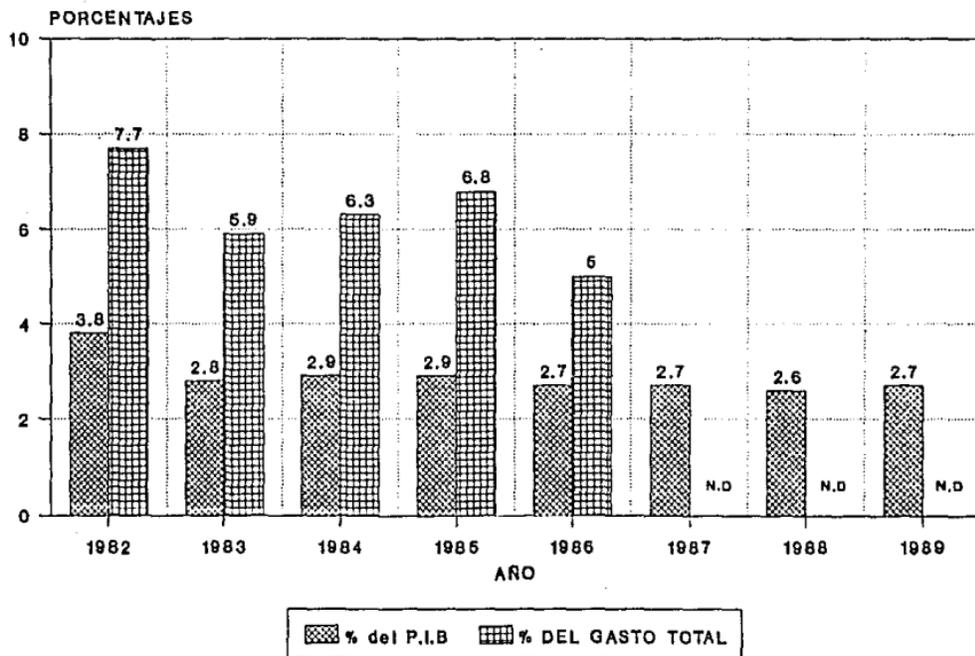
% DE ABSORCION DE SECUNDARIA RESPECTO A PRIMARIA.



% DE ABSORCION DE BACHILLERATO RESPECTO A SECUNDARIA.

Fuente: Consejo Consultivo del PRONASOL. 1990

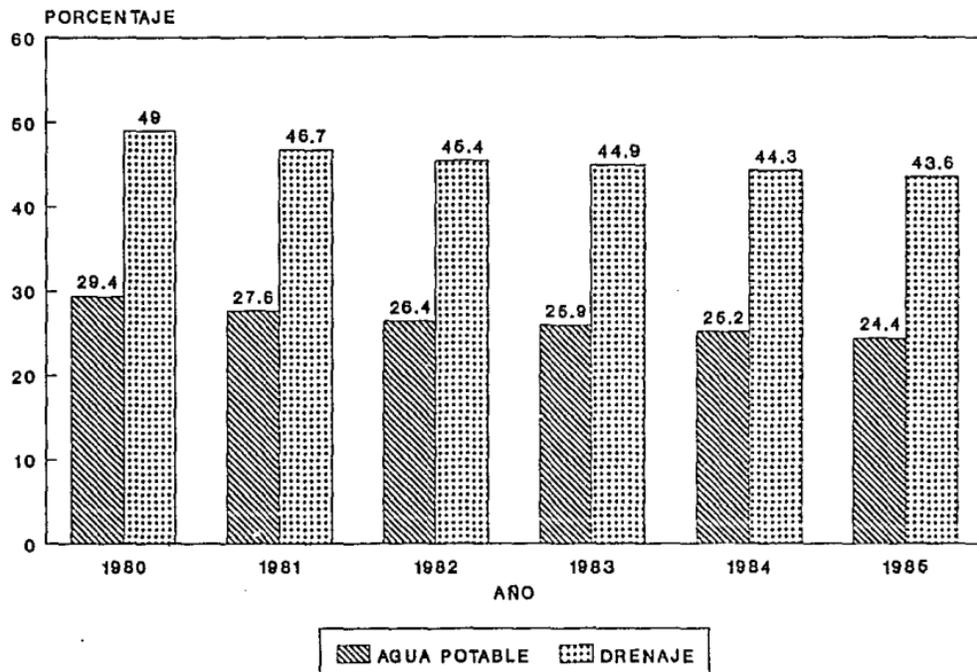
GASTO EN EDUCACION 1982-1989



Fuente: México. Informe sobre la Crisis.

n.d.= no disponible

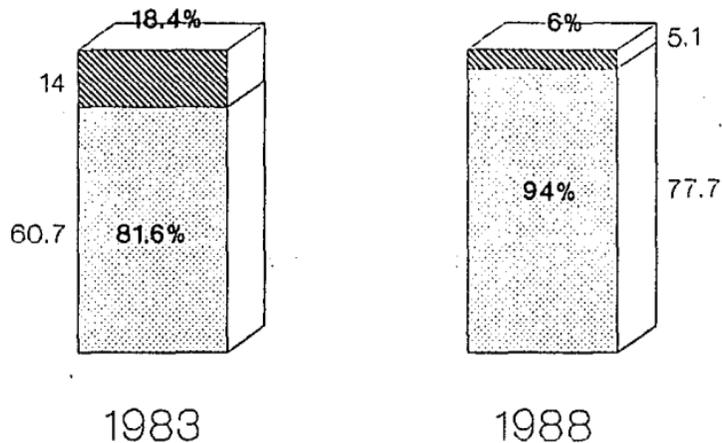
POBLACION QUE NO DISPONE DE SERVICIOS 1980 - 1985 (porcentaje)



Fuente: México. Informe sobre la Crisis.

COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD 1983 - 1988

(MILLONES DE PERSONAS)



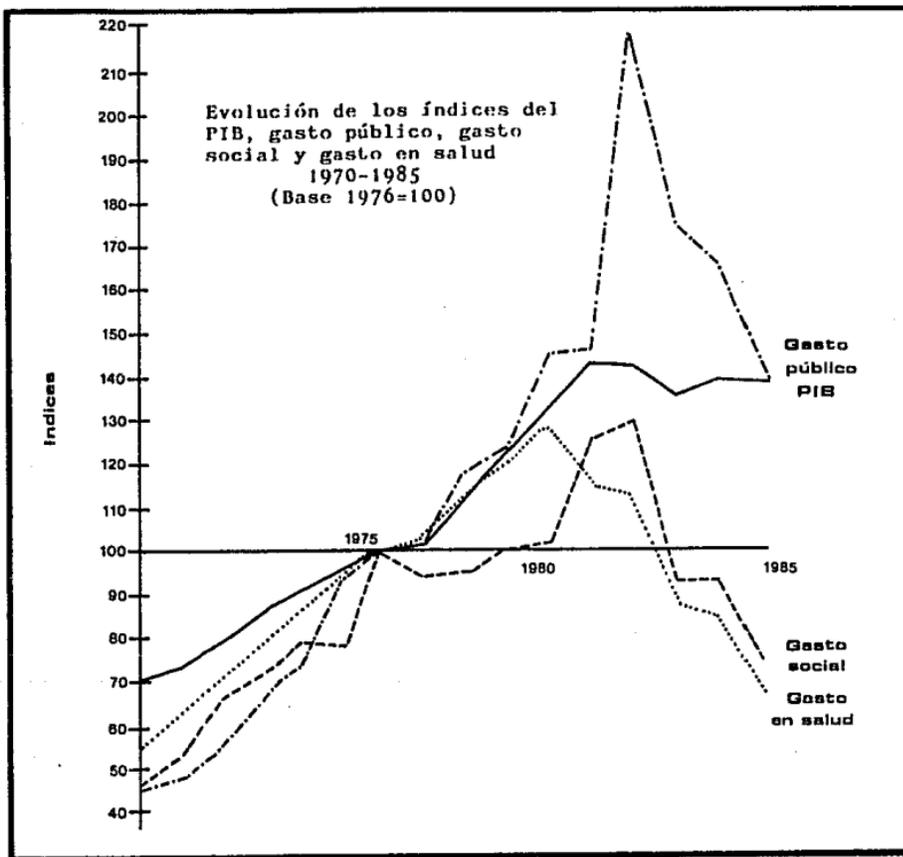
Población cubierta con servicios permanentes de salud



Población no cubierta con servicios permanentes de salud.

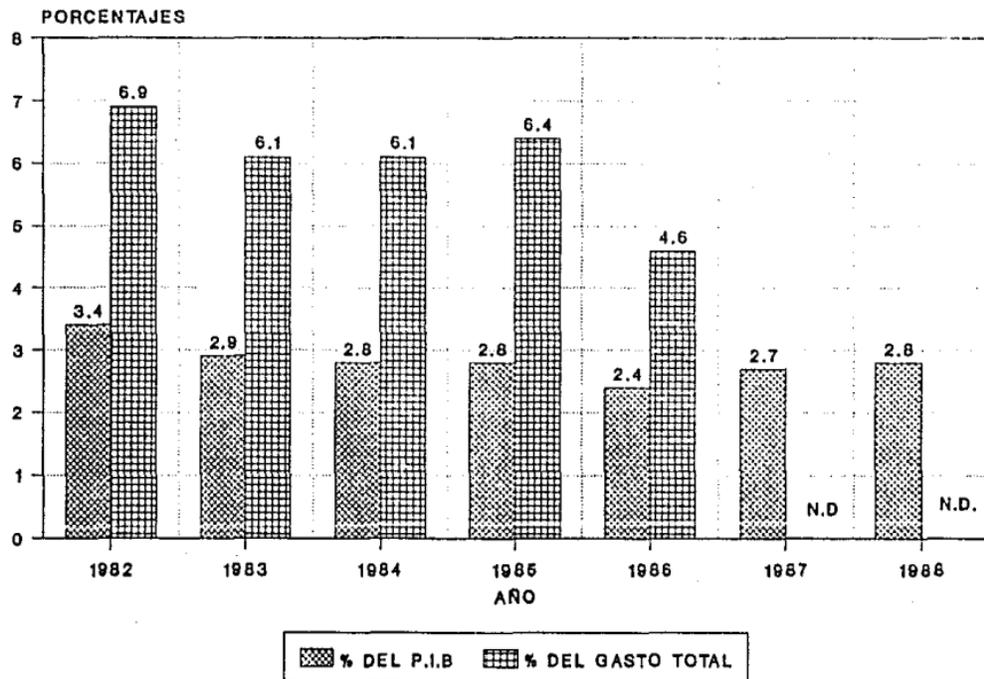
Fuente: P.N.D. INFORME DE EJECUCION 1988

GRAFICO No. 16



Diseño, Fernando Gaona. Datos de A. Bolívar. El Cotidiano, no. 12, julio-agosto de 1986, en R. Garavito, A. Bolívar. La Modernización en cifras. El Cotidiano-UAM. 1990.

GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL 1982 - 1986



Fuente: México. Informe sobre la Crísis.

N.D. - No disponible

CUADROS

CUADRO No. 1

ESTIMACIONES DE LA PERDIDA SALARIAL ANUAL POR TRABAJADOR 1980-1986
(pesos corrientes)

Año	Salario directo ¹ (S.D.)	Salario indirecto ² (S.I.)	Salario total (SD + SI)	Salario adecuado ³	Pérdida Salarial ⁴		Total
					Vía S.D	Vía S.I	
1980	49839.00	15563.16	65402.16	75271.32	7520.28	2348.88	9869.16
1981	65251.80	22122.00	87373.80	94293.84	5169.24	1750.80	9620.04
1982	91781.16	35619.84	127401.00	156652.32	21060.96	8190.36	29251.32
1983	153355.80	47517.84	200873.64	312740.16	85354.20	26512.32	111866.52
1984	236748.60	76205.64	312953.64	510427.44	149290.20	48180.60	197473.80
1985	377286.60	95032.68	472319.28	786458.88	250997.52	63142.08	314139.60
1986	636108.00 ⁵	134661.36 ⁶	770769.36	1393911.50	513349.80	108892.32	622242.12

¹Salario Mínimo General.

²Es el gasto social (Educación, Vivienda, Salud, Servicios públicos urbanos y rurales) dividido entre PEA.

³Es el salario que se requiere para tener el mismo poder adquisitivo que prevalecía en 1977.

⁴Es la diferencia entre el salario adecuado y salario total percibido.

⁵Se consideró los últimos aumentos salariales para calcular el salario ponderado a diciembre de 1986. Se tomó en cuenta la tasa promedio de inflación proyectado por Banamex a diciembre de 1986: 86 por ciento.

⁶Se calculó con base a la variación promedio de 1982 a 1985.

FUENTE: Alberto Dogart, Rafael Sánchez. El Cotidiano, no. 14 noviembre-diciembre de 1986 cit. pos. R. Garavito y A. Bolívar. La Modernización en cifras. 1990. UAM.

CUADRO No. 2

TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL DE ALGUNAS VARIABLES ECONOMICAS
1960-1985

Concepto	1960-1985 %	Períodos		
		1960-1975 %	1960-1985 %	1982-1985 %
1. Producto Interno Bruto	5.6	5.9	3.7	-0.9
2. Gasto público	10.4	14.7	4.3	-13.8
3. Gasto en desarrollo social	8.9	15.7	-0.6	-17.2
4. Gasto de salud	12.6	24.5	-3.3	-15.3
5. Salario mínimo general	1.5	5.0	-3.5	-7.7

FUENTE: Augusto Bolívar, "Crecimiento salario y gasto social" en: El Cotidiano, núm. 12, junio-agosto 1986. cit. pos. R. Garavito y A. Bolívar. La Modernización en cifras. México. EL COTIDIANO - UAM. 1990.

CUADRO No. 3

INDICES DE PRECIOS PROMEDIO DE ALIMENTOS BASICOS
CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE DICIEMBRE
1983-1988
(diciembre de 1983=100)

Producto	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Aceltes	100	203	278	639	1286	1811
Arroz	100	489	716	1408	2206	3927
Azúcar	100	170	227	385	915	1557
Café	100	218	331	819	1657	3213
Frijol	100	196	718	981	2126	2821
Frutas y Leg. envasadas	100	175	228	572	1369	2604
Galletas	100	191	297	n.d.	n.d.	1661
Harina de trigo	100	202	288	628	1288	1698
Harina de maíz	100	210	452	796	1897	2811
Huevo	100	173	252	571	1259	2220
Leche fresca pasteurizada	100	n.d.	n.d.	531	1366	1817
Sopas	100	392	252	579	1189	1682
Pescados	100	113	216	305	873	1950
Sardina enlatada	100	138	217	483	1146	1654
Tortilla de maíz	100	206	206	n.d.	n.d.	1774
Sal	100	184	n.d.	468	1009	1657
Carnes	100	223	251	465	1448	1623
Embutidos	100	167	267	479	1545	2599
Frutas y Verduras frescas	100	196	472	689	1126	2279
Total	100	184	275	503	1269	2156

FUENTE: R. Garavito y A. Bolívar. La Modernización en cifras. México El Cotidiano-UAM. 1990.
n.d.= no disponible

COSTO DIARIO DE LA CANASTA SUPERBASICA Y MINIMA
(para familias de cinco personas, 1981-1986)

CUADRO No. 4

Producto:	Consumo diario (grs.)	1981 Ene.	1984 Dic. 31	1985 Dic. 27	1986 Feb. 4
Aceite vegetal	148 ml	4.41	37.01	79.92	79.92
Arroz	121	2.61	15.25	22.39	23.47
Azúcar	269	3.64	19.62	27.44	27.41
Carne de cerdo	41	5.39	26.34	53.92	58.02
Carne de res	450	47.26	374.12	552.00	644.00
Frijol	307	5.49	20.87	70.61	70.61
Frutas	519	5.07	64.60	124.95	176.72
Galletas	6	0.15	0.97	1.64	2.17
Harina de trigo	16	0.11	1.66	2.10	2.35
Huevo	229	5.47	45.30	60.69	77.86
Leche	1710	19.15	128.22	169.29	247.95
Manteca de cerdo	12	0.51	5.40	6.90	7.38
Pan blanco	181	1.29	6.33	12.85	20.69
Papa	175	2.36	12.54	28.35	23.63
Pasta alimenticia	8	0.11	0.87	0.11	3.88
Pescado	87	8.89	52.08	115.71	182.70
Sal molida	29	0.05	0.45	1.45	1.33
Tortillas	1365	7.51	43.69	43.68	61.43
Verduras y legumbres	241	4.24	42.18	102.82	117.43
Subtotal		123.71	897.50	1476.82	1829.05
Salario mínimo:		210.00	816.00	1250.00	1650.00
Salario mínimo destinado a la canasta superbásica:		59.9 %	109.9 %	118.15 %	110.85 %
Transporte: pesero	1.45 viajes	40.00	86.50	116.00	130.00
camión	3.71 "				
metro	2.85 "				
Aseo (jabón tocador, detergente y papel higiénico)		20.00	147.00	209.00	250.00
Vivienda (gas, luz, agua, petróleo, focos y renta)*		70.00	517.00	840.00	948.00
Total		253.00	1648.00	2641.82	3157.05
Porcentaje del salario para la canasta mínima:		120.6 %	201.9 %	211.35 %	191.34 %

* La información en este renglón corresponde a los siguientes períodos: sept. de 81, 1° dic. de 84, 1° dic. 85 y 1° enero de 86.

FUENTE: Alberto Arroyo. El Cotidiano, no. 13, septiembre-octubre, 1986. cit. pos. R. Garavito y A. Bolívar. La Modernización en Cifras. México. El Cotidiano-UAM. 1990.

CUADRO No. 5

POBLACION TOTAL Y COBERTURA POTENCIAL POR INSTITUCION
A POBLACION ABIERTA Y DE SEGURIDAD SOCIAL
1983-1988
(miles)

A. POBLACION TOTAL Y VARIACION RELATIVA ANUAL¹
(miles de personas, porcentaje)

1983	1984	1985	1986	1987	1988
74 980	76 792	78 524	80 169	81 748	83 273
(2.50)	(2.40)	(2.30)	(2.10)	(2.0)	(1.9)

B. COBERTURA POTENCIAL
DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS (miles de personas)

	S S A	IMSS-COPLAMAR	I M S S	I S S S T E	T O T A L
1983	12 500 (23.3%)	8 542 (16.0%)	26 977 (50.2%)	5 611 (10.5%)	53 630 (100%)
1988	21 779 (30.0%)	8 424 (11.6%)	35 066 (48.2%)	7 415 (10.2%)	72 684 (100%)
TMCA*	11.7	- 0.2	5.4	5.7	6.2

C. % DE COBERTURA INSTITUCIONAL EN RELACION A POBLACION TOTAL

	SSA	IMSS-COPLAMAR	IMSS	ISSSTE	TOTAL
1983	16.7	11.4	36.0	7.5	71.5
1988	21.6	10.1	42.1	8.9	87.2

* Tasa media de crecimiento anual.

FUENTE: Consultores Internacionales. Excélsior "Las Cifras del Sexenio". Sección Financiera. 29 noviembre 1988.

Primer Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983.

Sexto Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1988.

CUADRO No. 6

UNIDADES EN SERVICIO SEGUN TIPO DE UNIDAD POR
INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL Y A POBLACION ABIERTA
1983-1988

Instituciones	H o s p i t a l e s		Unidades de consulta externa
	Generales	Especialidades	
SSA			
1983	108 (30.2%)	24 (45.3%)	3665 (42.2%)
1988	141 (31%)	39 (45.3%)	6086 (57.6%)
TMCA*	5.6	10.0	10.8
IMSS-COPLAMAR			
1983	30 (8.4%)	--	2724 (31.4%)
1988	32 (7%)	--	2136 (20.2%)
TMCA	1.2	--	-4.7
IMSS			
1983	159 (44.4%)	28 (52.8%)	1346 (15.5%)
1988	217 (47.7%)	36 (41.9%)	1285 (12.2%)
TMCA	6.7	5.2	-3.9
ISSSTE			
1983	61 ¹ (17%)	1 ² (1.9%)	945 ³ (10.9%)
1988	65 (14.3%)	11 (12.8%)	1058 (10%)
TMCA	1.2	62.0	2.3
Total			
1983	358 (100%)	53 (100%)	8680 (100%)
1988	455 (100%)	86 (100%)	10565 (100%)
TMCA	4.9	10.3	4.0

* Tasa media de crecimiento anual.

¹ Comprende los hospitales generales y las clínicas hospital.

² Hospitales regionales.

³ Unidades y clínicas de medicina general.

FUENTE: Primer Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983.

Sexto Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1988.

Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social.

INEGI, SPP. Cuaderno 4. 1985.

CUADRO No. 7

EVOLUCION DE LOS RECURSOS FISICOS EN EL SECTOR SALUD
1983-1988

Dependencia	R e c u r s o s F í s i c o s					
	camas en servicio		Consultorios		Quirófanos	
SSA						
1983	29 330	(37.0%)	8 008	(34.4%)	508	(36.4%)
1988	44 219	(47.8%)	12 342	(42.7%)	547	(35.5%)
TMCA*	8.5		9.3		1.5	
IMSS-COPLAMAR						
1983	478	(0.6%)	3 026	(13.0%)	22	(1.6%)
1988	739	(0.8%)	2 393	(8.3%)	28	(1.8%)
TMCA	9.1		- 4.6		5.4	
IMSS						
1983	42 319	(53.4%)	10 194	(43.8%)	730	(52.3%)
1988	39 304	(42.5%)	11 194	(38.7%)	771	(50.0%)
TMCA	1.5		1.9		1.1	
ISSSTE						
1983	7 141	(9.0%)	2 038	(8.8%)	136	(9.7%)
1988	8 172	(8.9%)	2 972	(10.3%)	193	(12.7%)
TMCA	2.7		8.1		7.7	
Total						
1983	79 268	(100%)	23 266	(100%)	1 396	(100%)
1988	92 434	(100%)	28 901	(100%)	1 539	(100%)
TMCA	3.1		4.5		1.8	

* Tasa media de crecimiento anual.

FUENTE: Primer Informe de Gobierno, Miguel de la Madrid. 1983.
Sexto Informe de Gobierno, Miguel de la Madrid. 1988.
P.N.D. Informe de Ejecución. S.P.P. 1988.

CUADRO No. 8

EVOLUCION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD
1983-1988

Dependencias	R e c u r s o s H u m a n o s			
	Médicos		Enfermeras	
SSA				
1983	12 605	(21.1%)	21 011	(24.8%)
1988	22 648	(28.1%)	36 192	(31.7%)
TMCA*	15.2		11.6	
IMSS-COPLAMAR				
1983	3 760	(6.3%)	3 982	(4.7%)
1988	3 003	(3.7%)	3 213	(2.8%)
TMCA	-3.7		-4.2	
IMSS				
1983	33 872	(56.9%)	48 712	(57.5%)
1988	42 331	(52.6%)	59 601	(52.2%)
TMCA	4.6		4.1	
ISSSTE				
1983	9 359	(15.7%)	10 944	(13.0%)
1988	12 555	(15.6%)	15 215	(13.3%)
TMCA	6.1		6.9	
Total				
1983	59 596	(100%)	84 649	(100%)
1988	80 537	(100%)	114 221	(100%)
TMCA	6.2		6.2	

* Tasa media de crecimiento anual.

FUENTE: Primer Informe de Gobierno, Miguel de la Madrid. 1983
Sexto Informe de Gobierno, Miguel de la Madrid. 1988.
P.N.D. Informe de Ejecución. S.P.P. 1988.

CUADRO No. 9

PROPORCION DE PERSONAL MEDICO Y DE
ENFERMERIA EN RELACION A
COBERTURA POTENCIAL INSTITUCIONAL
1983-1988

	<u>No. Personas/médico</u>		<u>No. Personas/enfermera</u>	
	1983	1988	1983	1988
SSA	992	962	595	602
IMSS-COPLAMAR	2 272	2 805	2 145	2 621
Subtotal	1 286	1 177.5	842	776.5
IMSS	796	828	554	588
ISSSTE	600	590	513	487
Subtotal	753	774	546	568
Total	900	902.5	633.6	636

FUENTE: Primer Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983
Sexto Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1988

CUADRO No. 10

GASTO PUBLICO EJERCIDO EN EL IMSS, EL ISSSTE Y LA SSA, 1976-1988
(Millones de pesos constantes de 1976)

Año	IMSS	% Total	ISSSTE	% Total	SSA	% Total	TOTAL	% Total	% CAMBIO Total	%/PIB
1976	31159.6	52.0	13739.0	23.0	15001.5	25.0	59900.1		-	4.57
1981	43183.4	69.2	10072.2	16.2	9136.3	14.6	62391.8	100	+ 4.2	2.99
1982	36554.1	69.7	7368.9	14.0	8563.9	16.3	52486.9	100	-15.9	3.11
1983	34006.1	62.7	6624.8	12.3	13597.6	25.0	54228.5	100	+ 3.3	3.19
1984	32985.8	64.0	5802.4	11.3	12727.6	24.7	51515.8	100	- 5.0	2.88
1985	32692.8	63.4	6402.9	12.4	12442.5	24.2	51538.8	100	0.0	2.98
1986	28128.2	70.5	5493.0	13.9	6230.5	15.6	39942.7	100	-22.5	2.40
1987	23550.9	75.7	4731.5	15.2	2827.3	9.1	31109.7	100	-22.1	n.d.
1988	36097.3		5733.0		n.d.		n.d.		n.d.	n.d.

FUENTE: Víctor Soria, Guillermo Farfán. "Deterioro del bienestar social y de la salud en México". Testimonios sobre la crisis en México. México, no. 4. S. XXI. 1989.

CUADRO No. 11

ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS A LAS
INSTITUCIONES DE SALUD*
(millones de pesos a precios de 1977)

Institución	1 9 8 3		1 9 8 6		Tasa de crecimiento anual
	total	% total	total	% total	
SSA	10 776	20.1	9 860	20.8	- 2.9
IMSS-COPLAMAR	1 427	2.6	1 576	3.3	3.4
DIF	440	0.8	664	1.4	14.7
Subtotal	12 643	23.5	12 100	25.5	- 4.3
IMSS	34 524	64.1	29 543	62.2	- 5.1
ISSSTE	6 659	12.4	5 865	12.3	- 4.1
Subtotal	41 183	76.5	35 408	74.5	-14.0
Total	53 826	100.0	47 508	100.0	- 4.1

* Incluye gasto corriente y de inversión.

FUENTE: Margarita Ochoa. "Política de gasto en el sector salud". Salud y crisis en México. México, Siglo XXI, 1990. (Modificado).

CUADRO No. 12

ASIGNACION SECTORIAL DE RECURSOS A PROGRAMAS*

1983-1986

(millones de pesos a precios de 1977)

PROGRAMAS	1 9 8 3		1 9 8 6		tasa de crecimiento anual
	total	% total	total	% total	
Atención Preventiva	3 429	6.4	3 055	6.4	- 3.8
Atención curativa	41 379	76.9	37 748	79.5	- 3.0
Capacitación de la población	563	1.0	392	0.8	-11.4
Producción de bienes	128	0.3	171	0.4	10.1
Inv., formación y desarrollo de rec. humanos	2 862	5.3	1 931	4.0	-12.3
Saneamiento y mejoramiento del medio	811	1.5	260	0.6	-31.6
Administración y planeación	4 647	8.6	3 950	8.3	- 5.3
Total	53 819	100.0	47 507	100.0	- 4.1

* Incluye gasto corriente y de inversión.

FUENTE: Margarita Ochoa. "Política de gasto en el sector salud". Salud y crisis en México. México, S. XXI. 1990. (Modificado).

CUADRO No. 13
INDICADORES BASICOS DE SALUD
1982-1988

INDICADOR	A ñ o						
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Esperanza de vida al nacer (años)	65.7	65.7	65.7	68.2	68.2	68.2	68.2
Tasa de mortalidad General ¹	5.65	5.54	5.39	5.35	5.19	5.10	4.50*
Infantil ²	33.03	30.10	31.4	29.9	28.4	28.4	22.9*

¹Tasa por 1000 habitantes

²Tasa por 1000 nacidos vivos

FUENTE: Las Razones y las obras. Miguel de la Madrid. Sexto año de Gobierno. Unidad de - La Crónica Presidencial. Presidencia de la República. México. 1988.

* P.N.D. 1983-1988. Informe de Ejecución 1988.

CUADRO No. 14

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA
1983-1988
(Millones)

Servicio	1983	1988	Variación % 1983 - 1988
Control de enfermedades prevenibles por vacunación			
dosis persona	56.4	70.6	25.2
dosis canes	1.7	5.0	194.1
Control de enfermedades transmisibles (Consulta)	6.3	10.1	60.3
Rehidratación oral (Sobre)	6.4	9.5	48.4
Detección oportuna de enfermedades (Consulta)	17.2	30.9	79.7
Educación para la salud (Persona)	30.2	43.4	43.7
Planificación familiar (Usuaría activa)	3.6	4.9	36.1
Regulación sanitaria			
inspección	0.9	0.1	-88.9
licencia	0.6	0.3	-50.0
Producción de biológicos y reactivos (Dosis)	54.0	100.0	85.2

FUENTE: P.N.D. Informe de Ejecución. 1988.

CUADRO No. 15-A

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
FRECUENCIA Y VARIACION PORCENTUAL
1982-1987

MORTALIDAD GENERAL

	Mortalidad General	Neumonía, Influenza y otras enfermedades respiratorias	Enf. infecciosas intestinales	Accidentes, envenenamientos y violencias	Ciertas causas de morbilidad y mortalidad prenatales	Enf. del corazón excepto fiebre reumática	Demás causas
1982	412 335	30 855	31 462	68 224	25 480	45 056	211 258
1987	400 280	20 877	29 639	60 791	20 201	49 904	218 868
%	- 2.9	- 32.4	- 5.8	- 11.0	- 20.7	10.8	3.6

MORTALIDAD INFANTIL (Población menor de 1 año)

	Mortalidad Infantil	Ciertas causas de morbilidad y mortalidad - prenatal	Neumonía, influenza y otras infecciones resp. agudas	Enf. infecciosas intestinales	Bronquitis, - enfisema, asma	Anomalías congénitas	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	Demás causas
1982	79 056	22 212	15 213	17 778	2 043	5 416	1 157	15 237
1987	61 347	20 201	9 045	13 364	1 194	5 592	1 786	10 165
%	- 22.4	- 9.0	- 40.5	- 24.8	- 41.6	3.2	54.4	- 33.3

FUENTE: Segundo Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari. 1990.

CUADRO No. 15-B

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
FRECUENCIA Y VARIACION PORCENTUAL
1982-1987

MORTALIDAD PREESCOLAR (1 a 4 años)

	Mortalidad Preescolar	Enf. infec. Intestinales	Neumonías, influenza y otras infec. resp. agudas	Accidentes, envenenamien tos y violen cias	Tosferina	Avitaminosis y otras de- ficiencias nutriciona- les	Sarampión	Demás causas
1982	21 968	5 807	3 037	3 239	356	392	314	8 803
1987	19 381	5 819	2 041	2 807	216	1 040	83	7 375
%	- 11.7	0.2	- 32.8	- 13.3	- 39.3	165.3	- 73.6	- 16.2

MORTALIDAD ESCOLAR (5 a 14 años)

	Mortalidad Escolar	Acc., env. y violencias	Enf. infec. intest.	Neumonías, influenza y otras - I. R. A.	Enf. del - corazón, - excepto - fiebre reumática	Tumores - malignos	Sarampión	Demás causas
1982	13 386	5 829	929	732	431	866	74	4 525
1987	11 453	4 571	1 132	489	293	941	29	3 998
%	- 14.4	- 21.6	21.8	- 33.2	- 32.0	8.7	- 61.0	- 11.7

FUENTE: Segundo Informe de Gobierno. Carlos Salinas de Gortari. 1990.

CUADRO No. 15-C

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
FRECUENCIA Y VARIACION PORCENTUAL
1982-1987

MORTALIDAD MATERNA

	Mortalidad Materna	Otras complica- ciones del em- barazo, parto y puerperio	Hemorragias del embarazo y del parto	Sepsis del parto y del puerperio	Otros abortos y los no espe- cificados	Toxemias	Demás causas
1982	2 403	1 057	465	153	137	590	1
1987	1 531	586	392	70	141	352	0
%	- 36.3	- 44.6	- 17.1	- 54.3	3.0	- 40.3	100

CUADRO No. 16

POBLACION ATENDIDA Y RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
1983-1988

POBLACION ATENDIDA

	Menores	Minusválidos	Ancianos	Madres gestantes
1983	2 598 960	325 292	153 000	1 345 890
1988	2 936 559	553 322	444 239	2 034 644
TMCA*	2.2	11.5	23.0	8.6

RECURSOS HUMANOS

	PARA LA ASISTENCIA SOCIAL		PARA LA SALUD	
	Profesional	Técnico	Médicos	Enfermeras
1983	802	2 606	208	198
1988	1 600	1 558	636	319
TMCA	14.8	9.8	25.0	10.0

* Tasa media de crecimiento anual.

FUENTE: Primer Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983
Sexto Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1988.

ACCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL INSTRUMENTADAS POR
EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA
1983-1988

ATENCIÓN Y MEJORAMIENTO NUTRICIONAL

	Raciones Alimentarias distribuidas (miles)	Apoyos Alimentarios distribuidos (toneladas)	Población beneficiada (miles)
1983	62 960	96.2	318
1988	103 482	48 035.2	4 529
TMCA*	10.4	247.0	70.0

ASISTENCIA A MINUSVALIDOS

	Atención de inválidos (miles de consultas)	Terapia rehabilitatoria (miles de sesiones)	Ayudas funcionales (piezas)
1983	371.8	91.8	1 230
1988	754.5	1 524.3	15 618
TMCA	15.0	75.0	66.0

* Tasa media de crecimiento anual.

FUENTE: Primer Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1983.

Sexto Informe de Gobierno. Miguel de la Madrid. 1988.

B I B L I O G R A F I A
Y
H E M E R O G R A F I A

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

Agenda Estadística. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, S.P.P. 1989. 248 pp.

Almada Bay, Ignacio (coord.). Salud y crisis en México. Textos para un debate. México, C.I.I.H-U.N.A.M, Siglo XXI. 1990. 343 pp.

Anguiano, Arturo (coord.). La modernización de México. México, UAM-Xochimilco. 1990. 453 pp.

Araujo Bernal, L. Lloréns Figueroa, J. (coords.) La lucha por la salud en Cuba. México, Siglo XXI. 1985. 380 pp.

Aristóteles. Política. México, Porrúa. Colección "sepan -- cuántos ...", no. 70. 1967. 319 pp.

Barton, Rayburn, Chappnell, William. Public Administration. The work of government. Illinois, U.S.A. Scott, Foresman and Company. 1985. 389 pp.

Blondel J., Duverger M. et al. El gobierno: estudios comparados. Madrid, Alianza Editorial. 1981. 302 pp.

Bobbio, Norberto, Matteucci, Nicola. Diccionario de Política. México, Siglo XXI. 2 tomos. 1981. 1751 pp.

Bobbio, Norberto. Estado, gobierno y sociedad. México, F.C.E. Breviarios no. 487. 1989. 243 pp.

Bobbio, Norberto, Bovero, Michelangelo. Origen y fundamentos del poder político. México, Grijalbo. 1985. 135 pp.

Burdeau, Georges. Tratado de Ciencia Política. 3a. ed. México, E.N.E.P ACATLAN U.N.A.M. Tomo I, Volumen III. El poder. 1980. 491 pp.

Carrillo Landeros, Ramiro. Metodología y administración. México, Limusa. 1986. 254 pp.

Carpizo, Jorge. El presidencialismo mexicano. 3a. ed. México, Siglo XXI. 1983. 240 pp.

Ceballos Garibay, Héctor. Foucault y el poder. México, Premia Editora. 1988. 114 pp.

Centro de Estudios para un Proyecto Nacional (CEPNA). México. La Búsqueda de Alternativas. México, Ed. Cultura Popular-Facultad de Economía UNAM. 1990. 316 pp.

Cohen de Govia, Guillermo. La Psicología en la Salud Pública. 4a. ed. México, Edit. Extemporáneos. 1988. 179 pp.

- Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. El Combate a la Pobreza. México, El Nacional. 1990. 149 pp.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, Cámara de Diputados. LIV Legislatura. 1989. 55pp.
- COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México. Situación actual y perspectivas. 3a. ed. No. 4. SALUD. México, C.O.P.L.A.M.A.R-Siglo XXI. 1985. 427 pp.
- Córdova, Arnaldo. Sociedad y Estado en el mundo moderno. 14a. ed. México, Grijalbo. 1976. 311 pp.
- Cuadernos de Renovación Nacional. Política Social. No. XVI. México, F.C.E. 1988. 126 pp.
- Cueva, Mario de la. La idea del Estado. 3a. ed. México, U.N.A.M. 1986. 414 pp.
- Deutsch, Karl. Política y administración pública. México, INAP. 1980. 109 pp.
- Deutsch, Karl. Política y gobierno. México, F.C.E. 1976. 608 pp.
- Dunn, William. Public policy analysis: an introduction. Englewood, U.S.A. Prentice Hall. 1981. 338 pp.
- Dye, Thomas. Understanding public policy. 3rd. ed. U.S.A., Prentice-Hall. 1978. 337 pp.
- Easton, David. Esquema para el análisis político. Buenos Aires. Amorrortu. 1979. 186 pp.
- Encuesta Nacional de Salud 1988: resultados nacionales. México, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. 1988. 223 pp.
- Engels, Federico. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Moscú, Progreso. 1981. 214 pp.
- Fernández, M., Mera, M.A et al. Políticas de salud en América Latina. Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación. Caracas, Organización Panamericana de la Salud-Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. 1988. 415 pp.
- Fischer, Frank. Politics, values and public policy. The problem of methodology. 2nd print. U.S.A, Westview Press. 1982. 229 pp.
- Frohock, Fred. Public Policy. Scope and Logic. U.S.A., Prentice-Hall. 1979. 320 pp.
- Garavito, R., Bolívar, A. (coords.) México en la década de los ochenta. La modernización en cifras. México, U.A.M-EL COTIDIANO. 1990. 465 pp.

- Garza, Luis de la, Ludlow, Leonor et al. Evolución del Estado Mexicano. México, El Caballito, 3 tomos. 1976. 718 pp.
- Giménez, Gilberto. Poder, Estado y discurso. Perspectivas sociológicas y semiológicas del discurso político-jurídico. México, U.N.A.M. 1979. 124 pp.
- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la salud en México. México, Trillas. 1988. 110 pp.
- Gramsci, Antonio. La política y el Estado moderno. 5a. ed. México, Premiá Editora. 1985. 174 pp.
- Guerrero, Omar. La administración pública del Estado capitalista. México, INAP. 1979. 403 pp.
- Guerrero, Omar. La teoría de la administración pública. México, Harla. Colección textos universitarios en ciencias sociales. 1986. 385 pp.
- Gutiérrez Garza, Estela (coord.) Los saldos del sexenio (1982-1988). Testimonios de la Crisis. No. 4. México, U.A.M.-Siglo XXI. 1990. 261 pp.
- Hegel G.F. Filosofía del Derecho. México, UNAM. Nuestros Clásicos. No. 51. 1975. 307 pp.
- Heller, Herman. La teoría del Estado. México, F.C.E. 1942. 341 pp.
- Informe de Gobierno. Primero. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1983.
- Informe de Gobierno. Segundo. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1984.
- Informe de Gobierno. Tercero. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1985.
- Informe de Gobierno. Cuarto. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1986.
- Informe de Gobierno. Quinto. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1987.
- Informe de Gobierno. Sexto. Salud y Seguridad Social. Miguel de la Madrid Hurtado. Poder Ejecutivo Federal. México. 1988.
- Informe de Gobierno. Primero. Salud y Seguridad Social. Carlos Salinas de Gortari. Poder Ejecutivo Federal. México. 1989.
- Informe de Gobierno. Segundo. Salud y Seguridad Social. Carlos Salinas de Gortari. Poder Ejecutivo Federal. México. 1990.
- Jiménez Nieto, Juan I. Política y Administración. Madrid, Tecnos. 1975. 176 pp.

- Kaplan, Marcos. Estado y Sociedad. México, UNAM. 1983. 223 pp.
- Katz, J., Lanza, A., Peña Mohr, J. et al. La Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración. México, F.C.E. 317 pp.
- Kunz, Ignacio. Regionalización socioeconómica y de salud de la República Mexicana. México, Secretaría de Salud. 1986. 126 pp.
- Langrod, Georges. Tratado de ciencia administrativa. 2a. ed. Madrid, Escuela Nacional de Administración Pública. 1977. 1104 pp.
- Lapierre William. El análisis de los sistemas políticos. Barcelona, Península. 1976. 280 pp.
- Las Razones y las Obras. Miguel de la Madrid Hurtado. Quinto Año de Gobierno. México. Unidad de la Crónica Presidencial. Presidencia de la República. 1987. 1200 pp.
- Las Razones y las Obras. Miguel de la Madrid Hurtado. Sexto Año de Gobierno. México. Unidad de la Crónica Presidencial. Presidencia de la República. 1988. 1120 pp.
- Ley General de Salud. 6a. ed. México, Porrúa. 1990. 1015 pp.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 19a. ed. México, Porrúa. 1988. 56 pp.
- López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. 6a. ed. México, Siglo XXI. 1986. 247 pp.
- López Portillo, José. Génesis y teoría general del Estado moderno. 3a. ed. México, I.E.P.E.S-PRI. 1976. 691 pp.
- Marcos, Patricio. El Estado. México, Edicol. Sociológica Conceptos, no. 10. 1977. 127 pp.
- Márquez, Viviane. Estructura del sector público de la salud en México. México, Colegio de México. 1981. 8 pp.
- Marx, Carlos. Crítica de la filosofía del Estado de Hegel. México, Grijalbo. Colección 70, no. 27. 1970. 158 pp.
- Moreno Cueto, Enrique et al. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México, I.M.S.S. 1982. 93 pp.
- Neira, Enrique. El saber del poder. Introducción a la ciencia política. 2a. ed. Colombia, Edit. Norma. 1986. 318 pp.
- Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2 000. 1981. 57 pp.
- Pérez G., León S. 17 ángulos de un sexenio. México, Plaza y Valdés. 1987. 494 pp.

Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México. Poder Ejecutivo Federal. 1983. 430 pp.

Plan Nacional de Desarrollo. Informe de Ejecución. Avance 1988 y Balance Sexenal. Antología de la Planeación en México. No. 21. México, S.P.P-F.C.E. 1988. 450 pp.

Plan Nacional de Desarrollo. Salud, Educación y Vivienda (1982-1985). Antología de la Planeación en México. No. 14. México, S.P.P-F.C.E. 1985. 640 pp.

Pollitt, Christopher et al. Public policy in theory and practice. England, Open University Press. 1979. 307 pp.

Portelli, Hughes. Gramsci y el bloque histórico. 15a. ed. México, Siglo XXI. 1989. 162 pp.

Poulantzas, Nicos. Estado, poder y socialismo. 6a. ed. México, Siglo XXI. 1986. 326 pp.

Programa Nacional de Alimentación 1989-1994. México. 1989. 80 pp.

Programa Nacional de Salud 1984-1988. México, Poder Ejecutivo Federal. Secretaria de Salud. 1984. 307 pp.

Programa Nacional de Salud 1990-1994. México, Poder Ejecutivo Federal. Secretaria de Salud. 1990. 78 pp.

Reunión de Autoevaluación 1983-1988. México, Secretaria de Salud. 1988. 80 pp.

Rosen, George. De la policía médica a la medicina social. México, Siglo XXI. 1985. 379 pp.

Rousseau, Jean Jacques. El contrato social. Madrid, Sarpe. 1983. 208 pp.

Ruiz de Chávez M, Lara Ponte R. La salud y el municipio. México, INAP-Secretaría de Salud. Cuadernos de Fortalecimiento Municipal. No. 1. 1988. 61pp.

San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. 3a. ed. México, Edit. Fournier. 1977. 793 pp.

Sigerist, Henry. Hitos en la historia de la salud pública. 4a. ed. México, Siglo XXI. 1990. 98 pp.

Soberón G., Ruiz, L. et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud. vol. I. México, Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de Servicios de Salud, U.N.A.M. 1988. 434 pp.

Soberón, G., Kumate J., Laguna, J. (comps.). La salud en México: testimonios 1988. Fundamentos del Cambio Estructural. tomo I. México, S.S.A-F.C.E. 1988. 373 pp.

Soberón, G., Kumate J., Laguna, J. (comps.). La salud en México: testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México, S.S.A-F.C.E. 1988. 313 pp.

Tello, Carlos (coord.). México. Informe sobre la crisis 1982-1986. México, C.I.I.M-U.N.A.M. 1988. 526 pp.

Tena Ramírez, Felipe. Derecho Constitucional Mexicano. 3a. e d . México, Porrúa. 1955. 586 pp.

Tena Ramírez, Felipe. Leyes fundamentales de México. 1808-1982. 11a. ed. México, Porrúa. 1982. 1030 pp.

Torres, Blanca (comp.). Descentralización y democracia en México. México, Colegio de México. 1986. 280 pp.

Ward, Peter. Políticas de bienestar social en México. 1970-1989. México, Nueva Imagen. 1989. 246 pp.

Weber, Max. Economía y Sociedad. 2a. ed. México, F.C.E. 1983 1237 pp.

Weber, Max. Estructuras de poder. Buenos Aires, Leviatán. 103 pp.

Weber, Max. El político y el científico. 7a. ed. Madrid, Alianza Editorial. 1981. 231 pp.

Weber, Max. Sobre la teoría de las ciencias sociales. 3a. e d . México, Premiá Editora. 1988. 113 pp.

HEMEROGRAFIA.

"Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud". Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 1986. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 485-488.

Almada Bay, Ignacio. "Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad". Nexos, México. no. 149 (mayo, 1990) pp. 63-72.

Calzada, F., Hernández, F. "La Política económica en crisis". La Jornada, México. 31 de agosto de 1988 (suplemento) p. I.

Cardozo Brum, Miriam. "El Estudio de las Políticas Públicas en América Latina". (fotocopias), México, CIDE. mayo de 1989.

Carrasco, R., Hernández, F. "El perfil del presupuesto". La Jornada, México. 26 de noviembre de 1990. Balance Económico. p. 31.

Cordova, Arnaldo. "¿Un Nuevo Estado?". Nexos, México. no. 145 (enero, 1990). pp. 36-47.

"Decreto que adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Asistencia Social Infantil". Diario Oficial de la Federación de 20 de junio de 1937. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 425-426.

"Decreto por el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia." Diario Oficial de la Federación de 17 de octubre de 1943. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 403-404.

"Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia". Diario Oficial de la Federación de 30 de agosto de 1983. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 457-460.

"Exposición de motivos de la reforma al artículo 40. constitucional sobre el derecho a la protección de la salud". Diciembre de 1982. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 259-260.

"Exposición de motivos de la Ley General de Salud". Diciembre de 1983. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 265-268.

"Exposición de motivos de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social". Diciembre de 1985. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 269-272.

Frenk, Julio, Bobadilla, Luis. "Los futuros de la salud". Nexos, México. no. 157 (enero, 1991) pp. 59-69.

Gutiérrez, Elvia. "Retorno de epidemias, señal de retroceso en salud pública". El Financiero, México. 6 de junio de 1990. p. 16.

"Indicadores Económicos". Excelsior, México. 29 de noviembre de 1988. p. 6-F.

"Iniciativa de Ley del C. Presidente de la República por la que se reforma y adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado creando la Secretaría de Asistencia Pública". Diario de los Debates de la Cámara de Senadores de 14 de diciembre de 1937. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 401-402.

Kumate Rodríguez, Jesús. "Los problemas y programas prioritarios en salud". Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 111-126.

"Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República". Diario Oficial de la Federación de 25 de agosto de 1934. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 399-400.

"Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social". Diario Oficial de la Federación de 9 de enero de 1986. Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 473-484.

López Arellano, Olivia. "Veinticinco millones de mexicanos sin atención médica". Excélsior, México. 31 de diciembre de 1989. sección estados.

Marín Nidia. "Foro sobre la niñez". Asamblea de Representantes del Distrito Federal. Excélsior, México. 30 de octubre de 1989. p. 1-M.

Márquez Ayala, David. "Política económica del Pacto de Solidaridad Económica". La Jornada, México. 10 de febrero de 1988. (suplemento) p. I.

Ortega Lomelín, Roberto. "La rectoría del Estado y la Política Nacional de Salud". Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 35-60.

"Primer Taller de Vigilancia Epidemiológica Simplificada". Tlaxcala. La Jornada, México. 23 de noviembre de 1989. p. 18.

Rojas, Francisco. "Subsidia el sacrificio de los más pobres al desarrollo de las minorías". Excélsior, México. 7 de agosto de 1990. p. 45-A.

Rojas Soriano, Raúl. "P.N.D, salud, asistencia y seguridad social". Excélsior, México. 19 de julio de 1989. p. 1-M.

Rojas Soriano, Raúl. "Niñez y salud". Excélsior, México. 14 de septiembre de 1989. p. 1-M.

Ruiz de Chávez, Manuel. "Experiencias y modalidades de la sectorización en salud". Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 99-110.

Ruiz Massieu, José. F. "La modernización administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud". Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 27-34.

Soberón Acevedo, Guillermo. "El Sistema Nacional de Salud". Revista de Administración Pública. Administración del Sector Salud. México, no. 69-70 (enero-junio, 1987) pp. 17-26.

Soria, Víctor. "Desarrollo capitalista y nivel de salud". Excélsior, México. 7, 8 y 10 de abril de 1989. p. 1-M.

Soria, Víctor. "Crisis de la salud y la seguridad social en México". Excélsior, México. 15, 16 y 17 de mayo de 1989. p. 1-M.

Soria, Víctor. "Retrocesos en el nivel de salud". Excélsior, México. 24 y 26 de agosto de 1989. p. 1-M.