



73
Zc j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**POLITICAS DE SALUD Y PARTICIPACION
SOCIAL EN MEXICO (1988-1994)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA**

**P R E S E N T A
HECTOR SERGIO MARTINEZ RODRIGUEZ**

MEXICO, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

	PAGINA.
INTRODUCCIÓN.	2
<i>CAPÍTULO I. EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO.</i>	11
1.- SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA.	12
1.1.- MEDICINA SOCIAL.	20
2.- MODELO MÉDICO Y SOCIEDAD.	26
2.1.- SALUD PÚBLICA.	33
3.- MARCO JURÍDICO DE LA PROTECCIÓN A LA SALUD.	39
3.1.- NORMATIVIDAD EN MÉXICO.	44
3.2.- NORMATIVIDAD INTERNACIONAL.	51
<i>CAPÍTULO II. POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES EN MÉXICO (1988-1994).</i>	61
1.- LA CONVERSIÓN DEL ESTADO EN MÉXICO.	62
1.1.- DEL ESTADO DE BIENESTAR AL MODELO NEOLIBERAL.	63
1.2.- AÑOS SETENTA.	68
1.3.- AÑOS OCHENTA.	76
1.4.- AÑOS NOVENTA.	84
2.- LA POLÍTICA DE SALUD DEL SALINISMO.	94
2.1.- PERIODO 1983 - 1988.	94
2.2.- PERIODO 1989 - 1994.	112
2.3.- TENDENCIAS EN POLÍTICAS DE SALUD.	123
<i>CAPÍTULO III. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.</i>	131
1.- LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA. (1978).	132
1.1.- ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (A.P.S.)	139
2.- PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.	152
2.1 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONG)	162
3.- ESTRATEGIAS DE ACCIÓN EN LA COMUNIDAD.	175
3.1.- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ONG.	183
3.2.- ESTRATEGIAS CONJUNTAS ONG - ESTADO.	196
CONCLUSIONES.	201
PROPUESTAS PARA EL CAMBIO.	216
BIBLIOGRAFIA.	218
ANEXO I.	243

Introducción.

La protección de la salud es parte del desarrollo integral del hombre; es considerada en nuestro país como un derecho consagrado en la Constitución, por lo tanto es de suma importancia su disfrute por parte de toda la sociedad.

El motivo de esta investigación es la manifestación de una crisis en la atención médica¹ y su capacidad de garantizar protección efectiva a importantes sectores sociales, lo que se puede ejemplificar con tres aspectos hasta hoy no resueltos por los servicios de salud. La cobertura, la atención y la enfermedad.

La cobertura. Permanecen aun millones de personas (en México y el mundo) sin acceso a servicios de salud permanentes. Los que gozan de seguridad social pueden perder esa prestación por motivos de recesión económica.

La atención. Esta encuentra en la medicina la pronta saturación de los servicios de salud, por falta de una acción preventiva y la identificación de factores de riesgo, junto con la nula socialización del conocimiento médico.

¹ La atención médica a que hago referencia es la alopata que esta basada en el empleo de medicamentos destinados a producir efectos opuestos a los fenómenos patológicos observados y que es hegemónico por los sistemas de salud tanto público como privado en México y gran parte del mundo.

La enfermedad. Se producen aun miles de muertes evitables, aunque el desarrollo científico ha logrado erradicar una gran cantidad de padecimientos,(enfermedades diarreicas, infecciones agudas de las vías respiratorias o padecimientos prevenibles por vacunación) prevalecen por falta de planeación en la prestación de servicios médicos y el desarrollo económico desigual.

Por lo tanto, estamos ante una situación de riesgo para gran parte de la población, que incremente la inequidad en la prestación de los servicios de salud, y de como consecuencia la pérdida de niveles dignos de vida.

El propósito de esta tesis es *valorar* una alternativa a la crisis del modelo médico, presentada en 1978 en el marco de una reunión ministerial convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y resumida en la Declaración de Alma Ata. Teniendo como base que la salud es parte del desarrollo social, y económico de los pueblos se insta a implantar en los planes de trabajo acciones encaminadas a establecer la Atención Primaria a la Salud (APS), la cual es la asistencia basada en métodos y tecnologías prácticas y científicamente fundadas, puestas al alcance de todos los individuos y sus familias. De la APS se desprende una línea de acción que se denomina **participación social en salud**² siendo el derecho en el pueblo tiene de participar individual y colectivamente en la

² Aunque la interpretación que se hace sobre la participación social pudiese dar pie a diversas y amplias concepciones, la participación social que hace referencia el presente texto es aquella que ha sido conceptualizada y sistematizada por la Organización Mundial de Salud.

planificación y aplicación de su atención en salud, para promover el establecimiento de formas de relacionamiento social, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitados para tomar parte e impulsar procesos que persigan alcanzar el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos.³ Aunado a lo anterior el objetivo de la investigación es *analizar* cual ha sido el papel de la **participación social en salud** en el marco de las políticas sanitarias en nuestro país, de 1988 a 1994, y las estrategias seguidas por los diversos actores sociales en la configuración de un nuevo modelo de atención en salud.

La investigación enfatiza la contradicción existente entre las propuestas sobre participación social emitidas en los diversos documentos de la Organización Mundial de la Salud a partir de la Declaración de Alma Ata y cuya observancia va de la mano con el derecho ciudadano a gozar de un vida digna y la propuesta del Estado en materia de salud, se revelan sus supuestos ideológicos y políticos. Para ello se tiene como base el estudio bibliográfico de las principales fuentes documentales relacionadas con el tema de la participación social, así mismo se recogen las distintas opiniones que inciden en los temas de la investigación teniendo como objeto un análisis imparcial de la realidad que contribuya a la discusión sobre el problema sanitario en nuestro país.

³ Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (I.N.N.S.Z.) Participación social y educación para la salud (México, D.F.:1993), p. 384.

Para tal fin el primer capítulo aborda el asunto de la salud, la conceptualización del término, las modalidades y los tipos de atención (relación profesional de salud - paciente). Asimismo se entiende el vínculo salud - desarrollo social, esto con el objeto de abordar el problema sanitario desde una perspectiva de las ciencias sociales. Posterior a esto se introduce el tema de la medicina social la cual es una alternativa viable a la individual⁴ basadas en principios como 1.- Incorporar el conocimiento interdisciplinario para la reorganización de los servicios sanitarios representando una perspectiva distinta en la práctica médica. 2.- Destacar el papel del ser humano sobre cualquier otra condición en el desarrollo de los sistemas de salud; y. 3.- Contribuir de manera directa a la aceptación de la salud como un derecho humano. Este fundamento trasciende tanto en los esquemas tradicionales de la salud pública o salubridad (como actividad y responsabilidad de gobierno) y seguridad social (control y atención de los riesgos que atenten contra la salud del trabajador), buscando una política sanitaria alternativa con una salubridad producto de un esfuerzo global de la sociedad y una seguridad social que este al servicio del ser humano y no del capital.

Todo lo anterior permite evitar la fragmentación del problema sanitario concibiéndolo al proceso salud - enfermedad en un ámbito más integral.

⁴ La medicina individual es aquella que considera al proceso salud - enfermedad como un fenómeno estrictamente biológico y despegó en los siglos XVII y XIX con el desarrollo del método inductivo (la observación y experimentación) que junto con la corriente filosófica empírica desecha las verdades absolutas y oscurantistas, ello contribuiría en su momento a la construcción del conocimiento científico, sin embargo el desarrollo social ha demostrado que la

La protección a la salud es vista desde la perspectiva de los derechos humanos, los cuales trascienden lo jurídico construyéndose a diario y con el esfuerzo y conciencia de las naciones.

En el segundo capítulo se hace una revisión de las condiciones en que se ha presentado el desarrollo político y social en México desde 1982 (año de arranque tanto de la conversión de la política económica y social en nuestro país como de las primeras reformas al sistema sanitario inspiradas en la Declaración de Alma Ata) a 1994, con especial énfasis en el sexenio 1988 - 1994.

El texto aborda el proceso de crisis de 1982, sus causas inmediatas y medidas de rectificación en materia económica, la adopción de un modelo de desarrollo distinto a la tradición estatista seguida prácticamente desde los años treinta y que se denomina neoliberal.

Sobre el neoliberalismo se destacan sus principales características y las consecuencias más representativas por su aplicación. Teniendo especial atención en la reducción del sector público y del Estado⁵ en general, y la pauperización constante del gasto en las áreas sociales.

enfermedad es producto de un proceso multicausal, el cual puede ser abordado de mejor manera por una medicina que reconozca esto.

⁵ El Estado contemporáneo pretende propiciar el desarrollo del capital, creando la infraestructura necesaria (carreteras, puentes, hospitales); vigilar el cumplimiento de las leyes para favorecer la solución de conflictos entre sujetos jurídicos (aunque su papel no es siempre neutral); reglamentar los antagonismos entre el trabajo asalariado y el capital (prestaciones

Concretamente sobre la política de salud se retoma desde el sexenio 1982 - 1988 periodo en donde se ejecuta una estrategia novedosa denominada descentralización de los servicios de salud, y se contemplan sus alcances y limitaciones. Posteriormente se analiza lo acontecido en el sexenio 1988 - 1994 centrándose en la propuesta gubernamental de participación de la comunidad en salud denominada Programa Nacional de Solidaridad. Adelante se exploran las posibilidades de un futuro inmediato que pueden ser el fortalecimiento del sector privado en la economía, con la consecuente privatización de los servicios sociales (visto esto como única posibilidad de lograr eficiencia y eficacia).

Sin embargo, ante la opción privatizadora puede pensarse en una propuesta distinta y que se basa en la rearticulación de las relaciones sociales entre el Estado y las organizaciones sociales, ello ha sido parte de la búsqueda de una apertura para importantes sectores de la población en un intento de participación y democratización en las decisiones que involucren a la sociedad.

Es por eso que la tercera parte del trabajo se centra en la posibilidad de considerar a la participación social como un elemento que puede contribuir en la modificación de las representatividad social de modo que los alcances de la medicina sean realmente

social) y promover la expansión del mercado capitalista mundial. Aunque es muy abundante la bibliografía sobre el papel del Estado contemporáneo, resulta muy revelador la concepción salinista del mismo retomado por Enrique De la Garza Toledo, "Neoliberalismo y Estado" en

accesibles a todos los ciudadanos. Se toma a la participación social en salud en el contexto en que se desarrollo a partir de la Declaración de Alma Ata, se menciona la importancia de la APS como base para la reorganización de los servicios médicos con el objeto de construir una salud que redimensione nuevas formas de relacionamiento social, que profundice la democracia y la creación de espacios donde tengan voz y posibilidad real de acceder a niveles de decisión los grupos hasta hoy marginados.

Un actor social que ha cobrado relevancia en los últimos años, tanto en nuestro país, como en el mundo son las Organizaciones No gubernamentales (ONG)⁶. Junto con otros actores (organizaciones culturales, comunitarias, étnicas, religiosas, políticas, sindicales) conforman los puentes de comunicación más reconocidos entre la población y el Estado y los componentes más significativos de la participación social en salud.

Esta investigación hace hincapié en las ONG, no por falta de mérito de las demás actores, sino por ser un factor social que ha sorteado la adversidad de convivir en una sociedad como la mexicana en donde el Estado inhibe todo intento de participación

Asa Cristina Laurell (Coordinadora). *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, (México, D.F.:Fundación Friedrich Ebert, 1994) pp. 89 ss.

⁶-Las ONG son la expresión de la sociedad civil organizada, 'la voz de los que no la tienen'. El término de ONG es acuñado por las Naciones Unidas con objeto de identificar agrupaciones que no son de los gobiernos. Así aparece, aunque en forma negativa y tautológica, una primera característica de estas organizaciones, es decir el no ser gubernamentales. Otras característica reconocida será el de tener fines no lucrativos y trabajar en beneficio de la sociedad. Son organizaciones que defienden la pluralidad de sus miembros y se presentan al margen de todo debate ideológico, de ahí, que no deben tener una afiliación partidista. Gloria

ciudadana, esto sin dejar de mencionar que la Declaración de Alma Ata y la APS consideraron a las ONG como interlocutores válidos de la comunidad en el proceso de participación social.

En el contexto de la conversión de las políticas sociales, las ONG tienden a superar actitudes voluntaristas por respuestas más instrumentadas, viables y factibles, manteniendo un compromiso con los más desfavorecidos, en pro de la dignidad humana.

Para tener un acercamiento con estas organizaciones se llevó a cabo un muestreo intencional con cuestionamientos emanados de los principios que rigen la participación social en salud, el objeto: conocer la factibilidad de ejecución de las propuestas de Alma Ata.

Los resultados del cuestionario no pretenden validar esta investigación, por los siguientes motivos: A) No existe aun una definición precisa sobre las características de las ONG, ya que su conceptualización se construye a diario y B) Las respuestas dadas por los responsables de las ONG no pueden ser corroboradas por alguna otra fuente, por lo que deben ser consideradas de buena fe.

Un propuesta de cambio que se manifiesta en el texto es el Comité Local de Salud, cuya existencia es fruto de las reformas sanitarias de la década de los ochenta y al igual que otros proyectos se ha ido diluyendo su carácter planificador. La idea es retomar esta

instancia para canalizar la participación social y contribuir a la distribución de poder. El Comité sería un medio para alcanzar una relación más armoniosa entre Estado y sociedad, lo que contribuiría al proceso de construcción de la ciudadanía, que acepta a los seres humanos como sujetos de derecho, y al Estado como institución social, garante del cumplimiento de las garantías del ciudadano y su derecho a la salud.

Por lo anterior expuesto, considero como hipótesis central del presente trabajo lo siguiente: La participación social en salud es el eje por el que se inicia una transformación del actual modelo sanitario que se presenta como individualista, diferencial y en crisis, hacia uno que reconoce como principal objeto de atención, al ser humano, en relación a su entorno social.

Capítulo I . El Derecho a la Salud en México.

1. Salud y atención médica.

La salud del ser humano es una inquietud constante en la historia de los hombres. En todas las sociedades encontramos huellas de ello, lo que ha originado al mismo tiempo diversos tipos de respuestas. Desde las concepciones mágico religiosas de los inicios de la humanidad, hasta la conceptualización científica de nuestros días, la necesidad del hombre de 'estar sano' ha prevalecido como preocupación permanente a lo largo de los años.

El concepto de salud va referido con el grado de desarrollo de la sociedad, y la ideología de la clase social que ostenta el poder, por lo tanto, tomando en cuenta que en la historia contemporánea, la iglesia jugó un papel hegemónico tanto en México, como en el mundo, la salud estuvo dentro de su ámbito.

"El tema de la salud, estuvo dominado más de 300 años por la opinión eclesiástica; la medicina tiene un dominio relativamente reciente y dominio completo no tiene más de 100 años de antigüedad."⁷

Ya con más influencia en el campo de la salud, la ciencia se ocupó de estudiar la razón de los males en los seres humanos, a lo

⁷ Hugo Mercer, Opinión en el Coloquio "Salud para todos en el año 2000" en *Estudios Sociológicos del Colegio de México*, II, 5-6 (Mayo - Diciembre, 1984) pp. 457-458.

largo de los siglos XIX y XX, su primer gran aporte es entender al hombre como un ser biológico, contraviniendo la dicotomía cartesiana de pensarlo como unión de cuerpo y alma,⁸ apoyada en la ciencia, se avanzó en la comprensión del origen de las enfermedades eran los microbios, agentes patógenos los cuales al ingresar al cuerpo humano siguen determinada acción que se manifiesta en forma de síndromes, que llevan al surgimiento de la enfermedad.

Por lo tanto, no es casual que la primer conceptualización de la salud sea de tipo biologicista, y la cual ha prevalecido en el pensamiento médico, a lo largo de muchos años.⁹ Sin embargo, el avance del conocimiento tanto del área médica, como de otras disciplinas, han establecido la diversidad de factores que se involucran en el desarrollo del concepto.

“El concepto de salud ... al principio fue considerado como un estado de ‘Salud absoluta, biológicamente considerada’. Posteriormente se enfocó dentro de la teoría de la multicausalidad de la enfermedad, y, en la actualidad, se considera que el hombre tiene salud cuando logra resolver sus problemas sociales, psicológicos y biológicos, de acuerdo con sus necesidades y expectativas reales.”¹⁰

⁸ Carlos Pucheu, ob. cit., p. 442.

⁹ Federico Ortiz Guetzada, *Salud en la pobreza. El proceso salud - enfermedad en el tercer mundo*, (2ed. México, D.F.: CEESTM, 1984) pp.18-19.

¹⁰ Francisco Gómezjara, *Salud comunitaria. Teoría y técnicas*, (México, D.F.: Nueva Sociología, 1982) p.17.

Se ha transitado de un juicio biológico de la salud, a uno que destaca el grado de desarrollo de la sociedad, haciendo una revisión de los siguientes conceptos:

Cuadro No. 1

AUTOR.	DEFINICIÓN.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.	Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez.
Alvarez Baibás.	Es un estado de equilibrio entre el agente agresor, el hombre y su medio ambiente.
Ferrara.	La salud es un continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en que vive, sin omitir esfuerzos para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado.
Frenk	La salud es un campo de encuentro de los fenómenos económicos, políticos y sociales, y las acciones orientadas a garantizar su mejor nivel posible.
Fuente: Ortiz Quezada. <i>Ob. cit.</i> , págs.18-19; Gómezjara <i>ob cit.</i> , págs.16-17; Julio Frenk. <i>Desigualdad, pobreza y salud en México.</i> ,págs. 25-26.	

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es por su carácter de organismo rector la más conocida, y admitida, sin embargo, la existencia de sociedades con marcadas diferencias sociales, hacen que la posibilidad de encontrar el completo bienestar físico, mental y social, sea una tarea por realizar.

Alvarez Balbás establece el triángulo ser humano - medio ambiente - agente agresor, como la primer aproximación a la multicausalidad de la enfermedad.

Ferrara destaca la determinación social en el proceso salud - enfermedad y considera que la lucha por la salud no sólo debe darse en el campo de las ciencias médicas, sino en el mejoramiento social. Una sociedad que reproduce por sus condiciones determinado padecimiento, no podrá por más medicamentos que administre a su población, estar sana, debe cambiar las condiciones sociales que determinan el surgimiento de ese mal. Esta es una opinión que introduce a la solución del problema en salud al hombre, como creador y transformador del entorno en que se desarrolla.

Frenk establece la necesidad de vincular a la salud, como expresión de unión entre diversas causas que la condicionan, con las acciones sociales que deben existir para garantizarla.

Por lo tanto, conceptualizar a la salud como fenómeno social abre camino para que las ciencias sociales eviten "la unilateralización de la cuestión sanitaria y convertirla en una foco de preocupación no solamente de una profesión o de un grupo profesional aislado sino del conjunto de la población."¹¹

¹¹ Mercer ob cit, p.458.

Al igual que la salud, la atención médica se ha transformado, acorde al desarrollo social. Así como se transitó de un concepto biologista de la salud, a otro con vínculos más amplios, el cuidado de enfermos ha pasado de ser primero una tarea de auxilio con carácter filantrópico, después una labor que involucra crecientemente a la sociedad a través del Estado y por último una función que establece un mayor compromiso al individuo para con su salud.

“La evolución médica que hace énfasis en los aspectos curativos y rehabilitatorios del individuo y que estuvieron en un principio a cargo de instituciones asistenciales de caridad;

La salud pública o salubridad que se orienta al cuidado de la colectividad principalmente a través de medidas preventivas;

La salud integral que incluye: por una parte, los componentes biológicos y genéticos de las personas, los efectos del medio ambiente y los factores del comportamiento, sea individual o colectivo, y por otra, la respuesta que la sociedad ofrece para contender con problemas de salud de la organización y operación de servicios sanitarios.”¹²

La salud pública es resultado del involucramiento del Estado en el ámbito sanitario. Sólo se puede hablar de salubridad cuando la sociedad alcanza niveles de desarrollo que pueda abarcar los

¹² Cuauhtémoc Valdés Olmedo. México: Perfiles de la salud hacia el año 2010. Una visión particular. (México, D.F.:Fundación Mexicana para la Salud - Fundación Javier Barros , 1988) pp. 18-19.

beneficios del conocimiento médico a toda la población. En cambio, la atención médica ha existido desde siempre.

“Dentro de la organización de la práctica médica o atención a la salud, se pueden distinguir variantes:

a) La Salubridad; o sea, las medidas de orden colectivo dirigidas a condiciones ambientales o personales que previenen enfermedades, mejoran la salud o controlan fenómenos colectivos de enfermedad, y

b) La Atención Médica, dirigida específicamente a las personas para prevenir o curar enfermedades a nivel individual y que pueden ser realizadas por instituciones públicas o privadas, por médicos u otro tipo de ‘intelectuales de la salud’; o bien, por curanderos o brujos, en el caso de la llamada medicina tradicional.”¹³

La atención médica ha evolucionado a la par que la salud, aunque la salud ha determinado el tipo de atención médica; en el trato *médico - paciente* se manifiestan los avances científicos, las tendencias y cambios en los hábitos y costumbres, y se impone un tipo de atención médica, que hegemoniza esta relación, siendo más acorde con el desarrollo de la salud.

Los curanderos fueron substituidos por los médicos, y estos a su vez han tenido que especializar su conocimiento, ante la creciente

¹³ Catalina Eibenschutz. “Hegemonía y salud” en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, XXVII, 106 (Octubre - Diciembre 1981) p. 44.

ramificación de las enfermedades, el avance de la salud ha condicionado el cambio.

En nuestros días a pesar de los intentos de exclusión, subsisten aún diversos tipos de atención médica.

Modalidad.	Variante.
Tradicional.	Herbolaría.
	Naturista.
Alternativa.	Homeopatía.
	Acupuntura.
Privada.	Individual Especializada.
	Social Altruista.
Pública.	Individual y Social Especializada. ¹⁴

Los modelos público y privado son hegemónicos en nuestra sociedad, y es médicamente denominado como alopatía.

Toda propuesta relacionada con la cobertura de los servicios médicos debe, incluir en un esfuerzo común y coherente, a las

¹⁴ Cfr. Sobre las medicinas tradicional y alternativa a Eduardo L. Menéndez, "Medicina 'tradicional' y atención primaria. Un intento de aclaración" en Ignacio Almada Gay, Salud y crisis en México. Más textos para el debate, (México, D.F.:U.N.A.M., 1991) pp. 375-376. Dichas prácticas han sido revaloradas últimamente por "...ayudar a la extensión de cobertura, recuperación de prácticas eficaces respecto de determinados problemas, abaratamiento de costos, extensión del control epidemiológico, descargar parcialmente la crisis de financiamiento, legitimación ante los conjuntos sociales." Y sobre el tema del modelo médico el mismo autor considera tanto a la medicina privada como pública parte de un mismo tipo que denomina hegemónico, dichas modalidades han excluido las prácticas tradicional y alternativa, en base a una conceptualización biológica de la medicina. Véase del mismo autor Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autostención (gestión) en salud. (México, D.F.:Cuadernos de la Casa Chata No. 36, 1983) p.5 ss.

diversas modalidades de atención médica, buscando la mayor cobertura, abaratamiento en la atención y obtención de los servicios.

Resumiendo lo anterior, el concepto salud va ligado al grado de desarrollo de la sociedad, los cambios cualitativos que en ella se den se manifiestan en la atención médica, la cual es la interrelación entre el profesional de la salud (médico o curandero) con el paciente.

Considero a la correlación médico - paciente, uno de los aspectos más interesantes en el estudio del fenómeno de la salud. Aquí se pueden establecer criterios sobre el camino que seguirá el proceso sanitario en un futuro inmediato, por lo tanto he propuesto como siguiente paso comprender la disyuntiva entre dos corrientes dentro del modelo que denominamos hegemónico, tanto en el ámbito público, como privado y es del discernimiento médico, conocido como medicina individual y medicina social.

1.1 Medicina Social.

En primer termino podemos distinguir a la medicina individual de la social así. "La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos, y a la segunda como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad."¹⁵

La medicina individual esta íntimamente vinculada a la práctica médica que podemos considerar socialmente más común, y que Milton Terris define: "como la teoría y la práctica de la medicina en la que el horizonte se limita a la relación existente entre el paciente individual y el médico individual. En su forma clásica, todavía dominante en muchos países, el paciente es una persona enferma que solicita el tratamiento del médico, y éste es un profesionista, cuya función es diagnosticar y tratar la enfermedad del enfermo que pide sus servicios."¹⁶ Y agrega " El sistema de medicina individual tiende a considerar al paciente como una colección aislada de sistemas de órganos. En forma casi exclusiva, el tratamiento se reduce a sus modalidades biológicas tales como los medicamentos y la cirugía, y poca o ninguna atención se presta a los factores sociales

¹⁵ Milton Terris. *La revolución epidemiológica y la medicina social*, (3Ed.. México, D.F.: Siglo XXI, 1987) p. 63.

¹⁶ *Ibidem.*, p. 64.

que podrían ser los causantes de la enfermedad, o los obstáculos para la recuperación.”¹⁷

La medicina individual, se puede observar como manifestación de la concepción biologicista de la salud donde la enfermedad se entiende como la relación del ser humano, agente agresor (microbio), por lo que la atención más eficaz que éste puede recibir es la proveniente del profesional médico, pero como señalaba antes, el conocimiento médico no sólo se desarrolló dentro de la esfera natural de su discernimiento (con el florecimiento de mejores conocimientos para el combate de la enfermedad) sino hacía afuera, con la incorporación al estudio de la salud de otras disciplinas científicas, que propiciaron el advenimiento de diversas explicaciones de esta problemática.

En la conceptualización del término salud, ya se le acepta como la unión de diversos factores tanto biológicos como sociales. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la relación médico - paciente persiste el criterio (promovido por el profesional de la salud), de ver a la medicina como la administración de medicamentos, como un fenómeno que se da en seres aislados e inconexos, los cuales son tratados en forma particular y sin relacionarlos entre si y con su medio ambiente.

¹⁷ Ibid, p. 87.

“Se empezó a entender que el paradigma biológico individual de la enfermedad, si bien ha impulsado durante un largo tiempo los avances del pensamiento médico, esconde una parte importante de la naturaleza del proceso salud - enfermedad tal como se da en los grupos humanos, y se ha convertido en una traba para la generación del conocimiento nuevo. Así se planteó que las causas de la enfermedad debían buscarse no solamente en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica el huésped, el agente y el ambiente - sino en los procesos sociales; en la producción y la reproducción social, retomando así los planteamientos de la causalidad en los grupos humanos. No obstante, atrás del objeto empírico ‘enfermedad’ hay varios fenómenos diferentes. Hay un proceso material biológico y una interpretación del mismo, que, socialmente hablando, determinan si lo que se observa es ‘enfermedad’ o ‘salud’”.¹⁸

La tendencia prevaleciente en la Medicina Individual es:

- *Su actividad se efectúa en personas aisladas, por lo que no existe, por parte del médico, la posibilidad de detectar conexión entre enfermos y enfermedades, muchos padecimientos no son tomados en cuenta, sino hasta que se convierten en epidemias.*
- *La medicina individual fomenta la dependencia en la atención personal, ya que se vincula la idea de que sólo el cuidado profesional proporciona salud. Con el incremento de la población, la atención*

¹⁸ Asa Cristina Laurell. Prólogo al texto de Jaime Breihl Epidemiología, economía, medicina

médica se ha visto rebasado por la demanda, provocando con ello uno de los graves problemas de la actualidad, la inequidad en la cobertura de los servicios.

- *La medicina individual se inclina a la especificación de los males, las enfermedades parten de lo general, a lo particular, las especialidades son la alternativa para una atención más eficaz, sin embargo se presenta una paradoja, a mayor ramificación menor cobertura, son los menos los que gozan de los servicios más perfeccionados, lo que conlleva a otro dilema, el costo de los servicios médicos especializados se vuelve muy alto, y no repercute en un porcentaje considerable de la población.*

- *El médico bajo este enfoque no tiene una visión preventiva de la enfermedad. Predomina el concepto biomédico, que al fraccionar y analizar la enfermedad, pierde de vista el elemento social.*

La medicina social debe contribuir a la transformación de la organización de los servicios médicos, dándole a la medicina individual la posibilidad de redimensionar el problema en salud con la incorporación de los factores sociales en el manejo y diagnóstico de la enfermedad.

“La preocupación por el tratamiento no deberá referirse únicamente a la interrupción del proceso patológico, sino que también deberá incluir la rehabilitación del paciente al máximo nivel posible de su función social. Todavía de mayor importancia es la

necesidad de rebasar diagnósticos y tratamientos, para hacer de la prevención el principio fundamental de la atención de la salud del individuo.”¹⁹

El cambio que propone la Medicina Social, se puede resumir así:

MEDICINA SOCIAL.

1. Concibe al ser humano como parte de una sociedad, y no como un receptor - transmisor de enfermedades.²⁰
2. Procura la organización de los servicios médicos, buscando por una parte, movilizar todos los recursos sociales para mantener la salud, y por otra tratar siempre de prevenir el surgimiento de padecimientos.²¹
3. La relación médico - paciente se da en un marco de mayor equidad, dónde ambos actores son corresponsables de la salud. El médico socializa su conocimiento, y se vincula más con la sociedad en que labora, buscando las posibles causas y soluciones a los problemas de salud .²²
4. Promueva la participación interdisciplinaria en el desarrollo de propuesta a los problemas relacionados con la salud, incluyendo a las ciencias sociales, como ciencias del hombre.²³

¹⁹ Terris *ob cit.*, p. 79.

²⁰ *Ibidem.*, p. 67.

²¹ *Ibid.*, pp. 64-65.

²² *Loc. cit.*

²³ Cfr. Catalina Eibenschutz "Estrategia de salud para todos en el año 2000 y políticas alternativas". Ponencia presentada en el V Congreso Mundial de Medicina Social, p. 11. Y Asa Cristina Laureli "Proceso de producción y salud" (tesis de doctorado en sociología; México, D.F., F.C.P y S. U.N.A.M 1987) p.25.

5. Ha contribuido en el desarrollo de la medicina ocupacional, entendiendo al trabajo como parte del proceso de producción y reproducción social.²⁴

El desarrollo de la Medicina Social, especialmente en Latinoamérica no rebasa los 25 años²⁵, surgió como una respuesta crítica a la corriente sanitaria predominante, su radio de acción se ha centrado en el campo de la epidemiología, de la salud en el trabajo, y su relación con algunas de las Reformas Sanitarias²⁶. En nuestro país, es a partir de la segunda mitad de los años setenta, cuando se desarrolla de manera sistemática los estudios de medicina social, enfocados en la relación salud - trabajo, los temas han develado el carácter social de la enfermedad, y sus efectos en los diversos grupos sociales.²⁷

²⁴ "El pensamiento clásico de salud ocupacional entiende 'el trabajo' como un problema ambiental, dado que pone al trabajador en contacto con agentes químicos, físicos, biológicos y psicológicos que le causan accidentes o enfermedades. Esta conceptualización, claramente, reproduce la forma tradicional de la medicina que ve la enfermedad como un fenómeno biológico que ocurre en el individuo.

El gran mérito de los trabajadores de la salud ocupacional que intentan una innovación es que han demostrado que los riesgos ocupacionales no son independientes del funcionamiento de la industria capitalista, y que, por eso, la implementación de soluciones depende más de problemas de poder y capacidad reivindicativa que de problemas técnicos.

El trabajo, asimismo, generalmente se contemplan cuando las causas de la enfermedad se ven desde una perspectiva social. La manera más común de tratar el trabajo en este contexto es, por así decirlo, trasplantarlo del ámbito de la producción al ámbito del consumo." Véase, Asa Cristina Laurell. "Proceso de trabajo y salud" en Cuadernos Políticos, 17 (Julio - Septiembre 1978) pp.59-60.

²⁵ Eibenschutz "Estrategia de salud...ob. cit.

²⁶ Eibenschutz "Estado y política sanitaria. Aproximación teórico - metodológica" en Sonia Fleury Teixeira.(Coordinadora) Estado y políticas sociales en América Latina, (México, D.F.: U.A.M. -Xochimilco, 1992) pp. 52-53

²⁷ Laurell "Proceso de producción...., p. 28-30. "Estos estudios frecuentemente están realizados en coordinación con las organizaciones obreras. Las técnicas de investigación son muy variadas y van desde el análisis documental hasta las pruebas de laboratorio. Últimamente se ha intentado desarrollar formas investigativas que involucran activamente a los trabajadores en la generación del conocimiento. Dentro de este línea se han realizado estudios encaminados a conocer los patrones de desgaste y perfiles patológicos de obreros de la industria automotriz.

El aporte de esta corriente de pensamiento, ha sido precisamente vincular a la salud con la sociedad.

"El sistema de medicina social fundamentalmente representa una perspectiva diferente de la práctica médica, y no puede nutrirse ni florecer, si la sociedad y la medicina misma no aceptan esta perspectiva y actúan de acuerdo con ella. Esto exige, no sólo la reorganización de los servicios, sino también la reorientación de la profesión médica. Como los médicos acostumbrados a una práctica individual tienden a trabajar solos cuando se incorporan a un grupo, así también, los médicos que han ejercido en el sistema de la medicina individual, encuentran difícil cambiar la base de su trabajo para transformarla en medicina social."²⁸

2. Modelo Médico y Sociedad.

En las condiciones actuales en que se desarrolla el ser humano, sería difícil pensar el proceso salud - enfermedad, sin la colaboración del medio ambiente en que se desenvuelve.

petroleros, electricistas, jornaleros, obreros de la maquila eléctrico - electrónica y de alimentos y obreros azucareros.

Cada uno de estos estudios pretende enfocar aspectos específicos de la organización y división del trabajo, la base técnica y los objetos de trabajo en su relación con el desgaste. De esta manera se han elaborado problemas como el incremento en la productividad, el impacto del cambio tecnológico en los accidentes, los procesos laborales característicos de la conversión industrial..."

²⁸ Terris, ob cit., p. 70.

“El capitalismo con su modelo de industrialización (hacer del trabajador un ser que produzca más en el menor tiempo posible) y su modelo urbano (apilar seres humanos cerca de la industria, comunicados por automóviles contaminantes y desplazados por embotelladas arterias viales y destruidos paisajes ecológicos) genera la mayoría de las patologías actuales: males del aparato respiratorio, digestivo, cardiovascular, sistema nervioso.”²⁹

Las dos determinantes históricas fundamentales han sido, el dominio que la sociedad ha alcanzado sobre la naturaleza, y las relaciones sociales que se establecen entre sus miembros. Ambas circunscriben las condiciones en que las clases sociales se desenvuelven, y visto en el plano médico, ello se relaciona con la incidencia en que se presenta en el individuo la causa de la enfermedad y la muerte.

El papel del Estado ha sido crear un sistema de seguridad social enfocado primordialmente mantener sana la fuerza productiva y un sistema de sanidad pública que busca el control de las condiciones higiénicas de la población. Por su parte, la clase obrera a través de sus luchas reivindicativas ha pugnado por la extensión de los servicios de salud. En México, estos momentos se pueden ejemplificar así:

²⁹ Gómezjara, ob cit., p. 14.

En 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública que brindaba atención médica y social a la población, prevalecía el criterio de curar en vez de prevenir.

En 1943, se fusionan servicios de diversas dependencias y se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para la población en general, y el Instituto Mexicano del Seguro Social para obreros y empleados. Con estas acciones da inicio la medicina preventiva y la medicina del trabajo, con la incorporación de importantes contingentes de trabajadores, especialmente urbanos.³⁰

Ante estas instituciones, es bueno ir definiendo cuales son las principales causas de los problema que la sociedad enfrenta ante el modelo médico.

COBERTURA.

En nuestro país, la cobertura de los servicios médicos, va ligada a los principios de la Revolución Mexicana, de distribuir de manera más equitativa la riqueza nacional, y de ser un instrumento de justicia social. Las instituciones que se crearon, son producto de este movimiento. Los índices de protección varían de una institución a otra, así como de un sexenio a otro.³¹ Sin embargo, la falta de

³⁰ Víctor Soria y Guillermo Farfan. "El detenimiento del bienestar social y de la salud en México" en Esthela Gutiérrez Garza. Testimonios de la crisis. La crisis del Estado de Bienestar. II, (México, D.F.: Siglo XXI-U.N.A.M., 1988) pp. 150-183.

³¹ No existe un criterio uniforme para medir la cobertura de los servicios médicos, algunas instituciones utilizan el criterio de obtenerla en base al número de asegurados, al cual aplican un coeficiente (familiar), para tener el promedio. Otras, la calculan en relación al número de pacientes que acuden a consulta, o bien en base a la población que habita en el radio de acción de la clínica u hospital. Sin embargo, las estadísticas actuales difieren mucho de ser objetivas. Por citar un ejemplo, el sistema DIF (Desarrollo Integral de la Familia), cubría en 1982 a 4.5 millones de mexicanos, 6 años después (de crisis y recesión) este sistema abarcaba a 26 millones (¿?), pareciera que el estado ideal de México es el de la crisis. Datos similares se dan para el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud. Llegando al absurdo de contabilizar en 1988

protección permanente se calculan en aproximadamente 11.4 millones de personas.³² Además hay que considerar que la cobertura refleja una de las particularidades del sistema capitalista, las estructura clasistas de la asistencia médica. Una minoría pudiente es la que accede a los servicios de punta. El resto es cubierta por las instituciones públicas, que a su vez tienen diferencias, las del seguro social (IMSS - ISSSTE), la de población abierta (S.S.) y la atención marginal (IMSS Coplamar - Solidaridad). Asimismo, la esperanza de vida en México, esta condicionada por la clase social perteneciente.³³

ATENCIÓN.

Dentro de este modelo, la atención se centra en la relación médico - paciente, la cual presenta dos características últimamente. Aumento exponencial de la demanda de servicios, e incremento de

a 92 millones de mexicanos con servicios médicos (78 millones en servicios permanentes y 14.5 en no permanentes), cuando el censo de población registró para ese año a poco más de 82 millones de habitantes. Cfr. José Blanco Gil. Et. Al. *Política sanitaria mexicana en los ochenta*, (México, D.F.: Fin de Siglo, 1990) p. 13 ss.

³² Los índices de cobertura obedecen más bien a criterios políticos que médicos. En 1988 el VI informe consideraba a 2.4 millones de personas sin servicios médicos, en la actualidad el INEGI, considera que las personas en pobreza y marginación extrema son más de 17 millones, sin incluir a los millones de desempleados de fines de 1994, que perdieron los beneficios de la seguridad social. Sobre el tema de la cobertura Véase. Blanco ob. cit., pp. 20-25; Valdés ob. cit., p. 33 y Martha Palencia "La crisis económica y su repercusión en el sector salud" en *Ixtapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. XIX; 16, (Julio - Diciembre 1989) p. 133.

³³ Eduardo L. Menéndez. "Derechos Humanos a la Salud. Comentarios introductorios al problema" en *Segundo Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos*, pp. 6-7. Menéndez cita un estudio hecho en México en 1983, la diferencia de años de vida entre un burgués y un jornalero rural era de 13.7 años. Véase sobre el tema a Víctor Soria ob. cit., p. 202 y COPLAMAR *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*, (México, D.F.: Siglo XXI, 1983) p. 206.

los costos para la solución de enfermedades cada vez más complejas.³⁴

ENFERMEDAD.

El control de diversas patologías, a través de vacunas, medicinas y terapias, fue constante desde el siglo XIX, hasta mediados del presente siglo. Sin embargo, en los últimos 20 años, se han deteriorado las condiciones de vida, contándose ahora con un incremento de enfermedades infecto - contagiosas (muchas producto de la pobreza); y crónico - degenerativas (que supuestamente sustituyen a las anteriores en los esquemas de morbilidad).³⁵Tenemos padecimientos de países desarrollados, junto con males de una nación en vías de desarrollo.

Aunque, la incorporación de grandes masas en los beneficios de la atención médica, fue ampliamente legitimador para el Estado mexicano, las condiciones arriba descritas están generando situaciones socialmente cada vez más conflictivas. Por lo tanto, el

³⁴ Un médico del Seguro Social, atiende en promedio 6906.7 pacientes al año, lo que da 26.8 por día los 5 días hábiles de todo un año. Lo que permite dedicarle a cada paciente un promedio de 12 minutos, los manuales médicos señalan el tiempo óptimo de consulta en 35 minutos. Cfr. Silvia Lara Arrellano, *La política de salud en la modernización del Estado Mexicano (1900-1990)*, (tesina, de licenciatura en Ciencia Política, México, D.F., F.C.P. y S. U.N.A.M., 1994), p. 49. Con respecto a los recursos. "...Vemos que el porcentaje del PNB destinado a este rubro bajó en forma continua (1982-1992) hasta ser uno de los más bajos de América Latina, según datos recientes de la CEPAL.

La utilización de este presupuesto en el propio sector de salud a pesar de los 'importantes' y 'prioritarios' que pueden ser la educación y la prevención también refleja otra concepción de fondo en la que 70% del presupuesto se dirige a la atención curativa, sólo 6% a la preventiva y un magro 1% a la 'capacitación de la población'. Véase Benno de Koijzer "Participación popular en salud: Logros, retos y perspectivas" en Eduardo L. Menéndez, *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, (México, D.F.:U. de G. -CIESA, 1992) p. 240.

Modelo Médico, el papel de Estado y el sistema en que nos desenvolvemos, se muestran limitados, la imposibilidad de acceder a mejores estados de bienestar son producto de los mismos problemas generados por ellos.

Modelo Médico.

- Existe una relación muy estrecha entre el Modelo Médico (tanto en su modalidad pública, como privada) con la industria farmacéutica, que como tal, tratará de ofrecer los productos que genera como única alternativa eficaz para el tratamiento de las enfermedades.³⁶
- Predominan los criterios de productividad y rendimiento en el marco de la saturación de los sistemas de seguridad social.³⁷
- La práctica médica busca mantenerse ajena a las condiciones sociales, culturales y organizativas de la población a su cuidado, bajo este enfoque trata sólo individuos en abstracto.³⁸

El papel del Estado.

- El gasto enfocado a proyectos sociales, ha disminuido constantemente, el destinado a la salud no ha sido la excepción, lo que provoca una pauperización del actual sistema sanitario,

³⁵ Silvia Tamez González. "Modernidad productiva de los trabajadores en México" en *Estudios Políticos*, 10 (Abril - Junio 1994), pp. 132-133.

³⁶ "Como se ha señalado reiteradamente, el llamado Modelo Médico, centrado en el hospital y en terapéuticas tecnologicadas y farmacéuticas, impulsa el crecimiento de la industria de insumos médicos que, particularmente en las dos últimas décadas, observó una rápida expansión con la incorporación de la informática, la física aplicada y la biotecnología. Asimismo, la industria farmacéutica ha tenido una expansión considerable no tanto por las innovaciones científicas sino por su capacidad de reciclar viejos medicamentos en nuevas envolturas y combinaciones y proteger con prácticas monopolísticas sus patentes". V. Asa Cristina Laurell *El Impacto del Tratado de Libre Comercio en el Sector Salud*. (México, D.F.:Fundación Friedrich Ebert, 1992), pp. 8-9.

³⁷ Cfr. Eduardo L. Menéndez, *Hacia una práctica...* pp. 2-3. El autor señala las deficiencias del Modelo Médico, ante el problema del alcoholismo.

dándole al enfermo sólo las alternativas de recibir una atención precaria y deficiente en el sistema público o altamente costosa en el privado.

Sistema capitalista

- La enfermedad ataca diferencialmente a las clases sociales, se presenta con mayor incidencia en las más desfavorecidas, ya que el proceso salud - enfermedad une al hombre con el aparato productivo.³⁹Tanto el desempleo, como la sobre explotación del trabajador inciden en su estado de salud. No son sólo los accidentes de trabajo, una patología del mismo, sino el estrés social, las alteraciones al aparato nervioso y las adicciones, que en los estudios de la medicina social se ha visto que tienen relación con el proceso de producción y reproducción social.

La respuesta que interesa a esta investigación, es precisamente, la que proporciona el Estado, a través de la Salud Pública.

³⁸ Cfr. Mario Timio *Clases sociales y enfermedad*, (México, D.F.:Nueva Imagen, 1979), p.27 ss. y Ortiz Quezada *ob. cit.*, p. 45.

³⁹ Asa Cristina Laureli "La política de salud en los ochenta" en *Cuadernos Políticos*, 23 (Enero - Marzo 1980) pp. 90-93.

2.1 Salud Pública.

“La salud pública es la ciencia y el arte de 1. Impedir las enfermedades 2. Prolongar la vida y 3. Fomentar la salud y la eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la sociedad. Para 1. El saneamiento del medio 2. El control de las infecciones transmisibles 3. La educación de los individuos en higiene personal 4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades 5. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.”⁴⁰

En el marco de la salud pública o salubridad, se presenta el debate entre cual deberá ser el papel del Estado en el manejo del proceso salud - enfermedad en sociedad. Por una parte se reconoce que el desarrollo de la seguridad social, permitió darle al Estado justificación ante la clase obrera, mejorando el nivel de vida de importantes capas de trabajadores, especialmente urbanos⁴¹. Sin embargo, estas mejoras a la larga irían derivando en dos dilemas a

⁴⁰ Leopoldo Vega-Franco y Héctor García-Manzanedo, *Bases esenciales de la salud pública*, (3Ed. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1980), p. 6.

⁴¹ “Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado requieren, por razones contradictorias y complementarias, de una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia, es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra. Tanto el movimiento obrero como el Estado, o para ser más correctos algunos sectores de la clase dominante, plantean la necesidad de una

resolver por los sistemas de salubridad y seguridad social en el mundo. Por una parte, *la enfermedad, producto del modo de producción gestando la relación salud - trabajo, como parte fundamental del debate sanitario actual.*

“El modo como se relaciona el hombre con su medio ambiente y con su sociedad es lo que determina el proceso salud - enfermedad. Por lo tanto, la mejoría de este proceso habrá de implicar una búsqueda de alivio en esta relación, lo que vale decir que si se reconoce que un modo de producir, una estructura socioeconómica, son productores de enfermedades, la acción sanitaria, en el amplio sentido del término, deberá dirigirse a modificar ese modo de producción, esa organización socioeconómica, puesto que las diferencias entre las expectativas de vida en el mundo, entre países desarrollados y no desarrollados, se explican con base en la higiene y el bienestar social.”⁴²

Y por otra, *la salud como corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad*, que demanda un cambio de actitud del modelo médico hacia uno que atiende el problema sanitario desde un enfoque más integral.

⁴² ‘medicina pública’ que se haga cargo eficientemente de las funciones que no cumple el profesional privado’. Véase Eduardo L. Monédez Hacia una práctica médica..., p. 8.

⁴² Ortiz Quezada, ob. cit., p. 31.

“Los problemas de salud pública, nuevos o antiguos, son esencialmente sociales y no se pueden solucionar más que en términos de un sistema social. La tarea de los responsables de la salud pública consiste en convencer a la sociedad de su obligación de tomar las medidas sociales adecuadas, gubernamentales o de otro tipo, para solucionar los problemas específicos de salud y participar en la implementación del sistema. Eliminar la necesidad de desarrollar sistemas sociales efectivos de salud, para concentrarse únicamente en los problemas de comportamiento individual, es no sólo una simplificación, sino una evasión de las responsabilidades que impone la salud pública.”⁴³

En el primer caso, el Estado es el principal sustentador del medio de producción predominante en nuestra sociedad, y si tomamos en cuenta que el modo en que el individuo se inserte en el aparato productivo, (el trabajo, como la relación más directa que el ser humano tiene con la naturaleza), determinará en buena medida su nivel de salud. Por lo tanto, la búsqueda de soluciones, al problema sanitario, será sin afectar la estructura social existente.

En la siguiente instancia, el Estado necesita de la participación social, para la superación de determinados problemas en salud, sin embargo, el modelo médico en que esta asentado, no reconoce el involucramiento de otros conjuntos sociales.

⁴³ Terns, ob. cit., p. 72.

Es la salud pública el espejo en donde se reflejan todos los problemas y contradicciones sociales, considerando al proceso salud - enfermedad como parte de la relación del hombre con las características socioeconómicas en las que se desenvuelve.

Por lo tanto, los periodos de crisis económica, con su disminución de la planta productiva, la caída del poder adquisitivo de los trabajadores, y la falta de oportunidades para los jóvenes que buscan incorporarse al mercado laboral, inciden de muchas formas en el surgimiento de padecimientos y males. Además, es importante considerar que las sociedades modernas se encuentran incapacitadas de brindar alternativas radicales ya que los factores que inciden en el surgimiento de enfermedades son producto del mismo desarrollo de estas entidades. "...la clase dominante incurriría en contradicciones aún peores tratando de implementar una práctica consecuente con el planteamiento de la causalidad social,(de la enfermedad) ya que tendría que partir de que la patología se genera en la organización de la sociedad."⁴⁴

En el siglo pasado, y parte de este, el desarrollo de la ciencia aplicada a los problemas sanitarios, contribuyó de manera importante al combate de las enfermedades, la participación social en salud no era activa, ya que los alcances del conocimiento médico permitían que los profesionales de la salud resolvieran los problemas de

⁴⁴ Laurell, Prólogo al texto de Jaime Breihl. *Epidemiología económica*...p. 18.

salubridad pública, sin embargo en la actualidad ya no se puede pensar que el desarrollo del conocimiento médico pueda por sí sólo, mejorar las condiciones de vida de la sociedad. Tomando en cuenta que muchas enfermedades hoy en día no tengan cura por medio de medicamentos convencionales (SIDA, alcoholismo, tabaquismo, entre otros). "Las repercusiones que pudieran tener nuevos avances de la ciencia para cambiar las condiciones colectivas de salud son muy limitadas ya que las principales causas de la enfermedad y muerte son problemas que no presentan incógnitas a la medicina. La desnutrición, las infecciones intestinales, la pulmonía, el homicidio y los accidentes son todos padecimientos de etiología conocida. Además, aun cuando hubiera avances en el entendimiento de enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer, en lo que es hoy la patología emergente, sabemos que la utilidad práctica de los nuevos conocimientos está dada por las limitaciones que impone la estructura socioeconómica y política a su aplicación."⁴⁵

Ante las siguientes expresiones. Salud y el Combate a las enfermedades tenemos:

- La salud, como producto de la causalidad social, y el Estado como soporte y organizador de dicho génesis, será incapaz de detener

⁴⁵ Laureil, "La política de salud en los ..." p. 90. Véase sobre el tema a Menéndez "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitaria mexicano, Crisis y reorientación neoconservadora" en Ignacio Almada Bay (Coordinador), Salud y crisis en México, Textos para un debate, (México, D.F.: Siglo XXI, 1990), p. 221. "... Si bien con la tecnología médica actual son curables y abatibles la mayoría de las principales causas de mortalidad dominantes en nuestros países, la aplicación de dicha tecnología opera sólo en forma limitada. Técnicas como las de la rehidratación oral se han convertido en medios idóneos de acción masiva reciente, cuando ésta como otras técnicas simples son de antiguo conocimiento dentro de la práctica médica."

los males, que son parte del modelo de desarrollo por él promovido.

- El combate a las enfermedades, desde las perspectivas de la atención médica individualizada, y el avance científico como una alternativa de lograr la salud, se encuentran en crisis, ya que se requiere de una acción complementaria, que involucre tanto a la sociedad en el proceso de planeación, y a las diversas disciplinas científicas, como las ciencias sociales, que pueden contribuir, ya sea en el análisis del contexto socioeconómico y político del problema sanitario, así como en la integración de fundamentos teóricos y metodológicos para comprender el proceso salud - enfermedad y su correspondencia social.

Sintetizando las acciones de la Salud Pública se resumen así:

“Estas particularidades determinan que los campos de acción de la salud pública dependan de las circunstancias epidemiológicas prevalentes; saneamiento del ambiente, la educación higiénica y las medidas de protección específica y de prevención de las enfermedades transmisibles tienen primacía entre las actividades de salud que se desarrollan en países en los que estas entidades adquieren relevancia.

...Las acciones de salud pública (están) en dos amplios campos

a) Los relacionados con los problemas ambientales y b) los que competen al mercadeo de servicios de salud. A su vez establece siete tipos de actividades

- 1: Las que se organizan sobre bases comunales.
2. Las destinadas a prevenir las enfermedades.
3. Las relacionadas con la atención médica.
4. Las que permiten la recolección y análisis de los registros de vida.
5. Las realizadas para la educación higiénica.
6. Las de planeación en materia de salud, y
7. Las de investigación: científica, técnica y administrativa.”⁴⁶

La salud pública busca dotar de igualdad a los individuos en sociedad, su acción es redistribuir el ingreso asegurando niveles básicos de atención, para ello trata de legitimar, y consolidar la paz social. ⁴⁷Su instrumento es la normatividad jurídica, la cual analizare a continuación.

3. Marco jurídico de la protección a la Salud.

Más que centrarme en un recuento de normas jurídicas y leyes en materia de salud, pretendo incorporar al trabajo las siguientes preguntas ¿Es posible asegurar normativamente la salud de un ser humano?; ¿Si la salud es un derecho, que tipo de derecho es?, y ¿Hasta donde los derechos pueden darle igualdad (en el plano jurídico) al ser humano?.

⁴⁶ Leopoldo Vega-Franco y Héctor García-Manzanedo., ob. cit., pp.9-10.

En respuesta a la primer pregunta es desde cualquier punto de vista imposible garantizar la salud de las personas ya que la salud/enfermedad es parte de un proceso que involucra la relación del hombre con la naturaleza, a través del trabajo, sin embargo, la multicausalidad que mencionábamos anteriormente, causante del surgimiento de enfermedades es parte del mismo desarrollo de las fuerzas productivas, ello hace necesaria una protección básica que garantice niveles dignos de salud, para eso se requiere la intervención deliberada del Estado, que debe distribuir la riqueza social a través de instituciones de bienestar ya que son indispensables una gran cantidad de recursos humanos (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, laboratoristas); materiales (hospitales, clínicas, laboratorios) e insumos (medicinas) que no pueden ser pagados por todos los ciudadanos. Por lo tanto, la protección a la salud si puede ser garantizada a la sociedad, por el Estado y el derecho a ese goce esta fundamentado en la consideración de que el Estado es corresponsable en la generación del proceso salud/enfermedad, pero también es el administrador de la riqueza social, por lo que su papel de proteger jurídicamente la salud de la sociedad es aceptado por la gran mayoría de legislaciones, tanto en México, como en el mundo.

Es por eso que se ha buscado en mayor o menor medida reconocer a la salud como un Derecho, en respuesta a la segunda

⁴⁷ Cfr. Eibenschutz. "La política sanitaria del Estado Mexicano en los ochenta" en José Blanco Gil Et al. *Política sanitaria mexicana* . pp. 10 ss.

pregunta podemos ver el derecho a la protección de la salud desde dos puntos de vista, uno a partir de la seguridad social como parte de una reivindicación social, es pertinente recordar, que los primeros beneficiados con la extensión del saber médico fueron precisamente los obreros de ramas industriales de punta,⁴⁸ incorporando a otros sectores sociales y ramificando las prestaciones por motivos de salud con el paso del tiempo. Es por eso que el sentido del Derecho a la salud va ligado a la razón de entender al hombre como recurso del capital y no como lo que es, un ser humano. Es por eso que la salud también puede ser vista como el derecho ciudadano a estar amparado sin necesidad de estar integrados formalmente en los procesos de trabajo, y seguridad social. En base a la legislación mexicana, que se estudiará más adelante, la salud está contemplada por una parte en el Artículo 4º, como un derecho individual de todos los mexicanos y como parte de la seguridad social en el Artículo 123º. Dando pauta a entenderlos como "...artículos (que) constituyen los lineamientos básicos constitucionales para la política de salud y con ellos queda definido que la atención a la salud es una responsabilidad pública."⁴⁹

La tercera pregunta, sobre la igualdad, debe estar relacionada a la existencia de clases sociales en la sociedad contemporánea; esta estratificación conlleva, tanto en el campo de la medicina, como

⁴⁸ "Los servicios de salud para trabajadores organizados comenzaron en la época cardenista: en 1935 para los petroleros y en 1936 para los ferrocarrileros, aun cuando se carece de cifras de personas cubiertas para esos años. Cuando se inició el IMSS en 1944, contaba con 355 mil derechohabientes y el 1948 con 631 mil." Véase Soria ob. cit. p. 185.

⁴⁹ Laurell. El impacto del Tratado de Libre Comercio en ..., p.11.

de muchos otros, la atención diferencial con la que el ser humano puede gozar, o no de una atención digna para la solución de diversos problemas, uno de los objetivos del Estado es darle igualdad jurídica a los ciudadanos, aunque no es secreto ver a diario que esa igualdad se rompe en una sociedad como la nuestra con profundas desigualdades en todos los ordenes, aunque es muy importante valorar que en base al precepto legal, la sociedad puede luchar por hacer valedero su derecho tanto a la protección a la salud como a otras conquistas sociales, aquí la oportunidad se presenta en la organización social que contribuya a crear conciencia en la sociedad misma para la defensa de sus derechos y le permita ser participe de la planeación, organización y evaluación de las políticas sociales logrando "...el desarrollo de formas cogestionarias en la administración de las prestaciones y servicios de bienestar en todos los niveles, tales como la salud, la educación y la vivienda. Si ampliamos la noción de bienestar, la cogestión se extendería a todos los programas locales de servicios urbanos y de infraestructura que repercuten sobre la calidad de vida de la comunidad"⁵⁰.

La cuestión sería ahora dónde encuadrar el sentido de este Derecho, como parte de los derechos universales y ciudadanos consagrados por casi todas las constituciones del mundo, o como un derecho adquirido de manera temporal (la temporalidad entendida

⁵⁰ Soria. "La Crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el periodo 1971-1985" en Esthela Gutiérrez Garza. *Testimonios de la crisis. Los saldos del sexenio 1982-1988* 4. (México, D.F.: Siglo XXI, 1990) p. 175.

como periodo de trabajo activo del individuo)⁵¹, para ilustrar esto pongo a consideración esta situación.

- Un trabajador asegurado, al perder su empleo pierde el derecho de su seguro, y se incorpora al sistema de salubridad, si por motivos de su trabajo adquiere una enfermedad que demande cirugía en uno o dos años, difícilmente el nivel de atención del sistema de salud pública le permitirá tener la atención adecuada por su nivel de saturación y por carecer de elementos, estrictamente médicos, de evaluación de un mal que se presentará en un futuro inmediato, pero que se relaciona con una actividad desempeñada por el trabajador en un marco que el profesional de la salud no reconocerá. El individuo no perdió su derecho a estar protegido, paso de un sistema de seguridad social a uno de salubridad, lo que si perdió fue la posibilidad de obtener el mejor servicio posible, y los riesgos de enfermar y morir aumentan; es por lo tanto aquí donde se pierde el juicio primario de la atención médica, que es el preservar la vida, aunque el sentido estricto del derecho quede inmaculado.

⁵¹ *Ibidem.*

3.1 Normatividad en México.

Sustento jurídico del Derecho a la Protección a la Salud en México.

Artículos 4º, 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Ley del Instituto de Servicios de Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE).

Ley del Seguro Social.

Bases de la acción del Estado en relación a la política de salud.

Plan Nacional de Desarrollo.

Programa Nacional de Salud.

Reformas y adiciones a las Leyes y Reglamentos ya existentes.

Decretos y Acuerdos presidenciales; así como los acuerdos del Secretario del ramo.

Se presta a confusiones el considerar como parte de un mismo esquema los componentes del sustento jurídico, con las bases de ejercicio de la política, las primeras son el fundamento de la acción del Estado, y las segundas son parte de las condiciones concretas que afrontará, si bien las segundas deben ser correspondientes a los postulados de las primeras, en la práctica se puede prestar a interpretaciones diversas y dar o no cumplimiento cabal a lo establecido en base a derecho.

Con la idea de profundizar primero en las normas jurídicas, y después en las bases de acción, destacaré los aspectos y alcances de cada una de ellas.

Artículo 4º constitucional.

En el entendido de que la salud es un derecho social, consagrado por la Constitución, establezco una comparación con otro derecho considerado de igual o mayor importancia y es el derecho a la educación.

Artículo 4º.²⁴

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

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.

²⁴ México, Leyes, estatutos, etc., "Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos" *Diario Oficial* (México, D.F.), 3 de febrero de 1983. Sobre el tema Véase Miguel de la Madrid Hurtado y otros. *La descentralización de los servicios de salud: El caso de México*, (México, D.F.: M.A. Porrúa, 1988) p. 251; Jesús Kumate Rodríguez. *Salud para todos ¿Utopía o realidad?*, (México, D.F.: El Colegio Nacional, 1989) pp. 60-61; Horacio García Romero. "Derechos Humanos y protección de la salud" en *JAP*, III; 10, (Marzo - Abril 1995) p.30 y Cusuhémoc Valdés ob. cit., p. 53.

Recordando que la educación en nuestro país es laica, nacionalista, democrática y obligatoria y además será gratuita la proporcionada por el Estado, (entendido éste como el poder político de México estructurado jurídicamente y que integran la federación, y las 31 entidades libres y soberanas). La gran limitación del artículo 4º con respecto al 3º es que no reconoce la práctica privada de la medicina, por lo que no se establece si es concesión del Estado o no.

El debate en torno a la educación en el siglo pasado, y parte del presente estuvo centrado en torno a mantener ajena a cualquier doctrina religiosa, defendiendo la científicidad de la misma. La salud siguió un camino semejante. La educación también pugñó por ser el puente entre los hombres y los beneficios del desarrollo económico, político, social y cultural, a través de la democracia. El sentido de la protección a la salud es el mismo.⁵³ Sin embargo, la salud se maneja en dos dimensiones en nuestra Constitución, como prerrogativa del individuo en este artículo, y como derecho social en el artículo 123.

El marco de la reforma al artículo 4º constitucional, fue el de la administración de Miguel de la Madrid (1982-1988), como presidente y del Dr. Guillermo Soberón Acevedo como secretario de salud, que contempló el campo sanitario un vasto programa de reformas de leyes y reglamentos.⁵⁴ Desgraciadamente todo este esfuerzo se quedó en el papel, ya que el sexenio de referencia estuvo enmarcado

⁵³ Sobre el tema de la educación véase María Paloma Hernández Oliva, "La Filosofía Educativa del Artículo 3º". (tesis de licenciatura en filosofía, México, D.F.: F.F. y L.; U.N.A.M. 1990).

en una profunda crisis económica, además como se verá más adelante algunos indicadores básicos (gasto en salud, cobertura de servicios y niveles de mortandad por enfermedades previsibles), no mejoraron para la población, sino que por el contrario, profundizaron la crisis del modelo médico ya existente.⁵⁵

Ley General de Salud.

Como corolario a la reforma al 4º constitucional se promulgó la Ley General de Salud.⁵⁶

LEY GENERAL DE SALUD.	
TITULO.	TEMA.
PRIMERO.	DISPOSICIONES GENERALES.
SEGUNDO.	SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
TERCERO.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
CUARTO.	RECURSOS HUMANOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.
QUINTO.	INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.
SEXTO.	INFORMACIÓN PARA LA SALUD.
SÉPTIMO.	PROMOCIÓN DE LA SALUD.
OCTAVO.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES.
NOVENO.	ASISTENCIA SOCIAL.
DÉCIMO.	ACCIÓN EXTRAORDINARIA.
DÉCIMO PRIMERO.	PROGRAMAS CONTRA LAS ADICCIONES.

⁵⁴ Cfr. Valdés ob. cit. pp. 21 ss. Y Guillermo Soberón Acevedo *Derecho constitucional a la protección de la Salud*, (México, D.F.: M.A. Porrúa, 1983) p. 171.

⁵⁵ Cfr. opiniones en favor de las reformas de 1983 tenemos a Soberón "La descentralización de los servicios de salud" en Miguel de la Madrid ob. cit. de el mismo autor; "El cambio estructural en salud" en *Salud Pública de México*, XXIX; 2, (Marzo - Abril 1987) pp. 145-147. y Víctor Martínez Bullé-Goyri, "El derecho a la salud como un derecho humano" en Comisión Nacional de Derechos Humanos C.N.D.H. Seminario Salud y Derechos Humanos, (México, D.F.: C.N.D.H., 1991) p. 45. En contra Víctor Soría "La crisis de la protección social..." p. 159.

⁵⁶ México, Leyes, estatutos, etc., "Ley General de Salud," *Diario Oficial* (México, D.F.): 7 de febrero de 1984) pp. 6 ss.

DÉCIMO SEGUNDO.
 DÉCIMO TERCERO.
 DÉCIMO CUARTO.
 DÉCIMO QUINTO.
 DÉCIMO SEXTO.
 DÉCIMO SÉPTIMO.
 DÉCIMO OCTAVO.

CONTROL SANITARIO DE SERES HUMANOS.
 PUBLICIDAD.
 CONTROL SANITARIO DE SERES HUMANOS.
 SANIDAD INTERNACIONAL.
 AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS.
 VIGILANCIA SANITARIA.
 MEDIDAS DE SEGURIDAD, SANCIONES Y
 DELITOS.

Se ha dicho, inclusive por el mismo promotor de las reformas de 1983, Dr. Soberón,⁵⁷ que el espíritu de las mismas fue adecuar a las leyes mexicanas, a las propuestas hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), después de la Declaración de Alma Ata de 1978, en donde se contempló incorporar una estrategia denominada *Atención Primaria a la Salud*.⁵⁸

La elección de esta investigación es conocer el impacto de una línea de acción de dicha estrategia que es la *Participación Social en Salud*. Después de hacer un breve análisis por la Ley citada no veo que exista una concordancia entre lo propuesto en Alma Ata y las reformas de 1983, por citar un ejemplo el título séptimo de promoción de la salud, se contemplan lo relacionado a: educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y salud ocupacional, pero únicamente en la coordinación de competencia entre las secretarías de salud, educación, ecología,

⁵⁷ Véase Guillermo Soberón, Jesús Kumate y José Laguna. *La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural*. I (México, D.F.: F.C.E., 1988)

⁵⁸ El tema de la Declaración de Alma Ata y las propuestas de la Atención Primaria a la Salud se verán en lo particular en el capítulo III, de esta investigación.

comercio y trabajo, no se toma en cuenta participación alguna de la sociedad.

En el título noveno de asistencia social, se le concede figura jurídica a las actividades asistenciales, cuando el sentido de Alma Ata es, apoyar la participación de la comunidad para la promoción de acciones encaminadas a superar rezagos que afectan su modo de vida, y atenden contra la salud del individuo, el objetivo es interpretar a la salud en un contexto integral. Es necesario entender que la palabra clave deberá ser en el ámbito de salud la **promoción** en vez de la **asistencia**.

"...no encontramos (en la Ley General de Salud) que la participación propuesta trascienda los límites de la ejecución de ciertas tareas; en ninguna parte se menciona la participación en la planificación o evaluación de los programas, ni mucho menos en la toma de decisiones. Tampoco se aclara la manera en que la población puede tener acceso orgánico al manejo de los recursos y decisiones que la afectan, ni se mencionan formas organizativas concretas de participación. ¿Cómo se puede, entonces, participar organizadamente y expresar la voluntad popular en todos los niveles? Vemos, pues, que lo que se hace es repartir responsabilidades, pero no se permite tener acceso al poder.

La participación en el terreno de la atención médica (en la cual, como dijimos, la población a nivel familiar y local ya realiza intervenciones desde antes de que existiese la SSA) se limita a: a) 'hacer un uso adecuado de los servicios de salud, una vez recibida la información pertinente' (suponemos que la población actualmente hace un uso inadecuado de los servicios por carecer de tal información); b) 'conocer la ubicación de las unidades de salud a la que debe acudir en razón de su domicilio, así como el módulo, consultorio y equipo de salud que la atiende'.

Eso es todo. Participar es consumir adecuadamente los servicios, poner en manos del médico hasta el menor problema de salud. En el campo materno - infantil, quizás corramos mejor suerte. En este terreno, participar es: a) 'asistir a las pláticas que sobre estos temas organice el equipo de salud; b) que la madre realice correctamente la lactancia, el destete y la ablactación.'⁵⁹

Las leyes del Seguro Social y del ISSSTE⁶⁰, se enmarcan dentro de las normas de seguridad social, La Ley del Seguro contempla la protección de 1. Riesgos de trabajo. 2. Enfermedad y

⁵⁹ Keijzer, ob. cit., p. 236.

⁶⁰ México, Leyes, estatutos, etc., "Ley del Seguro Social", *Diario Oficial* (México, D.F.: 12 de marzo de 1973); "Reforma al artículo 252 de la Ley del Seguro Social", *Diario Oficial*, (México, D.F.: 30 de diciembre de 1982), y "Ley del ISSSTE" *Diario Oficial*, (México, D.F.: 27 de diciembre de 1983). No se contemplan las reformas hechas a la Ley del Seguro Social de 1986 por estar fuera de la temporalidad de la investigación.

maternidad. 3. Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
4. Guardería para hijos de aseguradas.⁶¹

La Ley del ISSSTE, incorpora las prestaciones anteriores, agregando además: Prestamos hipotecarios y a corto plazo; servicios turísticos, promociones culturales, servicios funerarios.⁶²

Se considera dentro del sistema de seguridad social, los servicios que presta el DIF, y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).⁶³

Lo relacionado con las bases de acción en las que se sostiene la política en salud de la administración objeto de estudio (1988-1994), se analizarán en lo particular en el siguiente capítulo.

3.2 Normatividad Internacional.

NORMAS INTERNACIONALES ASUMIDAS POR MÉXICO.⁶⁴

Declaración Universal de Derechos Humanos. Agosto de 1945.

Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la **seguridad social**, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los

⁶¹ Luis Ponce de León. "Las prestaciones sociales y los Derechos Humanos" en C.N.D.H. **Derechos Humanos y seguridad social en América**, (México, D.F.:C.N.D.H. - I.M.S.S., 1992) pp. 272-274.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ México, Leyes, estatutos "Reglamento Interior del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia", *Diario Oficial*, (México, D.F.: 19 de mayo de 1983). Sobre el ISSFAM Véase Ponce de León *ob. cit.* p. 274.

⁶⁴ Jesús Rodríguez y Rodríguez, **Instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos**. O.N.U. - O.E.A., (México, D.F.:C.N.D.H., 1994) 2 vols. pp.30-41; 1071-1079 y1109-1121. Y Elisabeth Reimann **Derechos humanos: Ficción y realidad**, (Madrid, España: Akal, 1980) pp. 333 ss.Las negritas son mías.

derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25. (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

(2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonios o fuera de matrimonios tienen derecho a igual protección social.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Mayo de 1948.

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel de que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Artículo XVI. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proviene de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilidad física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

Artículo XXXV. Toda persona tiene el deber de cooperar con el Estado y con la comunidad en la asistencia y seguridad sociales de acuerdo con sus posibilidades y con las circunstancias.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dic.1966.

Entrada en vigor para México. 23 de junio de 1981.

Artículo 9. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

Artículo 12. 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

- b) El mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

**Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en
Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San
Salvador". Noviembre de 1988.**

Artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole.
- e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud;
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

El reconocimiento de la salud como un derecho social fue un paso importante para la extensión en la cobertura de los beneficios de la medicina en la sociedad moderna, la necesidad de estos días es considerarla parte de los derechos humanos, para así tener el mismo rigor en su observancia que los demás derechos del hombre.

“Los derechos humanos como corriente de pensamiento y aspiración de toda la humanidad sobre su vigencia, constituyen una respuesta clara y precisa ante las deficiencias de los diferentes sistemas jurídicos que operan en el mundo, los cuales no han sido capaces para garantizar la observancia de los derechos fundamentales del hombre.”⁶⁵

El camino que han seguido los derechos humanos en el siglo XX, ha estado vinculado a la lucha de las sociedades contra las dictaduras y los regímenes totalitarios, la defensa de las normas inalienables e imprescriptibles del hombre cobra actualidad cuando alguna de estas leyes se ve amenazada. Y como ha sucedido con la salud, que ha dejado de ser un asunto propio del médico, los derechos humanos, no son sólo un tema exclusivo de la ciencia legal, sino parte de la esfera cotidiana de la vida.

La discusión en torno a los derechos humanos en la actualidad se establece en dos sentidos. Por una parte, la consideración que hacen algunos teóricos de pensarlos únicamente, como participe de lo establecido en el ámbito de las garantías individuales, basado esto en el pensamiento liberal clásico. Ante ello la tarea principal debe ser el aceptar en un sentido amplio la existencia de derechos del hombre, abarcando todas las áreas del quehacer público. El advenimiento de movimientos sociales en el presente siglo demandó

⁶⁵ Luis Ponce de León ob. cit., p. 268.

a las legislaciones de los países observar como derechos intransferibles, normas que abarcan una acción menos neutral y más decisiva por parte del Estado, y que involucran por igual a toda la colectividad.

Por otro lado, es precisamente la organización de la sociedad, la que debe pugnar por el cumplimiento y defensa de esos derechos, sin distinción, lo que en estos días realza la importancia del tema.

Para el estudio de estas leyes, se agrupan de manera cronológica como se han incorporado a las legislaciones del mundo, por lo que suele clasificarse de acuerdo a su 'generación'

DERECHOS HUMANOS.⁶⁶
DE PRIMERA GENERACIÓN.

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS.

- A la vida.
- A la integridad física y moral.
- A la libertad personal.
- A la seguridad personal.
- A la igualdad ante la ley.
- A la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
- A la libertad de opinión y expresión.
- A la resistencia e inviolabilidad del domicilio, libertad de movimiento y de libre tránsito.
- A la justicia.
- A una nacionalidad.
- A contraer matrimonio y fundar una familia.
- A participar en la dirección de asuntos políticos.
- A poder elegir y ser elegido a cargos públicos.
- A formar un partido o afiliarse a uno.
- A participar en elecciones democráticas.

⁶⁶ Sobre las generaciones de Derechos Humanos Véase. Ponce de León, p. 267; García, pp. 28-29 y Martínez Bullé-Goyri, p. 46.

DE SEGUNDA GENERACIÓN.**ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.****Económicos.**

A la propiedad individual y colectiva.

A la seguridad económica.

Sociales.

A la alimentación.

Al trabajo (a un salario justo y equitativo, al descanso, a sindicalizarse, a la huelga).

A la seguridad jurídica social.

A la salud.

A la vivienda.

A la educación.

Culturales.

A participar en la vida cultural del país.

A gozar de los beneficios de la ciencia.

A la investigación científica, literaria y artística.

DE TERCERA GENERACIÓN.**DERECHOS DE SOLIDARIDAD.**

A la paz.

Al desarrollo económico.

A la autodeterminación (política, económica e ideológica).

A un ambiente sano.

A beneficiarse del patrimonio común de la humanidad.

A la solidaridad.

Los derechos de primera generación fueron la respuesta social ante las monarquías absolutas de los siglos XVII y XVIII. Los documentos clásicos que recopilan estos preceptos son: Las Declaraciones de Independencia de Norteamérica y de los derechos del hombre y el ciudadano de Francia. "De hecho, el reconocimiento de estos derechos constituye un triunfo del liberalismo y del individualismo."⁶⁷

Los derechos de segunda generación, se dividen en económicos, sociales y culturales, los sociales son aceptados primeramente en las Constituciones de México (1917) y de Alemania (1919); los económicos y culturales por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. "Los derechos sociales, económicos y culturales requieren del apoyo del Estado y están limitados por su capacidad financiera, que incluye la colaboración de otros países. Por la relevancia que tienen en el bienestar público, se acepta que su cumplimiento debe constituir la meta fundamental de todo gobierno."⁶⁸

Los de tercera generación se están acuñando ante los problemas más inmediatos, su ámbito de competencia requiere del esfuerzo conjunto de los gobiernos y sus respectivas sociedades. "Estos derechos requieren acuerdos y convenios de buena fe entre las naciones del mundo, los que se realizan continuamente por las

⁶⁷ García, p. 29.

⁶⁸ *Ibid.*

instituciones internacionales, que intentan obligar a los países ricos a brindar su apoyo a los que no han logrado su desarrollo"⁶⁹

Un legado en la existencia de la medicina exclusivamente curativa, fue precisamente concebirla legalmente como un bien privado, en nuestro país la salud estuvo acorde con los cambios propuestos por los caudillos liberales, del siglo XIX, ante las propuestas regresivas de los conservadores y el clero.⁷⁰

La legislación a la protección de la salud, como derecho humano, de segunda generación y en el marco de las prestaciones sociales, avanzó con las conquistas de la clase obrera, sin embargo hoy día persisten dos criterios que limitan su cumplimiento.

1. La consideración que hace el Estado de proporcionar este derecho en la medida de sus posibilidades, estableciéndolo como una prerrogativa de carácter progresivo, lo que conlleva al no cumplimiento de la Ley. Además, se carece de manera establecida, de las correspondientes obligaciones sociales y públicas, en materia de planeación, organización y programación de acciones, quedando al libre albedrío del Estado, asuntos que competen activamente a la sociedad.

⁶⁹ Loc. cit

⁷⁰ "La institucionalidad de la política sanitaria en este periodo es el resultado de la constitución de un Estado Nacional fuerte, apoyado en el desarrollo incipiente del capitalismo que coexistió con formas casi feudales de producción en el campo (haciendas)... Estado fuerte y dictatorial (el porfirista) genera una política sanitaria, basada en la ideología positivista moderna, encabezada por los llamados 'científicos' del gabinete... con un fuerte impulso a la atención médica hospitalaria, sobre todo en el centro del país." Véase a Eibenschutz. "Historia de la política sanitaria en México" en Estudios Políticos, Tercer Época. 10, (Abril - Junio 1994) pp. 138-139.

2. La coexistencia de dos sistemas de salud, (seguridad social y salubridad), los cuales desarrollan modelos de atención con características distintas, no garantizan el derecho a la protección a la salud de los mexicanos, y además contribuyen a la existencia de derechos humanos diferenciales. Según el papel del individuo ante los medios de producción, será el tipo de atención que reciba, y las enfermedades que padezca.

“ ...un verdadero ejercicio de los Derechos Humanos a la salud debería implicar poder tener y ejercer.

a) el derecho a la vida humana, a la reproducción biológica y social y al mantenimiento de la misma dentro de niveles de bienestar.

b) el derecho a la protección formal (legal) y real contra lesiones, daños, sufrimientos, torturas que son infligidos directa o indirectamente contra la voluntad de las personas y/o conjuntos sociales;

c) el derecho a la atención preventiva y curativa en términos equivalentes y similares para todos los conjuntos sociales;

d) el derecho a la no estigmatización y la diferencia,

e) el derecho a controlar los procesos políticos, económicos e ideológicos que pueden afectar la salud individual y colectiva; es decir controlar a los productores de enfermedad, daño, estigma.

f) el derecho a saber, a recibir información sobre los agentes y procesos que afectan la salud y la reproducción biológica y social;

g) el derecho a penar y castigar a aquellos que promueven la enfermedad, la estigmatización, la invalidez, la muerte a través de formas directas o indirectas.”⁷¹

Ante esta situación habrá que considerar a los problemas relacionados con la salud y los derechos humanos desde la circunstancia de la dignidad humana. Un derecho no puede considerarse superior a otro. Otro asunto imprescindible es la contienda incesante por el mejoramiento de las situaciones de desigualdad y de inequidad que prevalecen en la actualidad. En esencia, el derecho a la protección a la salud, debe ir acompañado de una transición profunda en nuestra sociedad, buscándola más justa y democrática.

⁷¹ Menéndez "Derechos Humanos a la salud..." pp. 3-4.

Capítulo II . Políticas Económicas y Sociales en México..(1985-1994.)

El primer aspecto que se debe considerar es el contexto internacional en el que se desarrolló la política económica y social en México durante el periodo 1985-1994. Este periodo estuvo marcado por una profunda crisis económica mundial, que afectó a todos los países industrializados y en desarrollo. La crisis se inició en 1980, cuando se produjo un shock petrolero debido a la caída de los precios del petróleo. Esto provocó una recesión mundial que se prolongó hasta principios de los años noventa. Durante este periodo, México experimentó una serie de reformas económicas y sociales que tuvieron un impacto significativo en el desarrollo del país. En primer lugar, se implementó una política de ajuste estructural que consistió en la reducción de los gastos públicos, la privatización de empresas estatales y la liberalización del comercio exterior. Estas medidas fueron necesarias para reducir el déficit fiscal y atraer inversión extranjera. Sin embargo, también provocaron un aumento de la desigualdad y la pobreza. En segundo lugar, se promovió la reforma agraria, que consistió en la redistribución de la tierra y la creación de nuevas zonas de desarrollo rural. Esto tuvo un impacto positivo en el bienestar de la población rural, pero también generó conflictos por la tierra. En tercer lugar, se implementó una política de desarrollo social que consistió en la creación de programas de asistencia social y la mejora de los servicios de salud y educación. Estas medidas fueron necesarias para reducir la pobreza y mejorar el nivel de vida de la población. En conclusión, el periodo 1985-1994 fue un periodo de grandes cambios en México. Las reformas económicas y sociales implementadas durante este periodo tuvieron un impacto significativo en el desarrollo del país, pero también generaron desafíos que aún persisten hoy en día.

1. La Conversión del Estado en México.

La conversión del Estado mexicano⁷² dio inicio con la crisis económica de 1982, llegando a trascender en todos los ámbitos del quehacer político y social de manera paulatina, pero constante hasta nuestros días.

Aunque el proceso de cambio en el modelo económico se presentó de manera gradual y con sigilo, algunos indicadores macroeconómicos muestran en 1982 los efectos de la crisis más severa en la política económica aplicada en México desde la consolidación del Estado posrevolucionario (véase cuadro 2). “El estallido de la crisis a mediados de 1982 señala también el agotamiento de las condiciones materiales del pacto social, preanunciado ya en una primera inflexión descendente de la curva salarial a partir de 1977 y en una disminución en los porcentos de incremento de la productividad para esos mismos años. La inflexión se convirtió a partir de 1983 en desplome, al cual acompaño una caída en los índices de ocupación. La crisis puso al descubierto todos los desequilibrios internos y externos de la economía acumulados durante el periodo de la sustitución de importaciones y del llamado ‘desarrollo estabilizador’ a partir de los años cincuenta.”⁷³

⁷² Entendido como la rectificación en el desarrollo de la política económica, adoptando las tesis de la corriente de pensamiento liberal - monetarista, o neoliberal, como se le conoce hoy día.

⁷³ Adolfo Gilly, Prólogo al texto de José Valenzuela Feijóo. *El capitalismo mexicano en los ochenta*, (México, D.F.:Era, 1988) p.13.

Cuadro 2.

INDICADORES BÁSICOS MACROECONÓMICOS. 1971-76/ 1977-82.			
INFLACION.		SALARIO MÍNIMO	
1971-76.	104.3%	1976	187.6
1977-82.	390.0%	1982	156.4
Porcentaje de crecimiento en el salario.		En pesos de 1980	
PARIDAD PESODOLAR.		DEUDA EXTERNA	
1976.	15.4	1976	20,576.0
1982	57.2	1982	80,087.2
El mayor incremento desde 1958.		Incluye la Pública y Privada.	
FUENTES. INEGI "Estadísticas históricas de México", Tomo III y SHCP "Informes haciendarios".			

Esta crisis sería el fin de una etapa e inicio de otra, la primera caracterizada por una estabilización política, bajo un régimen de partido de Estado y con una influencia keynesiana en la economía que se desarrolla desde 1940, y la segunda, a partir de 1982 a la fecha, sustentada en la supremacía del libre mercado como motor en el auge de las fuerzas productivas. Por lo que analizar las características de ambas etapas es, desde un punto de vista metodológico, necesario para conocer las implicaciones políticas y sociales en un proceso de cambio, de conversión.

1.1 Del Estado de Bienestar al Modelo Neoliberal.

La consolidación del Estado mexicano, surgido de la revolución de 1910, se da con la participación de fuerzas sociales que encabezaron el movimiento armado y plasmaron sus principales demandas en la Constitución de 1917.

Dichas fuerzas (campesinos, burguesía y proletariado, estos dos últimos incipientes) lograron acabar con las estructuras semi-feudales que se heredaron del siglo XIX y prevalecieron con el porfiriismo.

La consolidación del Estado mexicano, comienza a perfilarse, después de luchas intestinas entre los grupos vencedores en la contienda armada de 1910-1917, hasta mediados de la década de los treinta, siendo el régimen de Lázaro Cárdenas el período que marcaría el inicio de una nueva etapa en el desarrollo del país.

Con Cárdenas se consolida la organización del Partido de Estado (PRM sucesor del PNR de Calles) y el arbitrio estatal sobre los salarios y la organización obrera, (que junto con la campesina, experimenta un período de gran movilización social); se lleva a cabo cabalmente la Reforma Agraria, se expropián industrias y bienes extranjeros en pos de un adelanto económico independiente, se amplía el mercado interno, se fortalece la naciente industria nacional y se impulsa la mediación estatal en la economía, que disminuye la proclividad a la centralización del ingreso rasgo característico del libre mercado.

“Probablemente, los orígenes del Estado del bienestar mexicano provienen de la etapa cardenista. En este período se contribuye a la gestación del Estado del bienestar principalmente de dos maneras: por un lado, centralizando e integrando las nuevas estructuras organizativas de las clases populares dentro del Estado y confiriendo a la clase obrera, en particular, un lugar excepcional en la articulación de las relaciones de poder sintetizados en la institución del presidencialismo; por otro, modificando definitivamente la concepción política e ideológica de las tareas del Estado mexicano en el proceso de industrialización. El impulso a las movilizaciones obreras y campesinas permitió utilizar la política de masas como el crisol de un nuevo pacto social corporativo.(...) Al mismo tiempo la creciente intervención estatal en la economía estableció como una de sus más importantes prioridades el manejo de los déficit presupuestales como palanca del desarrollo económico posterior.”⁷⁴

El desarrollo del Estado de bienestar o benefactor en México, no fue únicamente producto de la tendencia mundial de buscar alternativas a la economía liberal que había entrado en crisis desde 1929⁷⁵, sino es parte del pacto social que da sustento al Estado

⁷⁴ Soria, *Testimonios de la crisis*, Vol. 4, p. 141.

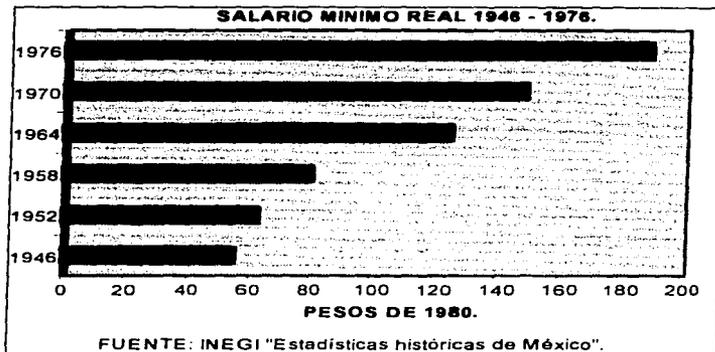
⁷⁵ “El liberalismo fracasó desde el punto de vista de ser capaz de sostener el crecimiento económico sin grandes crisis, así como garantizar el orden social. El fracaso obligó a un cambio de rumbo hacia el Estado social que surgió aproximadamente desde los años veinte de este siglo y predominó hasta la década del setenta.” Véase Enrique De la Garza Toledo, *ob cit.* p. 62.

mismo⁷⁶, en base a los postulados fundamentales de la Constitución nacional y al progreso de una política corporativa.

El desarrollo capitalista mexicano, permanecería en el fondo bajo el sustento de este pacto social, aunque los cambios en la forma hayan generado, en muchas ocasiones, contradicciones para las mismas clases sociales. Cabe recordar las contrarreformas al Artículo 123 propuesta por Manuel Ávila Camacho, con su consecuente atropello al derecho de huelga y la caída del salario real, o la de Miguel Alemán al Artículo 27, para proteger a los latifundistas y restringir el desarrollo de la forma ejidal de propiedad. A pesar de ello, el crecimiento económico permitió un amplio margen de maniobra a la clase gobernante, el Producto Interno Bruto (PIB) registró, desde fines de los cincuenta hasta mediados de los setenta, tasas sostenidas de crecimiento de entre el 42 al 48% anual, (a precios de 1980) los salarios ascienden hasta llegar en 1976 (véase cuadro 3) a su máximo histórico, se logran bajas tasas de inflación y una estabilidad cambiaría, se conforma una clase media urbana y una industria nacional.

⁷⁶ "...el pacto social cardenista, cuyos pilares sociales - incrementos salariales, organización obrera, reparto agrario ejidal, educación socialista, protección social del Estado - se implantaban en el suelo entonces firme de la política de sustitución de importaciones, ampliación del mercado interno, nacionalizaciones y protección a la industria nacional, favorecida por la fragmentación del mercado mundial como secuela de la crisis de esos años. Pero esos pilares se apoyaban también en un sólido componente político: las grandes movilizaciones de masas obreras y campesinas que configuraron el cuerpo social del cardenismo. Véase Gilly p. 12.

Cuadro 3.



Sin embargo el incremento industrial se apoya en un conjunto de bienes salario y algunos bienes intermedios, en tanto se comercian en ritmo crecientes productos industriales, substancialmente medios de producción. En estas condiciones, se rompe la estabilidad comercial tradicional y se abre una tendencia deficitaria que a finales de los años sesenta se constituye en una grave contradicción económica.⁷⁷

⁷⁷ "Toda la prosperidad que implicó la etapa del 'milagro mexicano' no fue capaz de suprimir las grandes desigualdades sociales, pues aun en el marco de la elevación de los salarios reales el ámbito de la masificación del consumo descansaba sobre el crecimiento de las clases medias y de aquellos estratos de la clase trabajadora ligados a los sectores más dinámicos de la economía mientras que paralelamente se consolidaba otra esfera industrial más tradicional y sostenida sobre relaciones salariales basadas en la superexplotación del trabajo. Por otra parte, también para finales de los sesenta, se comienza a observar un declinamiento del ritmo

1.2. Años setenta.

Los años setenta son un lapso de gran desequilibrio económico. La declinación de las tasas de crecimiento del PIB, el crecimiento del endeudamiento público, la pérdida comercial y fiscal y un desarrollo inflacionario sin antecedente caracterizan este tiempo.

La extenuación del modelo de acumulación de industrialización substitutiva de importaciones y la entrada hacia una distinta fase de acumulación capitalista se impulsa en medio de considerables contradicciones. El descenso de la tasa de ganancia por el incremento de la composición orgánica del capital y el detrimento de mercados de exportación para manufacturas livianas, apremian al Estado para adherirse a una política que sostenga la rentabilidad capitalista a través de exención de impuestos y medidas proteccionistas.

La fuente de financiamiento a la que apostó el gobierno en esos años fue el endeudamiento externo, pensando en la reactivación económica a partir de una creciente intervención estatal en la economía, que incentivara la producción y el consumo.

En suma, la injerencia del Estado incrementa la propagación del capital y pospone la necesidad en la entrada de un período de

de acumulación del capital privado que hizo inoperante el modelo de equilibrio entre

desarrollo capitalista a otro, provocando así mismo, dificultades que se manifiestan rápidamente. "La economía mixta de mercado se plantea no sólo como una estructura de propiedad sino que se extiende al proceso de la planeación democrática. Así, la participación del Estado no tiene por objeto sustituir al mercado. En el régimen de economía mixta las empresas estatales se desenvuelven en un sistema de mercado y las acciones de política económica del Estado están dirigidas precisamente a orientar las señales del mercado, buscando que coincidan los objetivos, costos y beneficios privados con los objetivos, costos y beneficios sociales."⁷⁸

Esta táctica de injerencia creciente⁷⁹ (denominada *desarrollo compartido*) se fundamenta en la utilización del gasto público deficitario (gastar más de lo que se recauda) y coadyuva a elevar el nivel de endeudamiento⁸⁰ - tanto público como privado - propiciado por la profusión y la disposición del crédito externo. La política se basa en dos consideraciones:

acumulación y políticas económicas." Véase Soría *ob. cit.* p. 145.

⁷⁸ René Villarreal. *La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo.* (México, D.F.: F.C.E., 1986) p. 482.

⁷⁹ "La política de bienestar de los setenta permitió además la aparición de nuevas instituciones sociales y junto con ello el reforzamiento del compromiso entre el Estado y el movimiento obrero oficial. La creación del Instituto Nacional para el Fondo de la Vivienda de los trabajadores (Infonavit) fue, sin lugar a dudas el suceso más relevante para el afianzamiento del Estado de Bienestar, pero también surgieron otras instituciones importantes como el Fovissste, el Fonacot, así como las ampliaciones presupuestales de la Conasupo; además, deben mencionarse los programas federales como Coplamar, en materia de salud, y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM)". Véase Soría *ob. cit.*, p. 146.

⁸⁰ La deuda externa mexicana en 1970 era de 4,484.3 millones de dólares, en 1976 asciende a 20,576.0. Siendo la pública en 1970 de 4,262.6 y la privada 221.5, y en 1976 la pública es de 19,600.2 y la privada 975.8 Cfr. Rosario Green *La deuda externa de México 1973-1987. De la abundancia a la escasez de créditos.* Documento fotocopiado.

- La mayor mediación del estado es idónea para activar la economía, que busca en un plazo razonable solucionar los dilemas que se manifiestan en los rubros del desempleo, y la concentración del ingreso y;
- Las políticas dirigidas a elevar el poder de los salarios en el ingreso nacional aumentando con su capacidad de compra el mercado interno, incitando la magnitud productiva nacional.

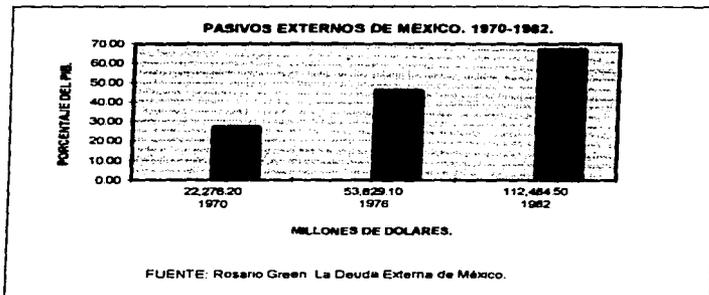
El "desarrollo compartido" continuó con la noción sobre la labor del Estado como promotor del desarrollo económico, inspirado aun en las propuestas keynesianas⁹¹, sin embargo, dentro del mismo gobierno, se empezó a conformar una idea distinta de la concepción de política económica, la cual estaba basada en la filosofía monetarista y de libre mercado, ello iría generando una división en la clase gobernante mexicana, con dos sectores bien diferenciados: los neoliberales, (que paradójicamente eran la generación joven de políticos educados en Estados Unidos, principalmente), influenciados en la noción de eficiencia y equilibrio presupuestario y los denominados 'populistas' que demandaban una participación

⁹¹ "El modelo keynesiano identifica dos grandes problemas del capitalismo de libre mercado: el desempleo y la concentración de ingreso y propone la intervención deliberada del Estado en la economía como administrador de la demanda y como redistribuidor del ingreso (benefactor). La tesis central de esta corriente es el reconocimiento a la capacidad reguladora de la inversión estatal para evitar las crisis periódicas del capital y la desmistificación del postulado de la 'mano invisible' como reguladora del mercado. El keynesianismo, propone dinamizar la acumulación de capital mediante el gasto público, cuyos efectos multiplicadores se expresan en incrementos en la creación de empleos y en los niveles salariales." Véase Eibenschütz "La política sanitaria en el marco de la transformación del Estado Mexicano" . Ponencia presentada con Oliva López Arriano en el VI Congreso Mundial de Medicina Social, p. 1.

creciente del Estado en la economía, con fundamento en la Constitución Política y el desarrollo alcanzado bajo este enfoque.⁸²

Al continuar con las concesiones impositivas, el traspaso de recursos frescos del erario a empresas paraestatales y la distribución de subsidios, provocan un déficit para gobierno federal que se multiplica en este periodo. (Véase cuadro 4).

Cuadro 4.



Por lo tanto, es en este periodo en que se piensa que el Estado Social esta en crisis, los países capitalistas desarrollados tienden a abandonar este modelo. En México, el déficit de las finanzas públicas motivada por la política de subsidios (muchos de los cuales no lograron su cometido de incentivar la inversión privada), y el

⁸² Años después esta división provocaría la más profunda escisión en el PRI, con la creación de la Corriente Democrática, y su posterior salida de ese instituto político y formación del opositor Partido de la Revolución Democrática (PRD).

crecimiento de los saldos negativos de las empresas estatales eleva la coacción sobre el sistema bancario y provoca sobregirar moneda.

La caída en la tasa de ganancia probada por la crisis estructural y profundizada por las discordancias que establece la política de intervención del gobierno, llevan a una incompatibilidad entre las estrategias del Estado de bienestar y el modelo que se impulsa de los países capitalistas desarrollados, existe adicional a esto un clima político de inseguridad e intranquilidad buscando, vía el condicionamiento de inversiones externas, el viraje en la política exterior mexicana.⁸³

Se puede considerar que México inicia un cambio en la aplicación de la política económica para 1977, con una disminución del déficit fiscal, pero para los años 1978-1981 se experimenta un alivio en la situación con el otorgamiento de préstamos y los recursos producto de las exportaciones petroleras, que significaron hasta un 70% de los ingresos de divisas a nuestro país.

Sin embargo, la reanimación experimentada en los años anteriores estaba cimentada en dos condicionales, a) que los precios de los hidrocarburos continuarán al alza y b) que las tasas de interés bancarias no sufrieran modificaciones substanciales, ambas

⁸³ Cfr. Villarreal, La crisis de 1976 y la ola de pánico financiero, permiten la aplicación de un estricto programa de "reordenación económica" auspiciado por el FMI y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, en ese mismo año se firma el Convenio de Facilidad Ampliada con el FMI comprometiéndose el gobierno a seguir una política de "moderación salarial" y "disciplina en el gasto público" para el periodo 1976- 1979. p. 389 ss.

condiciones no se cumplieron. Esto sería el inicio de la crisis económica de 1982 y el fin del Estado de bienestar.

“Las explicaciones acerca de la crisis del Estado social son varias: 1) La crisis del Estado social como crisis fiscal. El Estado social al convertirse en eje de la acumulación del capital y del orden social se vio obligado a gastar más allá de un presupuesto no inflacionario. Los ingresos del Estado provenientes de las ganancias de sus empresas, de los impuestos de los obreros y empresas, de los préstamos y de la emisión monetaria no podían equilibrarse en el Estado social, porque equivaldría a dar a los actores sociales con una mano y quitárselos con la otra, anulando el efecto multiplicador de su gasto en la economía y la política. (...)

2) La segunda explicación de la crisis del Estado social es por la ‘inflación’ de las demandas y las protecciones obreras. El crecimiento de la productividad, presionando hacia abajo a la tasa de ganancia, también por la rigidez en los procesos de trabajo. La respuesta empresarial habría sido una menor inversión y una crisis de acumulación. Es decir, la crisis de acumulación sería debida al Welfare.⁶⁴

3) Habría la teoría inversa, la crisis del Welfare como resultado de la crisis de acumulación, al depender los ingresos del Estado de

⁶⁴ Welfare es el término que emplean diversos economistas para referirse al Estado de Bienestar.

los impuestos a los asalariados y al capital, y del nivel del empleo y del salario.”⁸⁵

A pesar de las fuertes presiones externas, los últimos meses de la administración de López Portillo no se adoptaron medidas de corte monetarista muy en boga en dos países sudamericanos, Argentina y Chile (ambos en esos tiempos con férreas dictaduras militares). Aun pudo este régimen implementar una decisión económica independiente al fin de su mandato: La nacionalización bancaria. “La nacionalización de la banca privada y el control de cambios, bien manejados, pueden ser la base para recuperar la ‘autonomía’ de la política monetaria respecto al dólar y para avanzar en la estabilidad del sistema cambiario financiero, evitando caer en la trampa del capitalismo financiero especulativo (como el de Chile o Argentina) que conduce a la destrucción del capitalismo productivo. Estas medidas también ponen de manifiesto que México rechaza el camino monetarismo neoliberal como la estrategia para salir de la crisis. Sin embargo, la crisis de 1982, mostró que el rechazo al monetarismo es condición necesaria pero no suficiente para resolver los problemas estructurales de la economía.”⁸⁶

A pesar de ello, el Modelo de desarrollo aplicado desde la década de los cincuenta llegaba a su fin, la corriente internacional apuntaba a otro rumbo, el de las denominadas economías abiertas,

⁸⁵ De la Garza Toledo ob. cit., p. 63.

⁸⁶ Villarreal . ob. cit., p. 450.

(Estados Unidos e Inglaterra, principalmente), las cuales iban cooptando países, a través del otorgamiento de préstamos y la aplicación de 'cartas de intención' que imponían medidas de reordenación económica, pero hay que considerar también que la crisis del Estado de Bienestar, tanto para México como para los países en vías de desarrollo, es producto de condicionales externos.

"En este contexto interesa subrayar que la crisis fiscal de los Estados de la región no se debió, como se nos sugiere, a un gasto social excesivo sino básicamente al problema de la deuda pública provocado por el cambio en las relaciones económicas internacionales y nacionales. Así, expertos de la ONU calculan que la tasa de interés de la deuda externa aumento en los 80' del 4 al 17%, tomando en cuenta la caída en los precios de los productos de exportación de los países subdesarrollados."⁸⁷

⁸⁷ Asa Cristina Laurell. Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. p. 139.

1.3 Años ochenta:

Al finalizar el sexenio de López Portillo, el modelo de desarrollo se convirtió en el centro de las críticas por parte de los teóricos monetaristas, la presencia del Estado en el impulso económico era visto como un freno al desarrollo del capital, como consigna René Villarreal en el libro **La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo**. "En su lucha contra el Estado keynesiano, los monetaristas emprenden una ofensiva clara y abierta en ambas direcciones: a las clases trabajadoras las llaman a combatir contra el 'Estado protector' de los grandes monopolios que impide el desarrollo del modelo competitivo de mercados 'socialmente justo'; a la clase capitalista la convoca a luchar contra el Estado benefactor, regulador e inversionista que perpetúa la pobreza (a pesar del gasto social), obstaculiza la capacidad innovadora empresarial (exceso de regulación) y provoca la inflación (por exceso de gasto público)."⁸⁶

El sucesor de López Portillo, Miguel de la Madrid, determinó la política económica en base a los apoyos de la banca internacional, y sus organismos rectores, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estados Unidos concentra la mayoría de los acreedores y asegura las condiciones políticas en base a las necesidades de las naciones en vías de desarrollo por acceder a

⁸⁶ Villarreal, p. 477.

prestamos, o a pagar los montos de la deuda con tasas de intereses preferenciales.

A su vez, los norteamericanos intentan diversificar sus relaciones comerciales, ganando mercados y promoviendo el libre comercio a nivel mundial como alternativa única de desarrollo esto para el caso mexicano es sumamente importante ya que los Estados Unidos son el primer cliente y primer proveedor, por lo tanto buscan a toda costa incrementar su relación con nuestra nación.

El primer síntoma del cambio en el rumbo económico con el gobierno de De la Madrid, se dio precisamente con la banca, ya no pudo revertir la nacionalización bancaria de septiembre de 1982, pero permitió el fortalecimiento del sector financiero. "... Miguel de la Madrid utilizó 'todo el poder institucional para fomentar la 'codicia' de los patrones. Les creó una banca paralela (las Casas de Bolsa), subastó barato las empresas paraestatales, convirtió a la fuerza de trabajo mexicana en una de las más baratas del mundo sin alterar para nada, obviamente, un sistema fiscal perjudicial para los trabajadores. Fomentó pues, una espiral de la codicia que ofreció en épocas de crisis rentabilidades desproporcionadas, sobre todo en el sector financiero, con relación al entorno económico y social. Este fomento institucional al enriquecimiento 'fácil' del sector más poderoso de la burguesía es una de las responsabilidades más serias del gobierno de Miguel de la Madrid. Una vez que la 'codicia' se

reactiva socialmente desde las instancias del poder se vuelve cada vez más difícil detenerla. La voracidad se desencadena convirtiéndose en alud."⁸⁹

Las medidas de apremio señaladas para encarar la crisis de 1982 son: devaluación de la moneda, fijación de tipos de cambio diferenciales (véase cuadro 2), y aceptación de un programa de rectificación cuyo perfil central es el recorte inminente al gasto público⁹⁰.

A partir de 1982 el Estado mexicano empieza a apropiarse sin mayores condiciones de una política *neoliberal*, como medio para hacer frente al periodo de crisis e implanta para México un nuevo proyecto que se denomina coloquialmente 'modernizador' a mediano plazo, que basa este momento del desarrollo capitalista en la acumulación que se puede interpretar como secundario - exportador.⁹¹

⁸⁹ Esthela Gutiérrez Garza. Testimonios de la crisis. Los saldos del sexenio 1982-1988. Vol.4, p. 19.

⁹⁰ "Debe señalarse que por lo menos parcialmente las estrategias señaladas han sido diseñadas en los países de capitalismo central y dentro de la actual política neoconservadora que integra dos proyectos aparentemente conflictivos: la privatización y/o reducción del papel del Estado en las políticas de bienestar y esto tanto desde una perspectiva política como económica (lo que eufemísticamente se llama 'adelgazamiento del Estado')". Véase Menéndez "Continuidad y discontinuidad del ..." pp.228-229.

⁹¹ Cfr. Gilly, p. 3 y José Valenzuela Feljó. El capitalismo mexicano en los ochenta., p. 30.

PRINCIPIOS RECTORES DEL NEOLIBERALISMO. ⁸²
Libertad de elegir. La libertad económica, como un fin en sí mismo.
La libertad política sólo es posible con la llegada del libre mercado.
Salarios. Según la capacidad del individuo en producir.
Impuestos. Menos impuestos en especial a las empresas.
Comercio Exterior. Libertad absoluta para comerciar. Hacia dentro y fuera
Seguridad Social. Es sólo una invasión a la vida personal.
Intervención del Estado. Limitarla, el gobierno, sólo como juez o administrador.
País modelo de los teóricos Neoliberales: Hong Kong.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE DESARROLLO NEOLIBERAL EN MÉXICO..
Integración económica principalmente con los Estados Unidos.⁸³
Privatización⁸⁴ y renovación escogida de la planta industrial⁸⁵.
Liberalización de los mercados.⁸⁶
Implementación de políticas de ajuste propuestas por el FMI, BM o BID.⁸⁷

⁸² Cfr. Villarreal La contrarrevolución monetarista... en especial la Quinta Parte "Monetarismo e Ideología de la mano invisible a la 'manu militari'" pp. 453 ss.

⁸³ "...tenemos al gran capital monopólico extranjero, muy en especial el que proviene de Estados Unidos. También aquí, se advierte una fuerte imbricación de este capital con los grupos nativos. Y conviene subrayarlo: al gran capital estadounidense el modelo neoliberal mexicano le resulta extraordinariamente favorable. Le abre mercados en el país para la colocación de sus productos y a los grandes bancos de Estados Unidos les proporciona una esfera de inversión extraordinariamente rentable. Véase José Valenzuela Feijóo. "El modelo neoliberal, contenido y alternativas" en Investigación Económica. LV. 211 (Enero - Marzo 1995) p. 29.

⁸⁴ Se empezó con la privatización de empresas estatales 'deficitarias', posteriormente con las 'no prioritarias y por último con las 'no estratégicas'. Cfr. Silvia Tamez González. "Modernidad productiva de los trabajadores en México" pp. 117-133.

⁸⁵ Oliva López Arellano. "La política de salud en México", (tesis en doctorado en Medicina Social: México, D.F.:U.A.M.1990).p.21. "...desarrollo de empresas de 'punta' (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica y siderúrgica) altamente tecnificadas y ligadas al capital extranjero (...) reforzamiento de la actividad maquiladora."

⁸⁶ Cfr. De la Garza Toledo ob. cit., p.69.

⁸⁷ José Blanco Gil. "La carga global de morbilidad" en Asa Cristina Laurell (Coordinadora) Nuevas Tendencias y alternativas en el sector salud., (México, D.F.:Fundación Friedrich Ebert, 1995) p. 112.

"Uno de los planteamientos básicos del neoliberalismo es ampliar los ámbitos de la acumulación poniendo al alcance del capital privado todas las actividades económicas rentables, sean de producción o de servicios. De allí la radicalidad de los procesos de privatización. Como al mismo tiempo se busca reducir los costos de producción se da no sólo una rápida depresión del salario directo sino también medidas encaminadas a reducir el salario indirecto contenido en el paquete de servicios sociales (salud, educación, vivienda) proporcionados por el Estado y parcialmente pagados por los empleadores."⁹⁸

Este modelo, establece condiciones ya superadas en la distribución del ingreso y ahonda la separación política y económica de importantes contingentes sociales. Se implanta una integración (subordinación, por parte de México a Estados Unidos) creciente del aparato productivo, teniendo ya a los sectores allegados a las tesis neoliberales, inmersos al interior del aparato estatal que, como se señala arriba, debe de asumir un papel de arbitro ante las contingencias que el modelo de desarrollo implementa y como gendarme ante las inconformidades sociales, ante el proceso de conversión.

⁹⁸ Laurell El impacto del ... pp. 6-7.

El impacto en los principales indicadores económicos no se hizo esperar, el crecimiento del PIB de 1983-1988 fue de 1.1 % y de 1989-1994 de 19.6% (desde la posguerra el promedio sexenal supero los 40%). La inversión fija bruta en miles de pesos de 1980 se redujo de 1,286,400.0 de 1981 a 821,100.0 de 1988, para subir a 1,235,898.0 en 1994. El salario mínimo real cae de 156.4 pesos de 1982 a 72.3 en 1988, hasta llegar a 54.5 en 1994. La paridad peso/dólar en 1982, es de 57.2 pesos por dólar, en 1988 llega a los 2,322.3 y en 1994 Salinas de Gortari la deja en 3,468.0, pero un par de meses después llega a los 7,500.0 pesos (viejos) por dólar.⁹⁹

Sin embargo, los defensores del modelo consideran que estos y otros indicadores no reflejan con seriedad el avance económico de una nación, por ser herencias de años de malas decisiones económicas, e inercias que han condicionado el desempeño del neoliberalismo tanto en México, como en América Latina.

"Hasta hace algún tiempo, dos eran los criterios que se privilegiaban para evaluar el comportamiento de la economía: i) lograr altas tasas de crecimiento; ii) mejorar la distribución del ingreso. Como esto pudiera considerarse hoy como demasiado 'progresista', nos podemos apoyar en el más que moderado Paul Samuelson, el que se autocalifica como un hombre de centro -

⁹⁹ Datos obtenidos de Carlos Salinas Sexto Informe de Gobierno; (México, D.F.:Presidencia de la República, 1994) Banco de México Indicadores Económicos. ; (México, D.F.:B.M., 1994) El Financiero del 19 de diciembre de 1995. Sobre la devaluación de 1994. Cfr. Arturo Ortíz Wadgymer. "La devaluación de 1994, respuesta natural ante la política económica neoliberal" en Momento Económico, 78 (Marzo - Abril 1995) pp. 20-22.

derecha. En su conocido manual podemos leer: 'los resultados macroeconómicos de las economías de mercado se juzgan mediante cuatro conjuntos de objetivos:

- 1- Un elevado y creciente nivel de producción real.
- 2- Un elevado empleo y un bajo desempleo, que proporcionan buenos puestos de trabajo y elevados salarios a los que desean trabajar.
3. Un nivel de precios estable o suavemente ascendente, pero con precios y salarios determinados por los mercados libres.
4. Unas relaciones económicas exteriores caracterizadas por un tipo de cambio estable y unas exportaciones que equilibran aproximadamente las importaciones.

Tendríamos, entonces, cuatro objetivos fundamentales: crecimiento, empleo y salarios elevados, estabilidad en el nivel de precios y sector externo equilibrado. Si aplicamos estos criterios a la evolución económica del periodo 1983-1994 (...) tendríamos que concluir...

Objetivos	Resultados.
1. Crecimiento	Negativos.
2. Empleo y salarios	Negativos.
3. Inflación	Positivos.
4. Sector externo	Negativos.

... deberíamos concluir que estamos en presencia de un gran fracaso económico (el modelo neoliberal)"¹⁰⁰

El Estado mexicano se sumó a la corriente del liberalismo económico después que algunos países latinoamericanos la adoptaron, por lo que el proceso de transición incluye un efecto externo, la globalización de las relaciones económicas con los países de la región, y al interior una nueva composición en el trato que el Estado tiene con los actores sociales. Sin embargo una reforma política acorde en su magnitud a la económica no ocurrió. El proceso 1982-1988 terminó con la escisión de importantes figuras en el partido del gobierno, la consolidación en pocos meses de una alternativa política (el Frente Democrático Nacional) al modelo de desarrollo neoliberal, y concluiría con la elección más impugnada en la historia de México, la del 6 de julio de 1988. Este proceso no tendría en el período 1988-1994 una redefinición del sistema económico, por el contrario, el modelo neoliberal se consolidó y la reforma política quedó pendiente, sustituyéndose por una serie de alianzas (teniendo como base las concesiones de espacios de poder a sectores afines al Estado) que articularon la relación entre gobierno y sociedad.

"El neoliberalismo también se combina, en lo político, con el *autoritarismo*. El enganche y contradicción sólo marginal entre liberalismo y autoritarismo viene por el privilegio de la libertad en el

¹⁰⁰ Valenzuela Feijóo. "El modelo neoliberal..." pp. 20-21.

mercado sobre la democracia por el neoliberalismo real. También está vinculado a la crítica a la igualdad, la democracia como igualdad política que lleva a los ineficientes económicamente a participar en decisiones políticas que son impuestas a los eficientes. Por tanto, la receta puede ser tener libertad económica y limitar el terreno de la libertad política de las masas, dejando las decisiones a los expertos (meritocracia justa). Por ello, decir Estado neoliberal puede significar Estado menos propietario e interventor en la economía y en la seguridad social, pero no necesariamente Estado políticamente débil."¹⁰¹

1.4 Años noventa.

La estrategia de integración económica conlleva a adaptar las leyes mexicanas¹⁰² (con su espíritu social y corporativo) a los nuevos tiempos, para ello la presión interna a través de una oposición política leal al sistema (Partido de Acción Nacional) y externa Estados Unidos y el FMI, en coincidencia plena con los grupos más tecnócratas de la clase política nacional, ejercen sus mejores oficios para que se manifieste una mayor acumulación de capital, se inicien

¹⁰¹ De la Garza, p.68.

¹⁰² "Cabe agregar que en economías como la mexicana, junto a la existencia del mercado como regulador de la asignación de los recursos, se observan otros elementos de regulación: a) la intervención estatal (forma embrionaria de la planificación) la cual complementa o corrompe la acción del primer principio; b) la planificación corporativa u oligopólica. Esta, a partir de cierto 'poder de mercado', busca incidir en ciertas variables mercantiles (por ejemplo, en los precios) en favor del desarrollo de la corporación. La ideología del FMI critica a estos dos principios de regulación como distorsionadores e ineficientes." Véase José Valenzuela Feijóo, *Crítica del modelo neoliberal. El F.M.I. y el cambio estructural*. (México, D.F.:U.N.A.M., 1991) p. 18.

nuevos sectores al capital privado (nacional y extranjero) y se olvide. el esquema de Estado paternalista en lo social y planificador en lo económico, todo ello en beneficio de este nuevo modelo de desarrollo. Como ejemplo, se puede citar la reforma a los artículos 25 y 27 constitucional que tratan de estimular la inversión del sector privado, buscando una igualdad formal con el sector 'social'.

Si son más fracasos que éxitos, ¿qué ha motivado en el modelo neoliberal su permanencia como estrategia de desarrollo?

Cuadro 5.



Una primer aproximación en la respuesta a esto se debe al manejo que la clase política, en especial durante el periodo de Carlos Salinas, hizo en responsabilizar a la intervención estatal (populista,

como se le denomino) de la espiral inflacionaria y de la baja en la productividad. Dando por sentado que la necesidad del país sería la implantación de una táctica de reorganización económica cuyos diámetros centrales son:

- *El reordenamiento del gasto público,*
- *La transformación industrial,*
- *La liberalización del comercio y*
- *La privatización de empresas y servicios.¹⁰³*

Con esto, se plantea el desbaratamiento del Estado social y el ceñimiento de los márgenes de su papel en la economía. Este razonamiento 'modernizador', brinda a la teoría del libre mercado como articuladora de la vida social y la intervención selectiva del Estado.

Los éxitos neoliberales se concentran en los ámbitos de la macroeconomía, la inflación bajo de 4831.2% (porcentaje de crecimiento por sexenio) con De la Madrid a 149.8% con Salinas de Gortari, la inversión extranjera, presentada como confianza del mundo al modelo mexicano aumento exponencialmente. (véase cuadro 5). Sin embargo, los efectos no trascienden a los niveles microeconómicos, aquellos que se traducen en mayor o menor medida en beneficio para las familias. Por lo que podemos pensar en los efectos inmediatos de la política neoliberal.

¹⁰³ Entre 1989 y 1992 se subastaron 18 bancos comerciales, Teléfonos de México, SICARTSA, AHMSA, Grupo Dina, Aeronaves de México, Mexicana de Aviación, entre diversas empresas, cuyo precio alcanzó entre todas 23,731 millones de dólares. Los grupos más favorecidos fueron Grupo PROBURSA (J. Madariaga); Grupo Accival (Harp Helú y Roberto Hernández); Grupo Carso (Carlos Slim) entre otros. Véase Arturo Ortiz Wadgyrmar "Hacia un balance sexenal 1988-1994" en *Gestión y Estrategia*, 6 (Julio - Diciembre 1994), p. 23.

Medida.	Efecto.
Pérdida del poder adquisitivo.	Los bajos salarios incentivan la inversión, pero desmotivan la compra de productos.
Descenso del gasto público.	Eleva costos de producción, por carecerse de una infraestructura industrial adecuada.
Incremento al comercio exterior.	Estrechamiento del mercado interno.
Tasas de interés bancario.	La desnacionalización bancaria, provocó que el flujo de capitales externos llevarán a muchas empresas a un sobreendeudamiento, el incremento de las tasas de interés, impacto negativamente la inversión, y no elevó el ahorro.

Correspondientemente a la transformación económica se revelan los nuevos espacios políticos. La conversión del modelo de desarrollo trajo consigo una redefinición política caracterizada por: i) la creciente dominación de los intereses de la parte financiera de la burguesía, como gran defensora del modelo en cuestión.

“En calidad de fracción clasista hegemónica, debemos situar al gran capital de dinero de préstamo. Es decir, al usualmente conocido como capital bancario o financiero. En segundo lugar tenemos al gran capital monopólico industrial con capacidad de acceso a los mercados externos y que, por lo mismo, se puede beneficiar con los procesos de apertura.

En muchos casos, por no decir que siempre, está fracción opera integrada a la primera en términos de grandes grupos financieros o grupos supra - corporativos. (...) al interior de esos grandes grupos,

los intereses dominantes parecen ladearse hacia la dimensión financiero - especulativa del negocio capitalista.¹⁰⁴

ii) el debilitamiento formal del sistema de dominación corporativa, que sólo mantiene un perfil de control de descontentos, con la consiguiente marginación política de las cúpulas obreras (CTM, CROC, CROM, CT) en la orientación de la política económica.

*"El corporativismo de Estado está siendo sustituido por un corporativismo presidencialista, con fuertes rasgos de autoritarismo y verticalismo, y una centralización del poder en esa figura como no se conocía desde hace muchos sexenios."*¹⁰⁵

Esto ha reforzado la idea de que el modelo neoliberal sólo busca incrementar los niveles de ganancia de sectores bien definidos, siendo la concentración de riqueza en pocas manos una constante, la aspiración de que a partir de la libertad económica vendría la libertad política, para el caso mexicano no puede hablarse de ésto, ya que se ha reforzado el carácter autoritario del Estado, la política es sólo vista como la cooptación de contrarios, y el desfase entre los proyectos económico y político persistió durante el sexenio de Carlos Salinas.

¹⁰⁴ Valenzuela. "El modelo neoliberal..." p. 29.

¹⁰⁵ De la Garza, ob. cit., p. 72.

Cabe mencionar que la novedad de este modelo, con respecto a lo desarrollado en México, en años anteriores, es la adquisición de compromisos con los Estados Unidos y los órganos rectores de la economía como el FMI, esta sujeción se ve cada vez más evidente con la llamada globalización económica, la cual encontraría en la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC), el punto culminante del proceso de conversión iniciado en 1982. Sin embargo, para los norteamericanos la relación comercial con México es parte de su estrategia hegemónica para el continente americano. Como ejemplo, cito lo expuesto por el entonces embajador de Estados Unidos en México, John D. Negroponete en un Memorándum a su gobierno en abril de 1991. "El prospecto del TLC debe ser visto en el contexto de las tendencias **reformistas** (de México) que comenzaron a la mitad de los ochenta (con De la Madrid) y que fueron **aceleradas** dramáticamente por Salinas cuando tomó el poder en 1988. La propuesta del TLC es, de alguna manera, la piedra que **culmina** y **asegura** estas políticas. Desde una perspectiva de política exterior, un TLC institucionalizaría la **aceptación de una orientación estadounidense en las relaciones exterior de México (...)** En el frente económico, un TLC podría ser visto como un **instrumento** para promover, consolidar y garantizar la **continuidad de las políticas de reforma económica de México más allá de la administración Salinas**".¹⁰⁶

¹⁰⁶ Carlos Ramírez citando el Memorándum Negroponete, en "Indicador Político" *El Financiero*, 14 de mayo de 1996, p. 41. Las negritas son del autor.

El desfase se manifiesta cada vez más entre la discordancia que se acentúa con la obligación de gestión e intervención por parte del Estado para favorecer rápidamente los procedimientos de evaluación y aumento del capital y el regular, orientar y mantener dentro de la lógica institucional los conflictos de clases. En base a una política social que corresponda con los derechos sociales consagrados en la Constitución, generando una crisis entre la coherencia de defender una libertad económica y la necesidad de legitimación del régimen político.

Dentro de los sectores que han resentido el proceso de conversión, no sólo están los asalariados, campesinos y proletarios urbanos, el neoliberalismo ha tocado a otras capas sociales.

“Primero, tenemos al proletariado industrial. Éste se ve afectado por la desocupación y la destrucción industrial, lo que a veces provoca una disminución absoluta de los contingentes de trabajadores industriales. Asimismo, se tiene el brutal descenso del salario real y de las condiciones generales del trabajo obrero.

Segundo, la burguesía industrial. Ésta se ve perjudicada por los altos intereses, por la competencia extranjera asociada a la apertura externa y la consiguiente des - sustitución de importaciones que afecta a la mayoría de las ramas industriales, por la creciente penetración del capital extranjero y por la severa restricción de los

mercados internos que se deriva de la reducción salarial, del menor gasto público y del desplome de la inversión productiva.

....El 'Apocalipsis' neoliberal afecta a la gran mayoría de los grupos sociales y, por ello, se le ha calificado como modelo 'concentrador y excluyente'¹⁰⁷.

Se puede considerar al neoliberalismo como el periodo de ruptura entre la clase dominante y los medianos y pequeños industriales, los trabajadores organizados y los campesinos, siempre leales al régimen y a la regulación institucional de los conflictos de clase.

La pugna entre el neoliberalismo y el estatismo, se ha trasladado al conflicto entre el poder presidencial y el grupo disidente del PRI, que se sumo junto con otras fuerzas en el Partido de la Revolución Democrática (PRD), siendo a lo largo del sexenio de Carlos Salinas la organización política que se manifestó en contra de las medidas de materia económica.

Para desactivar los conflictos sociales, el Estado implementó una serie de medidas con carácter temporal, y en muchos casos de corte electoral.

1. 7000 millones de pesos al PRONASOL como paliativo de la pobreza y clientela en materia electoral.
2. Ambulantaje en las zonas urbanas tolerado por el gobierno y aprovechado por el PRI como válvula de escape al desempleo.

¹⁰⁷ Valenzuela ob. cit., p. 30.

3. Cesión de espacios a partidos políticos (concertados) que mejoran la imagen política de México en el exterior.
4. Inversiones privadas en infraestructura, servicios y comercio.
5. Triunfalismo oficial en los medios de comunicación.¹⁰⁸

El cambio de la política económica neoliberal llevo consigo a replantearse el papel del manejo social, ya que los principios rectores del neoliberalismo demandan ante todo darle juego a los particulares, en todos los ámbitos que represente un interés y una ganancia. Esto aunado a la contracción del gasto social en lo general y al gasto en salud en lo particular, conforma la tendencia que habrá de seguirse aunque, como se constata arriba, para programas como PRONASOL, se destinaron fuertes cantidades de dinero, que buscaron allanar el camino para el desplazamiento de la obligación estatal, hacia los varios grupos sociales y la inclinación al abandono del Estado benefactor.

“La renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos limitando la acción pública sólo a los sectores empobrecidos, conforman dos estrategias polares pero complementarias: la asistencia selectiva, en donde un sector de la población es atendido por su condición de indigente - versión moderna de la beneficencia decimonónica - y los servicios funcionan por el principio de la pobreza y no de ciudadanía y; la privatización selectiva, en donde otro sector de la población accede a los servicios

salud según su capacidad de pago y éstos funcionan en la lógica de atender clientes y no ciudadanos.”¹⁰⁹

La mediación benefactora y social del Estado en México se altera, modificando esencialmente el signo de la política redistributiva que pasa del control estatal a la creciente reglamentación de las fuerzas del libre mercado. El Estado mexicano disminuye su participación en la prestación de servicios, destinados fundamentalmente a los grupos de mayor marginación en el país.

Paradójicamente, tal vez sea en las concepciones keynesianas como se puede ver una alternativa viable al modelo económico que se pretende infalible y único, para garantizar el desarrollo económico nacional.

“Autores tan famosos como Keynes son partidarios fervientes del capitalismo y, a la vez, potentes enemigos de la ideología neoliberal. De hecho, ellos (Keynesianos) sostienen que un mercado no regulado, sin interferencias, dará lugar a un crecimiento *lento e inestable*, a la *desocupación* de los recursos (trabajadores cesantes y maquinarias ociosas) y al consiguiente *descrédito* del sistema capitalista. Por ello, para salvar al sistema, sostiene que es necesario adoptar cierto tipo de regulación estatal de la economía.

¹⁰⁰ Arturo Ortiz Wadgymer ob. cit., p. 21.

¹⁰⁰ Oliva López Arellano. “La selectividad en la política de salud” en Asa Cristina Laurell (Coordinadora). *Nuevas tendencias y alternativas en el Sector Salud*, p. 53.

Si cotejamos los axiomas y teoremas de la filosofía neoliberal con la evidencia empírica e histórica disponible, muy poco de ella queda en pie. Por ejemplo: i) la economía capitalista es claramente inestable y para nada asegura la plena utilización de los recursos. La desocupación, como todos saben, es un fenómeno consustancial al sistema; ii) el funcionamiento espontáneo del sistema no reduce sino que *acentúa* la desigualdad de la distribución del ingreso; iii) las economías no reguladas crecen bastante menos que las reguladas. Compárese *v.g.* Japón (regulado) con EE.UU. (menos regulado)."¹¹⁰

Adelante veremos la trascendencia del proceso de conversión económica en la política social y de salud en México, con especial énfasis al período 1989-1994.

2. Las políticas de salud del salinismo.

Carlos Salinas de Gortari fundamentó las políticas de salud de su administración en base a dos consideraciones: 1) Los fundamentos legales que se establecieron con las reformas de 1983, y que dan pie al surgimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS), y; 2) Las tendencias neoliberales que se habían iniciado en 1982, y que redefinen las políticas sociales en lo general y la de salud en lo particular.

2.1. Período 1983-1988.

¹¹⁰ José Valenzuela Feijóo. "El estilo neoliberal y el caso mexicano" en Asa Cristina Laurell (Coordinadora) *Estado y políticas sociales* . p. 11.

En el periodo 1983-1988 se inicia un cambio en la prestación de servicios de salud, como se señaló en el capítulo primero, la reforma al Artículo 4° Constitucional que marca a la salud como un derecho individual y como responsabilidad del Estado, dan origen a la Ley General de Salud, y esta a su vez al Sistema Nacional de Salud (SNS).

Estrategias para el Sector Salud en el período 1983-1988. ¹¹¹
Modernización administrativa.
Sectorización.
Coordinación Intersectorial.
Descentralización.
Participación Comunitaria. Todo ello para conformar el SNS.

La propuesta de cambio surge a partir de la crisis en la forma como se prestaban los servicios de salud, tanto en México como en el Mundo, cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud, en 1978, centraría la atención de los gobiernos en un cambio en el Modelo médico que había prevalecido casi intacto desde fines del siglo XIX, y que no lograba extender los beneficios de la ciencia médica a las sociedades contemporáneas.

En nuestro país, el balance que se hace¹¹²se fundamenta en la experiencia del Plan Nacional de Salud de 1974. "... fue el primer esfuerzo global del sector salud para planificar los servicios; incluía metas que suponían reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, así como la reducción de las gastroenteritis y la desnutrición; las metas del Programa

¹¹¹ Oliva López Arellano. "La política de salud", p. 30.

¹¹² Cfr. COPLAMAR **Necesidades esenciales en México**. Muy importante destacar, que este documento inicia en nuestro país, la corriente de pensamiento médico que conceptualiza a la salud-enfermedad como un proceso social, p. 19; y pondera el papel activo de la comunidad como parte fundamental en la consolidación de un sistema de salud, así mismo señala la importancia de la socialización del conocimiento médico, p. 212. Sobre el mismo tema

Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1977-1982, se referían a la misma morbilidad que aquél. El documento *Mínimos de Bienestar. Salud (Coplamar, 1979)* inclufa casi exclusivamente las enfermedades transmisibles y, al igual que los anteriores documentos y otros revisados (SPP, 1976; OPS, Plan Decenal de Salud de las Américas 1971-1981), planteaba metas cuya factibilidad no se sustentaba adecuadamente en la experiencia nacional e internacional."¹¹³

Para los años ochenta, el balance oficial del desempeño de los servicios de salud es que las desigualdades e inequidades en la distribución de servicios se debían a la carencia de una entidad rectora que organizara las acciones de las organismos públicos y de los sectores privado y social, y así como los procesos de concentración nacional y regional que se traducían 'en una calidad heterogénea en la cobertura, en costos diferentes en la prestación de los servicios y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles'¹¹⁴. La condición de los servicios de salud en los estados, antes de comenzar el proceso descentralizador, se distinguía por:

Un fundamento legal estatal desfasado, complicado e inoperante que favorecía el poder de la legislación federal en el espacio de los estados.

Cfr. México, Presidencia de la República *Plan Nacional de Desarrollo. 1983-1988*. (México, D.F.: P. R., 1983), p. 244 ss.

¹¹³ *Ibidem*, p. 207.

¹¹⁴ José F. Ruiz Massieu. "La descentralización de los servicios de salud" en *Salud Pública de México*, X, 1 (Enero - Febrero 1984), p. 15.

Una tipificación incompatible de las instancias rectoras de la actividad sanitaria.

Ejecución coincidente de numerosos servicios y programas diferentes, técnica y financieramente heterogéneos, no coordinados y de planeación y ejecución centralista.

Postergación de los programas de salud pública por los servicios coordinados de salubridad de los estados.

Distribución incongruente de los niveles de atención.

Elemental capacidad de gestión.

Crecimiento anárquico de la organización de la infraestructura.

Reducida participación de los gobiernos de las entidades federativas en el financiamiento de los servicios.¹¹⁵

Para cambiar esta inercia en los servicios de salud se promulgaron los cambios en la Constitución y, posteriormente, se sustenta la expedición de la Ley General de Salud, que adjudica la incumbencia entre la federación y los estados e instala la transmisión de facultades en materia de salud pública, asistencia social y atención médica.

En congruencia con lo anterior, se publica el 30 de agosto de 1983, en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial en el que se establecen las bases para la transferencia gradual de los servicios que presta la Secretaría de Salud¹¹⁶. "Ésta es una estrategia

¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹⁶ México, Leyes, estatutos, etc., "Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia" *Diario Oficial* (México, D.F.: 30 de agosto de 1983).

ligada a una política más general, que pretende lograr una mayor democratización de la vida social, facilitar la asignatura de recursos, así como lograr la eficiencia en la prestación de servicios públicos. En los hechos poco se ha logrado al respecto, en vista de la persistencia de la centralización política en manos del ejecutivo.

Más específicamente, en el sector salud la descentralización ha sido ligada al objetivo de aumento de la cobertura de servicios, principalmente entre la población abierta. La descentralización no es otra cosa que pasar parte de la responsabilidad del gobierno federal al de los estados¹¹⁷ un segundo decreto¹¹⁸, se decide que los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del Programa IMSS-COPLAMAR¹¹⁹, se descentralicen para integrarse orgánicamente en los servicios estatales de salud, bajo la obligación operativa de los gobiernos estatales. En el decreto se plantean dos etapas del proceso descentralizador: la integración programática y la integración orgánica, que atañe únicamente a los sistemas de atención a población abierta¹²⁰.

¹¹⁷ Víctor Soría. "La crisis de la protección social en México. pp. 159-160.

¹¹⁸ México, Leyes, estatutos, etc.. "Decreto que ordena la Descentralización de los Servicios de la S.S.A y los denominados IMSS-COPLAMAR, y su Integración Orgánica a un Sistema Estatal"

Diario Oficial (México, D.F.: 8 de marzo de 1984).

¹¹⁹ "La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales (Coplamar) creada en 1977, confió al Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1979, la atención de la salud de 10 millones de mexicanos en estado de pobreza. Para cumplir con esa tarea se construyó una extensa red de unidades médicas de primer y segundo nivel. Así, a fines de 1979 el Instituto puso en operación mil 978 unidades de primer nivel; en 1980, 739, además de 29 hospitales. A fines de 1981 el Programa IMSS-COPLAMAR tenía una red de servicios formada por 3 mil 25 unidades médicas rurales y 80 unidades hospitalarias". Véase México, Secretaría de Desarrollo Social. *La solidaridad en el desarrollo nacional. La nueva relación entre sociedad y gobierno.*, (México, D.F.: SEDESOL, 1993).p. 35.

¹²⁰ Cfr. Miguel de la Madrid. *ob. cit.*, pp. 255 ss.

Para llevar a cabo, se proponen una serie de criterios: a) proceder de manera gradual y casuística; b) impedir el deterioro de los servicios; c) considerar las características particulares de las entidades federativas y ajustar el proceso a sus condiciones jurídicas, políticas, técnicas y administrativas y, d) respetar los derechos de los trabajadores.¹²¹

Se pretende fortalecer el federalismo, revertir el proceso centralizador y trasladar la responsabilidad de la operación, la capacidad de decisión y los recursos al lugar donde se efectúa la prestación de los servicios, en el marco de los sistemas estatales y locales de salud. Esta estrategia intenta contribuir a la conformación del SNS, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.¹²²

La descentralización de los servicios de salud en su conjunto, se orienta tanto a la formación de Sistemas Estatales de Salud (SESA) como a la transformación de la Secretaría de Salud en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación.

La descentralización busca en la transferencia de facultades, programas y recursos a una entidad soberana (con personalidad jurídica y patrimonio propio), respetando su autonomía técnica y orgánica, aún cuando a nivel central se conserven las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación de funciones.

¹²¹ *Ibidem*, p. 58 ss.

¹²² Guillermo Soberón, *La salud en México*, Tomo I, p. 110.

La primer fase de la estrategia de descentralización (coordinación programática) se emprendió en 31 estados y alcanzó diversos grados de avance. La segunda etapa (integración orgánica) se inició en el estado de Tlaxcala en mayo de 1985. Al finalizar ese año, el proceso abarcaba nueve entidades federativas (Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro y Sonora). En marzo de 1986, se sumaron tres estados (Colima, Guanajuato y México) y a fines de 1987, dos entidades federativas más se habían descentralizado (Aguascalientes y Quintana Roo).

“La descentralización puede darse de varias maneras: (a) desconcentración; (b) delegación a agencias semi - autónomas o paraestatales; (c) devolución a los gobiernos locales; y (d) transferencia de funciones de instituciones públicas a instituciones no - gubernamentales o el ejercicio conjunto de dichas funciones (...). En este escenario, está claro que la evolución natural del estado y del gobierno local en el mundo en desarrollo crea el espacio y o mejor aún exige que las organizaciones no gubernamentales jueguen un papel creciente en el desarrollo local y en la planeación, entrega de servicios y administración locales.”¹²³

Sin embargo, para el caso de México, el proceso de descentralización abarca únicamente los servicios que presta la

¹²³ Michael Cemea. *Organizaciones no - gubernamentales y desarrollo local.*, (Washington, D.C.: Banco Mundial, 1989) p. 8.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, ¹²⁴ sólo 14 estados concluyeron la fase de composición consonante y descentralización operativa, por lo que este desarrollo quedó truncado. En estos estados, desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa IMMS-COPLAMAR, con la consecuente integración de dependencias estatales encargadas de los servicios. Se descentralizaron las facultades patronales a través de disposiciones de trabajo aplicables a todos los trabajadores integrados a los Servicios Estatales de Salud y la administración presupuestal también se descentralizó, incorporando los recursos de todos los programas. Se pretendía que en el mediano plazo, todos los servicios de salud de los estados estuvieran reorganizados en Sistemas Estatales de Salud.

“La precipitación y la falta de preparación técnica y práctica para la integración de los Sistemas Estatales de Salud llevó a problemas graves con trastornos en el funcionamiento de los servicios, que en algunos casos quedaron virtualmente paralizados. Mencionemos sólo dos ejemplos: el desmantelamiento del programa vertical de control de paludismo en los estados descentralizados indudablemente jugó un papel en el resurgimiento epidémico de este padecimiento, en Guerrero, los campesinos de la sierra se vieron

¹²⁴ "...no afectó (la descentralización) a las instituciones de seguridad social (ISSSTE e IMSS), cuya única modificación consistió en designar al Secretario de Salud representante del Estado en el Consejo Técnico del IMSS y en la Junta Directiva del ISSSTE, sin lograr un papel importante en la coordinación de estas instituciones." Véase Catalina Eibenschutz. "La política sanitaria del Estado..." pp. 16-17.

obligados a ocupar el hospital de campo del ex-IMSS-COPLAMAR para que se reabriera”.¹²⁵

Un elemento primordial de la descentralización de los servicios de salud, fue la especificación del financiamiento. En esta transformación, se reconocen dos tendencias: a) el aumento y reorientación de los recursos financieros federales y estatales y, 2) la diversificación de las fuentes de financiamiento que involucra convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad.

La contribución financiera de los gobiernos de los estados se da a través de los acuerdos contraídos en los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD), en donde se comprometen a cooperar con el 20% del costo total de los proyectos de inversión (Programa Integral de Inversiones) y con el 30% como contraposición de los recursos financieros que la SSA transfiera a las entidades federativas por la vía del Programa de Desarrollo Regional. Como ejemplo, se puede mencionar que en 1985-86 los gobiernos cuyos servicios de salud fueron descentralizados, incrementaron sus aportaciones 88% “...debido a una mayor corresponsabilidad en el proceso”. “La gran tarea (de los gobiernos estatales) es asumir de manera creciente la responsabilidad de la operación de los programas de salud

¹²⁵ Asa Cristina Laurell. “Una opción popular de Salud” en *Cuadernos Políticos*, 57 (Mayo 1989) p. 9.

proporcionando mayores apoyos presupuestales propios y del CUD"¹²⁶

En la extensión de las fuentes de financiamiento se destacan, por lo menos, tres líneas de acción: integración de patronatos, integración de comités de salud y, obtención de créditos externos. Se propone integrar en cada hospital un patronato "...con personas importantes de la comunidad, con la mira de conseguir fondos para cubrir carencias o reforzar proyectos y vigilar la correcta aplicación de los recursos obtenidos"¹²⁷ La idéntica actividad de los patronatos puede ser establecida a los comités de salud, en el caso de las unidades médicas de primer nivel, "los cuales a más de obtener recursos financieros, pueden colaborar con trabajo directo y recursos en especie, pintura, mantenimiento, etc."¹²⁸

El desarrollo del proceso descentralizador en los estados fue disparejo pero, en mayor o menor medida, enfrentó dificultades de diverso orden. Entre los más fundamentales se pueden aludir:

Problemas financieros:

- Insuficiencias en la asignación y disponibilidad de los recursos financieros (contribución estatal insuficiente, falta de oportunidad en la distribución de los recursos federales, uso de 'candados' financieros y disminución en términos reales del financiamiento por el

¹²⁶ Soberón. *La salud en México*, Tomo I, p. 151.

¹²⁷ *Ibidem.*, p. 127.

fenómeno inflacionario y por el recorte al gasto destinado a salud y seguridad social). (Véase cuadro 6).

Cuadro 6.

EVOLUCIÓN PRESUPUESTAL DE SALUD EN MÉXICO. 1982-1988. POBLACIÓN ABIERTA.			
AÑO	PESOS CORRIENTES DE 1980 (MILES DE MILL.)	TOTAL	PER CAPITA.
1982	48.6	23.9	1,243
1983	72.2	17.6	838
1984	112.7	16.6	726
1985	192.3	17.9	670
1986	344.2	17.3	716
1987	797.7	17.2	625
1988	1656.4	16.5	546

Fuente: Asa Cristina Laurell. "La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio - políticas" en **Cuadernos Médicos Sociales**, No. 60, pág. 10.

Problemas laborales:¹²⁹

- Permanencia de la asignación centralizada de personal por razones de tipo sindical.
- Oposición de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE).
- Imposibilidad de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios de salud por las repercusiones económicas y políticas para los estados.

¹²⁸ Loc. cit.

¹²⁹ Dentro de las opiniones recogidas por Enrique Rajchenberg en "La sociedad civil frente a la gestión de la salud" en Ignacio Almada Bay, **Salud y crisis en México. Más textos para el debate**, pp. 353 ss. Están José A. Vital Galicia, (Corriente democrática del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud). - Oposición a la descentralización. Oposición a la integración del sistema de salud que sólo implica coordinación de programas y reproducción del esquema de atención diferenciada. Crítica a la verticalidad de las políticas de salud. Y

- Limitaciones inflexibles en la apertura de plazas y contratación de personal.

Problemas con la asignación de materiales:

- Carencia de patrimonio propio para los bienes muebles que se descentralizaron por un sistema centralizado de comodato.

- Falta de recursos financieros, de infraestructura y de canales adecuados de distribución que generaron desabasto de insumos y equipo médico en el primer nivel de atención, contribuyendo con ello a la carencia de respuesta adecuada ante problemas de salubridad general. "Las limitaciones financieras determinaron que en las áreas centrales y aún en las estatales nunca llegara a más del 76% de la capacidad de abastecimiento."¹³⁰

Problemas por la falta de coordinación en la aplicación de programas sustantivos.

Una característica específica del proceso descentralizador en México fue la aplicación de los denominados programas sustantivos, que demandan por sus características, de un estricto control administrativo y de movilización pronta de recursos humanos, en el contexto de la crisis económica y la conversión política, propiciaron un descontrol en el seguimiento de problemas específicos de salud, esto por un intento de ampliar la cobertura, aprovechar al máximo los

Eduardo Alonso E. (Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados) - Aumento de pensiones: homologación con los salarios mínimos.

¹³⁰ Cita a un documento de la Secretaría de Salud. "Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta" en Oliva López Arellano. "La política de salud . p. 32.

recursos y obtener mayor rendimiento desde el punto de vista costo - beneficio.

“Otra consecuencia negativa de la descentralización fue el desmantelamiento de programas de control de enfermedades y de medidas puntuales de intervención epidemiológica. El deterioro de la salud producto de la crisis fue potenciado por el desmantelamiento de programas y servicios.

La regresión sanitaria puede ser ejemplificada con el incremento en la incidencia de paludismo, de infecciones respiratorias agudas, de infecciones intestinales y de neumonías; con el riesgo potencial de una epidemia de dengue hemorrágico, con la epidemia de sarampión de 1989 y 1990, con la imposibilidad de erradicar la poliomielitis parálitica para este año, con el incremento en la mortalidad por desnutrición en preescolares y con la profundización de las diferenciales de salud entre grupos y regiones.”¹³¹

La transferencia de las responsabilidades a instancias nuevas, sin patrimonio propio, con fuertes presiones laborales, e inmersa en la inercia de la centralización administrativa, provocaron:

- Falta de experiencia técnica y recursos financieros de los servicios estatales para conseguir de forma integrada, las acciones de cada programa.

¹³¹ Catalina Eibenschutz. “La política de salud del salinismo” en *Revista Salud y Cambio*, II, 2 (Otoño - Invierno 1990), p.3.

- Endurecimiento en los procedimientos administrativos de los SESA que impidió la gestión oportuna de recursos, equipo y material.
- Renuencia del personal para agregarse como recursos humanos de base en la jerarquía jurisdiccional y estatal.
- Concentración del personal en las tareas administrativas, con la consecuente desatención de los niveles de atención primaria y las tareas propias de la salubridad.
- Falta de especialización en los trabajadores de la salud, por duplicidad en las funciones y falta de coordinación estatal.
- Carencia de recursos financieros para asegurar: 1) el pago de viáticos que permitieran reunir al personal de sus sitios de adscripción; 2) partidas para combustible y erogaciones diversas por traslados y, 3) vehículos para la movilización del personal operativo y supervisor, del material y del equipo.

“La descentralización como un proceso vertical decidido en el Centro e impuesto a los trabajadores, a los usuarios e incluso a los gobiernos estatales; el traslado de responsabilidades de la Federación a los estados sin el apoyo financiero y técnico y el rápido deterioro de los servicios de salud en un proceso de esta naturaleza.

A lo largo de 8 años, la integración funcional de los servicios de salud no ha podido resolver ni siquiera los problemas administrativos que afectan al sector, dado que las medidas de coordinación resultaron insuficientes para modificar las tendencias de desarrollo de las diversas instituciones sanitarias, lo que se ha

traducido en que las diferenciales de recursos y servicios se mantengan y, en algunos casos, se profundicen."¹³²

La descentralización¹³³ de los servicios de salud reflejó en la práctica la inequidad en la prestación de los mismos, ya que solamente en los estados que concentran porciones importantes de la riqueza nacional pudieron hacer frente a los cambios demandados, Tabasco o Nuevo León, sortearían con mayor suerte este proceso que en Guerrero o Oaxaca, donde prevalece la marginación y la pobreza extrema.

"Por otra parte, la descentralización ha exacerbado las pugnas entre grupos de poder burocrático - particularmente los de la SSA y del IMSS-, ya que sumada a la nueva jerarquía de mando en el Sector Salud, con el secretario de la SSA a la cabeza, recrudesció la competencia entre estas dos instituciones en vez de armonizar sus acciones. La cuestión de fondo, más allá de las pugnas inmediatas, es si extender los servicios de salud en el marco de la seguridad social o bajo un esquema descentralizado estatal; problema de suma importancia, ya que las dos opciones encierran concepciones distintas del quehacer estatal. Así, la primera, predominante hasta

¹³² *Ibidem.*

¹³³ "A pesar de todo, la evaluación oficial es optimista. Se señala que los SESA de los catorce estados descentralizados mostraron en conjunto un mejoramiento de la capacidad de la atención. Entre 1983 y 1988, la cobertura potencial de los servicios de salud en estos estados creció en 71% (cobertura potencial por consultorio) y 140% (cobertura potencial por médico). El número de usuarios (pacientes de primera vez) se incrementó en 52% (2 millones), mientras que en los estados no descentralizados el aumento fue de 5% (276 mil)." Véase Oliva López *ob. cit.*, pp. 40-41.

1983, pertenece a la corriente neoliberal, que plantea restringir las funciones del Estado federal como productor de servicios - eximiéndolo de hecho de la obligación de prestarlos - dando libertad operativa y responsabilidad financiera a las autoridades locales."¹³⁴

Sin embargo, es cierto que los indicadores de evaluación del proceso descentralizador se centran a referencias de servicios prestados y de protecciones potenciales, en el capítulo primero señalaba que el modelo médico maneja diversos criterios para medir la cobertura, siendo más bien, la prioridad política lo que determina el alcance, dejando de lado lo que el aparente mejoramiento de estos índices ha significado en la calidad de la atención médico - sanitaria y su impacto sobre la salud de las poblaciones.

Otro medio discutible de la-descentralización en México, se coloca en el terreno de lo político. La verticalidad y el autoritarismo que caracterizó el proceso, inhabilitaron el eventual elemento democratizador que conlleva el proyecto descentralizador. A pesar de ser una propuesta viable para ajustar al sector, el SNS se disputa entre los términos impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura para el capital privado de nuevos escenarios para la inversión) y el mantenimiento del pacto social (derecho ciudadano a la protección de la salud, atención a grupos marginados, extensión de la cobertura de los servicios de salud) dadas las características del contexto sociopolítico y económico en el que surge. "Las dificultades del proceso de descentralización eran

¹³⁴ Laurell "Una opción popular en salud" p. 9

reconocidas por el mismo Secretario de Salud, doctor Guillermo Soberón, en declaraciones a la prensa, pero no se tomó en cuenta que el carácter democrático, que eventualmente puede significar la descentralización, dependía ante todo de que las entidades federativas y los municipios la reclamarán como un derecho y una reivindicación. El proceso de descentralización ha sido impuesto desde el centro del poder que es la Federación y no parece haber contribuido a una verdadera democratización.”¹³⁵

El sentido en que se debe dar un proceso de descentralización acorde a lo propuesto en Alma Ata, es la distribución del poder tanto para la toma de decisiones como la consolidación de poderes políticos locales, los que a su vez establecerían contactos con las organizaciones y grupos sociales de la zona para “administrar los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos y de otro tipo implícito en un sistema local de salud”¹³⁶. Se puede pensar que el objetivo implícito (jamás reconocido por un funcionario de alto nivel de la Secretaría de Salud) es limitar el quehacer del Estado en la prestación de servicios básicos¹³⁷, preparando el terreno para su posible privatización.¹³⁸

¹³⁵ Elbenschutz. “La política sanitaria del Estado Mexicano.” p.17.

¹³⁶ Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.**, (Washington, D.C.: O.P.S. 1990) p. 13.

¹³⁷ “El desarrollo de la descentralización en el marco del ‘nuevo federalismo’ impuesto por las directrices de la política neoliberal posibilita el traslado de responsabilidades de la Federación a los estados sin el apoyo financiero y técnico y acelera el deterioro de los servicios de salud. Así, se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios de primer nivel”. Cfr. Oliva López Arellano

El impulso iniciado en 1983 se diluía con el cambio de gobierno de 1988, la descentralización por los motivos arriba expuestos no había eliminado las inercias y fallas que le dieron origen, y en algunos casos, provocaron que la política a seguir por la administración de Carlos Salinas olvidará los valores del proceso descentralizador (participación social y democrática), para incorporar un proyecto distinto¹³⁹ a las políticas sociales. El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL).¹⁴⁰

2.2 Período 1989-1994.

Las condiciones con las que empezó el gobierno de Carlos Salinas, cambiaron con respecto a su antecesor en algunos aspectos, la inercia de las reformas al marco jurídico en salud de 1983 se había desvanecido, el proceso de descentralización, y la consecuente

"La política de salud en México: ¿Un ejemplo del liberalismo social?" en Asa Cristina Laurell (Coordinadora) *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, p. 176.

¹³⁹ Las autoridades municipales de Aguascalientes licitaron los servicios de salud para 4 mil 500 trabajadores del ayuntamiento quienes a partir del 1° de diciembre de 1996 dejarán de ser atendidos por el IMSS para obtener atención médica en hospitales privados. Véase *La Jornada* 31 de octubre de 1996 p. 10.

¹³⁹ Es frecuente que las autoridades sanitarias en México entiendan por participación social un conjunto de actividades sin relación con los procesos sociales. "...la práctica de la participación social se hace equivalente con una multitud de formas del quehacer social sin un sentido claro, convirtiéndose en instrumento de intereses con intencionalidades vanadas y muchas veces contrapuestas" Véase I.N.N.S.Z. *Participación social y educación para la salud* (México, D.F.:1993), pp. 367-368.

¹⁴⁰ El PRONASOL representa un ejemplo de la limitada concepción que sobre participación social tiene el Estado. "Otra forma de reduccionismo prevalente consiste en que cuando se habla de participación social, se tiende a pensar solamente en dimensiones pequeñas (comunidades, grupos, personas), con características determinadas (urbano marginados, mujeres, adolescentes, etc.) y no frente a la totalidad de los procesos sociales. Vista de esta

consolidación del Sistema Nacional de Salud, se topó con los grandes obstáculos mencionados anteriormente y la conversión del Estado mexicano, impulsada por el entonces Secretario de Programación y Presupuesto. Carlos Salinas, daba inicio con mayor fuerza, ahora investido como Presidente, además la falta de legitimidad, producto de la elección presidencial de julio de 1988, demandó una estrategia que tuviera como principal objetivo desarticular cualquier proceso de encono social y ganar márgenes de maniobra ante la sociedad. Esas fueron las condiciones con las que comienza a implementarse la política social del régimen, cabe señalar que el Programa Nacional de Salud tardaría casi dos años en darse a conocer.

manera, para quienes evalúan, la participación social tienden a ser 'para los otros' y no para la población, para la sociedad como un todo" *Ibidem*.

Estrategias para el Sector Salud en el período 1990-1994¹⁴¹
Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud.
Fortalecimiento de los sistemas locales de salud.
Descentralización de los servicios de salud.
Modernización y simplificación administrativa.
Coordinación Intersectorial.

Un elemento innovador, fue la profundización de la política neoliberal, con su consecuente carga ideológica, que demanda refuncionalizar al Estado, destinando menos dinero al gasto social, y a su vez tratando de extender algunos beneficios sociales. Sin embargo, la 'lógica' gubernamental de hacer más con menos, se traduce en otorgar la prestación de servicios básicos, a personas empobrecidas por el sistema y no a ciudadanos por igual.

"En resumen, se puede afirmar que dentro del proyecto salinista la salud de la población no es prioritaria; se esta dejando al libre juego de la oferta y la demanda, esperando que el modelo económico neoliberal la 'regularice'. En tanto, se interviene puntualmente en los problemas severos o situaciones conflictivas. La política de salud se transforma, por esta vía, en 'apagafuegos'."¹⁴²

¹⁴¹ México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de salud. 1990-1994. (México, D.F.:S.S., 1990) pp. 26 ss.

¹⁴² Eibenschutz. "Las políticas de salud del salinismo", p. 8.

La expresión de esta peculiaridad la representó el Programa Nacional de Solidaridad, diseñado, implantado y ejecutado desde la Presidencia de la República, contó a lo largo del sexenio de Carlos Salinas, de todo el apoyo logístico y propagandístico, además como informo el propio Salinas en 1994, este programa tuvo recursos por los 1,237.9 millones de nuevos pesos, con una tasa anual de crecimiento de 12.8 por ciento¹⁴³.

El gasto se destinaría preferentemente a los estado con más rezagos, como Chiapas con el 7.1 por ciento del total nacional; Oaxaca 9.5, Veracruz 6.3, Puebla 4.7, Guerrero 2.6, e Hidalgo 2.1 por ciento.

Se reportaría que entre 1989 y 1994 se construyeron y equiparon 180 hospitales y se rehabilitaron y ampliaron 175 nosocomios más. Además, se construyeron 920 centros de salud y se rehabilitaron, ampliaron y equiparon 3,453 más, lo que representó un incremento de 75.5 por ciento.

En 1992, el Presidente Salinas informaba la configuración de 100 mil comités de Solidaridad, tanto en colonias populares,

¹⁴³ "Pese a su lugar privilegiado en el discurso gubernamental el PRONASOL dispone de pocos recursos; su presupuesto representa apenas el 0.40% del PIB en 1990 contra el 0.72% del PIB dedicado al rubro equivalente "Solidaridad Desarrollo Regional" en 1982. Esto nos indica que el PRONASOL tiene intenciones extra - sociales ubicadas en el terreno político. Para apreciar este hecho hay que señalar que PRONASOL se maneja discrecionalmente por el Ejecutivo Federal y que el acceso a sus fondos está condicionado a la pertenencia de un Comité de Solidaridad. El manejo discrecional de los fondos de los programas significa que pueden ser utilizados para incrementar el poder del Ejecutivo sin ningún obstáculo institucional". Véase Asa Cristina Laurell. "La política social en el proyecto neoliberal..." p. 9.

comunidades rurales y pueblos indígenas de todo el país, los que hasta ese año había realizado más de 150 mil acciones. Además de que se había incorporado por día 5, 263 mexicanos a los servicios de salud.¹⁴⁴

A pesar de las múltiples acciones relacionadas con la salud (construcción y/o adecuación de clínicas y hospitales; conformación de comités de salud en el seno de los comités de solidaridad y la puesta en marcha del programa IMMS-SOLIDARIDAD, con inspiración en el ex-Coplamar), el Sector Salud, sus instituciones tanto a nivel federal, estatal y local, nunca tuvieron vinculación orgánica alguna con PRONASOL, por lo tanto, nunca hubo una supervisión, ni del impacto de las acciones en la comunidad, ni mucho menos de los recursos erogados para su funcionamiento. Para junio de 1992 se reestructura la Secretaría de Desarrollo Urbano, para dar pie a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en donde recaería el control de los programas de solidaridad, sin injerencia del Sector Salud.

Con el PRONASOL el Estado buscó dar respuesta en forma puntual y temporal a las necesidades de la población 'más pobre'. Pero nadie puede garantizar que los servicios otorgados (introducción de agua y drenaje, servicios médicos y empresas comunitarias), sean permanentes, por lo que no resuelven los

¹⁴⁴ Cfr. México, Secretaría de Desarrollo Social. *Seis años de trabajo*. (México, D.F.: SEDESOL, 1994), p. 77 y de Carlos Salinas *El cambio asegura nuestra permanencia como nación*, (México, D.F.:P.de la R., 1992) pp. 167, 225 y 276; *Quinto Informe de gobierno* (México, D.F.:P.de la R., 1993),p. 87.

problemas de fondo, estas medidas tienen el corte asistencialista, que caracterizó el desarrollo de los programas sociales de principios de siglo, por lo que se retrasa su solución verdadera.

El PRONASOL fue un factor vital en el repunte electoral del PRI en las elecciones de 1991, sus programas aparecían más que oportunamente en las zonas que eran consideradas por los estrategas del partido en el poder, como potencialmente conflictivas, por lo que su carácter de controlador de los descontentos sociales se hizo cada vez más evidente, a pesar de ello, la respuesta del gobierno fue darle todo el apoyo propagandístico.

El impulso del PRONASOL funcionó también como justificación para el desmantelamiento del Estado, la venta de empresas paraestatales era la condición para eficientar la labor gubernamental, todos los indicadores económicos, puestos a consideración en el capítulo anterior, demostraron que el modelo neoliberal no había obtenido frutos palpables para la población, sin embargo, el interés (inducido) de la sociedad era el adelgazamiento del Estado, como premisa para acceder a una mayor justicia social.

“El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) es la versión más acabada de la neo-beneficencia. En él se desarrolla una relación casi directa entre la figura presidencial y los grupos ‘pobres’ y un manejo discrecional de los recursos, generalmente ligado a intereses electorales. Se edita así un populismo de nuevo tipo que no

interfiere con el desarrollo del proyecto modernizador y que simultáneamente, mediatiza el descontento social exacerbado en los últimos años por el deterioro de las condiciones de vida de la mayor parte de la población. La intervención del Estado se produce por demandas populares, pero los beneficios son materializados como privilegios o concesiones y no como derechos. Se refuerza la existencia de distintas ciudadanía *versus* la ciudadanía universal.”¹⁴⁵

Por lo que se refiere al Sector Salud, propiamente constituido, podemos resumir algunos rasgos característicos al finalizar 1994.

¹⁴⁵ Oliva López Arellano, “La política de salud en México: ¿Un ejemplo del liberalismo social?” ob. cit., pp. 168-169.

Cuadro 7.

INSTITUCIÓN	FINANCIAMIENTO	PPTO. PER CAPITA	COBERTURA (MMB.)
POBLACIÓN ASEGURADA			
I.M.S.S.	TRIPARTITA.(1)	400	38
I.S.S.S.T.E.	BIPARTITA.	325	8
S.S.	UNIPARTITA.(2)	100	22.6
IMMS-SOLIDARIDAD.	UNIPARTITA.	85	10.6
SERVICIOS PRIVADOS	AUTOGENERADOS.		6 (3)
		TOTAL.	79.7
SIN COBERTURA.			11.4(4)

(1) El financiamiento del I.M.S.S. correspondió a partir de 1988 a: Patronos 70%; Asegurados 25% y Estado 5%.

(2) El proceso de descentralización demanda recursos tanto del Estado, como de los gobiernos estatales. Además de una cuota de recuperación a la población.

(3) Cálculo hecho con referencia al número de nólizas de seguros médicos vendidas en 1992.

(4) Cuenta en base a la estimación de la población de 1995.

Fuente: Carlos Salinas. **Sexto Informe de Gobierno**. Asa Cristina Laurell. **El impacto del TLC en el Sector Salud**.

El cuadro 7 nos presenta algunas de las características fundamentales de las instituciones de salud, las fuentes de financiamiento así como los índices de cobertura muestran un estancamiento de los sistemas de seguridad social, los cuales están integrados por trabajadores, en su mayoría urbanos, y con diversas prestaciones sociales, el crecimiento de la denominada población abierta es sintomático del desplazamiento que van teniendo los recursos tanto materiales y humanos a los mexicanos más marginados, estos

servicios a diferencia de los prestados por el IMSS e ISSSTE, no pueden ser considerados permanentes sino coyunturales.

Cuando inicia el COPLAMAR en 1977 se pretendió, por una parte, extender los beneficios del modelo médico de avanzada del país (los servicios del IMSS), y por otra hacerlo a población que sería muy remoto su incorporación 'formal' a un sistema de seguridad social. Ello reconocía dos consideraciones. Primera, que los servicios de salud pública o salubridad no podían asumir con eficacia los compromisos de extender la cobertura de servicios a población abierta en poco tiempo y Segundo, que el enfoque que manejaba la seguridad social para la atención de enfermos superaba a los conceptos asistenciales que prevalecían en esos años en el sistema de salud pública.

Otra característica significativa es, el descenso de la asignación presupuestal per capita destinada a los servicios de salud, en 1982, cada mexicano que se encontraba en el sistema de población abierta; recibía 1,243 pesos (de 1980), y los de seguridad social 2,157, la caída es impresionante, pero se explica con los incrementos en las erogaciones por servicio de la Deuda, que en 1990 significó hasta el 10.4% del PIB.¹⁴⁶

"Aún hay quienes piensan que los países ricos aportan dinero a los pobres para ayudarlos contra la pobreza. Esto se dio hace 10

¹⁴⁶ Laurell. "La política social en el proyecto neoliberal..." pp. 8 y 10.

años (en 1979, 40 mil millones de dólares salieron del hemisferio norte a los países subdesarrollados del sur). Actualmente eso se ha invertido: 20 mil millones de dólares anuales se van del hemisferio sur al norte (créditos, ayuda, pago de intereses y capital de la deuda externa). Y hay que añadir los bajos precios de las materias primas de los países en desarrollo, pagados por los países ricos, que suman 60 mil millones de dólares anualmente."¹⁴⁷

Asimismo, el incremento en la cobertura poblacional en salud no va acompañado de un aumento en la infraestructura médica (hospitales, centros de salud, laboratorios, camas censables), teniendo que en la década 1982-1992 el aumento de derechohabientes fue de 41.7%, sin embargo, en ese periodo, el número de unidades médicas paso de 9.3 a 7.2 unidades por cada 1000 asegurados¹⁴⁸.

Los saldos visibles en la aplicación de la política de salud de Carlos Salinas son:

- Freno al proceso de Descentralización.
- Impulso al PRONASOL, y desmantelamiento de los remanentes del programa IMMS-COPLAMAR.
- Descapitalización de las instituciones de salud.

¹⁴⁷ PRODUSSEP. (Promoción de servicios de salud y educación popular). "El derecho a la salud en México. Una mirada desde la sociedad civil" en *Justicia y Paz. Revista de Derechos Humanos*, V, 18 (Abril - Junio 1990) p. 13.

¹⁴⁸ Raúl Miranda-Ocampo. "La salud y la economía (1982-1992)" en *Economía Informa*, 234. (Diciembre - Enero 1994-1995), p.19.

- Pérdida en la calidad de los servicios, por los bajos salarios, muchos especialistas optaron por trabajar en el sector privado.
- Tendencias hacia la automedicación.
- Preferencia en la asignación presupuestal a los rubros de atención curativa, (70%) sobre el preventivo, (6%) o educacional, (1%) siendo una característica del concepto biologicista, señalado en el capítulo primero.
- La creación de patronatos en los grandes Institutos (Cardiología, Nutrición, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México) han llevado a una privatización silenciosa de los servicios de salud, por una parte liberando al Estado de la prestación del servicio, y por otra otorgando preponderancia a la participación de la iniciativa privada.
- Las funciones del SNS, reducidas a programas de vacunación.
- Apoyo al programa 'Planificación Familiar', como único sin limitantes presupuestales, y orientado más bien al 'Control Natal'.
- Abandono implícito a garantizar el Derecho a la salud.
- Aumento en los niveles de desnutrición. La infantil ya sobrepasa el 80%, en zonas de Oaxaca, Chiapas y Guerrero.¹⁴⁹
- Incremento de enfermedades, antes controladas como lepra, tuberculosis, sarampión y paludismo. Desarrollo de nuevos padecimientos como el SIDA.
- Aparición, después de muchos años, de casos de cólera.

¹⁴⁹ Mueren en el año 158 mil niños en todo el país, 25% de ellos por causa directa del hambre, en las zonas rurales 50% de la población padece de desnutrición. Véase Declaración política del Foro Nacional por la Soberanía Alimentaria en La Jornada 16 de octubre de 1996, p. 18.

- Incremento en la tasa de poliomielitis parálitica a partir de 1985.
- Epidemia de sarampión en 1990.
- Desarrollo de problemas de salud causados por la contaminación ambiental (amibiasis, infecciones en vías respiratorias altas y otitis), especialmente en niños de grandes ciudades.
- Incremento de enfermedades en la mujer, y en la mujer trabajadora. Prevalece la visión de atenderla en lo referente al control natal, planificación familiar o atención de embarazo, parto o postparto, olvidando que muchas desempeñan un doble rol (amas de casa y sostén económico de la familia).

2.3 Tendencias en Políticas de Salud.

En el marco de estas condiciones, una vez más se comenzó a pensar en reformar el sistema sanitario, para hacerlo más acorde a los nuevos tiempos (globalización, liberalismo económico), por lo que se especuló en:

Establecimiento de un sistema de prepago para adquirir un paquete esencial de servicios médicos, en caso de que la familia no pueda acceder a él, el Estado subsidiará las primas familiares en caso de situación de pobreza.

Apoyo en inversión de los capitales privados, a través de concesiones en paquete de la infraestructura hospitalaria de primer mundo.

Unión de los servicios de salud, pero separación de funciones.¹⁵⁰

Esta como otras propuestas más radicales (privatizar totalmente los servicios de salud), están en la mira de tres grandes interesados de la privatización de la salud.

POLÍTICA NEOLIBERAL.	COMPLEJO MÉDICO-INDUSTRIAL	CAPITAL FINANCIERO.
<p>Los recursos públicos deben financiar exclusivamente aquellos ámbitos en que los particulares no quieran invertir. El mercado debe ser el regulador de los servicios sanitarios. El Estado debe alentar a la iniciativa privada, y respetar la decisión de los individuos en el cuidado de su salud.¹⁵¹</p>	<p>Los servicios de salud, están inmersos en la lógica del mercado, por una parte la industria de insumos médicos (equipo, material y medicamento), así como los productores de servicio (hospitales y médicos) buscarán obtener las más altas ganancias, en base al apoyo que representa la acumulación del sector.¹⁵²</p>	<p>El capital financiero, como gran vencedor del proceso de conversión demanda para sí, la apertura económica de los servicios médicos. La lógica es muy simple la prestación de servicios de salud representa cuantiosas cantidades de dinero, a través de la venta de seguros médicos, y el manejo de pensiones a trabajadores.¹⁵³</p>

Estos actores han considerado al modelo neoliberal como único sistema capaz de garantizar un desarrollo equitativo de las fuerzas productivas, a través de la regulación del mercado, sin embargo faltan a la realidad al no considerar otras alternativas de desarrollo, sin bien es cierto que el Estado de bienestar no logró la universalización de los servicios de salud, el neoliberalismo ha

¹⁵⁰ Cfr. Julio Frenk Mora, *Macía la reforma del sistema de salud. Una propuesta estratégica. Documentos para el análisis y la convergencia No. 12.* (México, D.F.:Fundación Mexicana para la Salud, 1994)

¹⁵¹ Cfr. Asa Cristina Laurell, *Estado y políticas sociales.*

¹⁵² Laurell, *El impacto del TLC.*, Pág. 7.

¹⁵³ En septiembre de 1994, 33,348 Millones de nuevos pesos representaron lo invertido en seguros privados, de los cuales el 6% está ligado a la medicina curativa. México: Banco de México. *Indicadores económicos.* (México, D.F.:B.M., 1994).

acentuado a inequidad en la prestación de los mismos. "Las políticas sociales de corte keynesiano no pudieron evitar el desarrollo de sistemas de bienestar selectivos, burocráticos y opresivos, y el embate neoliberal aprovechando tales desviaciones trata no sólo de demoler el Estado del bienestar, sino también de someter las instituciones de éste a la ciega regulación del mercado."¹⁵⁴

Los caminos que han seguido están enfocados hacia las siguientes líneas de acción.¹⁵⁵

1) *La salud, como valor del individuo versus la salud, como derecho humano.*

Para el Estado neoliberal, la prestación de servicios públicos debe ser regida por la leyes del mercado, por lo tanto, la existencia de derechos humanos deben constreñirse exclusivamente aquellos derechos individuales y políticos que mencionábamos en el capítulo primero. Esto sirve para justificar el papel de los particulares en la prestación de servicios sanitarios, ya que el papel del Estado deberá ser exclusivamente normar la prestación y asumir la atención de los más pobres, o de las tareas que la iniciativa privada considere de alto riesgo financiero.

¹⁵⁴ Víctor Soria. "La crisis de la protección social en México..." p. 175.

¹⁵⁵ Cfr. Asa Cristina Laurell (Coordinadora) *Nuevas tendencias...*

La salud se traslada desde este enfoque a ser de responsabilidad social, a ser competencia de los núcleos familiares, es por eso que se retoma del pensamiento cristiano la no intromisión de otros en los problemas que conciernen al ámbito familiar.

Para los ideólogos neoliberales la familia (en abstracto) debe decidir lo que mejor le convenga para el desarrollo de la prole. Dichos ideólogos no pesan las grandes diferencias que la sociedad actual confiere al desarrollo de los individuos, no todos poseemos los mismos criterios, grados de educación, nivel socioeconómico y asimilación cultural. Introducir en la conciencia de la sociedad que el Estado no puede garantizar el bienestar colectivo, y que cada uno tiene el derecho de hacer con su salud lo que mejor le convenga, ha sido un principio implícito a las políticas de salud, considerando que la existencia de seguridad social sólo limita el potencial creador de los seres humanos, e impide el acceso a niveles más dignos de salud.

La conceptualización de la salud como Derecho humano se contraponen a la intención de la privatización y mercantilización del financiamiento de los servicios médicos, sin tomar en cuenta que la salud es valiosa por que de ella depende tanto la preservación de la vida como el desarrollo de las capacidades humanas, en eso radica su importancia. Se demostró a lo largo del siglo XIX, que el desarrollo capitalista, con su libre mercado, no solucionaba los graves problemas sanitarios, la seguridad social fue la primer conquista

socia!, después del derecho de huelga y respondió para elevar los niveles dignos de vida, y en la práctica los elevó. Es por eso que la salud sólo ha podido ser garantizada, con deficiencias o sin ellas, con la intervención estatal. Sin la participación del Estado, los avances en la medicina en México no hubieran existido, y los beneficios sólo los hubieran gozado unos cuantos grupos privilegiados.

2) La salud es cada vez más costosa, como para destinar dinero del erario a su atención.

El complejo MÉDICO-INDUSTRIAL actúa con la lógica de todas las industrias, obtención de plusvalía del dinero invertido en ella. En el capítulo primero se menciona que una de las características del Modelo Médico Hegemónico es precisamente particularizar los problemas, llevar las enfermedades de lo general a lo particular, y para cada patología un especialista que la atienda, esto desde un punto de vista médico tiene sus ventajas, pero en lo concerniente a la atención provoca dos problemas, primero la disminución de pacientes atendidos por los especialistas (no todos desarrollaremos cáncer, enfermedad de alzheimer, u osteoporosis), y segundo, el incremento de los costos en los tratamientos se eleva exponencialmente. Por lo tanto tenemos que menos pacientes son atendidos por la medicina de punta, y esta es demasiado cara para que pueda ser accesible en un sistema de salud privado.

Esta idea de los costos, vista desde los intereses del complejo MÉDICO-INDUSTRIAL, parece una realidad inevitable, sin embargo, muchas de las graves enfermedades, de las intervenciones quirúrgicas inevitables, de los tratamientos y terapias muy costosas, así como de los medicamentos a precios desmesurados, podrían ser evitados, advertidos o aminorados si cambiara el criterio biologicista del Modelo Médico actual. Ese como otros temas será parte del capítulo tercero, pero es necesario puntualizar, que la elevación inevitable de costos en los servicios médico, es un falso dilema además dichos costos son perfectamente absorbibles si el Estado destinara el porcentaje adecuado del PIB (6%) a la prestación de servicios sociales, y no se privilegiara tanto el pago de intereses de la deuda externa. Esto sin tomar en cuenta que la inversión que haga el Estado en la materia repercutirá en el grado de desarrollo económico y social.

3. La salud, vista como fuente permanente de ingresos.

Asa Cristina Laurell en "La salud: de Derecho social a mercancía"; señala "Esta intención (privatizar los servicios médico) se inscribe en la ofensiva de recuperación de los servicios sociales para la empresa privada, o sea su re - mercantilización, que constituye uno de los móviles del actual ataque al Estado de Bienestar en todo el mundo. La razón es que estos servicios representan hoy actividades económicas de gran importancia. Los servicios de salud, por ejemplo, absorben en los países desarrollados

entre el 8 y 12 por ciento del PIB y en los de ingreso mediano (como México) entre el 3 y el 5 por ciento, lo que es mucho más que casi cualquier otra actividad industrial o de servicios"¹⁵⁶ Es aquí donde entra el capital financiero, a través de seguros privados de salud, sin embargo, la crisis económica y la pérdida de poder adquisitivo de los ciudadanos parecen complicar una aceptación de la población a adquirir estos seguros, para ello el Estado busca impulsar dos condicionales para asegurar esta transición. Por una parte, la disminución de recursos públicos a la satisfacción de necesidades y su adscripción a las personas más pobres, crearan situaciones de conflicto social.

"El auge que están cobrando los seguros médicos privados y la amenaza de varios sindicatos de desafiliarse masivamente del IMSS y contratar sus propios seguros, se inscriben en un proceso deterioro de los servicios públicos y en el supuesto (reforzado desde los sectores oficiales) de que servicio privado es sinónimo de eficiencia y calidad.

La tendencia de un modelo de esta naturaleza se concretaría en una negociación individual entre sindicatos fuertes (capaces de contratar un seguro colectivo) y algunas empresas, con la consecuente exclusión de la seguridad social de grandes grupos de trabajadores."¹⁵⁷

¹⁵⁶ Laurell, ob. cit., p. 26.

¹⁵⁷ Eibenschutz. "Las políticas de salud del salinismo" p. 8.

Por otra, el otorgamiento al capital financiero de la administración de los seguros de retiro y pensiones, los cuales involucrarían a la gran mayoría de los trabajadores mexicanos, ya se inició con el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), pero se piensa en ampliarlo y perfeccionarlo al estilo chileno.

Capítulo III. La Participación Social en Salud.

1.- La Declaración de Alma Ata (1978).

Ante los problemas que enfrentan las sociedades contemporáneas, con respecto al desarrollo de la medicina, se manifiesta como alternativa la Participación social en salud, para:

- Alejar el problema sanitario del plano exclusivamente económico.
- Propiciar la transición de un modelo médico individual, a uno social.
- Aceptar la capacidad social para desarrollar formas propias de organización y elaboración de propuestas viables.
- Contribuir a la socialización del conocimiento médico.
- Enriquecer el proceso de planeación, organización y evaluación de las actividades en salud, con el aporte del conocimiento de las diversas disciplinas científicas. Además de las propuestas que las mismas sociedades hagan en beneficio propio.
- Reconocer a la salud como un derecho humano.
- Disfrutar de una salud socialmente justa en que los beneficios de la ciencia alcancen a todos.
- Preponderar al ser humano en la prestación de servicios médicos.
- Evitar las muertes previsibles, ya sea por efectos de marginación social, estigma, ignorancia, o cualquier falta atribuible tanto a la organización del modelo médico, como la estratificación social.

La participación social en salud, es parte de una estrategia más general, desarrollada por los ministros de salud de los países miembros de la ONU que habían presenciado un estancamiento en el desarrollo de los sistemas sanitarios de cada nación, teniendo como propuesta central: La Atención Primaria a la Salud (APS), la cual fue discutida y aprobada en una reunión ministerial, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), celebrada en la ciudad de Alma Ata (ex Unión Soviética, hoy parte de la República de Kazajistán) en septiembre de 1978. Producto de este acontecimiento es la *Declaración de Alma Ata*.

“En esta Declaración, después de plantearse un concepto de salud - enfermedad amplio, se señala que la desigualdad en los niveles de salud entre los países es político, social y económicamente inaceptable, y que un nuevo orden económico internacional es la base para un cambio en esta situación. Punto seguido aborda la temática que nos interesa: asume que el ‘pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud’. Plantea como estrategia la atención primaria en salud, la cual exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y el individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud.

Esta Declaración, tomando en cuenta lo que los gobiernos no socialistas de la época manejaban teórica y prácticamente, resultó ser

muy progresista, marcando el discurso (más que la práctica) en salud de la siguiente década.”¹⁵⁹

Para lograr los objetivos de esta declaración, importaba ante todo un cambio de actitud por los gobiernos con respecto al desarrollo social en general, a partir de ese momento se empezó a considerar a la salud como parte integral de ese desenvolvimiento, por eso debían de implementarse una serie de medidas que propiciarán un cambio social.

“En esta conferencia se dictaron una serie de principios y definiciones destinados a propiciar cambios fundamentales - tanto en las concepciones como en las estructuras de los aparatos de salud de los países miembros de la OMS- que se consideran indispensables para elevar substancialmente el estado de salud de las poblaciones en un plazo de 22 años.

Tanto la definición de la salud como las recomendaciones que surgieron de esta conferencia representan, por una parte, la cristalización de una visión crítica del desempeño actual de los sistemas de salud - particularmente en los países en desarrollo - : por otra, una voluntad colectiva de hacer realidad una serie de principios expresados desde el siglo XIX sobre la obligación que tiene el Estado de garantizar un estado mínimo de bienestar físico y mental de los ciudadanos.

¹⁵⁹ Keijzer. *ob. cit.*, pp. 231-232.

Haciendo un breve recorrido por las declaraciones y acciones que marcaron la historia de la atención a la salud en el mundo, se hacen evidentes la extrema lentitud con que progresan las ideas y las grandes divergencias entre países cuando se llevan a cabo.

... la Conferencia de Alma - Ata imprime un nuevo giro al discurso de salud pública: representa un llamado a) la universalización de la atención a la salud; b) la atenuación del énfasis puesto en la modernización y la tecnificación de la práctica médica, y c) a la ampliación de la definición de atención a la salud para que incorpore tanto las acciones preventivas y curativas como la participación comunitaria en la gestión y vigilancia de la salud. Para lograr este nuevo proyecto de justicia social, se recomienda las acciones prioritarias siguientes:

a) La extensión de cobertura de salud y mejoramiento del ambiente.

b) La organización de la participación de las comunidades con una mejor difusión de la información pertinente para asumir responsabilidades.

c) El perfeccionamiento de la articulación Intersectorial.

d) El desarrollo de investigación y tecnologías adecuadas, de recursos humanos e insumos críticos.

e) El establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector salud y la reorientación de la cooperación internacional".¹⁶⁰

Los documentos procedentes de la Reunión de Alma Ata fueron: **Primary Health Care (Atención Primaria a la Salud); Formulating strategies for health for all by the year 2000. (Formulación de estrategias en pro de la Salud para todos en el año 2000) y Global strategy for health for all (Estrategias globales de la salud para todos).** En dichos papeles están los cimientos de una nueva medicina, su componente principal sería la Atención Primaria a la Salud, la cual sería concebida como parte fundamental de cualquier sistema nacional de salud, y su desarrollo sólo sería posible con la participación social.

En los principios básicos se puede apreciar los siguientes aspectos:

1. Un nivel aceptable de salubridad no puede ser llevado solamente por el sector salud. Debe coordinarse con el esfuerzo de los demás actores económicos y sociales de cada país. Además el desarrollo de los sistemas sanitarios debe ser parte del desarrollo social, contribuyendo a las metas que las naciones se propongan para el desarrollo de la sociedad.

¹⁶⁰ Viviane Brachet de Marquez. "Salud para todos en el años 2000" en *Estudios Sociológicos del Colegio de México*. 2 No. 5-6, (Mayo - Diciembre, 1984) pp. 417-420.

2. Los países firmantes, miembros de la Organización Mundial de la Salud, deberán responsabilizarse en hacer extensiva los principios de ésta Declaración a sus pueblos, entre los que están:

Responsabilidad de los gobiernos por la salud de sus pueblos.

El derecho y la posibilidad por parte de la sociedad de participar, individual o colectivamente en el desarrollo de su salud.

El deber tanto de los gobiernos como de los profesionales de la salud en proveer al público la información necesaria sobre los temas sanitarios que demanden, para así poder cuidar por sí mismos de su salud.

Autodeterminación e independencia en materia de salud, tanto para los individuos, la sociedad y las naciones.

Distribución más equitativa de los recursos para la salud entre las naciones, especialmente en las necesidades sociales más sentidas.

3. La Atención Primaria a la Salud forma parte integral de los sistemas de salud de los países, contribuyendo a su desarrollo económico y social, los conceptos emanados de la Reunión de Alma Ata serán incorporados en los planes de acción y estrategias de las naciones, en base a su capacidad de acción. La atención primaria a la salud requiere del apoyo de los sectores sociales y económicos, además del resto del sistema de salud este apoyo deberá incluir acciones como: vincular a los pacientes con necesidades de atención especializada a los hospitales adecuados; conocer los problemas epidémicos y de salubridad de la población; apoyo logístico, y

supervisión y evaluación de las acciones sanitarias. Establecer acciones según la población objeto de la acción (urbana, rural), haciendo especial énfasis en la educación.

4. Educación en salud, aceptada como la acción de hacer del conocimiento social los principales problemas en salud, y sus métodos de prevención, además de contribuir a: promover la nutrición adecuada de la población; el suministro de agua potable y drenaje, como parte del desarrollo social; salud materno - infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las enfermedades prevenibles por vacunación; control de los padecimientos locales y una provisión de medicinas esenciales.

5. La planificación, organización y operación de la atención primaria a la salud es un proceso largo, por lo que su extensión deberá ser progresiva.¹⁶¹

“Todo lo anterior, surge como resultado de la obligación que las instituciones de seguridad social tienen en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud; especialmente en el primer nivel, es decir, una atención integral que incluya los aspectos de promoción, fomento, conservación, restitución y rehabilitación de la salud. Concatenando estos factores con los programas de bienestar social educación en salud y participación activa dentro de la comunidad.

Este enfoque de atención primaria de salud, constituye una forma práctica y operativa de la relación entre Sistema de Seguridad

Social - Comunidad - Salud. Naturalmente la extensión y aplicación de los servicios de salud se ajustarán a las características particulares de cada país, pues el desarrollo de esquemas de organización que permitan racionalizar la dotación y utilización de recursos, dependerán de las posibilidades de estandarización de los componentes que inciden en el costo de los servicios.¹⁶²

1.1 Atención Primaria a la Salud (A.P.S.).

En base a lo anterior, la Atención Primaria a la Salud se puede definir como: La posibilidad de los individuos y las familias en sociedad para acceder a la atención sanitaria, por los medios y formas aceptados socialmente, contando con la participación total del gobierno. La APS será considerada como parte integral del sistema de salud y contribuirá al desenvolvimiento económico y social de la colectividad.

La APS remite los principales problemas de salud en la comunidad, coordinando los servicios en la accesibilidad, promoción, prevención, curación y rehabilitación, todo ello en el marco de un desarrollo integral de la sociedad, la que debe contar además, con servicios de agua y drenaje, orientación en la nutrición, saneamiento básico, atención a la infancia y la madre, inmunizaciones,

¹⁶¹ Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization). *Formulating strategies for health for all by the year 2000. Health for all series.* (Ginebra, Suiza, 1979) Vol. 2, pp. 11-13. (La traducción es mía)

¹⁶² Enrique Lombera Pallares. "La salud en el nuevo orden económico internacional" en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, XXVII: 106, (Octubre - Diciembre, 1981) pp. 70-71.

planificación familiar, prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.

Para llevar a cabo las acciones de la APS, es necesaria la participación social, tanto en su planeación, organización y dirección. Teniendo a la educación como el vehículo que permitirá conocer y valorar los problemas locales de salud, lo que llevará a políticas acordes a las situaciones concretas de cada sociedad. El soporte técnico de la APS será el conocimiento, instrucción, dirección, y supervisión, soporte logístico, información, financiamiento y apoyo estatal.

La APS requiere de un trabajo estrecho entre la comunidad y los profesionales de la salud, incluyendo aquellos que no sean parte del modelo médico (hegemonico), todo con el objetivo de que la socialización del conocimiento médico responda a las necesidades concretas de la población.¹⁶³

Para establecer las acciones a seguir en la aproximación de los problemas de salud, una parte fundamental de la Declaración fue establecer como base de la estrategia: los programas, los cuales están destinados a grupos o problemas específicos tales como:

a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, incapacitado, anciano.

¹⁶³ Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud W.H.O. **Primary Health Care**. Health for all series. (Ginebra, Suiza, 1978) Vol. 1, pp. 34-35. (La traducción es mía).

b) Programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.

c) Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.¹⁶⁴

Todo ello en el marco de la APS, entendiendo que el nuevo concepto impulsado en Alma Ata, es prevenir en lugar de curar. Por eso la medicina ha reconocido a la APS, como la atención primaria (primera), de primer contacto, los otros dos niveles establecidos por el desarrollo médico son: secundaria (curación) y terciaria (rehabilitación), en estos dos últimos niveles descansó durante muchos años el modelo médico.

La innovación primordial manifiesta en la APS es que la comunidad y los individuos desisten de ser objeto de atención y se convierten en 'sujetos' activos que comprenden, colaboran y toman decisiones sobre su propia salud, y alcanzan responsabilidades específicas ante ella. Las circunstancias ideológicas, políticas, sociales y culturales influirán en este proceso, y determinarán la claridad con que se establezcan las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad. Las tareas del sector salud se integrarán en una orientación verdaderamente Intersectorial en la

¹⁶⁴ Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud W.H.O. Formulating strategies pp. 69 ss. Y Axel Kroeger y Rolando Luna (Compiladores). Atención primaria de la salud. Principios y métodos. (México, D.F.: O.P.S., 1987) p. 5.

proporción en que la comunidad participe de manera segura, en todos los aspectos de su propio desarrollo.

En esta comprensión predominan asuntos tales como localización geográfica de los establecimientos de salud, horarios de servicios, tecnologías utilizadas y composición misma de las prestaciones sociales, en relación con las necesidades reales de la población.

Por otra parte, la unión de grupos ya organizados como sindicatos, comités de vecinos, asociaciones de desarrollo, cooperativas, organismos no gubernamentales, a las actividades de salud debe ser una de las bases en las que descansa un nuevo tipo de relación entre salud y sociedad.

“El lanzamiento de la APS comienza por la adhesión de la población. Pero antes de que la población de un pueblo haya hecho una elección razonada, madurada, antes de lanzarse a una acción de salud a largo plazo que la concierne en primer término, antes de que se decida a comprometerse por esta vía, midiendo las consecuencias que la misma implica para ella, puede pasar un tiempo bastante largo; un tiempo de reflexión y de progresión.”¹⁶⁵

Las propuestas de la APS se pueden observar en tres dimensiones.

¹⁶⁵ MEDICUS MUNDI. *Diálogo Norte - Sur y salud. 25 años sobre el terreno.* (Madrid, España: Iepala, 1986) p. 73.

Médico.	Social.	Político.
Impulso de la atención preventiva, ponderando la utilización de tecnologías accesibles para la población y retomando la valiosa experiencia de otros profesionales de la salud, así como de los demás profesionistas interesados de participar en bien de la comunidad.	Incorporación de la comunidad en las acciones de salud, teniendo juego en su parte programática, supervisora y evaluatoria, además que colabora con los profesionales de la salud a su cuidado y el de su comunidad.	Cambio substancial en la política de salud, basada en el desarrollo de políticas sanitarias que vayan acompañadas de un crecimiento económico y social, para tal efecto se propone un esquema de descentralización, para que los recursos sean manejados desde el nivel local.

Los tres niveles de acción, en que se desarrolla la APS, requiere para su puesta en marcha de tres condiciones. 1) La aceptación por parte de los profesionales de la salud; 2) la participación activa de una sociedad comprometida con el desarrollo de su comunidad y 3) el impulso gubernamental a las políticas sociales que eliminen la marginación, y un manejo público de descentralización tanto de recursos humanos como financieros a los niveles locales de atención.

Los grados de desarrollo se pueden ejemplificar así: En el plano médico, la APS contribuiría según el Doctor Jesús Kumate a:

"1. Eliminar las enfermedades prevenibles por vacunación el tétanos (el neonatal inclusive); el sarampión, la poliomielitis paralizante y la rabia. La difteria se reduciría en 90 %, la

tos ferina en 80% y la tuberculosis pulmonar probablemente en 2/3 partes; los casos en donde hubiera fracaso de la profilaxis el episodio clínico sería menos agresivo y excepcionalmente letal.

2. Reducir la letalidad por enteritis en 60 % y la correspondiente a las infecciones agudas de las vías respiratorias en por lo menos 30%.

3. Erradicar la cisticercosis y la triquinosis,

4. Excluir de la patología femenina el cáncer de cuello uterino,

5. Abatir muy considerablemente la letalidad por el cáncer del pulmón, de mama y de próstata,

6. Suprimir la morbilidad de las enfermedades de transmisión sexual (SIDA inclusive),

7. Rebajar en más de 50% la ocurrencia de caries dentarías,

8. Decrecer las tasas de letalidad por cardiopatía isquémica,

9. Menguar la incidencia de la cirrosis, en particular la causada por el alcoholismo,

10. Aminorar el número y la gravedad de los accidentes de toda índole,

11. Restringir la transmisión de algunas enfermedades transmitidas por vectores, verbigracia, paludismo, dengue, tífis, oncocercosis y leishmaniasis, y

12. Atentar las complicaciones de la patología degenerativa en la diabetes¹⁶⁶

En los niveles político y social, los cambios efectuados en la legislación de 1983 apuntaron a crear un Sistema Nacional de Salud y consolidar el proceso de descentralización, la adecuación del marco jurídico fue un primer paso, desgraciadamente este hecho quedó truncado, sin embargo, los logros que se pueden tener en la implantación de un sistema acorde a lo propuesto en Alma Ata, contribuirían a inculcar en la sociedad un sentido de corresponsabilidad en la gestión sanitaria y autogestión en su manejo a nivel local, una comunidad que alcance concientización plena de sus derechos sociales, estará mejor capacitada para exigir su cumplimiento y esto contribuiría al acceso de una auténtica democracia.

“El sector salud se ve afectado por las tendencias históricas descritas, y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada casi exclusivamente a través de una atención médica - curativa más que de la salud, lo que lo ha llevado a una situación de crisis financiera, y a la incapacidad de proveer coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptables en la mayoría de los países de la región. Esta situación ha creado en el sector salud la necesidad histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo de la salud y para el impulso de la salud como aporte al desarrollo y a la

¹⁶⁶ Jesús Kumate **Salud para todos**. pp. 112-113.

democracia. Necesidad ésta que no solamente resulta de la relación de determinación entre condicionantes sociales, resolución del conflicto social y producción social de salud, sino también de **asumir que la atención adecuada a la enfermedad requiere de desarrollo y democracia.**¹⁶⁷

Sobre el papel de la sociedad tenemos:

"Los procesos de participación social se dan por momentos y no por etapas, siendo por tanto procesos circulares, que requieren irse consolidando y generalizando en la medida en que son incorporados, a partir de experiencias dispersas, que al recuperarse sistemáticamente, permiten la creación de un conocimiento útil y de prácticas que eventualmente adquieren la suficiente madurez y generalización como para transformar el quehacer social."¹⁶⁸

Por desgracia los obstáculos que observa la implantación de las estrategias de Alma Ata son el mismo modelo médico y los profesionales de la salud, que como anote en el capítulo primero, están inmersos en la razón de la atención individualizada, aquella que considera la enfermedad producto del descuido del enfermo y que pugna por la verticalidad que debe imperar en la relación médico - paciente. Además de que su vinculación con el Complejo Médico - Industrial, hace que la medicina este determinada por la lógica del mercado, por lo tanto, un modelo que busque prevenir en lugar de curar no es estimulante para este sistema.

¹⁶⁷ Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. **La participación social en el desarrollo de la salud.** (Washington, EUA, 1993) p. 11. Negritas del autor.

En México, la participación social ha estado constantemente sujeta a la acción del Estado, la sociedad mexicana ha permanecido estructurada en base a un pacto social, con un evidente sentido corporativista, que hasta nuestros días ha permitido el control de los descontentos. Bajo este esquema los interlocutores válidos por el Estado son aquellos que presentan una organización formal, teniendo preferencia en el trato los grupos que se adhieran electoralmente a la política gubernamental.¹⁶⁹

El proceso de descentralización como el que se impulsó con tanto ahínco en el periodo 1984-1988, choco con la tradición centralista de la política nacional, el autoritarismo y la verticalidad con la que se desenvuelven las decisiones fundamentales en México. Esto asociado con la conversión del Estado, que considera no prioritaria su participación (gasto e inversión) en políticas sociales, llevó a la práctica a hacer un traslado de actividades y no una descentralización, en el mejor de los casos estaríamos en presencia de un proceso de desconcentración.

Respecto de esto no podríamos hablar de un fracaso de la APS en México, ya que no se han dado las condiciones socialmente necesarias para su cabal implementación.

¹⁶⁸ I.N.N.S.Z. ob. cit. p. 384.

¹⁶⁹ "Es notorio, en el trabajo en colonias populares, este 'clientelazgo' por parte del Estado, a través de los desayunos del DIF, la leche a bajo costo, los toribonos y despensas, servicios, etc. A cambio, los colonos 'participan' escuchando pacientemente las charlas, (...) y en muchos casos, depositan votos favorables al PRI". Véase Keijzer. ob. cit., p. 241.

Para valorar el impacto de la APS he retomado algunos indicadores que son complementarios unos con otros, y no destacan el plano médico, además la innovación de Alma Ata fue considerar que no se puede alcanzar un nivel admisible de salud, si se carece de un desarrollo social aceptable, además de que centrar a la APS en su aspecto estrictamente clínico limita su riqueza propósitiva y su sentido renovador.

Aunque existen diversos tipos de indicadores propuestos por la OMS¹⁷⁰ subsiste uno que abarca acciones de los tres niveles que mencionábamos arriba.

Los 12 indicadores fueron contemplados por la OMS y retomados por Guillermo Soberón.¹⁷¹

¹⁷⁰ Existe la calificación que se le da a las acciones de la APS en el aspecto médico como son: Asistencia durante el embarazo, Atención al parto; Cuidado de la infancia; Vacunación entre otras. Otros indicadores están relacionados con la accesibilidad y disposición de los servicios médicos, y de distribución de agua potable y drenaje. Cfr. Kumate ob. cit. pp. 52 ss.

¹⁷¹ Guillermo Soberón. *La salud en México*, Tomo I, pp. 33-36.

Médico.	
Indicador.	Situación actual en México.
La atención primaria de la salud está a disposición de toda la población y comprende, por lo menos, la atención médica, las vacunaciones y el saneamiento básico con el apoyo de personal adiestrado.	Existen aproximadamente 11.4 millones de mexicanos que no cuentan con servicios permanentes de salud, para ellos las acciones de APS se remitieron únicamente al autocuidado familiar, la participación en días nacionales de vacunación
El estado nutricional de los niños es satisfactorio, medido por el peso que corresponde a su edad según los valores recomendados por la OMS	Una baja en los niveles de nutrición, constante desde la década de los sesenta, y que afecta al 40% de la población. Se ingiere el 70% de las calorías necesarias y el 30% de las proteínas animales requeridas.
La tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que pueden identificarse es inferior a 50 por 1000 nacidos vivos	La tasa en 1990 alcanzó los 45.
La expectativa de vida al nacer es de más de 60 años.	La esperanza de vida al nacer en 1994 era de 68.7 años, pero considerando un estudio citado en el capítulo primero, la expectativa de vida estará condicionada por el papel que desarrolle el individuo en sociedad.
Fuente: Guillermo Soberón. <i>La salud en México</i> . Carlos Salinas. Sexto Informe de Gobierno. Asa Cristina Laurell. "La política de salud en los ochenta", y Secretaría de Salud. <i>Informe de labores 1991-1992</i> .	

Social.	
Se han constituido o fortalecido mecanismos para hacer participar a la población en la realización de las actividades y dichos mecanismos realmente funcionan.	La participación social se centró en 1984-1988 a formar patronatos en los hospitales e institutos, y trasladar algunas acciones en los promotores voluntarios. En 1989-1994, se estructuró una figura que sería el Comité Local de Salud, pero fue muchas veces aprovechada por el PRONASOL, para impulsar sus programas sociales.
Se dedica una parte razonable de los gastos nacionales para la salud, en actividades locales de atención a la salud.	El gasto per capita a población abierta equivale a los cien pesos diarios, de esos se destina un 5.4% a la atención preventiva y un 0.4% capacitación de la población.
La tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres sobrepasa el 70%.	Llegó al 93% según el último censo de 1990.
Fuente: INEGI X Censo de Población y Vivienda. Secretaría de Salud Informe de labores 1993-1994.	

Político	
La salud para todos ha sido adoptada como política en el más alto nivel.	Las reformas de 1983 impulsaron este concepto, pero la conversión del Estado lo concibe como un bien privado.
Destinar a la salud el 5% del PIB.	En 1990 se destinó el 1.7%.
Los recursos están distribuidos equitativamente en el país.	El modelo neoliberal ha concentrado la riqueza nacional en cada vez menos manos, el descenso en los salarios reales han hecho de la mano de obra mexicana una de las más baratas.
Reciben apoyo sostenido de los países más desarrollados.	Se recibe apoyo del (BID), pero si tomamos en cuenta los recursos que abandonan el país por pago de intereses de la deuda externa, esta ayuda parece insignificante.
El Producto Nacional Bruto por habitante sobrepasa los 500 dólares.	La producción por habitante en 1990 equivalía a 900 dólares.
FUENTE: INEGI . ob. cit. y Oliva López Arellano "La política de salud en México"	

Las metas por alcanzar desde 1981 no se han cumplido en un 70%, en 1986 la OMS hizo una evaluación sobre la APS, "...en la

(...), que habiendo reconocido que en la mayor parte de los países el desarrollo de la APS no era el que se esperaba, identificando como causas importantes: la inestabilidad política, recesión económica, carencia de personal capacitado, debilidad administrativa, opinión de los profesionales de la salud y rezagos administrativos, principalmente.”¹⁷²

Aunado a estos obstáculos, tenemos que ha existido una nueva derivación, de lo que se ha propuesto en Alma Ata, tomando en cuenta que las proposiciones de cambio nunca fueron sometidas a discusión, ni para los profesionales de la salud, ni para la población objeto de atención. Las inercias de años de centrar la atención médica en el hospital junto con la extrema dependencia en la medicación y la verticalidad prevaleciente en el trato autoridad sanitaria - médico y médico - paciente, así como el cambio de actitud gubernamental hacia los problemas sociales, han llevado a una nueva explicación de la APS.

“...la reinterpretación de la prevención de las enfermedades, que se basa en culpar a los individuos y a las familias de su mala salud debido a sus hábitos y modos de vida. Igualmente, se reinterpreta a la Atención Primaria y la participación popular en salud, trasladando los costos y la responsabilidad a la población, bajo el paradigma del ‘autocuidado de la salud’ y los ‘mecanismos

¹⁷² México. Secretaría de Salud. *La salud pública en México*. (México, D.F.: S.S. 1988) Vol. 1, pp. 91-92.

novedosos' para el financiamiento de los servicios,(...). Finalmente, se trata de responder ante los problemas de salud causados por la extrema pobreza y la resultante inestabilidad social, con la aplicación selectiva del Programa Nacional de Solidaridad que, ante todo, sirve para legitimar la figura presidencial."¹⁷³

De los niveles en que se desarrolla la APS, me propongo analizar lo relacionado con lo social, ya que indicaba al principio de este capítulo que una participación social activa puede contribuir a abatir muchos de los problemas sanitarios.

2. Participación social en salud.

La segunda recomendación que emite la Declaración de Alma Ata fue precisamente a los gobiernos de los Estados miembros para que estimulen la total participación de la comunidad en los planes y estrategias de salud, ello con el objeto de asumir un compromiso razonado en el autocuidado de la misma.¹⁷⁴

La colaboración de la comunidad es un componente indispensable de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud; dicha contribución no puede ser de carácter temporal, ya que se trata de un proceso continuo de educación a través del cual el entendimiento, el trabajo, las aportaciones culturales y los recursos de las poblaciones

¹⁷³ Catalina Eibenschutz. "Las políticas de salud del salinismo". p.7.

¹⁷⁴ Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud W.H.O.. *Primary Health Care*. p. 23.

son orientados debidamente hacia el logro del bienestar. La participación presenta modalidades que están acordes con las situaciones particulares y que puede variar desde la autoatención, hasta participaciones políticas locales o nacionales.

La participación social en el marco de la APS, contribuye a la concientización de la población de su salud, las costumbres, las tradiciones, los patrones culturales y la experiencia de cada comunidad son los factores primordiales para contribuir en esa participación.

Los conceptos **comunidad** y **participación social** a menudo parecen emplearse sin distinción. No obstante, en el desarrollo de los sistemas locales de salud, la *participación comunitaria* se manifiesta en las acciones individuales, familiares y de la comunidad para impulsar la salud, impedir las enfermedades e interrumpir su desarrollo. En su mejor forma, o sea, la participación consecuente, se distingue por el entendimiento interno de los conflictos, la comprensión de las necesidades y resolver los problemas¹⁷⁵. La *participación social* es un concepto más amplio, que se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones no gubernamentales, las instituciones, los sectores - todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada - intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las

¹⁷⁵ Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.**, (Washington, D.C.: O.P.S. 1990) p. 10.

soluciones. La **participación social** es por naturaleza metódica, refiriéndose a la interacción de muchos actores dentro del sistema social. Reconoce que las medidas sobre salud a nivel local serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente a medida que van cambiando las condiciones. Debido al carácter sistémico inherente del fortalecimiento del método de sistemas locales de salud, se prefieren el término **participación social** y es en el que esta centrado la realización de este trabajo.

La participación social se determina en grupos organizados que actúan de acuerdo a intereses comunes, en vez de actuaciones individuales aisladas. En efecto, el concepto de 'salud para todos' es un elemento clave, en el cual individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de bienestar, sino también en el de la comunidad en pleno.

La participación social representa que todos estos actores toman parte en las discusiones y decisiones sobre atención de la salud, incluyendo las disposiciones sobre necesidades y preferencias, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la explicación de planes y aceptación de medidas para promover la salud y valorar los resultados. No significa una simple cooperación en las actividades planificadas por otros, o la mera disposición de servicios. En breve, la participación social se define como la colaboración de sus grupos organizados, entre ellos la

comunidad, en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la exigencia con respecto a la atención de la salud.

En nuestro país, ni la promulgación de una Ley General de Salud, contribuyó a darle una nueva dimensión a la participación social en salud, como señalé en el capítulo primero, sólo se habla de participación social en su nivel esencial, el de 'hacer uso apropiado de las instalaciones' "Existen dos vertientes básicas en la forma de concebir e impulsar la participación en salud. La primera, más antigua y dominante en la práctica institucional, es la de ver la participación en el uso 'adecuado' de servicios y en actividades predeterminadas en un programa. La segunda, con varias ramificaciones, concibe la participación hasta la evaluación, pasando por la capacitación, ejecución y la toma de decisiones.

...La otra visión (de la participación social) plantea la participación como ' un proceso en el que los pobres trabajan juntos para superar problemas y ganar más control sobre su salud y sus vidas'".¹⁷⁶

La participación social se ha distinguido no sólo como un medio para ofrecer servicios de atención de salud más eficaces, sino como un fin y un indicador de la democracia y el desarrollo. Del mismo modo que la participación social se puede mirar como un medio para lograr sistemas locales de salud funcionales e integrados, y en definitiva una salud mejor, los alcances en el plano médico también se pueden considerar como un medio para promover y lograr una

participación social mayor y, por ende una salud mejor y un nivel más alto del desarrollo. Por lo tanto, la participación social se puede conceptualizar al mismo tiempo como un medio y un fin, pero desde un punto de vista más útil como un proceso esencial para alcanzar la meta máxima del bienestar humano.

En tres dimensiones, la participación social ayuda para:

Médico.	Social.	Político.
Facilitar al equipo médico la implantación de políticas de salud en comunidad, por estar sustentadas en común acuerdo con las personas beneficiarias. Permitir acceso real a los servicios del modelo médico, y puede en algunos casos rescatar del conocimiento social, aportes de la medicina tradicional. Fomentar la vinculación tanto académica como científica en los problemas locales de salud.	Desarrollar las relaciones sociales en comunidad, contribuyendo a la formación de una conciencia democratizadora. Adquirir un compromiso social con la salud y el impulso de su entorno, posibilitando la mejora de algunas de las condicionales que determinan el proceso salud - enfermedad. Aumentar la participación de organizaciones sociales, y organismos propios de la comunidad.	Establecer una verdadera descentralización, que permita formas autogestionarias en la administración de prestaciones sociales. Transitar hacia un Estado más representativo en lo social y más plural y participativo en lo político. Avanzar en la relación Estado - sociedad civil en un plano de mayor consenso y menor coerción.

En México, la administración de Carlos Salinas, no considera conveniente retractar muchos de los principios inspirados en Alma Ata, plasmados tanto en la Ley, como en diversas acciones de carácter administrativo, prefiere estancar algunas de las medidas como la descentralización, entendida en el contexto de la APS, como *impulso al máximo de los niveles primarios de atención, la transferencia de los poderes de decisión del nivel central al local. Buscando el aumento de un poder político local, con capacidad de*

¹⁷⁸ Keijzer, pp. 232-233.

*relacionarse directa y activamente con las organizaciones y grupos de interés a nivel de la comunidad (en un sentido plural y democrático) para administrar los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos y de otro tipo que necesite un sistema local de salud.*¹⁷⁷ Salinas optó, por una descentralización (más parecida a una desconcentración) acorde al espíritu neoliberal, de abaratamiento de costos, traslado de responsabilidades a los Estados, ausencia de apoyos técnicos y humanos, y la tendencia de otorgar servicios de salubridad sólo a los pobres o marginados. Un proceso tendiente a la privatización, como alternativa única a la eficiencia, y que dejó como resultado la carencia de recursos financieros (tanto del nivel federal y estatal) para coadyuvar al proceso descentralizador, así como las pugnas entre los grupos burocráticos institucionales, son el saldo del salinismo.

Por lo que respecta a la participación social, el Programa Nacional de Salud 1990-1994, estima lo siguiente:

Línea de acción.¹⁷⁸

- Organizar a la comunidad para obtener su colaboración en la construcción y mantenimiento de unidades.

Comentario.

Con objeto de abaratar costos, se busca que la población desempeña actividades que son obligación del Estado, como la construcción de una infraestructura sanitaria, se trata de inculcar la idea de que participación social es hacer faenas físicas, sin

¹⁷⁷ Cfr. O.P.S. ob. cit. pp. 14 ss.

¹⁷⁸ México Secretaría de Salud: Programa Nacional de Salud. 1990-1994., (México, D.F.: S.S. 1990) pp. 30-31.

	considerar que la comunidad ya contribuyo con el pago de impuestos.
- Consolidar el carácter democrático de la gestión de los servicios.	No se aprecia un cambio sustancial en la prestación de servicios.
- Organizar comités de salud para la participación en obras de infraestructura básica y social.	Mismo comentario que la primer línea de acción.
- Fomentar la organización de grupos, a fin de impulsar la educación para la salud de acuerdo con sus características y valores regionales.	Estas actividades se centran en la realización de visitas y platicas a la población. Exclusivamente por personal de salud, no existen indicios de valoración de los conocimientos de la medicina tradicional mexicana (herbolaria, principalmente), y que fue recomendación expresa de la OMS desde Alma Ata, por su arraigo social en muchas comunidades. ¹⁷⁹
- Impulsar la participación de la comunidad en programas específicos de planificación familiar, control de enfermedades transmisibles y detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.	La selección por parte del Estado de los problemas de salud a velar, constituye un primer paso para la focalización de recursos en sólo aquellos servicios baratos y dirigidos a públicos marginados, olvidando por una parte la atención integral del individuo, y por otra, la capacidad de decisión por parte de la comunidad objeto de atención. ¹⁸⁰

¹⁷⁹ Ortiz Quezada *ob. cit.*, p. 41.

¹⁸⁰ Cfr. Oliva López Arellano. "La selectividad en la política de salud" pp. 61 ss.

<p>- Promover hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud y a la solución de problemas simples de ésta, así como a la prevención de accidentes y enfermedades.</p>	<p>Las campañas oficiales contra el alcoholismo, tabaquismo son mínimas, la información sobre problemas de salud relacionados con el estrés, la contaminación ambiental, o la prevención de accidentes, no han trascendido el discurso oficial.</p>
<p>- Capacitar a la población en la prevención y el tratamiento de problemas vinculados a la salud.</p>	<p>La mayor parte de la difusión se enfoca a: Planificación Familiar; Diabetes; Detección oportuna del Cáncer e Hipertensión Arterial.¹⁸¹</p>
<p>- Utilizar los medios de comunicación social, para la divulgación de las disposiciones de carácter legal referentes a la salud.</p>	<p>Lo dispuesto en la Ley General de Salud, es ampliamente desconocido por la sociedad.</p>
<p>- Impulsar la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de los programas de salud, a través de la consulta popular.</p>	<p>No se llevaron consultas populares durante la administración de Salinas, los pocos actos en donde se discutió el problema sanitario correspondió a foros académicos, o iniciativa de la Cámara de Diputados o la Asamblea de Representantes del D.F.</p>
<p>- Fomentar la participación de la comunidad en la detección de problemas de salud y formulación de soluciones.</p>	<p>En los hechos no se ha dado.</p>
<p>- Conocer el efecto de la prestación de los servicios de salud en el mejoramiento de las condiciones de</p>	<p>Las evaluaciones tratan de ocultar la pauperización social, buscando la comparación de sólo aquellas que le</p>

¹⁸¹ México Secretaría de Salud. Informe de Labores. 1992-1993 y 1993-1994.

vida de la población.	sean favorables al gobierno. ¹⁶²
- Establecer los mecanismos necesarios para la evaluación de los prestadores de servicios y del funcionamiento de los sistemas operativos.	En algunas ocasiones las estimaciones tratan de culpar a la población de sus problemas sanitarios, y en otras de atribuir al personal médico (empobrecido) y a la infraestructura de salud (descapitalizada) de los dilemas de la misma, y no de la política económica y social adoptada desde 1982. ¹⁶³

En la lógica neoliberal, la participación social se desarrolla en dos planos, en la organización de los más pobres, para su atención y el apoyo de los grupos más favorecidos. El Programa Nacional de Salud 1990-1994, contempla en lo referente al financiamiento que deben contribuir más los gobiernos estatales y municipales, a través de un aumento de los ingresos fiscales, y buscar formas alternas de financiamiento.¹⁶⁴ Este principio deja de lado la realidad de reconocer la existencia en nuestro país de estados más ricos que otros, y de la contribución social vía impuestos.

Por lo que respecta a la iniciativa privada el Programa considera: "...promover los seguros privado y voluntario,

¹⁶² Kumate *ob. cit.*, pp. 52-53. Los indicadores utilizados para evaluar las acciones de la APS no podrían ser cumplidos por países como Somalia o Mauritania, nuestro país no puede compararse con esos parámetros.

¹⁶³ México Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud, 1990-1994., p. 15. Se hace mención de la responsabilidad individual en la generación de la enfermedad, olvidando su multicausalidad.

incrementar la participación de la medicina privada, bajo los lineamientos del Sistema Nacional de Salud... y apoyar a las instituciones privadas de salud sin fines de lucro, mediante la subrogación, el subsidio u otros mecanismos".¹⁸⁵

Esta situación no ha permitido que la sociedad pueda participar en procesos de cogestión en la administración de los recursos públicos, ello ha motivado que el clima imperante en la relación gobierno - sociedad sea de apatía y escepticismo, la llave para cambiar esta situación es la democracia, fortaleciendo por una parte la democracia formal que se manifiesta con la existencia de partidos políticos representantes de sectores sociales, y la concientización de esa misma sociedad para hacer valer su derecho a incidir en las acciones que conciernen al desarrollo mismo de la sociedad.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 59. "aumentar la contribución que en trabajo y en especie puede otorgar la comunidad... y establecer en la población comités o brigadas destinados a la remodelación, conservación y mantenimiento de los centros de salud".

¹⁸⁵ *Ibid.*

2.1. Organismos No Gubernamentales. (Ong)

Dentro de las estrategias para lograr 'salud para todos en el año 2000', en el proceso de involucrar activamente a la sociedad, actores que han cobrado relevancia en los últimos años, tanto en nuestro país, como en el mundo son las Organizaciones sociales. (culturales, comunitarias, étnicas, religiosas, políticas, sindicales, no gubernamentales) conformando los puentes de comunicación más reconocidos entre la población y el Estado. Su involucramiento en las políticas de salud permite asimilar el grado de desarrollo de la participación social.

En este proceso la intervención gubernamental es fundamental. Sin embargo, la sociedad no ha esperado la acción del Estado para exigir la solución a sus necesidades de salud, en muchos casos ha tenido como alternativa la organización y autogestión, logrando en algunas ocasiones la dotación de servicios demandados, o el tránsito hacia ellos.

De estos procesos organizativos, han surgido organizaciones sociales, las que una vez resuelto el problema tienden a desaparecer, o bien a consolidarse, en instituciones más permanentes ampliando su radio de acción y actividad.

A partir de la posguerra, la ONU empezó a distinguir a una serie de agrupaciones u organismos sociales que actuaban al margen de cualquier participación estatal. Dándoseles el nombre de Organizaciones no gubernamentales (ONG). Con el paso de los años las ONG actúan en un gran número de frentes, por lo que hablar de las ONG es referirse a un campo tan amplio y heterogéneo que se corre el riesgo de no acertar en su conceptualización.

Una ONG, como es el caso del *Foro de Apoyo Mutuo*, en una publicación **Organismos No gubernamentales. Definición, presencia y perspectivas**, considera en base a la experiencia reciente de diversos protagonistas y estudiosos de estas organizaciones no gubernamentales, la siguiente clasificación:

ONG para el desarrollo. (ONGD).	Organizaciones Autónomas de Promoción Social y desarrollo. (OAPSD).	ONG y organizaciones civiles.	ONG y el "Tercer Sector".
<p>Las ONGD son organizaciones ligadas a organismos similares de Europa y Estados Unidos y algunas instituciones eclesásticas. Mantienen entre sí las siguientes características:</p> <p>Participación en comunidades específicas, con un carácter promocional y extender los beneficios del desarrollo. Buscan alternativas para la superación de problemas y disposición de personal profesional para sus actividades.</p> <p>Prioridades: Lucha contra la pobreza, educación y defensa de los derechos humanos; defensa del patrimonio cultural y fortalecimiento de los organismos de la sociedad civil.</p>	<p>No aceptan el término ONG por ambiguo. Prefiriendo en algunos casos el de Organizaciones para la promoción y el desarrollo. Se distingue por mantenerse ajenos a actividades de lucro o contiendas políticas, muchos se definen en grupos o instituciones, buscando principalmente servir a la comunidad. Su participación en sociedad es vista como mediadora o intermediaria, buscando influir tanto en los movimientos sociales como en las instituciones públicas.</p>	<p>Las ONG como parte de la sociedad civil. A pesar de su heterogeneidad se les puede ubicar como Grupos de ciudadanos que trabajan en equipo para impulsar actividades de promoción y defensa de derechos humanos, ideas, entre otros Su base es la democracia y la autocrítica. Su especialización es tanto temática como geográfica. Participan en política pero desde la perspectiva de la sociedad civil, y son propensos a constituir redes o colectivos. Sus propuestas tocan: La reforma del Estado y sus políticas de desarrollo; buscan en la democracia la llave para la toma de decisiones, proponiendo alternativas viables.</p>	<p>El tercer sector lo conforman agentes privados con fines públicos. Sus objetivos son: trabajar en favor del bien común, cuentan con personalidad jurídica, no pertenecen al Estado, son privadas y cuentan con trabajo voluntario. El tercer sector son las acciones de la iniciativa privada en el ámbito público.</p>

Para los fines de la participación social en salud, ningún tipo de ONG puede descartarse, todas representan sectores y tendencias,

reflejo mismo del mosaico social. La 12va. recomendación¹⁸⁶ de la Conferencia de Alma Ata, considero a las ONG como parte importante en el desarrollo de la APS, por su vinculación con la comunidad y conocimiento de las necesidades locales.

“Los dos actores principales en el proceso de desarrollo local son el gobierno y la comunidad(...), que sirven para distinguir los dos principales protagonistas en el desarrollo planificado: el pueblo y el estado. En la interacción entre estos dos protagonistas, las ONGs se insertan no como un tercer actor independiente, sino como una emanación y representación de la comunidad (o de un subgrupo de la comunidad). Más allá de su diversidad, aparecen como una respuesta organizacional, muy a menudo instrumental y a veces política, de la comunidad o sus subgrupos, que busca una estrategia alternativa.”¹⁸⁷

El desenvolvimiento de las ONG en nuestro país ha tenido las siguientes dos fuentes:

- Desarrollo de actividades de corte asistencial, que retoma la tradición cristiana de atender al desvalido, especialmente en los campos de la salud, educación y alimentación, centrado en los pobres y otorgado de manera altruista el apoyo, y;

¹⁸⁶ Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud W.H.O. *Primary Health Care*, p. 27. Posteriormente en 1985 se volvería a recomendar a los gobiernos la vinculación con las ONG para que "...fomenten y apoyen el concepto de asociación, recabando la participación de las organizaciones no gubernamentales en la formulación de políticas y en la planificación, aplicación y evaluación de las estrategias nacionales de salud para todos" Véase O.M.S. 33a. *Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones*. (Ginebra, Suiza, O.M.S., 1985) pp. 29-30.

¹⁸⁷ Michael Cornea, ob.cit., p. 8

- Programas de extensión vertical de desarrollo, muy en boga desde los años 50, que gozaron del apoyo de gobiernos de países desarrollados como Estados Unidos, y con una orientación funcionalista que no cuestionaba el sistema social existente.¹⁸⁸

Estas dos vertientes de trabajo, han contribuido a la formación de personas sensibles ante los graves retos que la sociedad moderna presenta, enfrentando en muchas ocasiones obstáculos por parte del Estado¹⁸⁹ propiciando que algunas de estas organizaciones tuvieran una actitud antigubernamental producto de "...la corporativización de las organizaciones sociales en un régimen de partido único (que) tampoco favorecía la construcción de espacios democráticos"¹⁹⁰

Esta situación contribuyó a la politización de diversas ONG, dificultando cualquier acción concertada entre ellas. "... se daba una visión maniquea: se era revolucionario o reaccionario; asistencialistas, reformista o se propugnaba por el cambio. De la misma forma se tenía que aclarar si la relación (entre ONG) era tácita o estratégica."¹⁹¹

¹⁸⁸ Foro de Apoyo Mutuo. Organismos No gubernamentales. Definición, presencia y perspectiva. (México, D.F.: FAM, 1995) p. 31.

¹⁸⁹ Dora Cardaci. "Pensando como mujeres...propuestas educativas en salud de los 'colectivos' y 'redes' de mujeres" en Soledad González Montes. (Compiladora). Las mujeres y la salud., (México, D.F.: El Colegio de México, 1995). Se documenta una serie de represiones por parte del entonces gobernador de Morelos Lauro Ortega a la organización Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL-Cuervavaca). pp.141-181.

¹⁹⁰ Foro de Apoyo Mutuo. p. 32.

¹⁹¹ Ibid p. 41.

La conversión del Estado analizada en el capítulo anterior impulsó un trabajo social amplio, producto de las crecientes desigualdades económicas y graves rezagos sociales abarcando desde la defensa de derechos humanos, o protección al medio ambiente, hasta las demandas ya tradicionales de justicia social, muchos movimientos de la sociedad fueron producto de las medidas emprendidas por las administraciones de De la Madrid y Salinas. Con el estímulo neoliberal, las ONG han entrado también en un periodo de transición, buscando formas novedosas de trabajar, y replanteándose sus objetivos, todo esto dentro de la denominada Sociedad Civil.

Los ámbitos de acción en que se han desenvuelto en nuestro país desde los años ochenta son:

- I. Campesino e indígena. En tareas relacionadas con defensa de los derechos humanos, recuperación de tierras, lucha contra caciques, generando en algunos casos: cooperativas, comercialización de productos, salud e introducción de servicios.
- II. Comunicación. Trabajo en pos de una comunicación con carácter social y democrático. Impulso a la libertad de expresión, apertura de medios y democratización de los mismos.
- III. Derechos Humanos. Su actividad se ha incrementado incesantemente, su presencia es nacional, y su importancia ha sido reconocida por el Estado con la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, así como comisiones estatales.

- IV.Salud.** Sus labores han contribuido en orientación para la medicina preventiva; promoción de la medicina tradicional, y formación de grupos de trabajo, así como la capacitación de promotores de salud y la elaboración de materiales educativos.
- V.Educación Popular.** La educación vista como un proceso, no formal y buscando ser concientizadora.
- VI.Medio Ambiente.** Aportes de las ONG en: Educación ambiental, energía, reforestación/bosques, tecnología apropiada, flora y fauna.
- VII.Genero.** Incremento de las acciones de las ONG sobre problemas de la mujer, buscando: fortalecimiento de las organizaciones de mujeres, cambio en su condición, defensa de las víctimas de la violencia de género, mejoramiento de las condiciones de salud y combate a la pobreza.
- VIII.Vivienda y Hábitat.** Componente de los movimientos urbano populares, contribución en la formación de grupos de ayuda mutua, asociaciones de base para proyectos de salud, comités de abasto, estancias infantiles, cooperativas de ahorro.
- IX.Atención a grupos específicos.** (niños, jóvenes, personas con discapacidad, tercera edad, farmacodependencia, refugiados, entre otros), aquí se concentran las actividades de las ONG de corte asistencial.
- X.Financiamiento.** La consolidación en nuestra nación de fundaciones que promueven con apoyo económico a diversas ONG, tratando de impulsar iniciativas de desarrollo.¹⁹²

¹⁹² *ibid.* pp. 35-40.

El número de las ONG se ha incrementado en nuestro país, según el Centro Mexicano de Filantropía hay 2,364 organismos, el SEDESOL considera 3,500, aunque incluye clubes deportivos y otros organismos similares, el Foro de Apoyo Mutuo en 1995 contó aproximadamente 2,800 instituciones.¹⁹³

A pesar de esto, el Estado ha ignorado la participación de las ONG siendo el caso de la salud muy significativo.

“A diez años de la Declaración de Alma Ata, la participación de la población en salud sigue considerándose como elemento indispensable, aunque en realidad sea prácticamente inexistente en la mayoría de los programas gubernamentales en el campo de la salud. Es raro que no encontremos referencias a la ‘participación comunitaria’ en el Plan Nacional de Salud o en los planes y programas de distintas instituciones. De hecho, el planteo de la participación, impulsado también por organismos internacionales de salud, resulta ser algo así como una moda en los años setenta y ochenta.”¹⁹⁴

Por lo general las ONG al constituirse tratan de:

“a) No estar sujetas a un control gubernamental riguroso en lo que se refiere a su funcionamiento interno y manejo de recursos.

¹⁹³ *Ibid.* pp. 34-35.

¹⁹⁴ Keijzer. *ob. cit.*, p. 231.

- b) Gozar de exenciones fiscales.
- c) Poder manejar sus recursos con autonomía y flexibilidad.
- d) Permitir la participación democrática de sus integrantes en la toma de decisiones.
- e) Que su objetivo social permita la realización de actividades de diversa índole.¹⁹⁵

En el contexto de la participación social en salud, las ONG afrontan las siguientes ventajas y desventajas, en base a la experiencia del Banco Mundial.¹⁹⁶

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> *Capacidad para llegar a los pobres rurales y áreas remotas. *Disposición para promover la participación local. Las ONG son a menudo partes de la población cuya involucración se busca. *Facultad para operar con costos bajos. La naturaleza principalmente voluntaria de las actividades de las ONG, su compromiso de utilizar tecnologías de bajo costo y servicios simplificados, y sus gastos bajos de personal, les permite operar eficientemente con presupuestos reducidos. *Habilidad de innovar y adaptar. Al tener raíces en las comunidades a las cuales sirven y al estar orientadas hacia promover iniciativas, las ONG tienen ventajas comparativas en la identificación de las necesidades y en la utilización de los recursos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> *Muchos proyectos patrocinados por las ONG no pueden ser diseñados de forma que en el futuro se sostengan por sí mismos con poca o ninguna ayuda externa a la comunidad de beneficiarios. *Capacidad técnica limitada. Los proyectos de las ONG locales son todavía frecuentemente iniciados con estudios de factibilidad limitados y base de datos débiles. *Falta de un contexto de programación ampliado. Aunque pueden haber variaciones por región o sector, los proyectos de las ONG a menudo se ponen en ejecución individualmente, no como parte de una estrategia programática.

En México, junto con las desventajas que señala el Banco Mundial para la cooperación de las ONG existen otros aspectos que se pueden considerar parte de los problemas para la participación social en salud, señaló los siguientes:

¹⁹⁶ Gloria Ramírez. "Las organizaciones no gubernamentales frente al derecho a la protección a la salud". Documento del Seminario en Derechos Humanos, F.C.P. y S. - U.N.A.M. p. 3.

- Desconocimiento y hasta indiferencia por parte de las autoridades sanitarias de las formas existentes de organización comunitaria.¹⁹⁷
- Centralización administrativa de los servicios de salud.¹⁹⁸
- Enfoque paternalista por parte de las autoridades, no distinguiéndose de la participación, motivación, manipulación y politización.¹⁹⁹
- Resistencia por parte del personal de salud de promover la participación de la comunidad.²⁰⁰

¹⁹⁶ Michael Cernea, *ob. cit.*, pp. 12-13.

¹⁹⁷ Benno de Keijzer cita "Un último aspecto, común prácticamente a todo el trabajo en el campo de la salud, es el desconocimiento de la forma como funciona y se organiza eso que se denomina 'comunidad', creyendo que si se conoce, o que se puede operar al nivel superficial de conocimientos con el que los trabajadores de salud cuentan. Se toma a la comunidad como una unidad homogénea con intereses comunes. Se oscila entre el romanticismo del 'buen (y participativo) salvaje' y la acusación de que la comunidad es pasiva y apática a los programas de salud que intentan beneficiarla.

En este segundo caso, se desconoce lo que hay atrás de esta apatía, la cual se toma como el polo opuesto de la participación que se intenta generar, siendo que la apatía puede ser una forma de participar, resistiendo, rechazando, o simplemente mostrando desconfianza o desinterés hacia el programa. Es común escuchar la queja de que una comunidad 'no esta organizada' por no reconocerse en ella organizaciones formalmente constituidas. Sin embargo, pueden encontrarse diversos tipos de organizaciones no formales y redes de sociabilidad (en torno a los vínculos familiares, el trabajo, la religión), que son operantes y que, en un momento dado, dan respuestas organizadas." Véase "Participación popular en salud: Logros, retos y perspectivas" en Eduardo L. Menéndez, et. al. *Prácticas populares, ideología médica* . p. 239.

¹⁹⁸ Cfr. I.N.N.S.Z. *ob.cit.*, p. 374. "...la participación social requiere del fortalecimiento del estado representativo. Esta es una condición de la participación si se considera que tradicionalmente el Estado en Latinoamérica ha tendido a obstaculizarse la participación social, restringiendo de manera intencionada y directa dicha participación.

El Estado y sus órganos han sido tradicionalmente instituciones no participativas, por lo que es muy difícil, que en su forma actual, estén en capacidad de promover la participación social al movilizar esfuerzos y recursos, y cumplir su función de arbitraje del conflicto social. Esto obliga a plantear tanto la necesidad de su democratización, como el enfrentamiento activo de las estrategias que ha usado para desnaturalizar la participación social y restringir la participación política".

¹⁹⁹ Cfr. Guillermo Fajardo Ortiz y Antonio Ruezga Barba. *Atención primaria de la salud y seguridad social* (México, D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1994) pp. 14-15.

²⁰⁰ Catalina Eibenschutz, "Estrategia de salud para todos en el año 2000 y políticas alternativas" Ponencia presentada en el V Congreso Mundial de Medicina Social, p. 14. En este último texto se señala: "La verdadera participación comunitaria se basa fundamentalmente en el ejercicio del poder por parte de la población. En el modelo médico hegemónico, el poder lo ejerce el

- Utilización de la comunidad para fines ajenos a los de la salud²⁰¹.
- Falta de recursos financieros para la expansión de servicios.²⁰²
- Nula socialización del conocimiento en salud²⁰³.
- La falta de programación de actividades a corto, mediano y largo plazo, no permiten la evaluación correcta del impacto de las acciones en la comunidad.
- Existencia de barreras sociales producto de la marginación de comunidades por inaccesibilidad geográfica, diferencias lingüísticas, deficientes medios de comunicación, problemas culturales y sociales.²⁰⁴

A pesar de la tendencia adversa las ONG se han adaptado, y aumentado tanto su capacidad de acción, como su influencia social. De 1990 a nuestros días, se pueden considerar los siguientes factores en el desarrollo de las mismas.

“Primero: no hay precedentes en el pasado en cuanto a la magnitud y el ritmo con que se han venido multiplicando y expandiendo

equipo de Salud en base a su saber y sus funciones. Se trata entonces, a nivel de la Atención Primaria de ir abriendo caminos para que se transmita saber a la comunidad, a fin de que ésta, tenga condiciones de ejercer el poder. Pero, el Saber no basta, se tienen que delinear los fundamentos que legitimen el ejercicio de este poder de la población; sin los cuales no se conseguirá una verdadera participación comunitaria, sino solo una delegación de tareas a la comunidad, como sucede en la mayoría de los casos.”

²⁰¹ Keijzer ob. cit., p. 241 ss.

²⁰² Véase, Enrique Rajchenberg, ob. cit., p. 350.

²⁰³ Keijzer considera “La entrega del conocimiento en salud socialmente necesaria para poder enfrentar los principales problemas de las clases populares. Esto implica no sólo conocimientos de diagnóstico, manejo y prevención de los problemas comunes, sino la adopción de un concepto salud - enfermedad, no biologizado sino social, donde se ubiquen las causas sociales de la mayor parte de las enfermedades y su distribución según las condiciones de vida y de trabajo que tienen las distintas clases.” ob. cit., p. 233.

²⁰⁴ Cfr. Guillermo Fajardo Ortiz ob.cit... pp. 14-15.

estas organizaciones durante los últimos 10-15 años, tanto en cantidad como en membresía. Tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo han surgido un gran número de nuevas ONGs que se dedican virtualmente a todas las áreas del quehacer público y que están activas en asuntos de interés local y nacional.

Segundo: las antiguas organizaciones no gubernamentales han asumido nuevas funciones, añadiendo a sus programas de auxilio y bienestar social actividades orientadas al desarrollo y al apoyo a la producción (...) Así, las ONGs se establecen poderosamente mucho más allá de su zona tradicional de especialización, incluyendo campos convencionalmente considerados como exclusivos del gobierno;

Tercero: las ONGs, y en particular las organizaciones de base formadas por gente pobre, se han sofisticado internamente y organizado mejor, están más conscientes de su poder y con ello han aumentado su capacidad de militancia y movilización. Este fortalecimiento de su organización interna ha sido complementado por una tendencia hacia el establecimiento de sistemas de vínculos entre ONGs.²⁰⁵

Por último, las diversas ONG de carácter local establecen entre sí relación a través de 'colectivos' o 'redes', las cuales mantienen estructuras horizontales en la toma de decisiones y funcionan como

centros de intercambio de experiencias, y promotoras de acciones conjuntas, que le den mayor fuerza a las actividades sociales.

El Foro de Apoyo Mutuo las considera como fenómeno de la década de los noventa "Las redes actualmente han tomado un papel relevante y significativo ya que se han presentado como frentes para la defensa de ciertas luchas: observación ciudadana, defensa de derechos humanos, denuncia de la situación de injusticia, etc., logrando ser escuchadas y ganando espacio en los medios de comunicación y en los centros académicos ya que se constituyeron en referentes de consulta".²⁰⁶

Así mismo, distingue tres tipos de redes²⁰⁷.

ESPECIALIZADAS.	AMPLIAS	COYUNTURALES.
<p>Adscritas a un trabajo en específico como puede ser salud, defensa de derechos humanos, entre otros.</p> <p>En nuestro país sobresalen en el ámbito de la salud el PRODUSSEP, Consejo de ONG del ámbito de salud y Red por la salud de la mujer.</p>	<p>Establecen sus actividades en distintos problemas de la ciudadanía en su relación con el Estado, como son defensa ante la política fiscal, observación civil de procesos electorales, propuestas en diversos temas de interés nacional. Como ejemplo está el propio Foro de Apoyo Mutuo y Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia.</p>	<p>Surgen ante acontecimientos de suma importancia para el país, o para manifestar una opinión de la sociedad en algún evento de trascendencia mundial. Como ejemplos están: Foro Mexicano para Rio 92 (sobre problemas ecológicos) y Alianza Cívica: Observación 94. (vigilar la limpieza electoral).</p>

²⁰⁶ Michael Cernea, ob. cit., p. 2.

²⁰⁶ Foro de Apoyo Mutuo. ob. cit., p. 42.

²⁰⁷ *Ibidem*, pp. 43-49.

"Las redes permiten a los colectivos no perder su autonomía y ganar en información, intercambio, solidaridad y suma de energías en torno a objetivos precisos. En salud, el caso más notable de América Latina es la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, formada en 1984 y que articula aproximadamente a 1 400 contactos de los distintos países. Es una red horizontal con una coordinación central, destinada a informar, comunicar y educar sobre salud de la mujer desde una visión que contempla sus intereses, a través de los diversos grupos que lo integran. Aunque no se desarrollan actividades tradicionales de formación en educación en salud, expresada fundamentalmente en la revista que publica la red, es un elemento de educación e información, tanto para las mujeres como para médicos, enfermeras, etc."²⁰⁸

3.- Estrategias de acción en la comunidad.

La propuesta de estudiar los efectos de la participación social en salud, a través de las actividades de las ONG parte de la consideración de que la estas organizaciones aunque son uno de los diversos actores que participan en procesos sociales, han contribuido con su trabajo a concientizar a importantes sectores sociales, además el trabajo organizacional autónomo al Estado requiere de una dedicación constante por la cantidad de obstáculos que

²⁰⁸ Dora Cardaci, ob. cit p. 138.

representa. Un criterio por el que esta investigación no pudo hacer un estudio más exhaustivo de las ONG radica en la falta de una conceptualización clara y precisa de estas organizaciones, tanto en materia legal,²⁰⁹ como en su sistematización²¹⁰. Aun así no puede descartarse su labor creciente, por lo tanto se realizó una encuesta que se llevó a cabo a través de un muestreo intencional,²¹¹ en donde los elementos muestrales (ONG) tienen como base al **Directorio de Instituciones Filantrópicas 1995-1996**, (accesible para su consulta) el cual señala que existen en todo el país 2,364 organizaciones sociales que deben cumplir con los siguientes objetivos: tener por los menos dos años de llevar a cabo actividades de carácter filantrópico, de desarrollo o promoción social, no tener fines de lucro, contar con registro de la Secretaría de Hacienda y tener participación en alguna de las siguientes áreas de acción. Arte y Cultura; Bienestar; Ciencia y Tecnología; Derechos Humanos; Desarrollo; Ecología; Educación y Salud.²¹²

²⁰⁹ "En el país, existen diversas figuras jurídicas que pueden tomar las ONG: Asociación Civil (A.C.), Sociedad Civil, Sociedad Cooperativa, Sociedad de Solidaridad Social e Instituciones de Asistencia Privada." Gloria Ramírez, *ob. cit.* p. 2.

²¹⁰ "Es reconocido que mientras no se encuentre una denominación adecuada, (para las ONG) que se convierta de uso social generalizado, difícilmente se podrá prescindir de esa denominación. Esto no excluye que se vayan proponiendo nuevos términos que abarquen a este sector. Por lo pronto, proponemos tres términos que ya están en uso, pero no suficientemente extendido y aceptado socialmente. Todos ellos sujetos a discusión: organizaciones sociales de desarrollo, organizaciones civiles, organizaciones ciudadanas". Foro de Apoyo Mútuo, *ob. cit.*, p. 78.

²¹¹ El objeto de la estadística consiste en "resumir los datos más destacados de los elementos que componen un conjunto" en virtud de que no tenemos precisión sobre el número de ONG que conforman el conjunto total y que sus características pueden ser muy diversas, no tenemos opción de jerarquizar las características, por lo tanto se optó por realizar el muestreo entre el 10% de las organizaciones, siguiendo algunos criterios básicos que más adelante se detallan. Véase Fernando Hólguin Quiñones, *Estadística descriptiva aplicada a las ciencias sociales*. (México, D.F.: U.N.A.M., 1984), pp. 23 ss.

²¹² CEMEFI (Centro Mexicano para la Filantropía) *Directorio de Instituciones Filantrópicas*. (México, D.F.: CEMEFI, 1995). Todos los criterios de clasificación y delimitación de las actividades de las ONG están sustentadas en el directorio.

La primer delimitación consiste en la ubicación geográfica de las ONG, en base a este Directorio tenemos que del total de las 2,364 organizaciones, el D.F. reúne 1,845, (78%) por lo tanto el desarrollo de la investigación se centrará en la entidad que concentra mayor número de ONG que es esta ciudad.

En segundo término, hay que establecer que ONG tienen relación con la salud, como tarea primordial, existen organismos que pueden tomar la problemática sanitaria como parte de una demanda más global (por ejemplo, un grupo pro - vivienda, considere dentro de sus demandas la instalación de una clínica), el Directorio establece que de las 1,845 organizaciones sociales capitalinas registradas por ellos 405 (22%) desempeñan actividades relacionadas con la salud, y a su vez estas especializan sus acciones en los siguientes rubros.

Línea de Acción.	Número	Porcentaje:
Exclusivamente salud	157	39%
Salud y labores educativas y científicas.	157	39%
Salud y tareas de desarrollo social y bienestar.	77	19%
Salud, Derechos Humanos y protección ecológica.	14	3%
TOTAL.	405	100%

Como ejemplo de la primera categoría tenemos.

Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Autismo, A.C., y;

Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, A.C.

Sobre las instituciones con referencia en lo educativo se ejemplifican las siguientes:

Promoción de servicios de salud y educación popular. A.C. y; Instituto de terapia familiar Cencalli, A.C.

Las organizaciones que desarrollan acciones de bienestar y desarrollo social serian entre otras:

Vida digna Down, A.C., y; Fundación mexicana de Psicoanálisis, I.A.P.

Los grupos que vinculan los problemas de salud con Derechos Humanos y protección ecológica son entre otros:

Movimiento Nacional de organización ciudadana, y; Centro Mexicano de ayuda a refugiados.

Para efectos de esta investigación no se descarta ningún tipo de las organizaciones mencionadas, pero por los criterios expuestos en la participación social, habrá preferencia hacia las organizaciones cuyos objetivos y conexiones con la población los hagan tener una estrecha relación con movimientos sociales y organizaciones de todo tipo y, en general, con las causas que demandan un desarrollo social para todos, la defensa de los derechos civiles, el apoyo de las personas víctimas de cualquier tipo de exclusión y mayores espacios para la actuación de la sociedad civil, ya que las formas tradicionales de trabajo con la comunidad (de tipo asistencial y de corte desarrollista), no permiten la acción activa de la población en la elaboración de propuestas acordes al espíritu de la APS.²¹³

²¹³ Cfr. Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.**, p.11-12.

Un tercer criterio se relaciona con el lapso de tiempo en que han desempeñado actividades, para resultados de esta investigación, serán contempladas las ONG, que hayan trabajado de manera regular desde 1987 hasta la fecha, preferentemente. Esto con el objeto de que las organizaciones contempladas, no tengan un carácter temporal o coyuntural, como fue el caso de los Comités de Solidaridad.

Un elemento más serán aquellas organizaciones que sean una expresión del esfuerzo multidimensional sostenido por una sociedad civil preocupada por sí misma, en busca de soluciones. Instituciones que permitan la participación, el desarrollo social y la asistencia, buscando una sociedad más humana, justa y equitativa, pero destacándose dos elementos que marcan las características en los objetivos de la participación social en salud. "... creemos que la participación popular en salud es un proceso que debe tener dos referentes: uno educativo, que implica un proceso pedagógico en el cual se adquieren y refuerzan conocimientos necesarios para la participación, hasta ahora concentrados en su mayoría en el sector médico, y otro organizativo, ya que la participación no se da en abstracto, sino que requiere de estructuras organizativas populares que la respalden, y desde las cuales se tenga influencia sobre las instituciones del Estado y hacia los propios sectores subalternos."²¹⁴

Por lo que las ONG que cumplan con estos objetivos están dentro de los parámetros del sondeo.

Un instrumento que se aplicará para la realización del trabajo será una encuesta (véase anexo 1).

Los temas de la encuesta son:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.	
EDUCACIÓN	ORGANIZACIÓN.
RELACIÓN ENTRE ONG.	RELACIÓN ONG - ESTADO.
SERVICIOS A LA COMUNIDAD.	FINANCIAMIENTO.
DIFUSIÓN.	

Sus objetivos se establecen así:

Datos de identificación. Conocer el año de inicio de actividades de la organización, así como el número de personas que colaboran con la misma (profesionalización en actividades sociales); el número de personas beneficiadas con el servicio (cobertura) y las actividades preponderantes.

Tanto los ámbitos educativo y organizativo son componentes básicos de la participación social en salud, por lo que se busca en la encuesta saber sobre la ejecución de actividades de capacitación a grupos específicos, en lo organizativo se consulta sobre el papel de la ONG en la sociedad y su correlación con el Estado, además de conocer la celebración de actividades tendientes a dar seguimiento de las políticas de salud.

²¹⁴ Benno de Keijzer, ob. cit., pp. 233-234.

Posteriormente se pregunta sobre la forma en que se relaciona la ONG, ya sea con sus semejantes a nivel local, nacional o internacional, y su correspondencia con el Estado, de aquí se desprende la posibilidad de haber elaborados propuestas concretas sobre determinadas políticas de salud.

En lo que respecta a los servicios y las formas de financiamiento, se pregunta sobre el nivel que han alcanzado a desarrollar para la atención de la comunidad, y sobre, en que porcentaje han colaborado diversos actores sociales con el desempeño de la ONG.

Por último, se pregunta sobre la difusión de las actividades de la ONG, así como la conformación de bancos de datos.

La aplicación de la encuesta se desarrollo en los meses de mayo y junio de 1996 y se preguntó al 10% de las ONG segun su línea de acción establecida en el Directorio, los organismos consultados fueron:

Exclusivamente salud.

<i>Asociación Hakim, A.C.</i>	<i>Asociación Instituto de Centro de Difusión Promoción Humana, Popular de la I.A.P Acupuntura, A.C.</i>
<i>La Casa de la Sal, A.C.</i>	<i>Salud integral para la Equipo mujeres en acción mujer. solidaria, A.C.</i>
<i>Fundación comité de Fundación para la Grupo de estudios del</i>	

salubridad de Mixcoac, rehabilitación del enfermo nacimiento, A.C.

I.A.P. mental I.A.P.

Sociedad Mexicana de Apoyo humano al niño Asociación de mujeres
rehabilitación laboral, enfermo renal, A.C. politécnicas, A.C.
A.C.

Asociación Mexicana de Centro infantil de
la cruz blanca neutral rehabilitación nutricional,
I.A.P. I.A.P.

Salud y labores educativas y científicas.

Asociación Mexicana de Asociación Mexicana Centro de investigación y
diabetes de la ciudad de para la educación integral capacitación para la
México, A.C: de la familia, A.C. salud.

Colectivo de educación e Colectivo de lucha contra Innovación tecnológica
investigación en salud. la violencia hacia la mujer para minusvalidos, A.C.
A.C.

Fundación de apoyo Fundación Mexicana Fundación Mexicana
social, I.A.P. para la lucha contra el para la planificación
SIDA, A.C. familiar, A.C.

Grupo de recuperación Mujeres en acción Programa nacional contra
total reto, A.C. sindical A.C. el Cáncer, A.C.

Promoción de servicios Promoción del desarrollo Red de grupos sobre
de salud y educación popular, A.C. salud de la mujer y el
popular A.C. niño, A.C.

Salud y tareas de desarrollo social y bienestar.

Acción humana por la Asociación para la Centro de desarrollo
comunidad, A.C. orientación e integración integral de la mujer, A.C.
de la familia I.A.P.

*Comité de nutrición de Familia y sociedad, A.C. Vida humana, A.C:
mujeres.*

*Asociación nacional de Asociación para el
apoyo y defensa para la desarrollo integral de
mujer.
personas violadas, A.C.
(ADIVAC).*

Salud, Derechos Humanos y protección ecológica.

*Sociedad y SIDA, A.C. Movimiento Nacional de
Organización Ciudadana.*

3.1 Participación social y salud desde la perspectiva de las ONG.

La elaboración del cuestionario tuvo una duración de 30 días hábiles del 13 mayo al 21 de junio de 1996, contando con la aplicación de 40 entrevistas dirigidas a igual número de ONG, la elección de las mismas fue en base a los límites expuestos anteriormente, las dificultades para la obtención de las mismas fueron: falta de personal capacitado para responder al cuestionario; horarios muy dispares de atención (matutino, vespertino, fines de semana) o exceso de trabajo de los responsables de las ONG.

El basar el sondeo en el Directorio de instituciones filantrópicas, podría contribuir a crear un sesgo en la investigación, hacía determinado tipo de ONG, sin embargo, después de haber

conocido la naturaleza misma de las organizaciones, y en base a una apreciación personal, he contrastado a los organismos entrevistados con la tipificación que sobre ONG hace el Foro de Apoyo Mutuo, teniendo el siguiente resultado.

Tipo de Organización.	Porcentaje entrevistado.
ONG para el desarrollo. (ONGD).	13%
Organizaciones autónomas de promoción social y desarrollo. (OAPSD).	36%
ONG y organizaciones civiles.	27%
ONG y el "Tercer Sector".	24%

Los resultados de la encuesta por apartados son:

Datos Generales.²¹⁵

Promedio de años de actividad.	9.9
Promedio de personal adscrito permanentemente.	14.1
Promedio de beneficiados.	857.7

Dentro de los años de actividad se encontró que el 66% de las organizaciones tienen entre 5 y 10 años de vida, 23% entre 11 y 20; y el restante sobrepasa los 21 años de vida.

Con referencia al personal profesionalizado en las ONG, el 48% trabaja con poco personal de base (entre 5 y 10 personas), sin embargo, esto no impide que se presten servicios a la población y

²¹⁵ Los resultados de la encuesta están basados en las respuestas de buena fe de los responsables de las ONG.

que los grados de cobertura sean bastante aceptables, como ejemplo se encuentra la ONG Sociedad y SIDA A.C., que con 5 personas de base y entre 10 y 15 eventuales proporcionan servicio de apoyo a 3,600 individuos. Relacionado con esto, los niveles de atención varían, en base a la actividad preponderante de la organización, ya que algunas atienden enfermedades muy específicas y otras hacen labores de promoción, o defensa de derechos humanos, sin embargo, todas las organizaciones destacan que va en aumento la demanda de servicios.

Por lo que respecta a la actividad preponderante la distribución fue la siguiente:

Atención exclusiva a una enfermedad.	30.7%
Formación y capacitación de promotores en salud.	33.3%
Atención a problemas de género.	20.7%
Atención médica en general, únicamente.	15.3%

I. Acciones en el ámbito educativo.

De las organizaciones entrevistadas el 82% manifestó realizar actividades de formación y capacitación a distintos grupos de la población, cifra que es congruente con el 15.3% que tiene como actividad preponderante la atención médica, se puede considerar como parte del auge de las ONG el hecho que han dejado de ser

asistencialistas, ya que el ámbito de desarrollo abarca en estos días uno de los principales componentes de la participación social en salud que es la acción de educación, y sensibilización sobre diversas enfermedades.

De las organizaciones que llevan a cabo actividades de capacitación, la distribución por grupo de población fue la siguiente.

Cuadro 8.



Predominan la atención a grupos definidos de la población, observándose una tendencia a la especialización, ya sea por sexo, o por problema de género o enfermedad, esta propiedad de las ONG, permite una mejor calidad de los servicios que se prestan.

Sobre el vínculo de las ONG, con alguna enfermedad en específico solamente el 35% respondió afirmativamente, teniendo mayor atención el SIDA, problemas derivados de la desnutrición, síndrome de Down y diabetes.

Sobre la capacitación las ONG distribuyeron la frecuencia de sus acciones en los siguientes objetivos: Formación de promotores de salud. 18 organizaciones; rescate del conocimiento sanitario de la comunidad 12; acciones de prevención y

sensibilización sobre determinada enfermedad 12; asesoría en material legal 19; y otras acciones (sobre planificación familiar, nutrición, atención a enfermos, automedicación, etc.) 13.

Se encontró una creciente preocupación de las ONG en una mayor defensa de los derechos humanos de pacientes víctimas, no sólo de una enfermedad, sino de la mala atención, por parte de instituciones sanitarias del sector salud.

Por último un 43% manifestó que realiza un seguimiento de sus actividades de capacitación.

II. Acciones en el ámbito organizativo.

El segundo componente de la participación social en salud corresponde a las actuaciones de las ONG en el campo organizativo, por lo que se procedió a preguntar sobre la realización de actividades tendientes a organizar a la población vinculada con la organización.

La respuesta fue 66% Si y 34% No, de las que contestaron negativamente, manifestaron jamás considerar a la ONG como manipuladoras de las organizaciones sociales, pero si contribuir a una concientización sobre determinados problemas. Fue evidente que las organizaciones que se inclinaron por ello, figuran las catalogadas como ONG para el desarrollo (ONGD) y las ONG del "Tercer sector"; mientras que las ONG y organizaciones civiles, así

como las Organizaciones autónomas de promoción social y desarrollo (OAPSD) se manifestaron por el si, coincidiendo además en considerar a la salud como un proceso que requiere de una acción más integral.

De las organizaciones que respondieron si (25), consideraron lo siguiente.

Pregunta.	SI	NO
La ONG debe impulsar la organización social.	24	1
La ONG debe ser interlocutora entre la sociedad y el Edo.	24	1
La ONG debe colaborar con el Edo. para aplicar alguna política de salud.	24	1
Realiza actividades que contribuya a organizar a determinado grupo social.	25	0
Elabora folletos sobre aspectos de organización.	21	4
Vigila determinada política de salud del Estado.	19	6

III Relación Institucional.

Las ONG entrevistadas manifestaron en relación a su vínculo con otras organizaciones similares a nivel nacional lo siguiente.

Si mantienen relación con otras ONG de México un 71% y No un 29%. De las que contestaron afirmativamente su forma de relación es a través de redes 67% y asociaciones 33% restante.

Sobre su contacto con organismos de tipo político y social la respuesta fue: Si 46% y No 54%, de los que respondieron Si ninguno menciona a algún partido político o sindicato, aunque si citaron la Asamblea de Representantes del D.F. o la Cámara de Diputados.

En relación con las ONG y sus similares de otros países la respuesta fue, si mantienen algún tipo de relación el 49% y no 51%, con las que existe reciprocidad en México están:

Red global de personas con VIH (GNP) de Amsterdam, Holanda.

SAID Foundation de San Francisco, Cal. Estados Unidos.

BASOLAI, de Nueva York, Estados Unidos.

Red de salud de mujeres latinoamericanas. (sin sede permanente).

Latin american working group de Toronto, Canadá.

Consejo Mundial de Iglesias de Ginebra, Suiza.

Acción solidaria aragonesa (ASA) de Zaragoza, España.

IV. Relación con el Estado.

Aquí se derivan las siguientes respuestas, 64% si ha mantenido alguna relación con el Estado y 36% no; sin embargo cuando se pregunta sobre la realización de alguna propuesta sobre política de salud se invierten las respuestas. Si 36% y no 64%, es importante señalar que las ONG y organizaciones civiles fueron las que si elaboraron proposiciones tanto sobre problemas específicos de salud, como balances al desempeño del sexenio del Lic. Salinas de Gortari, producto del trabajo cotidiano y de protocolos de investigación, los cuales han sido propuestos tanto en foros o encuentros nacionales e internacionales, el resto de las ONG no introducen alternativas en materia de política de salud, por considerarlas ajenas de su ámbito de acción, aunque si manifiestan en ocasiones opiniones que contradicen esa postura.

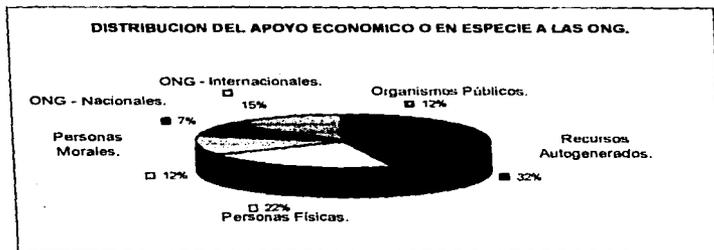
V. Prestación de servicios.

En este apartado las organizaciones se manifestaron que Si prestan servicios en un 80% y No un 20%, de estas últimas, señalaron como su función primordial, canalizar enfermos educar sobre problemas sanitarios, velar sobre el cumplimiento del derecho a la protección a la salud entre otras actividades. De las que si manifestaron contar con servicios de salud la distribución por frecuencia es la siguiente:

Atención Médica a nivel primario. 14 organizaciones; hospitalización o canalización a nivel secundario o terciario 17; atención Psicológica 17 y; otras, que incluyen apoyo para la adquisición de prótesis, medicamentos, cuidado especializado, etc. 18.

VI. Financiamiento.

Cuadro 9.



Sobre la distribución del apoyo económico o en especie, las ONG siguen dependiendo de los recursos autogenerados para sostener buena parte de su trabajo, (véase Cuadro 9), la otra fuente importante son los fondos tanto de personas físicas como morales que contribuyen para efectos fiscales (deducibilidad de impuestos), la aportación del Estado es menor inclusive a la prestada por las ONG internacionales, lo que corrobora la poca importancia que se da al desarrollo de organizaciones no gubernamentales, por cierto las ONG que reciben más apoyo del Estado vía SEDESOL, o Lotería Nacional son las denominadas del "Tercer Sector". Las que reciben

ayudas de ONG internacionales son sus similares denominadas para el desarrollo (ONGD), hasta con un 90%; y las ONG y organizaciones civiles dependen mucho del establecimiento de vinculos con sus similares para lograr financiamientos.

Con relación a esto, la mayoría de las ONG han manifestado necesidad de más apoyo económico o en especie, teniendo como propuestas principales, la elaboración de un marco jurídico acorde a las necesidades de las organizaciones y establecimiento de protocolos con organismos públicos o privados. Demandan también mayor continuidad por parte de las directrices en salud.

VII. Difusión.

Manifestaron 46% de las ONG Si elaborar publicaciones con periodicidad, y un 56% No, asimismo, las ONG que difunden información cuenta con bancos de datos, los cuales son accesibles al público, hay que resaltar la labor de organizaciones como Salud Integral de la Mujer A.C. que cuenta con un espacio semanal en Radio Educación producido totalmente por el organismo, o Sociedad y SIDA, A.C., que lleva a cabo eventos con participación mundial, con poco o nulo apoyo económico del Estado.

Las conclusiones de esta investigación podían ser resumidas así:

Las ONG dedicadas al ámbito de la salud, no sólo han crecido en número en los últimos 10 años, sino se manifiestan cada vez más como organismos que de forma eficiente, atienden a volúmenes importantes de la población, día a día trabajan especializando su área de acción e incorporan al trabajo en sociedad a profesionistas de diversas disciplinas tanto a un nivel profesional, como voluntario.

Asimismo, las ONG van dejando atrás las labores asistenciales, que las caracterizaron muchos años, ya se puede hablar, como labor cotidiana la incorporación de acciones más integrales, como son la educación y la socialización del conocimiento médico. La gran mayoría se ha manifestado también por llevar a cabo actividades de capacitación a diversos grupos de la población, retomando una de las propuestas de Alma Ata, de hacer participe de su salud a la población, dándole elementos para una mejor defensa ante las enfermedades.

Sobre este aspecto, muchas de las ONG son congruentes con la APS al rescatar de la comunidad el conocimiento sanitario, dando la relevancia que se merece, así como sensibilizar sobre diversas enfermedades. Existe también el creciente interés de vincular la salud en el radio de acción de los Derechos Humanos.

En relación con la organización social, existen aun divergencias, producto del papel que deben desempeñar las ONG ante conjuntos sociales definidos, sin embargo, existe un consenso

en el papel de intermediario que juegan las ONG entre el Estado y la sociedad.

Las ONG han manifestado mayoritariamente sus vínculos con sus similares, tanto a nivel nacional, como internacional, aunque esta relación no alcanza aun a partidos políticos o sindicatos, sin embargo, dentro de las ONG, se revelan posiciones políticas afines a alguno de los partidos políticos nacionales, pero de manera estructurada, es aun inexistente una conexión formal.

Sobre el papel del Estado se destaca que no pasa de apoyos esporádicos, aunque la mayoría declara tener relación con instancias gubernamentales, no existen elementos que nos permitan vislumbrar algún puente de comunicación, esto es parte responsabilidad del Estado que no ha acatado las resoluciones que sobre el particular ha emitido la OMS, y del manejo coyuntural (electoral), con que se destinan recursos a la sociedad.

Las ONG no han dejado de lado la prestación de servicios, que en muchos casos requiere de niveles de especialización, para la atención de enfermedades específicas, esto involucra necesariamente grados elevados de organización, que se manifiestan con las coberturas alcanzadas.

Por lo que respecta al financiamiento, es importante señalar que el Estado no ha respondido ni siquiera con la elaboración de una

legislación adecuada, o apoyos constantes en especie, a pesar de ello el crecimiento de las ONG no ha declinado, y su trabajo mucho menos.

3.2 Estrategias conjuntas ONG - Estado.

Aunque puede ser abordado desde diversos enfoques, la propuesta de esta investigación es retomar una institución que a pesar de haber sido creado con las reformas de 1983, no ha tenido la trascendencia que se esperaba, me refiero al Comité Local de Salud.

El Comité es una institución de planeación democrática de actividades de salud, teniendo como campo de acción un zona geográfica definida (municipio o delegación para el D.F.), y que concentra funciones de coordinar a las diversas instituciones para el fomento de la salud, en esta entidad, los comités de salud se organizan en delegaciones, y se conforman de la siguiente manera:

Delegado político. Presidente.

Director de la jurisdicción sanitaria. Secretario.

Director de los servicios del IMSS. Vocal.

Director de los servicios del ISSSTE. Vocal.

Director de los servicios de salud del D.D.F. Vocal.

Los comités de salud se reúnen por lo menos una vez al mes, y los acuerdos son tomados por consenso, aunque en algunas delegaciones se invita a organismos públicos y privados para participar

control de la ejecución de los acuerdos, las formas de resolución de discrepancia y la base legal.

- Desarrollar un lenguaje para el intercambio de ideas de interés común.
- Generar un clima de libertad en las discusiones, de equidad en las decisiones, de respeto y apoyo a los acuerdos de cooperación y lealtad mutua en torno a los objetivos y formas de ejecución.
- Ampliar y desplegar la información como requisito necesario y suficiente para la participación. La información deberá ser veraz y oportuna y contemplar.
 - Los deberes y derechos de los participantes.
 - Los planes institucionales y el curso de la ejecución.
 - Las actividades y tareas que se están llevando a cabo.
 - Las dificultades encontradas.
 - Las razones de las decisiones más importantes.
 - Los planes futuros.
 - Las mejoras que significará el cumplimiento de los objetivos para los participantes.
- Impulsar dinámicamente el intercambio de ideas, ideales y propósitos, a través de contactos personales directos, que generen iniciativas concretas y viables.
- Convenir con las organizaciones comunitarias:
 - Programas de trabajo anuales que expresen tareas, y apoyo mutuo en la resolución de problemas de salud.

en ellos, no se encuentra institucionalizado, además persiste la verticalidad en los nombramientos, ya que todos son funcionarios que no tienen real autonomía para implementar medidas distintas a las líneas de acción que de nivel central provengan.

La propuesta sería rediseñar los comités de salud con la participación de:

Representantes políticos de la zona.

Comisionados de las instituciones del sector salud.

Miembros de sindicatos y organizaciones sociales con representatividad en el lugar, enviados populares con interés en participar como son (diputados federales, asambleístas, consejeros ciudadanos, representantes vecinales, ejidales, entre otros).

Representantes de instituciones educativas.

Miembros de ONG de salud.

La elección de los cargos sería por consenso, y la presidencia sería rotatoria, las funciones serían de planeación, seguimiento y vigilancia de las actividades de salud en la comunidad, además de poder auditar los gastos y establecer un diagnóstico de salud, en base a las necesidades específicas de la zona.

Sus funciones, citando lo expuesto por la Dra. Catalina Eibenschutz serían: “- Normar la participación ciudadana según el nivel institucional, el objeto de la participación, el ámbito de la misma, la representatividad de los participantes, las formas del

- La elaboración de un registro permanente de salud que inscriba a los integrantes de las organizaciones comunitarias, les señale la institución y establecimiento de adscripción, los deberes y derechos y la organización comunitaria a través de la cual se canaliza su acción ciudadana. El registro será acreditado mediante una credencial que además incluya los datos generales, grupo sanguíneo y otros datos de patología importantes.

La realización periódica del censo en salud que abarque a toda la población del municipio, conteniendo los datos de cobertura de las instituciones, los datos demográficos y hechos vitales más relevantes y de nivel de vida y de salud de la población.”²¹⁶

Con esta instancia se podría avanzar en el establecimiento de puentes de dialogo entre organismo de diverso origen (social, no gubernamental, político), y junto con la autoridad coadyuven a la planeación democrática de la salud, ello dejaría transitar a una verdadera descentralización de los servicios médicos, y permitiría hacer que la participación democrática sea el conducto por el que se logren consensos.

Únicamente, para realizar plenamente este esquema se requiere un abandono por parte del Estado de los vicios y prácticas antidemocráticas, persistentes desde la consolidación del modelo corporativista posrevolucionario, y la creación de condiciones que propicien al participación democrática de la sociedad, (dentro y fuera

²¹⁶ Eibenschutz. "La política sanitaria del Estado Mexicano ...," pp.31-33.

de los partidos políticos, en particular, de los partidos políticos de izquierda, que han sido históricamente los más débiles y menos organizados. En este sentido, el fortalecimiento de la cultura política y electoral de los partidos políticos es un proceso que debe ser sostenido y constante, y que debe ser el resultado de un proceso de transformación social y política que permita la participación activa de los ciudadanos en la vida política del país.

de los partidos políticos) empezando con el fortalecimiento de una cultura política y electoral, que trascienda a una sociedad abierta.

En este sentido, el fortalecimiento de la cultura política y electoral de los partidos políticos es un proceso que debe ser sostenido y constante, y que debe ser el resultado de un proceso de transformación social y política que permita la participación activa de los ciudadanos en la vida política del país.

En este sentido, el fortalecimiento de la cultura política y electoral de los partidos políticos es un proceso que debe ser sostenido y constante, y que debe ser el resultado de un proceso de transformación social y política que permita la participación activa de los ciudadanos en la vida política del país.

Conclusiones:

He podido observar, al considerar el contenido del presente trabajo, que la salud es un tema tan amplio e interesante que sería ingenuo pensar en que pasará desapercibido para las futuras generaciones de estudiosos de las ciencias sociales.

La salud ha desarrollado cambios acordes al nivel de desenvolvimiento social, que junto con el avance de la ciencia al servicio de la medicina han motivado la transformación de una conceptualización más armónica para el ser humano, que es el tener un nivel de salud física y mental adecuada para poder ser socialmente útil.

Los cambios en salud, se manifiestan primeramente en la relación profesionalista médico - enfermo, se empieza a configurar a lo largo de los siglos XVIII y XIX un tipo de atención médica, socialmente aceptado, y que se centra en la alopátia convirtiéndose en hegemónico para la mayoría de las sociedades y que se encuentra sustentada en los grandes avances científicos (vacunas, medicinas, desarrollo de técnicas quirúrgicas, terapias de rehabilitación entre otras), excluyendo cualquier tipo de conocimiento médico ajeno a este, (naturismo, acupuntura, homeopatía) y que en diversas sociedades permanecía arraigado como parte de la herencia cultural.

Asimismo, el desarrollo médico provocó la salida de la atención médica de los claustros eclesiásticos, el avance del conocimiento de las causas que provocan las enfermedades, quito a la iglesia diversas justificaciones para participar en el cuidado sanitario, se puede considerar que la salud al igual que la educación también se secularizó.

Este avance creó condiciones muy definidas en el siglo XIX, el establecimiento de un concepto biologicista de la medicina, y una atención médica centrada en el hospital, y al servicio de una burguesía en pujanza económica.

Con el desarrollo del capitalismo, la conformación de una sociedad en clases sociales, el surgimiento de un proletariado y la urbanización creciente, empezaron a modificar las disposiciones para acceder a la salud, las determinantes históricas (el dominio del hombre sobre la naturaleza y el establecimiento de relaciones sociales) fueron creando las condiciones para volver a repensar el concepto de salud.

Este cambio se manifiesta primeramente en la necesidad de extender los beneficios de la salud a la población, considerando inicialmente a la clase obrera; esto para mantenerla apta para continuar el proceso de producción social. Por lo tanto, el inicio del siglo XX, fue el de la consolidación de la Seguridad Social, que esta pensada en la lógica del capital.

Otra determinante del cambio en salud, avanzó más lento que la anterior, y consistió en retomar la causa de la enfermedad, y su concordancia con el desenvolvimiento público, se empiezan a destacar relaciones entre distintas patologías y actividades específicas de grupos sociales, el impulso de la seguridad social, empezó a clasificar problemas muy concretos de salud en el ámbito de la medicina del trabajo, además que se desarrolla el estudio epidemiológico, determinando que la incidencia de la enfermedad esta condicionada en buena medida por el papel del individuo en la sociedad, se puede considerar que pasaron casi 7 décadas del presente siglo para que se reformará y aceptará una nueva conceptualización en salud, que aunque no es homogénea, presenta características que la consideran ligada a las condiciones en que se desenvuelve el ser humano.

Elo a su vez contribuiría para que la salud dejará de ser asunto exclusivo del médico, para ser preocupación de todos los sectores sociales.

Una manifestación más del desarrollo médico es la consolidación de la salud pública o salubridad, que se aboca a mantener estipulaciones ambientales adecuadas para el ser humano, así como el control de fenómenos colectivos de enfermedad. La salubridad también se adaptó a las condiciones impuestas por el capitalismo, persistiendo un criterio de control de los efectos de las

enfermedades, sin pensar en concebir las causas de las mismas. Esto, en la medida que muchos padecimientos son resultado del modo de producción imperante.

El desarrollo de la medicina ha extendido sus beneficios a gran parte de la sociedad, los avances científicos han contribuido a abatir un gran número de enfermedades, sin embargo, se puede establecer que el modelo médico entró en una crisis producto de algunas de las condiciones que le dieron su auge.

Por principio de cuentas se sigue privilegiando en la relación médico - paciente el criterio de actuar de forma individual, ante los episodios de enfermedad, ello provoca el incremento en la demanda y el aumento de costos por la prestación de servicios. Aquí la cobertura, no ha podido ampliar prestaciones médicas permanentes y esenciales a todos los mexicanos, ya se ha dicho que aproximadamente en nuestro país 11 millones de personas no cuentan con la posibilidad de verse beneficiados con estos servicios permanentes, ya sea por problemas de accesibilidad geográfica o marginación social, aunado a esto, el sistema de seguridad social tampoco garantiza atención adecuada de enfermos, producto de su saturación y descapitalización.

Por último, otro síntoma de la crisis de la medicina va relacionada con la enfermedad. Como se menciona antes, diversas patologías son curables de tratarse a tiempo, aunque cada vez más

las causas de muerte preponderantes tienen su origen en tres fuentes muy definidas. La muerte obra de padecimientos de tipo social (accidentes, trastornos fruto del estrés o la contaminación ambiental); afecciones producto del desarrollo social (cánceres de todo tipo, padecimientos cardíacos, males crónico - degenerativos) y; enfermedades producto de la marginación y la pobreza (muertes por desnutrición, o falta de vacunación, así como toda la variedad de padecimientos diarreicos o de vías respiratorias, que atacan principalmente a niños).

La gran mayoría de los malestares tienen cura, pero esta no llega por motivos atribuibles al actual desarrollo del sistema de salud y la composición social. Otras enfermedades de gran importancia como el SIDA, no cuentan con medicinas que las reviertan, pero aun en estos casos, donde procedería la sensibilización de la sociedad para evitar posibles contagios, el modelo médico se muestra renuente.

Ante estos espacios de crisis, las alternativas han sido variadas, una primer aproximación retoma la discusión sobre la conceptualización de la enfermedad (la salud como producto de interrelación entre el hombre y los fenómenos económicos, políticos y sociales) y considera que la medicina no se adaptó a esta realidad, continuando con un enfoque cercano al concepto biologicista anterior, viendo al hombre como un ser orgánico, desconectándolo de su entorno social. La propuesta fue reformar el esquema de

medicina individual por uno social, considerando una nueva organización de los servicios médicos, pensando en el hombre como ser en sociedad. La medicina social busca una relación médico - paciente en un marco de corresponsabilidad, pugna por la socialización del conocimiento médico, promueve la participación de diversas disciplinas sociales para la planeación de las políticas de salud.

Sin embargo, esta corriente no ha trascendido de los círculos académicos, sus propuestas han sido en algunas ocasiones retomadas por organismos rectores como la OMS, pero de manera circunstancial y sin la continuidad que garantice un cambio en el modelo médico prevaleciente.

El modelo médico debió cambiar hacia dentro de si mismo, y no pensar en que la solución a su crisis era atribuible a factores económicos, sociales, culturales o políticos exclusivamente.

Por otra parte, la salud también ha sido preocupación de la legislación, considerándose ya como parte de los Derechos Humanos, de los derechos sociales de segunda generación, esto ha promovido la discusión sobre la participación del Estado en la prestación de esta prerrogativa. Sin duda, la salud es referencia obligada para contrastar los efectos de la política económica imperante, consistente desde 1982 en basar el desenvolvimiento de las fuerzas productivas en el libre mercado, como promotor del

cambio estructural, retirándose el Estado de las diversas áreas de desarrollo económico, para centrar su acción en la promoción.

El surgimiento del modelo neoliberal desde 1982, es consecuencia de la crisis del Estado de bienestar que no pudo a lo largo de casi 3 décadas de desarrollo sostenido lograr plena independencia económica, y extensión de los beneficios del desarrollo, estando a merced de variables macroeconómicas como la cotización de los precios de hidrocarburos o las tasas de interés de la deuda externa.

La adopción de medidas de corte neoliberal sólo mejoró algunos aspectos de la economía (control inflacionario, diversificación del mercado exportador, liberalización del mercado interno), sin embargo, no ha desarrollado los beneficios del desarrollo a todos los niveles de la sociedad, a lo largo de 14 años de neoliberalismo en México son pocos los grupos sociales beneficiados con el.

El impacto neoliberal en las políticas de salud no se hizo esperar, a pesar de la reforma sanitaria de los años 1983 - 1984, el Estado no estaba dispuesto a mantener niveles adecuados de inversión ni de gasto corriente en el sector salud, se comenzó así un juego en el que los discursos y las leyes en la materia, no correspondían a los hechos concretos, la descapitalización del sector salud es evidente desde cualquier análisis a partir de los años 80, las

medidas adoptadas en el sector (descentralización administrativa, y creación de un Sistema Nacional de Salud, en el periodo 1982-1988 e implementación del PRONASOL en 1988 -1994), han trazado un escenario en donde millones de personas no acceden a servicios de salud permanentes y adecuados, y los trabajadores asegurados cuentan con instituciones saturadas e ineficientes, sin duda el objetivo implícito del neoliberalismo en el campo sanitario es la privatización de los servicios, esto dentro de la lógica de las leyes del mercado, de ver la eficiencia como virtud exclusiva de la iniciativa privada, naturalmente es difícil pensar que un proceso que toque algo tan delicado como son las instituciones de salud de nuestro país (identificadas aun como baluartes de la Revolución Mexicana), se de rápidamente, lo cierto es que el proceso de privatización comienza con dos aspectos; primero el fomento de seguros privados de salud; especialmente para las clases medias urbanas y los grupos más favorecidos en el proceso de conversión y el otorgamiento al capital financiero del manejo de los seguros de retiro y pensiones.

En este esquema, el Estado sólo sería responsable por la población más pobre del país, olvidando el sentido social de la ley en la materia de garantizar la accesibilidad de servicios de salud a todos los mexicanos.

A pesar de esto, la alternativa viable fue propuesta por la propia OMS en 1978, y se denomina Atención Primaria a la Salud, de ella se desprende una estrategia que es la Participación social, la cual

pone énfasis primordial en organizar a la sociedad, con el propósito de alcanzar objetivos comunes en el campo sanitario. La prioridad de colocar antes que cualquier otra cosa al hombre, implica un cambio en la prestación anterior de servicios, reconocer la primacía del ser humano en las guías y programas de acción para el desarrollo de políticas de salud constituye un giro al revés de los enfoques convencionales que centran solamente en la tecnología, o en los recursos financieros y tratan el tema del hombre como algo periférico o accidental. Poner primero al ser humano es la esencia del cambio en salud propuesto por la participación social.

El fin de la participación social es la distribución del poder (entendido esto como la posibilidad que tienen las organizaciones, actores e instituciones de la misma sociedad en formar parte de un proceso autónomo, activo, propio que abarque todos los ámbitos de decisión política que puedan contribuir a mejorar su nivel de vida, incluyendo naturalmente lo concerniente a su salud). La distribución del poder es factible en un Estado democrático en lo político y participativo en lo social. Para que nuestro país acceda realmente a estos niveles son necesarios el cumplimiento de dos condiciones:

- ◊ El Estado como institución social debe garantizar los derechos de los ciudadanos administrando los recursos de la sociedad misma en beneficio colectivo, para cumplir esta función debe encontrar en la democracia representativa (partidos políticos) el punto en donde

se discutan y deliberen los intereses diversos y concreten acuerdos que beneficien a la mayor parte de la población, por lo tanto es imprescindible contar con partidos representativos, con un soporte social de ciudadanos conscientes y organizados, es obvio deducir que un esquema como el que ha predominado en nuestro país de partido - Estado inhibe la posibilidad de construir un Estado democrático que garantice a todas las fuerzas sociales un espacio en la toma de decisiones que trasciendan las actuales formas autoritarias y verticales.

- o Una parte de la sociedad a pesar de no contar con un clima favorable para el desarrollo de formas de participación autónomas al Estado o su partido (PRI) ha venido desarrollando esfuerzos organizativos, muchos de los cuales han fructificado en contribuir al proceso de construcción de la ciudadanía, (concebir al ser humano como sujeto de derecho), sin embargo hace falta la consolidación de una sociedad reflexiva que sea la que le de legitimidad a los partidos políticos y al Estado, es aquí donde pueden contribuir de manera favorable la gran diversidad de organizaciones sociales (entre las que se encuentran los Organismos No Gubernamentales ONG) con influencia en la conciencia social. Esto puede resumirse así: No hay democracia sin partidos políticos representativos, ni partidos políticos representativos sin el soporte social de ciudadanos conscientes y organizados. El avance de los ONG, renuevan el sentido primario

de la participación social, de hacer de la atención médica una práctica esencialmente humana.

Es importante decir que en México se han realizado cambios importantes (como las reformas sanitarias de 1983) mas no fundamentales, en lo que a política sanitaria se refiere, donde las propuestas de *Salud para todos en el año 2000* y los programas inspirados en la Declaración de Alma Ata, ha servido básicamente a los intereses del Estado (como el PRONASOL) y lo que es más importante, carecen de una base social que los promueva y que ejerza un control real sobre la planeación y ejecución de los mismos.

Sin embargo, existen algunas experiencias, por ejemplo en grupos de trabajadores organizados, (documentados por los investigadores en medicina social) o de organismos no gubernamentales, entre otros, que ante la agudeza de las condiciones de existencia y los conflictos sociales han encontrado en el trabajo cotidiano, un campo de expresión y confrontación, en la lucha por el tan inalienable derecho a la salud.

El siguiente aspecto no asumido con profundidad por las autoridades sanitarias es la evaluación a las acciones relacionadas con la participación social en salud. Evaluar el esfuerzo en lograr niveles dignos de salud es importante para plantear estrategias que impacten positivamente en las condiciones concretas de vida y desarrollo de la sociedad en general.

Para lograr un diagnóstico más acertado del impacto social de las políticas de salud es necesario que parta de tres dimensiones, la evaluación médica, social y política.

La médica tendría como objeto analizar todo lo relacionado con las acciones de prevención y control de enfermedades, así como lo relacionado con la cobertura, la infraestructura y la eficacia de los programas, buscando las autoridades sanitarias comprender los alcances y limitaciones de sus políticas y vinculándose más con la sociedad objeto de su atención.

La evaluación social debe ser externa y autónoma a la del Estado implicando la posibilidad de que actores sociales puedan opinar e incidir en el desarrollo de los programas de salud, construyendo puentes entre el pueblo y el Estado para la solución de problemas específicos según las circunstancias concretas de cada sector de la sociedad.

Por último la evaluación política la hacen en conjunto el Estado y la sociedad, esta última a través de dos interlocutores, los partidos políticos y las organizaciones sociales que pueden unir esfuerzos para valorar las acciones concretas de gobierno, por ejemplo el impacto del proceso de descentralización, la atención a grupos específicos de la población o el control de determinada enfermedad.

Con ello se logrará construir indicadores de participación social en base a la interacción del Estado con actores de la misma sociedad lo que permitirá fijar propósitos, objetivos, acciones y metas de las cuales se desprendan las condicionantes que propician o limitan el logro de metas trazadas en común acuerdo Estado - Sociedad.

Otro de las líneas de acción de la APS es la relacionada con el papel del Estado, consistente en impulsar un proceso de descentralización en el campo oficial y de planeación democrática en el político, la propuesta de la OMS fue retomada por nuestro país, en el marco de las reformas de 1983, pero chocó con una tradición de centralismo político y administrativo, y nula participación de la sociedad en las decisiones fundamentales de política.

La APS no se puede considerar un fracaso en su paso por nuestro país, sencillamente no han existido las condiciones sociales necesarias para su correcta aplicación.

Un elemento más a considerar en el desarrollo de la participación social es el gran impulso y constante crecimiento que han tenido en nuestro país las Organizaciones no gubernamentales, las cuales muestran un trabajo esencialmente en comunidad, con gran imaginación para desarrollar proyectos y una especial capacidad de amoldarse a cualquier circunstancia adversa, las ONG son fruto de la

acción de individuos conscientes de las limitaciones de su entorno y han contribuido de manera importante en demostrar la factibilidad de una labor social en salud.

Para constatar el estado actual de las ONG en el ámbito sanitario, se llevó a cabo una encuesta con preguntas relacionadas a las actividades dispuestas por la estrategia de la APS, los resultados demostraron que las ONG, no sólo han crecido en número, sino se han diversificado en su tipo, ya podemos considerar como superada la época en que solamente predominaban las organizaciones caritativas, gran parte de las ONG son producto del último decenio, teniendo solamente un 15% enfoques exclusivamente médicos. El resto si lleva a cabo acciones de formación y capacitación a distintos grupos de la población, asimismo manifiestan mayoritariamente el papel de la ONG en el impulso de la organización social, y la sensibilización ante los problemas de salud. A pesar de la existencia de nexos con organismos gubernamentales, no se ha manifestado un sostén constante por parte del Estado al desenvolvimiento de las ONG, siendo un problema la ausencia de una política acorde a lo propuesto en la APS, careciéndose de continuidad en los programas ONG - Estado, un marco legal adecuado al desenvolvimiento de las organizaciones sociales y compromisos de cofinanciamiento y establecimiento de protocolos de investigación y elaboración conjunta de planes y programas del área médica.

Para contribuir a la consecución plena de los objetivos de la APS y la participación social, he propuesto retomar y reformar una institución establecida en el marco de las reformas de 1983, y que es el Comité Local de Salud, el cual visto en un enfoque más integral puede contribuir a lograr en zonas geográficas muy específicas actividades a favor de la gestión colectiva de la salud y del rescate del saber de la comunidades en materia de sanitaria. Especialización en la atención a grupos específicos de la población, y conformación de programas acordes a las necesidades especiales de la comunidad. Formación de promotores sanitarios y participación activa de los profesionales tanto del área médica, como cualquier otra disciplina social. Priorización de la prevención de enfermedades, y atención médica a cualquier sector de la sociedad. Asesoría y defensa en materia de derechos humanos. Investigación interdisciplinaria de las principales enfermedades de la zona. Seguimiento y vigilancia del cumplimiento de las obligaciones de las instituciones de salud. Fiscalización del gasto público.

Para lograr ello, se requiere principalmente de una democratización de la sociedad mexicana, despojarse de los últimos rasgos del corporativismo posrevolucionario, y pensar en la capacidad social y de los partidos en construir una sociedad más justa en lo social y democrática en lo político.

PROPUESTAS PARA EL CAMBIO.

Ante los problemas que enfrenta el modelo médico en nuestro país, y después de haber manifestado algunas propuestas de cambio, concentro en este apartado las alternativas viables y las posibles líneas de acción que pueden ser abordadas por futuras investigaciones de la materia.

En el plano médico considero como indispensable la adopción de una amplia política de Atención Primaria a la Salud, (APS) considerando que las acciones hasta hoy llevadas a cabo por parte del Estado sólo se han centrado en actividades coyunturales y de corto alcance, la APS debe fundamentar la acción del Sistema Nacional de Salud, teniendo como base un apoyo a las actividades de prevención y control de riesgos a la salud de la población, la APS debe descansar en una amplia red de clínicas de primer nivel, las cuales deben estar en constante contacto con la población usuaria y deberá trazar sus estrategias en concordancia con las necesidades sentidas de la población y los problemas médicos y sociales específicos, ello demanda un cambio en los criterios con los que se ha desenvuelto la política social hasta hoy día.

En el plano político debe continuar un proceso de descentralización que contribuya a fortalecer el poder local tanto en la capacidad de decisión como en la posibilidad de destinar el gasto

a los fines que mejor convengan a la comunidad, este proceso de descentralización debe estar basado en el Comité Local de Salud, que desde la base política de nuestro federalismo, el municipio puede organizar los servicios médicos y sociales en función de cada necesidad. Para ello se requiere una revisión a la participación estatal en la prestación de servicios sociales, que bajo el enfoque neoliberal ha buscado que las fuerzas del mercado regulen y eficienten la prestación de todos los servicios, incluyendo los sociales, para el caso de la salud esto sólo incrementaría la inequidad existente, (los costos de cualquier tratamiento médico escapan de las posibilidades reales de la mayoría de la población) por lo que es necesaria la participación del Estado redistribuyendo la riqueza generada por la sociedad en beneficio de la misma.

En el plano social se debe pugnar por un Estado que vigile el cumplimiento de los derechos fundamentales representados principalmente por las libertades civiles: libertad personal, política, económica las que deben complementarse con la observancia de los derechos sociales que representan garantías de participar por parte de la sociedad civil tanto en el poder político como en la distribución de la riqueza social producida. Es por eso que debe garantizarse el papel social en la toma de decisiones, ya sea a través de los partidos políticos o las organizaciones sociales, de estas últimas se desprenden las no gubernamentales, que por su importancia deben de tener una legislación que garantice su participación y desarrollo, además de contribuir en el seno de los Comités

Locales de Salud en la planeación de las políticas de salud. Para llevar a cabo esto es necesaria una tradición democrática que elimine las prácticas del modelo corporativista y del partido - estado que durante décadas ha inhibido la capacidad creadora de la sociedad.

Por último, queda como propuesta de investigación el impacto que puede tener la medicina social en el desarrollo de los sistemas de salud, la medicina social es desde mi punto de vista el nuevo fundamento por el que debe transitar la práctica médica, contribuyendo a la formación de profesionales de salud comprometidos con su entorno, construyendo puentes entre los avances científicos y la población, disminuyendo las muertes evitables que hoy en día cuestionan el sentido de incentivar las fuerzas del mercado, sin tomar en cuenta el objeto fundamental de todo proyecto de desarrollo económico, el ser humano.

BIBLIOGRAFIA.**LIBROS Y FOLLETOS.**

ALMADA BAY, Ignacio.
(Coordinador).

Salud y crisis en México. Textos para un debate. México, Editorial Siglo Veintiuno, 1990. 393 p.

ANGUIANO, Arturo.
(Coordinador).

Salud y crisis en México. Más textos para el debate. México, U.N.A.M., 1991. 385 p.

BLANCO GIL, José. Et al.

La modernización de México. México, U.A.M.-Xochimilco, 1990. 453 p.

Política sanitaria mexicana en los ochenta. México, Editorial Fin de Siglo, 1990. 93 p.

BREILH, Jaime.

"La carga global de morbilidad" en Laurell, Asa Cristina.(Coordinadora) **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.** México, Fundación Friedrich Ebert, 1995. pp. 111-128.

"La medicina comunitaria. ¿Una nueva policía medica?" en Gomezjara, Francisco. Et al. **Salud comunitaria. Teoría y técnicas.** México, Editorial Nueva Sociología, 1982. pp.

122-140.

Epidemiología, economía, medicina y política. 3era. Edición. México, Ediciones Fontamara, 1986. 242 p.

CARDACÍ, Dora.

"Pensando como mujeres...propuestas educativas en salud de los 'colectivos' y 'redes' de mujeres" en González Montes, Soledad.(Compilador) **Las mujeres y la salud.** México, El Colegio de México, 1995. pp. 129-165.

Centro Mexicano para la filantropía.

Directorio de Instituciones Filantrópicas. 2ª. Edición, México, CEMEFI, 1995. 339 p.

CERNEA, Michael.

Organizaciones no - gubernamentales y desarrollo local. Washington, D.C., E.U.A.. Banco Mundial, 1989. 40 p.

Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Seminario Salud y Derechos Humanos. México; C.N.D.H., 1991, 100 p.

Diez problemas de salud en México y los Derechos Humanos. México, C.N.D.H., 1992, 129 p.

Derechos Humanos y seguridad social en América. México, coedición. C.N.D.H.-

I.M.S.S., 1992, 317 pp.

Coordinación General del Plan **Necesidades esenciales en México. Situación Actual y perspectivas al año 2000.** 2ª. edición. México, Editorial Siglo Veintiuno, 1983. 451 p.

DE LA GARZA TOLEDO, Enrique. "Neoliberalismo y Estado" en Laurell, Asa Cristina. (Coordinadora). **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo.** México., Fundación Friedrich Ebert, 1994 230 p.

EIBENSCHUTZ, Catalina.

"La política sanitaria del Estado Mexicano en los ochenta". en Blanco Gil, José. Et al. **Política sanitaria mexicana en los ochenta.** México, Editorial Fin de Siglo, 1990 pp. 9-34.

"Estado y política sanitaria. Aproximación teórico - metodológica" en Fleury Teixeira, Sonia. (Organizadora). **Estado y políticas sociales en América Latina.** México, U.A.M.-Xochimilco. 1992. pp. 51-75.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo y **Atención primaria de la salud y seguridad social.** Serie Estudios No. 7. México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1994. 231 p.

FLEURY TEIXEIRA, Sonia.
(Coordinadora).

Estado y políticas sociales en América

- FOXLEY, Alejandro.*
- Latina.** México, U.A.M.-Xochimilco, 1992. 375 p.
- Experimentos neoliberales en América Latina.** México, Editorial del Fondo de Cultura Económica, 1988. 201 p.
- FORO DE APOYO MUTUO.**
- Organismos No gubernamentales. Definición, presencia y perspectivas.** México, Foro de Apoyo Mutuo, 1995. 84 pp.
- FRENK MORA, Julio.*
- Desigualdad, pobreza y salud en México.** México, coedición PRONASOL - El Nacional, 1993. 325 p.
-
- Hacia la reforma del sistema de salud. Una propuesta estratégica.** Documentos para el análisis y la convergencia No. 12, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994. 95 p.
- GILLY, Adolfo.*
- Prólogo al texto de Valenzuela Feijóo, José. **El capitalismo mexicano en los ochenta.** México, Ediciones Era, 1988. pp. 11-21.
- GOMEZJARA, Francisco. Et al.*
- Salud comunitaria. Teoría y técnicas.** México, Editorial Nueva Sociología, 1982. 869 p.

- GONZÁLEZ MONTES, Soledad.** *Las mujeres y la salud.* México, El Colegio de México, 1995. 258 p.
(Compilador)
- GREEN, Rosario.** *La deuda externa de México 1973-1987. De la abundancia a la escasez de créditos.* México, (s.i.) (s.f.).
- GUTIÉRREZ GARZA, Esthela.** *Testimonios de la crisis. La crisis del Estado de Bienestar.* Vol. 2. México, coedición. Editorial Siglo Veintiuno-U.N.A.M., 1988. 222 p.
(Coordinador)
-
- Testimonios de la crisis. Los saldo del sexenio 1982-1988.** Vol. 4. México, Editorial Siglo Veintiuno, 1990. 276 p.
- HOLGUÍN FERNANDO.** **QUIÑONES,** *Estadística descriptiva aplicada a las ciencias sociales.* México, U.N.A.M., 1984, 452 p.
- HUSSON, Michel.** "Los parámetros de la economía mexicana" en Anguiano, Arturo (Coordinador). *La modernización de México.* México, U.A.M.-Xochimilco, 1990, pp. 83 - 101.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática** **Estadísticas históricas de México.** Tomo III. México, D.F., INEGI, (s.p.i.)-

Estados Unidos Mexicanos. Resumen General. XI Censo de población y vivienda. México, D.F., INEGI, 1990, 770 p.

*Instituto Nacional de la Nutrición
Salvador Zubirán.*

Participación social y educación para la salud. Memorias del Primer Taller subregional latinoamericano. México, D.F., I.N.N.S.Z., 1993. 349 pp.

KEIJZER, Benno dc.

"Participación popular en salud: Logros, retos y perspectivas" en Menéndez, Eduardo L. Et al. (Compiladores). **Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México.** Guadalajara, México, coedición Universidad de Guadalajara-CIESAS. 1992. pp. 231-253.

KROEGER, Axel y LUNA, Rolando.
(Compiladores)

Atención primaria de la salud. Principios y métodos. México, Organización Panamericana de la Salud, 1987. 642 p.

KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús.
y *SOBERÓN ACEVEDO,*
Guillermo.

Salud para todos. ¿Utopía o realidad?. México, El Colegio Nacional, 1989. 224 p.

LAURELL, Asa Cristina.

Prólogo al texto de Jaime Breihl.
Epidemiología, economía, medicina y

política. 3era. Edición. México, Ediciones Fontamara, 1986. pp. 17-23.

"La salud en el proyecto modernizador gubernamental" en Anguiano, Arturo. (Coordinador) **La modernización de México.** México, El Colegio de México, 1990. pp. 286-302.

LAURELL, Asa Cristina.
ORTEGA, María Elena.

y **El impacto del Tratado de Libre Comercio en el Sector Salud.** Documento de trabajo No. 35, México Fundación Friedrich Ebert, 1992. 47 p.

LAURELL, Asa Cristina.
(Coordinadora).

Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México, Fundación Friedrich Ebert, 1994. 230 p.

Nuevas tendencias y alternativas en el Sector Salud. México, Fundación Friedrich Ebert, 1995. 128 p.

LÓPEZ ACUÑA, Daniel.

La salud desigual en México. 6a. Edición. México, Editorial Siglo Veintiuno, 1986. 242 p.

LÓPEZ ARELLANO, Oliva.

"La política de salud en México: ¿Un ejemplo del liberalismo social?" en Laurell, Asa Cristina. (Coordinadora). **Estado y políticas**

sociales en el neoliberalismo. México, Fundación Friedrich Ebert, 1994. pp. 165-183.

"La selectividad en la política de salud" en Laurell, Asa Cristina (Coordinadora). **Nuevas tendencias y alternativas en el Sector Salud.** México, Fundación Friedrich Ebert, 1995. pp.61-78.

MADRID HURTADO, Miguel de la. Et al.

La descentralización de los servicios de salud: El caso de México. México, Miguel A. Porrúa Editor, 1986. 275 pp.

MARTÍNEZ
Víctor.

BULLÉ-GOYRI,

Salud. Pensamiento político (1982-1987). México, Miguel A. Porrúa Editor, 1988. 242 pp.
"El derecho a la salud como un derecho humano" en Comisión Nacional de Derechos Humanos. **Seminario Salud y Derechos Humanos.** México, C.N.D.H., 1991. pp. 45-48.

MEDICUS MUNDI.

Dialogo Norte - Sur y salud. 25 años sobre el terreno. Serie Cooperación y Desarrollo No. 2, Madrid España, Editorial Iepala, 1986. 76 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo L.

El modelo médico hegemónico.

de la salud en el tercer mundo. 2ª Edición, 1981. 41 p.

MENÉNDEZ, Eduardo I.
GARCÍA, Javier E.

de la salud en el tercer mundo. 2ª Edición, 1981. 41 p.

de la salud en el tercer mundo. 2ª Edición, 1981. 41 p.

MENÉNDEZ, Eduardo I. y **GARCÍA, Javier E.**

ORTIZ QUEZADA, Federico.

Transacciones y alternativas. México, (s.e.), 1981. 41 p.

Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en Salud. Cuadernos de la Casa Chata No. 36, México, coedición CIESA- S.E.P., 1983. 107 p.

"Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora" en Almada Bay, Ignacio (Coordinador). **Salud y crisis en México. Textos para un debate.** México, Editorial Siglo Veintiuno, 1990. p. 225-241.

"Medicina 'tradicional' y atención primaria. Un intento de aclaración" en Almada Bay, Ignacio. **Salud y crisis en México. Más textos para el debate.** México, U.N.A.M., 1991. pp. 369-380.

Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportaciones sobre antropología social. Guadalajara, México, coedición. Universidad de Guadalajara - CIESA, 1992. 326 pp.

Salud en la pobreza. El proceso salud - enfermedad en el tercer mundo. 2ª Edición,

México, coedición, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo - Editorial Nueva Imagen, 1984. 96 p.

PEÑA SAINT MARTIN, Florencia y **GARDUÑO ANDRADE, María de los A.** "Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo" en Laurell, Asa Cristina (Coordinadora). **Nuevas tendencias y alternativas en el Sector Salud.** México, Fundación Friedrich Ebert, 1995. pp.61-87.

PONCE DE LEÓN, Luis. "El derecho a la protección a la salud" en C.N.D.H. **Seminario Salud y Derechos Humanos.** México, C.N.D.H., 1991. pp.49 - 55.

~~~~~  
"Las prestaciones sociales y los Derechos Humanos" en C.N.D.H. **Derechos Humanos y seguridad social en América.** México, coedición, C.N.D.H.-I.M.S.S., 1992. pp. 267-274.

**RAJCHENBERG, Enrique.** "La sociedad civil frente a la gestión de la salud" en Almada Bay, Ignacio. **Salud y crisis en México. Más textos para el debate.** México, U.N.A.M., 1991. pp. 347-368.

**RAMÍREZ H., Gloria** y **MORALES ACHE, Pedro I.** "Las organizaciones no gubernamentales frente al derecho a la protección a la salud". Material del Seminario en Derechos Humanos, F.C.P. y S.U.N.A.M., 1995, 9 p.

**REIMANN, Elisabeth y RIVAS SÁNCHEZ, Fermadó.** **Derechos humanos: Ficción y realidad.** Madrid, España, Akal Editor, 1980. 351 pp.

**RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, Jesús (Compilador).** **Instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos. O.N.U. - O.E.A.** México, C.N.D.H., 1994. 2 tomos.

**SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo.** **Derecho constitucional a la protección de la Salud.** México, Miguel A. Porrúa Editor, 1983. 176 pp.

---

"La descentralización de los servicios de salud" en Madrid Hurtado, Miguel de la. Et al. **La descentralización de los servicios de salud: El caso de México.** México, Miguel A. Porrúa Editor, 1986. pp 43- 60.

**SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo; KUMATE RODRÍGUEZ, Jesús y LAGUNA, José.** **La salud en México: Testimonios 1988.** México, Editorial del Fondo de Cultura Económica, 1988. Tomo I y III, Vol. 2.

**SORIA, Víctor y FARFAN, Guillermo.** "El deterioro del bienestar social y de la salud en México" en Gutiérrez Garza, Esthela **Testimonios de la crisis. La crisis del Estado de Bienestar.** Vol. 2. México, coedición Editorial Siglo Veintiuno - U.N.A.M., 1988. pp. 139-177.

- 
- TETELBOIN H., Carolina.** "Chile: Políticas neoliberales y salud" en Laurell, Asa Cristina. (Coordinadora). **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo.** México, Fundación Friedrich Ebert, 1994. pp. 147-164..
- TERRIS, Milton.** **La revolución epidemiológica y la medicina social.** 3era. Edición. México, Editorial Siglo Veintiuno, 1987. 255 pp.
- TIMIO, Mario.** **Clases sociales y enfermedad.** México, Editorial Nueva Imagen, 1979.144 pp.
- VALDÉS OLMEDO, Cuahtémoc.** **México: Perfiles de la salud hacia el año 2010. Una visión particular.** México, coedición. Fundación Mexicana para la Salud, Fundación Javier Barros Sierra y Carnegie Corporation of New York, 1988. 165 pp.
- VALENZUELA FEIJÓ, José.** **El capitalismo mexicano en los ochenta.** México, Ediciones Era, 1988. 187 pp.

**Crítica del modelo neoliberal. El F.M.I. y el cambio estructural.** México, U.N.A.M., 1991.160 pp.

"El estilo neoliberal y el caso mexicano" en Laurell, Asa Cristina (Coordinadora) **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo.** México, Fundación Friedrich Ebert, 1994.pp. 9-42.

**VEGA-FRANCO, Leopoldo** y **GARCÍA-MANZANEDO, Héctor.** **Bases esenciales de la salud pública.** 3era. Edición. México, La Prensa Médica Mexicana, 1980. 72 pp.

**VILLARREAL, René.** **La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo.** México, Editorial del Fondo de Cultura Económica, 1986. 545 pp.

#### ARTICULOS.

**ALMADA BAY, Ignacio.** Opinión en el Coloquio Salud para todos en el año 2000, en **Estudios Sociológicos del Colegio de México** II, 5-6 (mayo - diciembre, 1984) pp.455-457.

**BRACHET DE** "Salud para todos en el año 2000" en

- MARQUEZ, Viviane.** **Estudios Sociológicos del Colegio de México** II, 5-6 (mayo - diciembre, 1984) pp.417-462.
- CORDOVA, A. Et al.** "La salud en crisis. Un balance sexenal" en **Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades.** IX, 18 (julio - diciembre, 1989) pp. 115-129.
- EIBENSCHUTZ, Catalina.** "Hegemonía y salud" en **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales.** XXVII, 106 (octubre - diciembre, 1981) pp. 39-75.
- EIBENSCHUTZ, Catalina; LOPEZ ARELLANO, Oliva y CORDOBA, Gerardo.** "Las políticas de salud del salinismo" en **Revista Salud y Cambio.** II, 2 (otoño - invierno, 1990) pp. 11-17.
- EIBENSCHUTZ, Catalina; LOPEZ ARELLANO, Oliva y BENIGNO, Arturo.** "La política de salud en México. La década pérdida de los ochenta" en **Argumentos. Estudios críticos de la sociedad.** 10-11 (diciembre, 1990) pp. 19-29.
- EIBENSCHUTZ, Catalina y RAPHAEL, Thelma.** "Historia de la política sanitaria en México" en **Estudios Políticos.** Tercer Época. 10 (abril - junio, 1994).pp. 135-166.
- EIBENSCHUTZ, Catalina; TAMEZ, Silvia y BODEK, Claudia.** "Salud, neoliberalismo y privatización en el México de hoy" en **Estudios Políticos.** Cuarta Época 2.(enero - marzo, 1994) pp. 47-65.

- EIBENSCHUTZ,** Catalina y "Políticas de Salud. Balance del Sexenio  
**BRAVO, A.** 1976-1982". Ponencia presentada en el Seminario Balance de un sexenio. Acapulco, México. 1983. 26 p.
- EIBENSCHUTZ,** Catalina y "Estrategia de salud para todos en el año  
**TAMEZ, Silvia** 2000 y políticas alternativas". Ponencia presentada en el V Congreso Mundial de Medicina Social. (s.l.) 1987. 26 p.
- EIBENSCHUTZ,** Catalina y "La política sanitaria en el marco de la  
**LOPEZ ARELLANO, Oliva** transformación del Estado Mexicano". Ponencia presentada en el VI Congreso Mundial de Medicina Social. Tenerife, Islas Canarias, España, 1989. 12 p.
- EIBENSCHUTZ,** Catalina; **Health care policy and organization in**  
**BODEK,** Claudia y **MOLINA,** México. México, U.A.M.- Xochimilco, 1994. 40  
Nancy. p.
- GARCÍA ROMERO,** Horacio. "Derechos Humanos y protección de la salud"  
en JAP. III, 10 (marzo - abril, 1995) pp. 28-30.
- GONZÁLEZ BLOCK,** Miguel A. "Génesis y articulación de los principios  
rectores de la Salud Pública de México". en Salud Pública de México. XXXII, 3 (mayo - junio, 1990) pp. 337-351.

**JABLONSKA, Alejandra.**

"La política de salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo" en **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**. XXXVIII, 153 (julio - septiembre, 1993) pp. 91-107.

**LAURELL, Asa Cristina.**

"Proceso de trabajo y salud" en **Cuadernos Políticos**. 17 (julio - septiembre, 1978) pp. 59-79.

---

"La política de salud en los ochenta" en **Cuadernos Políticos**. 23 (enero - marzo, 1980) pp. 89-97.

---

"Una opción popular de Salud" en **Cuadernos Políticos**, 57 (mayo, 1989) pp. 5-16.

---

"La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades socio-políticas" en **Cuadernos Médico Sociales**. 60 (junio, 1992) pp 3-17.

**LOMBERA PALLARES, Enrique.**

"La salud en el nuevo orden económico internacional" en **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, XXVII, 106 (octubre - diciembre; 1981) pp. 67-75.

**MENÉNDEZ, Eduardo L..**

"La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud" en **Cuadernos Médicos Sociales**. 21(s.f.) pp. 25-41.

"Centralización o autonomía. La 'Nueva' política del sector salud en México" en **Boletín de Antropología Americana**. 10 (diciembre, 1984) pp. 85-95.

"Derechos Humanos a la salud. Comentarios introductorios al problema" en Segundo Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos. México. Academia Mexicana de Derechos Humanos - Coordinación de Humanidades. U.N.A.M. 1986, 9 p.

"La salud como Derecho Humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada" México. Academia Mexicana de Derechos Humanos, 1986, 20 p.

Opinión en el Coloquio "Salud para todos en el año 2000", en **Estudios Sociológicos del Colegio de México**. II, 5-6 (mayo - diciembre, 1984) pp.457-459.

"La salud y la economía (1982-1992)" en **Economía Informa**. 234 (diciembre, 1994 a enero, 1995) pp. 18-25.

"Hacia un balance sexenal 1988-1994" en **Gestión y Estrategia**. 6 (julio - diciembre, 1994) pp. 17-24.

**MERCER, Hugo.**

**MIRANDA-OCAMPO, Raúl.**

**ORTIZ WADGYMAR, Arturo.**

- 
- "La devaluación de 1994, respuesta natural ante la política económica neoliberal" en **Momento Económico**. 78 (marzo - abril, 1995) pp.20-22.
- PALENCIA, Mantha y MOLINA, Raúl.** "La crisis económica y su repercusión en el sector salud". en **Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**. IX, 18 (julio - diciembre, 1989) pp. 131-139.
- PRODUSSEP (Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular).** "El derecho a la salud en México. Una mirada desde la sociedad civil" en **Justicia y Paz. Revista de Derechos Humanos**. V, 18 (abril - junio, 1990).pp. 13-20.
- PUCHEU, Carlo.** Opinión en el Coloquio "Salud para todos en el año 2000", en **Estudios Sociológicos del Colegio de México**. II, 5-6 (mayo - diciembre, 1984) pp.442-445.
- RAMÍREZ, Carlos.** "Indicador Político" en **El Financiero**, (México, D.F.:14 de mayo de 1996) p. 41.
- RUIZ MASSIEU, José F.** "La descentralización de los servicios de salud" en **Salud Pública de México**. XXVI, 1 (enero - febrero, 1984) pp. 7-15.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo.** "El cambio estructural en la salud" en **Salud Pública de México**. XXIX, 2 (marzo - abril, 1987) pp. 127-177.

- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo;** "La salud y la seguridad social en el desarrollo de México" en **Seguridad Social**. 187 (marzo - abril, 1994) pp. 67-77.
- RUELA, Enrique y MARTÍNEZ, Gregorio**
- TAMEZ GONZÁLEZ, Silvia.** "Modernidad productiva de los trabajadores en México" en **Estudios Políticos**. 10 (abril - junio, 1994) pp. 117-133.
- VALDÉS OLMEDO, Cuauhtémoc.** "Sistema Nacional de Salud. Avances y perspectivas" en **Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia**. 7 (junio, 1984) pp. 21-47.
- VALENZUELA FEIJOÓ, José.** "El modelo neoliberal, contenido y alternativas" en **Investigación Económica**. LV, 211 (enero - marzo, 1995) pp 7-15.
- ZEPEDA MARTÍNEZ, Mario.** "Modernismo neoliberal mexicano: Lento e inequitativo (balance de un sexenio)" en **Momento Económico**. 76 (noviembre - diciembre, 1994) pp. 6-11.

#### TESIS.

- HERNÁNDEZ OLIVA, María** "La Filosofía educativa del Artículo 3º". Tesis de licenciatura en Filosofía; México, D.F.: Facultad de Filosofía y Letras,. U.N.A.M., 1990. 211 p.
- Paloma.**

**LARA ARELLANO, Silvia S.**

"La política de salud en la modernización del Estado Mexicano: (1980-1990)". Tesina. de licenciatura en Ciencia Política y Administración Pública, México, D.F.: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.A.M., 1994. 61 p.

**LAURELI, Asa Cristina.**

**Proceso de producción y salud.** Disertación doctoral en Sociología: México, D.F.: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.A.M., 1987. 242 P.

**LÓPEZ ARELLANO, Oliva.**

**La política de salud en México.** Disertación doctoral en Medicina Social: México, D.F.: División de Ciencias Básicas y la Salud, U.A.M.- Xochimilco, 1990. 121 pp.

**VELÁSQUEZ SOSA, Raúl.**

"Políticas de salud y asistencia social en México 1982-1988". Tesis. licenciatura en Administración Pública, México, D.F.: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.A.M., 1989. 207 p.

#### **DOCUMENTOS.**

México, Leyes, estatutos, etc. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** México, D.F.: Instituto Federal Electoral, 1987.

México, Leyes, estatutos, etc. **Ley General de Salud** Diario Oficial, 7 de febrero de 1984.

México, Leyes, estatutos, etc. **Ley del ISSSTE** Diario Oficial, 27 de diciembre de 1983.

México, Leyes, estatutos, etc. **Ley del Seguro Social** Diario Oficial, 12 de marzo de 1973.

México, Leyes, estatutos, etc. **Ley de Fomento a las Actividades de Bienestar y Desarrollo Social** (s.p.i.)

México, Leyes, estatutos, etc. **Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia** Diario Oficial, 30 de agosto de 1983.

*México. Banco de México.. Indicadores económicos.* México, D.F.: B: de M., 1994. 20 p.

*México. Presidencia de la República. El cambio asegura nuestra permanencia como nación.* Mensaje de toma de posesión, cuatro informes de gobierno. 1988-1992 del Lic. Carlos Salinas de Gortari. México, D.F.: Presidencia de la República, 1992. 240 p.

*México. Presidencia de la República Quinto Informe de Gobierno.* del Lic. Carlos Salinas de Gortari. México, D.F.: Presidencia de la República, 1993. 77 p.

*México. Presidencia de la República Sexto Informe de Gobierno.* del Lic. Carlos Salinas de Gortari. México, D.F.: Presidencia de la República, 1994. 65 p.

*México. Secretaría de Desarrollo Social La solidaridad en el desarrollo nacional. La nueva relación entre sociedad y gobierno.* México, D.F.; SEDESOL, 1993. 236 pp.

*México. Secretaría de Desarrollo Social Seis años de trabajo.* México, D.F.; SEDESOL, 1994. 278 p.

*México. Secretaría de Hacienda y Crédito Público Informes Hacendarios* México, D.F, S.H.C.P.,(s.f.) 51 p.

*México. Secretaría de Hacienda y Crédito Público Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1994.* México, D.F.; S.H.C.P. 1994. 300 p.

*México. Secretaría de Programación y Presupuesto Plan Nacional de Desarrollo. 1983-1988.* México, D.F.: S.P.P., 1984. 430 p.

*México. Secretaría de Programación y Presupuesto .Plan Nacional de Desarrollo. 1989-1994.* México, D.F.: S.P.P., 1989. 143 p.

*México. Secretaría de Salud. La salud pública en México.* Vol. 1. México, D.F.: S.S., 1988. 564 p.

*México. Secretaría de Salud. Primera Reunión Nacional de Salud. Políticas y prioridades.* Memoria. México, D.F.: S.S.,1989. 308 p.

*México. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 1990 -1994.*

México, D.F.: S.S.,1990.78 p.

*México. Secretaría de Salud. Informe de labores. 1989-1990.* México, D.F.: S.S.,1990,121 p.

*México. Secretaría de Salud Informe de labores. 1990-1991.* México, D.F, S.S.1991,132 p.

*México. Secretaría de Salud Informe de labores. 1991-1992.* México, D.F, S.S., 1992.133 p.

*México. Secretaría de Salud Informe de labores. 1992-1993.* México, D.F, S.S., 1993.103 p.

*México. Secretaría de Salud Informe de labores. 1993-1994.* México, D.F, S.S.,1994. 119 p.

*Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos.* Nueva York, E.U.A.,1994. 4p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. 35 a. Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Anexos.* Ginebra, Suiza, 1985. 72 p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos.* 40ava. Edición. Ginebra, Suiza, 1994.127 p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care. Health for all series.* Vol. 1,.., Ginebra, Suiza, 1978.50 p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. Formulating strategies for health for all by the year 2000. Health for all series.* Vol. 2. Ginebra, Suiza, 1979. 124 p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. Global strategy for health for all. Health for all series.* Vol. 3, Ginebra, Suiza, 1979.75 p.

*Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud. Strengthening ministries of Health for Primary Health Care.,* Ginebra, Suiza, 1984. 37 p.

*Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos.* Washington, D.C., E.U.A.1989. 131 p.

*Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social.* Washington, D.C., E.U.A. 1990. 37 p.

*Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud.* Washington, D.C., E.U.A.. 1993. 39 p.

#### **PERIODICOS.**

*El Financiero*, 1995-1996, México, D.F.

*EL Universal*, 1994-1996, México, D.F.

*La Jornada*, 1995-1996, México, D.F.

## ANEXO 1.

## CUESTIONARIO.

## DATOS GENERALES.

Nombre de la organización. \_\_\_\_\_  
 Dirección. \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Fax. \_\_\_\_\_  
 Año de inicio de actividades. \_\_\_\_\_  
 Número aproximado de miembros. \_\_\_\_\_  
 Número aproximado de personas beneficiarias con sus servicios. \_\_\_\_\_  
 Actividades preponderantes. \_\_\_\_\_

## I ACCIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

Realizan actividades de formación y capacitación a diferentes grupos de la población.

(Marque con una X).

NO

SI  A que tipo de grupo

|                                                           |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hombres.                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mujeres.                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niños                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ancianos.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mixtos.                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especiales (Mujeres violadas,<br>niños de la calle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Especifique. \_\_\_\_\_

Si la actividad de su organización esta vinculada específicamente con alguna enfermedad o problema de salud, sírvase anotar.

En sus actividades de capacitación incluyen acciones relacionadas con:

|                                                                           |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Formación de Promotores de Salud.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rescate del conocimiento sanitario de la comunidad.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acciones de prevención y sensibilización sobre determinadas enfermedades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                            |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asesoría en materia legal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Especifique: \_\_\_\_\_

Realiza estudios e investigaciones sobre su actividad de capacitación.

NO

SI

## II ACCIONES EN EL ÁMBITO ORGANIZATIVO.

Realiza actividades tendientes a organizar a la población vinculada con su actividad preponderante.

NO SI 

En caso de ser afirmativa su respuesta considera que:

La ONG debe impulsar la organización social. SI  NO 

La ONG debe ser interlocutora entre la sociedad y el Estado.

SI  NO 

La ONG debe colaborar con el Estado en la aplicación de políticas de salud.

SI  NO 

Ha realizado alguna actividad (plática, taller, seminario, reunión) que busque la organización, autoasistencia o autoayuda de determinado grupo interesado en sus actividades.

SI  NO 

Ha elaborado algún documento (folleto, volante, libro) que trate de influir en la organización de algún grupo social.

SI  NO 

Ha llevado a cabo algún seguimiento o vigilancia del cumplimiento de las obligaciones del Estado con respecto a alguna política de salud.

SI  NO 

## III RELACIÓN INSTITUCIONAL.

Mantiene su organización relación con otras ONG.

NO SI 

A través de

Redes.

Asociaciones.

Otras

Mantiene relación con sindicatos, partidos políticos u organismos de índole social.

NO SI 

Cuales: \_\_\_\_\_

Mantiene relación con alguna ONG de carácter internacional.

NO SI 

Cual: \_\_\_\_\_

Con carácter de

Socio.

Observador

## IV. RELACIÓN CON EL ESTADO.

Ha mantenido algún tipo de relación con el Estado, o alguna entidad pública, tanto de nivel Federal, Estatal o Local.

NO SI 

Cual: \_\_\_\_\_

Ha elaborado alguna propuesta desde 1988 hasta la fecha sobre la política de salud del

Estado.

NO SI 

Cual: \_\_\_\_\_

Dicha propuesta se ha llevado a cabo por alguna investigación o estudio elaborado por su organización.

NO   
SI

#### V PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Su organización presta servicios de salud a nivel primario.

NO   
SI

Con Atención médica.   
Hospitalización   
Atención psicológica.   
Otras.

#### VI FINANCIAMIENTO.

De las actividades que ha realizado su organización desde 1988 a la fecha, aproximadamente en que porcentaje han sido apoyadas económicamente y en especie por:

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| Organismos Públicos (Federal o Estatal)..... | _____ % |
| Recursos autogenerados.                      | _____ % |
| Aportaciones de personas físicas             | _____ % |
| Aportaciones de personas morales (empresas)  | _____ % |
| Recursos de otras ONG (Nacionales)           | _____ % |
| Apoyos de ONG (Internacionales)              | _____ % |
| Total                                        | 100%    |

Ha presentado alguna propuesta sobre financiamiento a alguna instancia gubernamental en los últimos 5 años.

NO   
SI

Cuál. \_\_\_\_\_

#### VII DIFUSIÓN.

Elabora publicaciones con periodicidad.

NO   
SI

Tiene algún Banco de datos.

NO   
SI

Es accesible al público. NO   
SI