

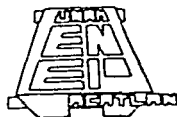
62
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ACATLAN

PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD:
UNA DEFINICIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA EN
EL MARCO DEL MODELO NEOLIBERAL DEL ESTADO MEXICANO

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS
Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BAJO LA OPCIÓN DE SEMINARIO DE TALLER EXTRACURRICULAR



P R E S E N T A :
ADRIANA TORRES MARTÍNEZ

ASESOR : LIC. JUAN MONTES DE OCA MALVAEZ

ACATLÁN, ESTADO DE MÉXICO.

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.

A mi familia

A mi padre ausente por sus enseñanzas, su impulso y fortaleza.

A mi madre, por sus desvelos, apoyo incondicional y por su gran amor.

A mi hermana , por su tiempo y comprensión

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán por la promoción de estos Seminarios de Titulación, así como a maestros, amigos, compañeros y a todos aquellos que me brindaron su ayuda para la realización de este trabajo.

CONTENIDO

Introducción	1
---------------------	----------

CAPITULO 1

1. ASPECTOS TEÓRICOS PARA EL ANALISIS DE POLÍTICA PÚBLICA.

1.1. Conceptos sobre el Análisis de Política Pública	4
1.2. Conceptos generales de salud	14
1.3. La seguridad social y El Neoliberalismo económico	22
1.4. La base de la Solidaridad	27

CAPITULO 2

2. LOS SISTEMAS DE SERVICIO DE SALUD

2.1. Semblanza de los Estados de formación de la Seguridad Social	31
2.2. Condiciones generales de salud en países subdesarrollados	34
2.3. Antecedentes de la Seguridad Social en México	38
2.4. Sistemas de Atención médica en México	48
2.4.1. Financiamiento del sector salud	49

CAPITULO 3

3. Programa IMSS-Solidaridad

3.1. Diagnóstico de la problemática de salud en zonas marginadas en México	56
3.2. Definición del problema	70
3.3. Fundamentos legales	73
3.4. Formulación	80
3.5. Implementación del Programa	87
3.5.1. Federalización en los servicios de salud en México	100
3.6. Evaluación	104
3.6.1. Resultados	106
3.7. Alternativas	124

Conclusiones	130
---------------------	------------

Bibliografía	135
---------------------	------------

INTRODUCCION

Un país en desarrollo como México se hace primordial e indispensable la planeación del desarrollo nacional y regional mediante la intervención del Estado, que a través de la implementación de diversas políticas públicas reorienten y aceleren el desarrollo económico y social; estas políticas deben adecuarse coyunturalmente a las posibilidades técnicas, financieras y administrativas de cada región, cimentadas y llevadas a cabo dentro de la Administración Pública dando dirección al sistema político.

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. Por lo que el sistema nacional de salud adquiere un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federación. De lo anterior se toma como punto de estudio y referencia los factores que se consideran para comprender la problemática que vive hoy en día el sector salud, en un caso concreto para solventar parte de esta problemática, la creación del Programa IMSS-Solidaridad, que retoma una gama específica de condiciones culturales, geográficas, políticas, sociales y económicas.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el Programa IMSS-Solidaridad en relación con la problemática de la salud pública en México con la finalidad de destacar la importancia de dicho programa desde un análisis de política pública y su repercusión de beneficio social real.

Prioridad fundamental en el sistema de Salud Pública es lo relativo al establecimiento de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuada para la conservación de su salud, lo que a su vez es un factor básico para la elevación del nivel de salud de la población, porque mientras se propicie la desigualdad social y grandes sectores carezcan de servicios básicos, no será factible esa elevación.

Con el uso del análisis de Políticas Públicas se tratara de ubicar el marco contextual de las tendencias actuales de la política económica que apuntan hacia una transformación y diversificación de los sistemas de organización debido al agotamiento de las estrategias optimas en el desarrollo de un país de donde surge la controversia de justificar o rechazar la participación del Estado en la vida económica para lograr resultados acertados en la implementación de políticas públicas. para el estudio de nuestro caso, en el primer capitulo se conceptualizará conceptos generales del análisis de política pública y de salud pública así como una breve descripción de la evolución de la generación de la seguridad en del Estado benefactor al Estado liberal

En el segundo capitulo se refleja un marco general de los sistemas de servicios de salud retomando las condiciones generales de los países en desarrollo, para después específicamente retomar los antecedentes de la seguridad social en México así como la situación actual del mismo.

Por otro lado se describirán en el tercer capitulo el diagnóstico de la problemática de salud en la atención de la población más vulnerable en Estados de zonas consideradas como marginadas donde se desarrolla el Programa IMSS-Solidaridad, la formulación del problema, los actores involucrados en la misma, los fundamentos legales en que se basa este programa y las líneas de acción implementadas para llevar a cabo este programa, es decir la ejecución de un nuevo modelo integral de salud, que busca una participación activa de la comunidad beneficiada de medicina preventiva y no solo curativa como se habia venido desarrollando; apoyado en acciones concretas tales como la desconcentración administrativa, la conducción y gestión pública y federalización de servicios de salud.

Por otra parte se evaluará la operatividad del programa, sus alcances y limitantes en la atención a la salud ante el mosaico cultural diverso donde se implementa de acuerdo a sus condiciones de vida imperante. Asimismo se señalarán los avances en la ampliación de cobertura de asistencia médica así como la ampliación, construcción y rehabilitación

de la infraestructura existente con los recursos federales y con la participación de la sociedad organizada.

Por último se retoman propuestas alternativas para llevar acabo la política de salud en México de acuerdo a las recomendaciones del Banco Mundial y de la Fundación Mexicana para la Salud.

CAPITULO 1

1. ASPECTOS TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

1.1. CONCEPTOS SOBRE EL ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

Las tendencias hacia la globalización, la regionalización de la economía mundial y los recientes proceso de democratización en América Latina y el llamado mundo socialista, son fenómenos relacionados que inducen profundos cambios en el plano estatal. Hoy se afirma con insistencia que la integración de bloques económicos y la democratización de la vida política pasa necesariamente por la reestructuración del Estado, bajo esquemas que producen altos niveles de rendimiento y eficiencia, propiciando la participación de la sociedad y la actividad del Estado se ubica en una lógica de eficiencia; convirtiéndose esta última en la manera privilegiada de hacer política.¹

Es así como la legitimidad de la acción de los poderes públicos se basa hoy en nuestros días más en la capacidad de responder a las demandas de los sectores implicados en sus ámbitos de actuación; esta concepción a su vez ha transformado las relaciones entre administración pública y sociedad; abriendo la esfera de la administración gracias a la presión de grupos de interés que influyen en la toma de decisiones, modificando el proceso en la confianza de la relación personal (persona, grupo, clan o asociación) contando mas el resultado que la legalidad, asimismo las leyes y las reglas se particularizan de acuerdo al contexto social.

Muchos de estos problemas de legitimación fueron generados por deficiencias en la administración pública y por la incapacidad para enfrentar las condiciones de

¹ Gestión y Política Pública, Vol. 1 No. 1, México, Julio-Diciembre 1992, Centro de Investigación y Docencia Económica p.p. 29

incertidumbre, debido a la obsolescencia de organizaciones, a la falta de adaptación a nuevas condiciones y otras causas, por consiguiente se genera la necesidad de producir el conocimiento que nos guíe en la formulación de políticas ante la incertidumbre.

De esto se deduce que toda elaboración de política pública implica decisiones e interacciones influenciadas por las conductas y la disposición del conjunto de individuos y organizaciones afectadas.

El análisis integral de policy: combina los estilos operativos de los practicantes relacionados con la producción y transformación de la información tanto antes como después de que las acciones de policy se han transformado (requiere que los analistas utilicen las fases retrospectiva y prospectiva de la investigación y además requiere que éstos produzcan y transformen la información).²

El análisis de políticas centra su atención en los programas públicos (su proceso formativo, atributos y resultados) independientemente de su contexto institucional, esta corriente sigue dos líneas generales: en primer lugar sus propósitos obedecen a criterios profesionales para la depuración de la política pública, mediante el perfeccionamiento de técnicas analíticas, incorporando un análisis matemático, bajo la acción del gobierno como un actor racional que reconoce y trata de superar los límites y restricciones que pesan en sus elecciones públicas. La segunda tendencia es académica, ocupándose de elaborar descripciones, explicaciones y predicciones más complejas de sus dinámicas. Estos trabajos han llegado a conclusiones conservadoras en cuanto al altruismo, racionalidad e imaginación de los actores políticos en la toma de decisiones.³

Para la comprensión cabal de este campo se han desarrollado varios enfoques analíticos, de los cuales el de mayor referencia corresponde al del enfoque por etapas. El modelo

² Subirats Joan, Análisis de políticas públicas, Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas, Madrid, 1992 p.p. 10-11

³ Guerrero Gutiérrez Eduardo, Administración Pública, Módulo V, Seminario de Taller Extracurricular de Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno

racional y el incrementalismo suelen usarse para analizar y en su caso prescribe el proceso decisorio. El modelo de percepción política corresponde a una propuesta analítica importante para la comprensión de modalidades de política y explicación de decisiones públicas. El enfoque por etapas ha sido manejado con un diferente número de ellas, sin embargo las mas comunes son:

1. Gestación
2. Formulación
3. Decisión
4. Implementación
5. Evaluación de resultados

Esto se concibe como un proceso donde lo primero es el reconocimiento del gobierno de la existencia de un problema, para lo cual pasará a formar parte, de los asuntos gubernamentales, correspondiente a la llamada agenda pública. El segundo paso corresponde al cuestionamiento y análisis de como enfrentar el problema, el hecho de que se ponga atención en cierta demanda no significa la realización de algo concreto, ya que en México toda la actividad de la formulación de la política ocurre alrededor de la rama ejecutiva.

Para tomar cierta propuesta de solución el gobierno toma en cuenta varios elementos, como son: los actores que intervienen, la similitud del punto de vista entre ellos, las preocupaciones del funcionario de la decisión, las preocupaciones generales del gobierno entre otros factores.

En este sentido se identifica un **escenario**, que es definido como una secuencia hipotética de eventos a fin de enfocar la atención sobre las causas de tales eventos y sobre las oportunidades para decisiones críticas relativas en diversas etapas de la

secuencia; considerando la forma en que ocurren una serie de acontecimientos y consecuencias alternativas.⁴

En esta administración politizada es frecuente que los funcionarios de alto nivel en las instituciones gubernamentales sean a la vez competidores activos en la lucha por posiciones de liderazgo político o bien brinden apoyo a individuos con ambiciones políticas, utilizando la organización como una maquinaria política para promover sus propias carreras políticas. Estas áreas de política o de actividad gubernamental constituyen arenas reales de poder, en la que cada arena tiende a desarrollar su propia estructura política, su proceso político, sus élites y sus relaciones de grupo.⁵

La ejecución de la política se considera una etapa problemática, pues se exige la ubicación de las decisiones en el aparato público en donde muchas veces existe carencia de recursos, de formación y hasta niveles de corrupción importantes, buscando ante todo el cumplimiento y satisfacción de los objetivos.

La última etapa responde a que se hizo lo que realmente se debe hacer y el análisis de las consecuencias derivadas de ello, aunque muchas veces estos resultados son sesgados o fragmentados, ocultando los fracasos.⁶

⁴Norberto Bobbio y Nicola Matteuci, Diccionario de Política, Redactores en español, José Arico, Ed. Siglo XXI.

⁵Aguilar Villanueva Luis F., Estudio Introductorio, Seminario de Taller Extracurricular de Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno

⁶Giopp Medina Alejandro y Mejía Lira José, El Control en la Implementación de la Política Pública, Ed. Plaza y Valdés Primera Edición, 1993, p.p. 15-16

Como se ha venido mencionando el término de policy a continuación se define.

Definición de policy

Las definiciones de policy pueden ser agrupadas en dos grandes rubros de interpretación, las que se refieren al curso de una acción gubernamental y las que representan la acción de la misma. Es aquello que el gobierno opta por hacer o no hacer, regula los conflictos sociales y organiza a la sociedad.

Comprende todas las acciones de gobierno las implícitas y las explícitas, es el patrón de acción que resuelve demandas conflictivas o provee incentivos para la cooperación, es un esfuerzo desenvuelto a través de pautas prefijadas para resolver o administrar pautas políticas.⁷

El enfoque pluralista-racionalista percibe a las políticas públicas como respuesta a las demandas sociales. Considera las instituciones y las organizaciones como instrumentos que reaccionan a estas demandas (inputs), suministrando productos (outputs) que intervienen en la elaboración de estos productos, los valores de los formuladores de la política pública, el medio ambiente del sistema donde se formula la política pública.⁸

El papel del Estado representa un punto focal del debate contemporáneo sobre los sistemas de salud el cual es tema retomado en el presente trabajo. De hecho, el ámbito de la salud es propicio para dirimir porque el Estado moderno ha participado de manera activa en las cuestiones de salud en todas las naciones, a la vez que se ha generado una gran variedad de soluciones a este problema, surgidas de la confrontación entre las limitaciones presupuestales y las necesidades políticas. Por lo tanto la reordenación de políticas de bienestar social en México, al igual que en otras regiones, no es un asunto

⁷ Guerrero Omar, Políticas Públicas para la Reforma del Estado Moderno Modulo III Seminario de Taller Extracurricular de Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno

⁸ Ibídem, Norberto Bobbio y Nicola Matteuci

meramente contable, sino una cuestión social y política central para la orientación futura del país⁹. Por lo que es primordial detallar la conceptualización de Estado.

Definición de Estado

De acuerdo a Enrique González Pedrero el Estado es la organización más acabada el hombre para darle estabilidad y orden a su convivencia. No es pues, exclusivamente el gobierno, ni alude solo al pueblo. Cuando se habla de Estado no se piensa solo en un territorio, ni la idea del derecho creado por el hombre para encausar sus relaciones sociales, aunque el Estado incluye a todos ellos. El Estado es la síntesis que forma el territorio, el pueblo y el gobierno. Es la representación de una voluntad colectiva.

El Estado se debe comprender como unidad de decisión y acción, en un lugar y tiempo determinado, sus funciones elementales son: mantener la soberanía es decir, defender por encima de otras voluntades la propia voluntad, la del grupo que conforma y segunda propiciar la participación social, sosteniendo la unidad activa de la Nación.¹⁰

La noción de capacidad del Estado no es nítida, ya que equipara la fuerza o la autonomía del Estado con la habilidad de las élites estatales para ignorar a otros actores sociales o para imponer simplemente su voluntad sobre la sociedad, porque tanto las características específicas como las actividades de un Estado que promueven ambiciosas metas sociales cambian a lo largo del tiempo y difieren según la experiencia nacional, por ejemplo de un Estado industrializado la capacidad el Estado se asocia no sólo con su habilidad para intervenir en la sociedad industrial y definirla, sino también su habilidad para intervenir en la sociedad industrial o su habilidad de para abstenerse de su intervención.¹¹

⁹Soberón Acevedo Guillermo, presentación Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Ed. Miguel Ángel Porrua, S.A. de C.V., 1983.

¹⁰González Pedrero Enrique, La Reforma del Estado "Nexus", Año XIII., Vol. 13, No. 146, Febrero 1990

¹¹Hall A. Jonh. Ikenberry, El Estado, Ed. Nueva Imagen. Primera Edición en español, 1991

Precisamente la acción del gobierno se ve reflejada en las acciones de la Administración Pública, la que es definida a continuación.

Definición de Administración Pública

Conjunto ordenado y sistematizado de políticas, normas, técnicas, sistemas y procedimientos a través de los cuales se generan los bienes y servicios que descansa la sociedad en cumplimiento de las decisiones del gobierno.¹²

Es el conjunto de operaciones encaminadas a cumplir o hacer ejecutar la política pública, la voluntad de un gobierno, tal y como se expone por las autoridades competentes. Es pública porque comprende las actividades de una sociedad sujeta a la dirección política, las cuales son ejecutadas por instituciones gubernamentales y es administración porque implica la coordinación de esfuerzos y recursos mediante los procesos administrativos básicos de la planeación, organización, dirección y control.¹³

En este marco gubernamental se desenvuelve la gerencia pública, en la medida que se asignan las responsabilidades propias de la función pública y sus restricciones, entendida como la conducción efectiva de sistemas, organismos y procesos de un Estado; involucrando la dimensión técnico administrativa de la gestión sino también la dimensión política y la dimensión social, ya que el impacto de su gestión trasciende a esas esferas.¹⁴

¹² Glosario para el proceso de planeación, Secretaría de Programación y Presupuesto, 1985

¹³ Martínez Silva Mario, Coordinador, Diccionario de Política y Administración Pública, Ed. Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública

¹⁴ Quintán Antonio, La especificidad de la Gerencia Pública y la Gerencia Pública deseable precisiones conceptuales, Módulo III, Análisis de Políticas Públicas, p.p. 213

Definición de gerencia pública

En su base etimológica gerencia significa dirigir, retomando el concepto de Henry Fayol "conducir a la empresa hacia su objetivo tratando de sacar el mejor partido de todos los recursos que dispone".

Jonh Kotter de la Universidad de Harvard nos menciona que lo básico para lograr la eficiencia gerencial pública es la capacidad para que al elaborar la agenda de decisiones, discernir los temas estratégicos y la capacidad de construir la red de contactos internos y externos que permite la implementación de las decisiones.¹⁵

El gerente tecnopolítico debe estar consiente de que se desenvuelve en un mundo con múltiples criterios de eficacia, debe por lo tanto su compromiso es buscar una gestión abierta y dinámica, haciendo uso de la destreza analítica, que le permitan identificar la problemática y diseñar alternativas estratégicas de acción.

Esta acción pública implica una dimensión territorial en el ejercicio de la autoridad, junto al desempeño de determinadas responsabilidades funcionales. La concepción unitarista del Estado ha quedado superada, estando ante una realidad compleja en la que existe el conflicto, el juego político y las relaciones de intercambio. El sistema de gobierno esta por lo tanto territorialmente estratificado en relaciones centro-periferia en la que se gesta un federalismo.

Para discernir el concepto de federalismo a continuación se describen algunas concepciones del mismo.

¹⁵ Ibidem, Quintin Antonio, p.p. 216-217

Definición de Federalismo

El concepto de federalismo se deriva del latín *foedus* (alianza) y alude a un movimiento político, para el que el principio del pacto es el fundamento del ordenamiento estatal.¹⁶

Unión permanente de varios entes políticos cuasi soberanos (indica los instrumentos de soberanía que están presentes) denominados estados, en base a motivos comunes y al objeto de perseguir fines políticos generalmente reconocidos. Sus motivos y fines son susceptibles de modificación y evolución, "es una unión indestructible de estados indestructibles" (naturaleza de duración en el tiempo inquebrantable de esta insólita unión).¹⁷

La federación es una estructura político administrativa en la que varios órdenes de gobierno, particularmente el federal y el estatal, tienen garantizada su existencia. No se utiliza el término "niveles de gobierno", pues la federación no implica en sentido estricto niveles jerárquicos sino instancias parcialmente independientes con su legitimidad y orden de competencia propios.¹⁸

El federalismo se refiere a un sistema de gobierno, y se concentra en la función y en la caracterización de los distintos niveles de gobierno. Las **relaciones intergubernamentales** (RIG) se centra en la práctica que los gobiernos comparten en el diseño de funciones con otras instituciones. Asimismo las **gestiones intergubernamentales** (GIG) enfatizan los procesos necesarios para lograr los objetivos inherentes a las RIG, en tanto que la gestión es un proceso mediante el cual, los funcionarios llevan a cabo ciertas actividades para el cumplimiento de metas

¹⁶Ibidem, Martínez Silva

¹⁷Wriih Deit, Del Federalismo a las relaciones intergubernamentales, en los Estados Unidos de América, Revista de Estudios Políticos No. 6, 1978, Módulo III Seminario de Taller Extracurricular de Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno

¹⁸ Méndez José Luis, "Federalismo y redes intergubernamentales", Este país, No. 69, diciembre 1996

específicos y es aquí donde se da el desarrollo de políticas y la instrumentación de procesos.¹⁹

Se hace totalmente indispensable la necesidad en la política y gerencia social ajustar al máximo mecanismos de focalización, para que los programas se ubiquen efectivamente a los sectores que se quiere asistir, lo que requiere en primer término, partir de la diversidad intrínseca a la realidad social de la región.

Concepto de región

Debe ser entendida como la aproximación geográfica de fenómenos económicos y sociales que sobreviven dentro de toda formación social, por lo que para identificar esta región haría falta identificar históricamente y espacialmente, la formación social, para después analizar sus características específicas, que nos ofrecerían la posibilidad de diferenciar las regiones.

La noción de región se relaciona con las decisiones de política económica, es la más operacional de todas las regiones, cuando se realiza la política de regionalización, se descentraliza al Estado a favor de regiones autónomas, esta no se lleva a cabo sino a través del reconocimiento del centro.

En la selección de una región plan debe tomarse en cuenta a la vez la variedad de los objetivos gubernamentales en la que cada objetivo corresponde a una región idónea y su interdependencia, una vez seleccionada la región se debe tomar en cuenta las fuerzas polarizantes existentes.

¹⁹ La revista del Colegio Ciencias Políticas y Administración Pública, Año III No. 5, Segundo Semestre 1995, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública

1.2. CONCEPTOS GENERALES DE SALUD

Definición de salud pública

La definición de salud pública es el conjunto de ciencias y artes encaminadas a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad mediante:

- El saneamiento.
- El control o erradicación de las enfermedades.
- La educación para la salud.
- La organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que el ser humano encuentre las condiciones de disfrutar sus derecho natural a la salud y longevidad.

La salud esta influida por el conocimiento los hábitos y la conducta de la población, asimismo la intervención de la población para que sea de mayor eficiencia necesita que se realice en forma organizada, lo que es conveniente mantener y no de manera aislada, pero también existe la influencia de los que la rodean así como de las condiciones socioculturales y del ambiente físico.

En muchos lugares con problemas de salud existen servicios de esta índole subocupados, lo que es una paradoja, pero sucede que la comunidad esta mas apegada y confiada en sus

procedimientos tradicionales que en la medicina moderna o la que se proporciona en los servicios locales.²⁰

Definición de seguridad social

La definición de Seguridad Social de la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, obtenidas en las Declaraciones de Santiago de Chile "La sociedad debe encontrar en el esfuerzo solidario de todas las naciones y de todos los hombres, una nueva inspiración para abolir la miseria y garantizar la conquista digna y suficiente de los medios de vida" (...)

"cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual y físico de sus generaciones activas, preparar el camino de las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva" (...) "este es el sentido de la seguridad social en una economía autentica y racional de los recursos y valores humanos."²¹

Seguridad social significa fundamentalmente tutela pública de los débiles niños, ancianos enfermos y desempleados, es decir, se gesta un contrato intergeneracional con lo cual aquellos que disponen de un ingreso acuerdan renunciar a una parte del mismo para garantizar de alguna forma las contingencias de la vida futura de sus hijos.²²

Este término tiene diferentes sentidos según la perspectiva de la que se considere. Para el ser humano es el hecho de estar inserto en un sistema que asegura sus necesidades mínimas que permiten un estado de bienestar social, para la sociedad representa la satisfacción de las necesidades mínimas que permiten un estado de paz social relativa, misma que garantiza una correspondencia de entre gobernadores y gobernados, los primeros en la capacidad de orientar al país hacia un mayor desarrollo económico y social, como de los segundos a contribuir a este proceso. Finalmente, la seguridad social

²⁰Sánchez Rosado Manuel, *Salud Pública*, Ed. Prensa Médica, 1986 p.p. 10-11

²¹Orlandi Luis Antonio, "La Seguridad Social hacia el Siglo XXI, principios y cambios institucionales", *Revista de Seguridad Social* No. 200 mayo-junio 1996, Órgano Difusión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General p.p. 126.

²²Boltvinik Julio, "Para pensar la política Social", *La Jornada*, 1995

entendida como un conjunto de prestaciones sociales financiadas por el salario. Lo que une a estas concepciones es el de generar bienestar social.²³

Principios de la Seguridad Social.

- a) Solidaridad
- b) Universalidad
- c) Uniformidad o Unidad
- d) Subsidiaridad
- e) Integridad
- f) Internacionalidad

a) El sentido de la Solidaridad.- Entendido no solo ni tanto como una norma moral, sino como el hecho que es: el ser humano actúa siempre socialmente, tal forma de actuar debe ser la base del sistema de seguridad social.

Pero tal solidaridad no debe ser fundamento de la afirmación de la responsabilidad de cada individuo, en la solución de sus propios estados de necesidades; una forma de ser solidario es asumir su propia responsabilidad, para abordar aunque sea solo una parte la solución de problemas sociales de que se ocupa el sistema.

En este sentido, la solidaridad forma la base de los seguros médicos, y en especial de la seguridad social. En la salud existe una incertidumbre irreductible, el riesgo de enfermar es impredecible para un individuo, los seguros ayudan a reducir esta incertidumbre agregando los riesgos de muchas personas, la solidaridad es esencialmente justa, pues implica que la totalidad de los miembros de la colectividad se benefician eventualmente de ella

²³Navarro Robledo, Moctezuma Barragán compilador, La Seguridad Social y el Estado Moderno, IMSS, Fondo de Cultura Económica, Primera Edición 1992

En efecto, la solidaridad previene que en nombre de dicha libertad, alguna persona que opte por ser negligente en el cuidado de su salud imponga, así una carga financiera y patológica al resto de la comunidad.²⁴

b) Universalidad.- todos los individuos, sin distinciones, ni calificaciones deberían de tener iguales y parejos derechos. La universalidad estaría integrada con la racionalidad y el principio de solidaridad, pudiera efectuarse una selección que permitiera por una parte un uso mas racional de los recursos escasos y por otra una mayor justicia y equidad, contemplando mayor libertad y una efectiva participación de cada cual en la responsabilidad social que se espera de todos.

Para conseguir la universalización es preciso reformar los sistemas de recaudación, racionalizar los servicios unificar los sistemas y desarrollar la productividad de los trabajadores.

Si bien un sistema de este tipo da gran peso a los valores de la inclusión social, y la igualdad de oportunidades, tienden a delimitar el valor de la autonomía individual y familiar. Ante el incremento de costos, los sistemas de universalidad irrestricta terminan recurriendo a mecanismos burocráticos, por el tiempo de espera. Además la práctica de no cobrar por los servicios a las personas con capacidad de pago es en cierta forma inequitativa.²⁵

c) Uniformidad.- El principio en cuestión debería ser mas de uniformidad que de unidad, los órganos pueden ser vareados públicos o privados, promoviéndose normas uniformes de modo que a igual situación pueda aplicarse igual forma.

²⁴Frenk Julio, Compilador, Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud, No. 2, serie Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 1994, p.p. 26

²⁵Ibidem, Frenk Julio

d) Subsidiaridad. El rol del Estado es fundamental en este concepto, el hecho de tener necesidades fundamentales insatisfechas, y no contando con los recursos para satisfacerlas, surge así la acción del Estado para ayudar, subsidiar, obligar y crear una necesidad jurídica, con el fin de obtener el cumplimiento objetivo de la seguridad social; pero tal afirmación no opone a la participación de los individuos, ni a la de los grupos intermedios de la sociedad, en cuanto se contribuya a la gestión del mismo objetivo.

Es fundamento las formas mixtas de responsabilidad patrimonial a fin de allegarse de recursos y tecnología que permitan un mejor logro de los fines.

La importancia del ingreso y de los precios es ampliamente reconocido, de hecho, sin duda esta es la razón por la que la salud pública es a menudo subsidiada u otorgada al paciente en forma totalmente gratuita en lo que se refiere al costo monetario. Se dice que el mercado de salud difiere de todos los demás porque la mayor parte de la demanda es "incluida por la oferta", esto es el doctor y no el paciente quien decide que exámenes o tratamiento hacer y medicinas recomendar.²⁶

e) Integridad. Los principios de la seguridad social deben constituir adecuados presupuestos para la formulación de un programa integrado de seguridad social, en el que se combine a fin de lograr la mayor y mas efectiva participación social posible y la optima utilización de los recursos disponibles.

Todo ello sin rigidez ideológica, como diría un sabio en la antigüedad un sistema que tuviera la fortaleza y la flexibilidad de un tallo de bambú, adaptable a los cambios urgentes de nuestro tiempo y capaz de sostener el verdadero espíritu humanista, de la seguridad social de todos los tiempos.

²⁶Musgrove Philip, "Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina", Cuadernos de Economía, Año 22, No 66, p.p. 294, Agosto 1985

f) Internacionalidad.- No se puede pensar en un programa exitoso de seguridad social, en un país con una economía enferma; de modo que este programa no solo debe considerar su integración interna, esto es la de los subsistemas institucionales de la seguridad, sino que de modo muy importante debe estar integrado en la totalidad de la política económica social del país.²⁷

Funciones de la Salud Pública

La salud pública tiene funciones directas e indirectas, las primeras se refieren a las labores que se dirigen a la población y las segundas aunque estén relacionadas con dichas labores no se realizan con la población.

Conforme al concepto de salud pública expresado las funciones se dividen en:

Funciones directas, la promoción y la protección corresponden a la prevención, las cuales es indispensable insistir en impulsar por tratarse de acciones tendientes a evitar la enfermedad, sin menospreciar el hecho de que habrá de impulsarse programas de atención médica y rehabilitaria.

Diversos autores han agrupado las funciones directas como acciones de la prevención en un intento quizá de destacar el valor de esa función. Así se habla de la prevención primaria, en relación a las medidas para evitar la enfermedad, prevención secundaria al referirse a las medidas encaminadas al diagnóstico temprano de la enfermedad y su tratamiento precoz, con el propósito de interrumpir oportunamente la evolución natural de los padecimientos prevención terciaria las acciones que corresponden a la limitación de invalidez y a la rehabilitación.

²⁷Ibidem, Orlandi Luis Antonio, p.p 132-133

NIVELES DE PREVENCIÓN	FUNCIONES DIRECTAS
PREVENCIÓN PRIMARIA	1.- Promoción de la salud (Educación para la salud, Nutrición)
PREVENCIÓN SECUNDARIA	2.- Protección de la salud (Control o erradicación de las enfermedades, Saneamiento) 3.- Restauración de la salud (Atención médica)
PREVENCIÓN TERCIARIA	4.- Rehabilitación

FUNCIONES INDIRECTAS
1.- Investigación
2.- Legislación
3.- Administración
4.- Desarrollo de recursos humanos
5.- Estadística

El objetivo implícito de los sistemas de salud ha sido la recuperación de la salud, mas que su mantenimiento debido principalmente a la preeminencia de un modelo que ha dado toda la importancia social a las acciones "curativas", a las instituciones donde se "cura" a las profesiones y especialidades que "curan".

Los modelos de historia natural planteados por Leavell y Clark²⁵ permiten identificar claramente los niveles de intervención. A partir de ellos la evidencia acumulada

²⁵L. Noeavell H.R. G. Clark "Preventive Medicine for the doctos and his community", citado por Yepes L. José Francisco, Informe "Recursos Humanos para la salud en Latinoamerica", octubre 1987

muestra cada vez mas la importancia de replantear explícitamente las suposiciones básicas que han fundamentado nuestro sistema de salud.

Nuestro sistemas de salud siguen mostrando un serio desfase al continuar privilegiando inversiones en nuevos hospitales y en alta tecnología de mitad de camino, en producción recursos médicos especializado y subespecializado y destinando la mayor proporción de los ya escasos recursos del sector al funcionamiento del sector curativo hospitalario.²⁹

Este tipo de modelos de medicina y de política de salud que se ha diseñado y aplicado en los países capitalistas, presupone un desarrollo ya cumplido y por lo tanto, la disponibilidad de las ventajas y recursos del crecimiento económico, mayor productividad y alta producción de bienes y servicios, ello acompañado por supuesto por la capacidad de presión de grupos organizados de las clases mayoritarias, de su participación social y política de sus avances y conquistas legales, el problema de la política y del sistema de servicios de la salud es la determinación del uso apropiado de recursos relativamente abundantes para objetivos sanitarios que enfrenten un modelo patológico específico.

Se da una tendencia poniendo principal énfasis de la curación al cuidado, lo que resulta es la prolongación de vidas tolerablemente y no de salvarlas.

²⁹ Ibidem, Yanes José, p.p. 29

1.3. LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL NEOLIBERALISMO ECONÓMICO

La Seguridad Social se extendió en el mundo oriental de economías centralizadas y en un mundo occidental que adoptaba el keynesianismo como modelo económico. Esto es que las sociedades que reconocían el derecho a la propiedad privada, se adhieran también decididamente a la idea de Estado de Bienestar.

En esta marco la seguridad social revestía un papel protagónico. Ella era la principal encargada de hacer llegar la parte del ingreso nacional, que por su condición de seres humanos le correspondía por derecho, a aquellos que por razones ajenas a su voluntad no podían obtenerla contratando en el mercado sus servicios personales.

La política del Estado, por otra parte, debía orientarse al logro del pleno empleo y a la implementación de medidas preventivas de salud física y mental en lo que se le llamo "calidad de vida" resultado de esta forma una acción complementada en la que la Seguridad Social se encargaba de los casos no queridos de un desempleo destinado a desaparecer de los riesgos del trabajo de los ancianos y de los niños, y por fin de organizar un generalizado servicio de atención a la enfermedad que reivindicaba para la salud su condición de bien social preferente.

Aquella concepción social adoptó la ética del trabajo y los principios de solidaridad, universalidad e integridad, enlazados en un componente no siempre muy bien definido de justicia social.

Si la variable aleatoria no mostraba un brusco cambio en el rol asignado al Estado, se estimaba la tendencia de las prestaciones de la Seguridad Social, por ejemplo la evolución de su cobertura; y si se mostraba un debilitamiento los desvíos observables, eran siempre explicables por las deficiencias en la administración.

Este modelo de desarrollo, centrado en el mercado interno implicó una dependencia de los actores sociales respecto de la actuación del Estado, que subordinó las reacciones del mercado así como de como de las expresiones de una sociedad civil en proceso de fortalecimiento. En este estilo la legitimidad del Estado tenía mucho que ver con el sostenimiento de sus políticas y de su capacidad para ofrecer en forma constante, mejoras económicas y sociales.

Pero el mundo oriental ha caído con el Muro de Berlín asimilándose al occidental, y en este el keynesianismo ha sido sustituido por un llamado neoliberalismo económico, que desprecia por ineficiente el estado de Bienestar.³⁰

Esta virtual dependencia implicó una falta de autonomía del Estado respecto a los intereses de los actores tradicionales. Dicha vinculación se volvió crítica cuando se requirió por una parte cambiar el modelo de desarrollo y por otra liberar los instrumentos de política social con el fin de acercar el bienestar a los nuevos grupos necesitados, aquellos que se fueron creando al margen de este modelo de desarrollo.

Se trata de una tendencia a la elevación de lo político, que es propio de la doctrina neoliberal. Así pareciera que el poder político y por ende del aparato del Estado, pierde su especialidad, y solo se percibe como resultante de una multiplicidad de fuerzas económicas y sociales que conciertan un equilibrio, ello trae por consecuencia la búsqueda de la eficiencia financiera.

³⁰ López Carlos Amancio "Proyectarse al futuro" Revista de Seguridad Social No. 200 mayo-junio 1996, Órgano Difusión de la conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General, p.p. 142-143

El liberalismo es una doctrina del Estado limitado tanto con respecto a sus poderes como a sus funciones. La noción común que sirve para representar al primero es el Estado de derecho, la noción que sirve para representar al segundo es el estado mínimo. Aunque el liberalismo conciba al Estado tanto como Estado de derecho cuanto como estado mínimo se puede dar un Estado de derecho que no sea mínimo (por ejemplo, el estado social contemporáneo) y también, se puede dar un estado mínimo que no sea un estado de derecho (respecto a la esfera económica que sea al mismo tiempo es absoluto en el mas amplio sentido de la palabra y liberal en economía). Mientras el Estado de derecho se contrapone al Estado absoluto entendido como *legibus solutus*, el estado mínimo contemporáneo al Estado máximo, entonces se debe decir que el estado liberal se afirma en lucha contra el estado absoluto en defensa del estado de derecho y contra el Estado máximo en defensa del estado mínimo, si bien los dos movimientos de emancipación no siempre coinciden histórica y prácticamente.³¹

Por neoliberalismo hoy se entiende principalmente una doctrina económica consecuente, de la que el liberalismo político solo es una manera de realización no siempre necesario, o sea una defensa a ultranza de la libertad económica de la que la libertad política, el economista austriaco Friedrich Von Hayek, ha insistido en la indisolubilidad entre la libertad económica y la libertad sin adjetivos, y por tanto han subrayado la necesidad de distinguir bien el liberalismo que tiene su punto de partida en una teoría económica, de la democracia, que es una teoría política, atribuyendo a la libertad individual, de que la libertad económica sería la primera condición, un valor intrínseco y a la democracia únicamente un valor instrumental.

Por razones históricas (incapacidad del mercado y debilidad de las organizaciones sociales) y por mandato constitucional el Estado mexicano ha practicado un amplio intervencionismo en materia social. Sin embargo el estilo de intervención pública de las últimas cinco décadas ocasionó un desbordado crecimiento de los aparatos públicos

³¹Bobbio Norberto, *Liberalismo y Democracia*, Fondo de Cultura Económica, 1989, p.p. 17-18

cuya presencia era a base innecesaria y en ocasiones hasta distorsionante. En el ámbito de la procuración del bienestar, este estilo marginó el propio esfuerzo de las comunidades y de las personas necesitadas. La situación llegó a su límite cuando se optó por basar la legitimidad y el apoyo estatal en un intercambio de lealtades y de derechos (sociales y políticos) por la realización de obra pública y de los servicios sociales (alimentación, salud, educación vivienda) financiados con recursos del erario público.¹²

La capacidad gubernamental de ofrecer bienes y servicios a los demandantes para satisfacer sus necesidades, llegó a ser un esquema recurrente para obtener consenso político no solo en México, sino en prácticamente todos los países de América Latina. La satisfacción de la necesidad sin una elevación paralela de la libertad se caracterizó a este estilo de intervención estatal y de política social.

La gestión pública fue la fuente primera de legitimidad. Este énfasis en la gestión directa de las políticas llevó en muchas ocasiones al anquilosamiento burocrático de los programas y dejó de lado la cooperación entre ciudadanos, comunidad y gobierno, o a la eventual autogestión de servicios públicos por parte de las mismas comunidades. La política de bienestar social se caracterizó así, en el mejor de los casos sólo en el involucramiento de la gente en el consumo de bienes y servicios. Otras alternativas, con mayor participación social, no pudieron o no quisieron ser tomadas en consideración, ya que en esta lógica de operación de la intervención pública.

Esta falta de equilibrio entre la participación social y el gasto de los recursos públicos, llevó a los gobiernos posrevolucionarios a enfrentar crecientes necesidades sociales y a un enorme gasto y casi siempre abultado aparato burocrático. Esto propiciaba un descuido en la dimensión de los costos y la eficiencia de la gestión pública. Así la crisis fiscal del Estado puede entenderse como el desenlace de este estilo de intervención

¹² Aguilar Villanueva Luis F., Solidaridad: Tres puntos de vista. El Nacional, 1991 citado por González, Tiburcio Enrique La Reforma Social, Six tesis sobre El Programa Nacional de Solidaridad, 1993

pública y como un momento culminante del desacoplamiento del equilibrio tradicional entre la demanda social y la oferta gubernamental.

Al llegar la crisis a las finanzas públicas hubo la necesidad de definir opciones de acción social que obligaran a una nueva racionalidad entre demanda social y la oferta gubernamental de los bienes y servicios públicos. Algunos analistas concluyen que en este estilo de intervención pública la política abuso de la economía así como también de la administración.

La política económica internacional que se refleja actualmente -la cual está instrumentada parcialmente por las diversas entidades económicas de la red del estado imperial -(Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, OCDE)- está esencialmente orientada hacia la planeación de los mecanismos institucionales y económicos de apoyo que sustenten la internacionalización del capital. En la esfera económica, la red del estado imperial está esencialmente interesada en a) La regularización del comercio y del sistema monetario internacional, y b) el control de los flujos de capital y la "asistencia exterior" entre el centro y la periferia. Los flujos de capital por parte del Banco Mundial, por ejemplo, van dirigidos hacia los proyectos de inversión infraestructura en la periferia que constituyen las "economías externas" para la inversión extranjera privada. En FMI han desempeñado una importante función en la supervisión y control de la política económica nacional del estado periférico. Las misiones del FMI han recomendado invariablemente "medidas de austeridad" que con frecuencia hacen al país más atractivo para la inversión extranjera. La tecnología intelectual que caracteriza los informes de las misiones del FMI está diseñada para producir "una recesión programada" en el mercado interno de salarios mediante el congelamiento de sueldos y salarios. Estas medidas generalmente vienen acompañadas por devaluaciones de la moneda local y por disposiciones económicas y financieras que "fortalecen" al sector exportador.³³

³³Vicente Navarro, Compilador, Salud e Imperialismo, Siglo Veintiuno Editores, Primera Edición 1983 p.p.57

En resumen las políticas neoliberales en referencia a la satisfacción de necesidades de la población busca disminuir la importancia de las **transferencias publicas** (recibida de una institución pública sin contraprestación equivalente, lo que puede basarse en un derecho social, o tratarse de una decisión política pública) y aumentar la **autoproducción** (producción directa), **via mercantil** (comprándolos a cambio de dinero en el mercado), **transferencias privadas** (recibida de otra persona o de una institución privada, sin pago de equivalente).

La primera se ve reducida fundamentalmente a proveer satisfactores mínimos, de sobrevivencia a los pobres extremos, dejando que el resto de la población sea atendida por las otras tres. Este es el sentido en el cual la política social se esta moviendo en México y el resto del mundo en desarrollo como resultado, entre otras cosas de la influencia poderosa del Banco Mundial.

El nivel y distribución del bienestar social es la resultante de la interacción de los cuatros factores mencionados anteriormente. Sin embargo, con frecuencia el diseño de las políticas sociales no se toma en cuenta la existencia compleja de estas redes es decir que estas redes pueden complementarse o sustituirse o estorbarse en el desempeño del mismo fin. Toda acción u omisión pública, produce una reacción en los otros sistemas que es necesario prever para evitar el fracaso de está acción.

De aquí se sigue que uno de los retos mas importantes para la política pública es evitar sustituir la labor de las otras redes.³⁴

1.4. LA BASE DE LA SOLIDARIDAD

Es así como Carlos Salinas propone un liberalismo social con la promoción de un Estado solidario, comprometido con la justicia social, trabajando dentro del régimen de derecho, conduciendo el cambio en el marco de la ley y manteniendo la estricta vigencia

³⁴ "Para pensar la política Social", Julio Boltvinik, La Jornada, 1995

y protección de los derechos humanos, con la promoción de un Estado que oriente atención y recursos hacia la satisfacción de necesidades básicas de la población. En síntesis un Estado que no sea el monopolizador de las decisiones políticas, económicas y sociales, pero responsable de todo y capaz de enfrentar los rezagos y necesidades sociales.

Para el liberalismo social el sistema de salud esta entendido en una corresponsabilidad con la sociedad y el Estado para la resolución de su problemática, promoviendo nuevos esquemas para responder eficazmente. Los variados Estado sociales creados a lo largo de este siglo evolucionan en todas partes del mundo hacia nuevas definiciones, lo que quiere decir que estas son aún más específicas, sobre le papel gubernamental y el quehacer de la sociedad.

En nuestro país se reconoce las restricciones que impone un individualismo llano y competitivo a personas en desigualdad de condiciones. *Solidaridad* es sólo parte de una política social, pero se despliega en el proceso de transición a la modernidad y en respuesta a las marginaciones históricas y a la exclusiones actuales que la modernización puede ocasionar entre los ciudadanos en desventaja.

Solidaridad permite a través de la organización social, cerrar esa brecha persistente entre desigualdad, pobreza y el reconocimiento formal legal de los distintos tipos de derecho, fortaleciendo la vigencia del Estado de derecho.³⁵

La movilización solidaria ha mostrado ser un mecanismo eficaz para afrontar las grandes tareas, la solidaridad incorpora la energía de toda la sociedad y su movilización supera a cualquiera de sus componentes aislados. No es aventurero que es nuestro mayor recurso frente a los grandes retos. Ante la pobreza recurrimos a esta formidable fortaleza.

³⁵Warman Arnuo, "Solidaridad y Reforma del Estado", Instituto Nacional de Solidaridad, junio 1992

El desarrollo hacia un estado altamente integrado, el crecimiento de instituciones complejas, públicas, cuasi públicas y privadas por medio de las cuales toma forma dicho desarrollo y la aplicación de políticas económicas y fiscales que en este Estado y que intervienen poderosamente en el derecho del individuo a disponer de su persona y de su propiedad, han de tener un fundamento sólido en el plano psicológico. Los ciudadanos de la nación deben sentir con tanta fuerza que pertenecen a la nación que están dispuestos a participar de buena gana en los sacrificios comunes, cuando mediante el adecuado proceso político, estos se consideran necesarios.

La conciencia de una comunidad nacional de intereses y aspiraciones la voluntad común de hacer sacrificios para otros propósitos que un benéfico económico inmediato y el desarrollo de instituciones y reglas adecuadas para esos fines son el resultado histórico de haber vivido estrechamente unidos por mucho tiempo bajo una política unificada y de haber participado activamente en el proceso público de determinar dicha política. Si esta base psicológica llegara a faltar, el Estado se desintegraría. Pero el progreso hacia la integración económica, y en condiciones de constante desarrollo económico lo probable es que se vuelva más firme.

Por lo que se procura la conciliación de intereses, que evolucionan dentro de las formas institucionales especializadas creadas para este propósito, para a través de un trato colectivo, lograr absorber en modo vivendi cambiantes en cada caso. Los grupos participantes creen que las instituciones son "suyas" piensan en toda la comunidad organizada en términos "nosotros".³⁶

La integración nacional se acepta comúnmente como un ideal, este proceso en las comunidades de fuerte integración el "término integración económica" tiene un significado preciso, la idea esencial que pone de relieve, es el alcance relativamente

³⁶Gunnar Myrdal, Solidaridad o Desintegración, Tercera edición en español, Fondo de Cultura Económica, Traducción de Salvador Echavarría y Enrique González Pedrero

amplio y la igualdad de oportunidades que estos países han logrado gradualmente ofrecer al individuo en condiciones de firme progreso económico.

En todos los países la idea sobre la forma en que se debe lograr un Estado más integrado difieren y también difieren entre individuos, clases sociales y partidos políticos, pero cuando los rasgos comunes de nuestras comunidades nacionales pueden abstraerse y encajan en una imagen coherente, y cuando esos ideales pueden realizarse en condiciones excepcionalmente favorables y bajo una participación política mas amplia de los ciudadanos, tienden a crear un tipo de comunidad nacionalmente integrada.³⁷

³⁷Ibidem, Gunnar Myrdal

CAPITULO 2

2.- LOS SISTEMAS DE SERVICIO DE SALUD

2.1 SEMBLANZA DE LOS ESTADIOS DE FORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Hay motivo para pensar que en toda organización humana se presenta como espontánea respuesta frente a la indigencia de algunos de sus miembros, una acción individual o colectiva inspirada en sentimientos de caridad, fraternidad, que buscan de alguna forma socorrer al necesitado. Esta acción aparece en su inicio preferentemente espontánea y privada y es una de las primeras manifestaciones cuyo objeto es abolir determinados estados de necesidad que experimentan los seres humanos dentro de un cuerpo social.

Es así como la seguridad social ante su relativa espontaneidad, y su creciente insuficiencia frente a la gravedad de la pobreza especialmente durante los siglos XVI y XV, hacen explicable el desplazamiento de la acción privada hacia los entes públicos que paulatinamente empiezan a asumir las funciones anteriormente entregadas a los agentes privados, es así como el Estado empezó a jugar un rol más importante en el combate contra a la pobreza. Leyes hubo en la antigüedad que obligaban al Estado a pagar subsidios a los necesitados con cargo al tesoro público y es aquí donde se gesta las instituciones asistenciales.

El fenómeno de la asistencia pública, fundamentada principalmente por el interés de abolir o combatir el desorden social implícito en la pobreza,³⁸ que el mero afán de ayudar al prójimo. De allí que no fuera raro de quienes se veían obligados a recurrir a la asistencia pública se vieran automáticamente privados de los derechos de un ciudadano normal, todo con el concepto de ciudadanía imperante en esa época. Esto también era un medio de limitar o restringir la demanda de asistencia; sin contar con que de modo general la vagancia y la mendicidad se encontraban sancionadas penalmente.³⁹

La visión de la pobreza como expresión de desorden social, por una parte y de fuente de gastos y carga para el tesoro público, unida a la crítica que de las leyes de pobres hicieron los mas notables economistas y hombres públicos de la época, indujeron reformas orientadas a restringir la ayuda a los pobres en situación de trabajar, ya casi a finales del siglo XIX.

El transito de estas entidades de ayuda mutua hacia organizaciones de carácter sindical que no sólo se ocupan de tal ayuda sino que empiezan a asumir el rol de organizaciones de trabajadores para la defensa de sus derechos frente al empleador, resulta ser un fenómeno interesante que tiende a repetirse en los países en desarrollo. Los defectos que presentan estas organizaciones en cuanto no logran difundirse en gran escala entre los trabajadores industriales, ni acopiar fondos suficientes para cubrir las necesidades que surgen de las contingencias que los amenazan, no alcanzando el cumplimiento óptimo de sus objetivos.

³⁸ Etimológicamente del latín pauperitas, otis y sidad, estrechez, falta o mucha escasez de lo que se requiere para el sustento de la vida. // Se acepta que la pobreza implica las condiciones de vida asociados con una renta insuficiente, para mantener al menos un mínimo grado de salud y decencia (o mas simplemente, un nivel de vida inferior al mínimo común) aquella situación social en la que se produce una carencia notable de bienes socialmente valorados y escasos por debajo de un nivel, que se considera socialmente inaceptable. *Diccionario de Ciencias Sociales II*; Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1976

³⁹ Esta intervención del Estado surge, asociado a una idea de lucha contra mendigos y vagabundos, al final considerados como fuente de delincuencia y de problemas sociales. Ya Montesquie señalaba que "algunas limosnas hechas al hombre en la calle, no sustituyen las obligaciones del Estado que deben a todos los ciudadanos una subsistencia garantizada, alimento, vestido conveniente y un genero de vida que no contradiga a la salud" Op. cit. Soberon Acevedo

Más o menos sobre tales bases continúa desarrollándose la institución de la asistencia pública en las naciones que están en proceso de modernización en los siglos XIX y XX. Variando el grado de extensión y la importancia de esta función del Estado de un país a otro en función de sus condiciones sociales, económicas y de los patrones culturales que le eran propios variado según las situaciones políticas y económicas de los diferentes países. De hecho el ambiente político general es el primer determinante de estas formas.

En algunos casos, el rol de la asistencia así definida fue más importante, en otro se mantuvo en carácter más auxiliar de la acción privada manifestada a través de la llamada beneficencia. Así también se mostraron diferencias en el mayor o menor grado de centralización en el proceso de gestión y de toma de decisiones por parte del Estado.⁴⁰

Actualmente los programas de seguridad social han creado un mecanismo para recaudar dinero del proceso de producción económica en forma más o menos automática. Los obreros tienen marcadas cuotas; y a los patrones se les cobra mediante deducciones basadas en las nóminas de paga; en tercer lugar, se toma del erario. El dinero que aportan los trabajadores podría de otro modo haberseles pagado para su gasto personal y una participación, de donde el derecho a los beneficios que pueden adquirirse con ese dinero; pero el capital que pagan los patrones procede de lo que cobran por la venta de sus productos, de modo que en realidad toda la comunidad contribuye a ello. El dinero que procede del ingreso general del Estado naturalmente, también es de toda la población, a la que se le extrae mediante diversos sistemas de impuestos directos e indirectos. Por lo que solo queda cubierto una parte del 100 % de la población, ya que los fondos generados se gasta en el bienestar de una parte de ella, fundados en los objetivos económicos o políticos de una nación.

⁴⁰Ibidem, Orlandi Antonio Luis, p.p. 111

2.2. CONDICIONES GENERALES DE SALUD EN PAISES SUBDESARROLLADOS

En los países llamados subdesarrollados, donde la mayoría de la población carece de recursos para satisfacer las necesidades mínimas, tienen entre otras características un marco general de miseria, ignorancia insalubridad y enfermedad.

Aunque la salud pública no comprenda acciones específicas contra la pobreza y la desigualdad social, es imprescindible considerar y tener presente que en los países llamados del Tercer Mundo es la pobreza la que ocasiona el mayor número de casos de enfermedades y muertes prematuras.⁴¹

Un cálculo preliminar permite estimar que al menos el 40 % de las muertes que anualmente ocurren en la región son evitables de acuerdo con normas internacionales mínimas de alimentación, saneamiento, atención a la salud y protección climática. Esto significa que la pobreza y la violencia estructural que la produce son la causa de muerte de un millón y medio de personas al año en la región, de los cuales setecientos mil son menores de un año. Por ninguna otra causa mueren tantas personas en un año.⁴²

⁴¹Ibidem, Sánchez Rosado, p.p. 10,11

⁴²Conferencia Regional sobre la pobreza en América Latina y el Caribe, 1988. Citado por Kliksberg Bernardo ;Como transformar el Estado? Mas allá de mitos y dogmas, México, Primera Reimpresión 1993, p.p. 20

Los sistemas de seguridad social, debidamente fortalecidos debe convertirse en un factor de integración, penetrar en zonas apartadas y facilitar la incorporación de los grupos marginados⁴³ en la comunidad nacional primero. Los sistemas de seguridad deberán enfrentarse con la geografía para proporcionar los beneficios de la cultura a todos los hombres de América Latina.⁴⁴

La problemática de la protección a la salud que enfrenta el medio rural en los países en desarrollo se pueden resumir de la siguiente forma:

- Insuficiencia de establecimientos y equipos para la atención médica, unida a la falta de recursos para construir nuevas unidades de atención.
- Escasez de médicos y enfermeras y otro personal paramédico para vivir en condiciones difíciles del medio rural.
- Dispersión de la población en considerables extensiones territoriales, con baja densidad de habitantes y deficientes en cuanto a caminos, telecomunicaciones, etcétera.⁴⁵
- Inequidad, manifestado entre los contrastes que existen entre las zonas urbanas y rurales.
- Ineficiencia, en términos de que se gasta mal lo poco que hay.

⁴³En América Latina el término marginalidad empezó a usarse principalmente con referencia a características ecológicas urbanas, es decir, a los sectores de población segregados, no incorporados al sistema de servicios urbanos (campo en contraste con ciudad, es decir, el hecho de que el Estado u otros agentes económicos puedan seguir una política discriminatoria a ciertos sectores o determinadas áreas geográficas, lo que ocurre frecuentemente como cuando la agricultura constituye un sector reprimido, discriminado u olvidado en la economía). De aquí el término se extendió a las condiciones de trabajo y al nivel de vida de este sector, se percibió entonces su marginalidad, tanto en relación con el sistema económico social de la producción, como en el sistema regulador del consumo bienes y servicio. Simultáneamente se advirtió que tal estado de marginalidad alcanzaba otros aspectos esenciales, tales como la participación política, la participación formal e informal y en general la ausencia y exclusión de la toma de decisiones, ya sea a nivel de comunidad local, de la situación en el trabajo o en el orden de instituciones y estructuras más amplias, estatales y nacionales. Ruzgá Barba Antonio, *Investigación y Reconstrucción, Administración pública y privada de los Seguros Sociales en América Latina*, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, p.p. 137.

⁴⁴En la Celebración de la XII Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santo Domingo, República Dominicana, en 1980, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Instituto Dominicano de Seguridades Sociales, elaboraron un documento titulado "Progresión y Avances de la Seguridad Social en América Latina".

⁴⁵Ibidem, Ruzgá Barba Antonio, p.p. 176

- Inadecuada calidad en los servicios públicos básicos (carencia de agua de buena calidad, condiciones no favorables de vivienda).
- Alta morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles; particularmente alta mortalidad infantil y preescolar, elevado índice de desnutrición y baja perspectiva de vida.⁴⁶
- Los costos en este sector se han incrementado por la inflación, quedando por arriba de los incrementos del índice de precios del consumidor.⁴⁷

Agravado por las creencias erróneas en cuanto a la etiología y formas de transmisión de las enfermedades, perjuicios y supersticiones, lo que conlleva a una traba más del desarrollo de la prevención y conducta a seguir ante la enfermedad. A lo anterior se agrega que no existen suficientes servicios médicos o son inaccesibles para los grandes sectores.

Hasta hace poco la visión de la pobreza, del porvenir de los países pobres, afirman los economista y los sociólogos ha sido un proceso lento desigual y en algunos momentos interrumpido, pero inescapable de la erradicación de la pobreza.

La crisis de los años ochenta no fue par la mayoría de los pobres en los países en la región de América Latina, mas que un agravante su duración, ha demostrado una crisis estructural. La pobreza se ha transformado en un problema central de la realidad latinoamericana. Cerca de 200 millones de personas, casi 45% de la población, vive por debajo de la línea de la pobreza, y aproximadamente la mitad de esta en situación de extrema pobreza por lo que la guerra contra la pobreza se ha perdido.⁴⁸

⁴⁶ *Ibidem*, Sánchez Rosado.

⁴⁷ Alba Francisco y Stern Claudio relatores, Reunión-Diálogo Centro Tepoztlán, "Las perspectivas sociales de México a mediano plazo, Este País No. 67, Octubre 1996

⁴⁸ O.p. Cit. Gestión y Política Pública, p.p.33

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, define la pobreza crónica, como aquellos que tienen ingresos insuficientes para cubrir sus carencias de tipo estructural. Estos representaban 32% en 1986.

En cuanto a los pobres de ingresos corrientes (categoría de pobres en el curso de la crisis tendieron a incrementarse en la segunda mitad de los ochenta. En 1986, las personas de este grupo se acercaban a 12% y cuatro años después, elevaron su representación a 14% de nuevos pobres.

Los salarios reales perdieron poder adquisitivo en casi toda la región en algunos casos hasta en un 50 %, el desempleo abierto urbano paso de 6.8 %, en 1970 a 8.4% en 1988.

El incremento relativo de los desempleados fue notable, pero en números absolutos fue mayor debido al crecimiento demográfico.

Con relación a esta tendencia los delegados asistentes a la segunda Conferencia Regional sobre la pobreza en América Latina y el Caribe se comprometieron a gestionar ante sus respectivos gobiernos programas de desarrollo social dirigidos a reducirla a solo 174 millones de pobres para el año 2000. En este documento será necesario invertir 2 823 millones de dólares en la década de los noventa, únicamente para atender programas prioritarios de vivienda, salud, servicios básicos y educación.⁴⁹

⁴⁹O.p. Cit, Ruezga Barba

2.3 ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

A continuación se definen aspectos relevantes en el proceso en el que se ha creado la seguridad social en nuestro país, tomando en consideración el factor tiempo para el proceso de ejecución de la política pública en la que se describe el papel pasivo y activo en el que ha incurrido el gobierno; además de darnos una visión global del sentido de continuidad, que nos facilita la asociación de políticas del pasado.

El proceso de transformación económica, política y social que el gobierno a impulsado a partir de la Revolución de 1910, se ha enfrentado a factores internos y externos que en su caso han propiciado logros o representado obstáculos, para llevar a cabo políticas de bienestar y justicia social, dentro de estas consecuencias negativas se encuentra la adopción de una política de desarrollo económico orientada hacia el crecimiento industrial como vía de solución, dicha política consideraba que la industria sería capaz de absorber a la población campesina desplazada por una economía agropecuaria sin estímulos ya que la obtención de alimentos básicos en el mercado internacional resultaba con menos costos, que la producción nacional. Esta situación origino un real crecimiento en el sector industrial, comercial y de servicios y un decremento del sector agropecuario.

En el año de 1925 se termino el primer proyecto de Ley del Seguro Obrero por accidentes y enfermedades profesionales, pero las condiciones de organización de los trabajadores y la actividad económica apenas rearticulada después de la revolución constituyeron grandes obstáculos para implantar medidas favorables a la instalación de un seguro social, que protegiera al incipiente grupo obrero, hacia 1936, se realizaron estudios para conseguir la implantación del Seguro Social, que finalmente se concretizó en 1943 con la promulgación de una ley, al anunciar esta iniciativa, se hizo hincapié que se había realizado un análisis de los proyecto anteriores y se consulto a la opinión pública, se creo así el Instituto Mexicano del Seguro Social como una institución de servicio público descentralizado, con representación del gobierno, los trabajadores y patrones y se señaló

la intención de ampliar la cobertura de estos beneficios a trabajadores desprovistos de protección contractual.⁵⁰

El grado de complejidad en las relaciones de intercambio de México con el exterior aumento en este periodo, en el que como resultado de la Segunda Guerra Mundial, se incrementaron las exportaciones en nuestro país. Lo anterior propicio un crecimiento concomitante en la planta industrial, que favoreció la implantación del Seguro Social al contarse con un sector asalariado estable y concentrado.

La seguridad social correspondiente a este modelo económico se extendió en las zonas urbanas, las que, fue mas fácil implantar el régimen del seguro social. La población campesina de acuerdo con el modelo desarrollista sería incorporada, cuando alcanzara un nivel de ingresos sostenido que le permitiera financiar el costo de su aseguramiento, mientras no se diera esta condición sería atendida en la medida de la capacidad del sistema sanitario asistencial. Se incorporaron así grupos campesinos en procesos de alto rendimiento económico, como tierras que contaban con aprovechamiento de riesgo, créditos oficiales o fuertes subsidios, se incorporaron a los servicios, mientras que la gran masa de los campesinos de agricultura de subsistencia, permanecieron al margen de toda protección, ya que el esquema sanitario asistencial, no pudo atenderlos en forma adecuada.

En 1943 se promulga la Ley del Seguro Social que sustenta la creación del Instituto de Seguro Social como un organismo de servicio público responsable de proteger a la clase trabajadora ante contingencias de enfermedad, maternidad, vejez, cesantía a en edad avanzada, determinándose que estos servicios abarcaran la inmensa mayoría de indígenas y campesinos marginados del país.

⁵⁰ Memoria de Actividades 1976-1982 COPLAMAR, Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Marginadas.

En 1954 se incorpora a la seguridad social a trabajadores asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la república. Así para 1960 el Seguro Social amplía su cobertura a los estacionales del campo y a los miembros de la sociedad de crédito ejidal, extendiéndose sus beneficios en 1963 hacia productores y cortadores de caña y 1972 a los ejidatarios del cultivo del henequen.⁵¹

A la mitad de la década de los años sesenta se observaron los claros indicios de que el modelo de desarrollo había entrado en crisis, el decremento de rendimiento de la población agrícola frente a tasas de crecimiento poblacional que ocupaban los primeros lugares del mundo, la creciente concentración del ingreso, la ineficiencia de la planta industrial para absorber la fuerza de trabajo desplazada del campo, así como el crecimiento de los sectores marginados urbanos y rurales, estos indicios repercutieron en el IMSS y amenazaron su estabilidad financiera, ya que los ingresos no crecían en la misma proporción en que ese encarecía el otorgamiento de las prestaciones.

Sin embargo ante las fuertes presiones de grupos campesinos de todo el país y la aparición de brotes violentos de inconformidad en el campo, en 1965 se adoptó la necesidad de modificar la Ley del Seguro Social, con un criterio de Solidaridad Social y para proteger los intereses de los importantes núcleos de la población agrícola.

Esta reforma modificó las aportaciones en el régimen ordinario urbano en forma tal que para las ramas de enfermedades profesionales y no profesionales, maternidad e invalidez, vejez cesantía y muerte, se redujeron las contribuciones del Estado a la mitad y se incrementaron las aportaciones patronales, con el objetivo de facilitar al Estado una mayor disposición de recursos para promover esa incorporación.⁵²

⁵¹Ibidem, IMSS Solidaridad 1988-1994, p.p. 19

⁵²Diez años de Solidaridad Social, expresión de la doctrina Mexicana de Seguridad Social Integral, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Dir. Gral. Coord. General IMSS COPLAMAR, p.p. 13

En 1966 ante la inoperancia del modelo de desarrollo adoptado y el papel que podía jugar la seguridad social en su carácter distributivo equitativo, distaban mucho de la realidad subsistían amplias diferencias y profundas disparidades económicas y sociales, la posibilidad real de incorporar a un número mayor de campesinos, no se concreto, pues las paulatinas incorporaciones de grupos campesinos que se habían dado en el pasado inmediato, se agoto su capacidad productiva, para ser incorporadas a las disposiciones vigentes, concretamente de la Ley del Seguro Social, la Ley Cañera y el Reglamento para el seguro Obligatorio de los Trabajadores del Campo, en ese periodo sexenal de Díaz Ordaz, se modernizo la administración del IMSS, mediante una reforma administrativa que tendía hacia la desconcentración operativa para lograr el equilibrio financiero del Instituto mediante una racionalización de recursos, los que proporcionalmente eran menores en tanto que los costos de operación se aumentaban, así se formó la Comisión para el Estudio de la Extensión de la Seguridad Social al Campo, los planteamientos preliminares de esta Comisión fueron en el sentido de ampliar la esfera redistributiva de una riqueza nacional tan injustamente repartida. La referida Comisión conformo la idea de un Instituto de Seguridad Social Campesina, independiente del IMSS, con novedosas modalidades en cuanto a prestaciones, cotizaciones y mecanismos de solidaridad comunitaria para el financiamiento, no obstante al analizar los costos se advirtió la inoperatividad junto con el IMSS, una estructura técnico-administrativa, por lo que se opto por plantear reformas a la Ley del Seguro Social, que hicieran viable la adopción de modalidades para el aseguramiento de la población campesina, mediante un tipo de prestaciones acorde con sus particulares condiciones y su limitada capacidad contributiva.

La mencionada Comisión rendió sus primeros frutos al ser aprobado el programa de incorporación de los campesinos de Yucatán a un régimen modificado en prestaciones y cuotas, que admitía otras modalidades al esquema de aseguramiento, dicho esquema permitió rebasar el rígido marco jurídico que hasta 1972 cerraba las puertas del Seguro Social a campesinos con limitada capacidad contributiva.⁵³

⁵³ Ibidem, Diez años de Solidaridad, p.p. 14-15

La nueva ley del Seguro surgió en la adopción de una política plenamente debatida en los que se proponía un crecimiento vertical de protección es decir, dar más prestaciones a los ya incorporados, otros por encontrar mecanismos de extensión horizontal hacia grupos no incorporados, los primeros defendían una postura de equilibrio financiero, se pronunciaban por la idea que solo debe accederse a la protección de seguridad social aquellos que tengan capacidad para pagarla y que cuando en función del desarrollo alcance esta capacidad será incorporado.

Los que finalmente impusieran su punto de vista, se pronunciaron por encontrar nuevas formas de solidaridad que hicieran posible transferir recursos de los sectores productivos y beneficiarios del desarrollo a los sectores marginados.

En esta década de los años setenta se replanteó la necesidad de revertir el proceso y estimular el sector agropecuario, para ello el gobierno mexicano propuso tres medidas fundamentales: Una nueva Ley de Reforma Agraria, Ley de Crédito Rural y una nueva Ley del Seguro Social.

En 1973 se dan cambios sustanciales en la legislación, promoviendo modificaciones a población sin capacidad contributiva, la Ley del Seguro Social de este año tuvo el objetivo trascendental para ser efectiva la protección de la salud a los trabajadores con capacidad productiva y a los trabajadores rurales con capacidad limitada y fundamentalmente para los campesinos marginados.⁵⁴

⁵⁴Ibidem

Se da así un avance legal y conceptual entre la Ley del Seguro Social de 1943 y la de 1973, apreciándose en las finalidades de la segunda "Fomentar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo con fundamento en la solidaridad, reconociéndose la existencia de un régimen complementario definido como aquel que proporciona prestaciones adicionales a las de un régimen general de seguridad social "por lo que la existencia del primero da por hecho que ya existe una estructura de protección social básica.⁵⁵

Estableciéndose así los servicios de solidaridad social, brindando un mínimo de protección a los grupos que permanecieron al margen del desarrollo nacional, para incorporarlos al sistema de aseguramiento ya existente. Estos servicios consistían en asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, de esta manera en junio de 1974 mediante acuerdo presidencial se implantaron, los servicios de seguridad social en favor de la población rural de la región ixtilera del desierto norte del país que abarca parte de los estados de Coahuila, San Luis Potosí, Zacatecas Nuevo León y Tamaulipas, para tal efecto se construyeron siete Clínicas Hospital de Campo y en atención a la Ley del Seguro Social y al mencionado acuerdo, se esperaba que el primer nivel de atención lo ofreciera la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mediante sus centros de salud; sin embargo la incompatibilidad de los dos sistemas uno con cargas económicas para el usuario y el otro vinculado a acciones de desarrollo comunal, no hizo posible tal coordinación.

Mientras el IMSS extendió su programa mediante el establecimiento de una red hospitalaria que otorgase un segundo nivel de atención a partir del supuesto de que el sistema sanitario asistencial otorgaría el primer nivel.

⁵⁵ Rodríguez Gailardo Lorenzo, Fortalecer las prestaciones Sociales, Revista de Seguridad Social No. 197

De tal suerte que para noviembre de 1976 el Programa Nacional de Solidaridad contaba con una infraestructura de servicios compuesto por 22 clínicas Hospital de campo, que solo otorgaban, consulta externa y 310 consultorios rurales. Esta infraestructura de servicios tenía capacidad para atender a una población potencialmente protegida, estimada en 3 millones 800 mil, sujetos de solidaridad social.

Al implantar el Programa Nacional de Solidaridad, se tomo en cuenta la infraestructura administrativa, técnica, jurídica del IMSS. Sin embargo se observaron dos aspectos limitantes para el desarrollo y la expansión del programa: la imposibilidad real de éste para hacer cumplir a los beneficiados, con los trabajos personales que la propia Ley le señalaba y otro factor primordial el financiamiento de la inversión y operación, ya que la extensión del programa estuvo sujeto a la posibilidad de que el IMSS pudiera destinar recursos remanentes de su operación hasta por 40% del costo de dicho programa.

La crisis económica de 1976 que se prolongo hasta el periodo de recuperación de 1979, prácticamente congeló la ampliación del programa, aunque se hicieron estudios y se plantearon alternativas para consolidar lo realizado.

A principios de 1977 se requirió de una nueva jerarquización de prioridades, a fin de superar y reorientar un modelo de desarrollo con posibilidades reales y propiciar así justicia, por lo que el gobierno federal, destino cuantiosos recursos para superar la dependencia en la importación de alimentos, así como para incorporar a los marginados al mercado interno a través de programas específicos a cargo de las entidades de la administración pública federal y de los gobiernos de los Estados.

La meta era implantar una política destinada a combatir el estado de marginación de casi el 30% de la población nacional. Fue así como se creo la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República COPLAMAR, con objeto de estudiar y proponer una atención eficaz a las necesidades de dichos grupos.

En el año 1975, el 89% de los beneficiados del Instituto Mexicano de Seguridad Social se concentraba en las ciudades y sólo el 11% en el campo; la cobertura en el medio urbano creció entre 1965 y 1976 a una tasa del 8.2 por ciento, y en el medio rural el crecimiento rural fue de 6.4 por ciento, la población cubierta constituía el 6 por ciento de la protegida por la seguridad social y solo el 2.8% de la población total del país. En referencia a los años de 1970 a 1977 fue de 8.9% y la población carente de recursos se a un ritmo de 1.2% anual, existiendo para 1977 un total de 41 millones 717,804 habitantes sin seguridad social.

Para 1978, la cobertura poblacional de las instituciones de seguridad social, estaba determinada básicamente por la disponibilidad de los recursos físicos y humanos para atender las necesidades de seguro social. Asimismo para este año la cobertura poblacional de las instituciones con mayor cobertura de servicios fue en los sectores productivos de la sociedad descuidando a los sectores marginales. Así para el 25 de mayo de 1979, el gobierno de la República confiere al Instituto Mexicano de Seguro Social y a la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República, con la finalidad de operar Unidades Médicas Rurales y Clínicas Hospital de campo, a través del Programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria IMSS-COPLAMAR. Con este programa se pretendió establecer y operar los servicios médicos preventivos y curativos de educación para la salud, orientación nutricional, promoción del saneamiento ambiental y otros servicios que se destinan a poblaciones que no cuentan con los mismos o que son inexistentes en la comunidad.

El Estado mexicano adoptó la decisión de ampliar aceleradamente los servicios de Solidaridad Social en el ámbito rural para proteger inicialmente a 10 millones de personas; asimismo COPLAMAR instrumentó convenios específicos con varios gobiernos de los Estados en brindar apoyo directo que estuviera a su alcance para la promoción y organización de los trabajos comunitarios, asimismo estableciendo acuerdos

con dependencias del Gobierno Federal, con lo que se apoyo a las comunidades a realizar su trabajo y de esta forma lograr la continuidad de los servicios médicos.

En el periodo 1979-1981, el Instituto construye y pone a funcionar con recursos de la federación y la participación de la población rural, contando con 30 hospitales de segundo nivel y 2,715 unidades medicas de primer nivel, la mayor parte de estas ubicadas en comunidades de difícil acceso. Para 1981, se contaba con una red regionalizada de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales que cubría a mas de 10 millones de indígenas y campesinos.⁴⁶

El Programa Nacional de Solidaridad Social en 1981 tenia una capacidad instalada para atender a mas de 18 millones de habitantes del medio rural contando con 536 municipios y la posibilidad de dar acceso a la medicina institucional a 27 mil 523 localidades en las 31 entidades federativas. Otorgando en este mismo año los servicios de salud a un total del 25% de los habitantes del país y El 63% dela población rural.

Finalmente en Febrero de 1983 el derecho a la salud se elevo a rango constitucional, se da el compromiso de ejercer acciones de coordinación y apoyo, a efecto de incrementar una participación solidaria que afronte la crisis económica y su secuela de deterioro en las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Lo que requirió de una voluntad política y capacidad financiera para llevar a cabo el programa de inversión y operación; apoyándose en la normatividad de la ley que faculta al IMSS a proteger a la población marginada, lo que contribuyo a la ampliación de recursos para expandir la cobertura, dejando de lado las alternativas de crear un órgano expreso, o de organizar estos programas a través del esquema sanitario asistencial.

⁴⁶ *Ibidem*, Diagnóstico de salud..., p.p. 17-19

En marzo de 1984 se crea por decreto, el comité de operación y los consejos estatales de vigilancia del programa IMSS-Solidaridad con la finalidad de apoyar y evaluar la atención prestada a la población rural. Lo que replanteó la contraprestación del compromiso de la comunidad de participar voluntariamente, y de manera continua, sistemática y organizada en la realización de obras y acciones que contribuyen a un mejor estado de salud individual, familiar y colectivo.

Para 1985 el modelo entra en una fase de consolidación lo que posibilita una adecuación continua a las necesidades de los equipos de salud de las unidades medicas y de la población solidariohabiente, contando con documentos de apoyo de capacitación institucional, asesoría al sistema de información y lineamientos de evaluación y seguimiento, en especial los relativos a la autoevaluación anual de las delegaciones.

Entre 1985 y principios de 1988 se descentralizan los servicios de salud de acuerdo al decreto del Ejecutivo Federal en 1984 en 14 estados de la república, el seguro social transfiere a los gobiernos estatales, 23 hospitales rurales y 911 unidades médicas. Lo que dio como resultado que el programa IMSS-Solidaridad quedo circunscrito a 17 estados de la República: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En dichas entidades en Diciembre de 1988 el programa tenia funcionando 51 hospitales rurales y 2 323 unidades medicas rurales, con la que se cubria un total de 9.9 millones de solidariohabientes.⁵⁷

⁵⁷ Ibidem, El programa IMSS-Solidaridad 1988-1994, p.p. 21

2.4. SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

La atención médica en nuestro país se proporciona a través de los siguientes sistemas: seguridad social, atención privada y asistencia pública.

- Los sistemas de seguridad social incluyen la atención médica como una de las principales prestaciones de sus agremiados y en los últimos años se ha incrementado, por estos sistemas tienen atención médica los obreros a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, los empleados del gobierno federal mediante el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado y los miembros del Ejército de la Armada a través de los servicios médicos específicos de la Secretaría correspondiente; (como en todo el mundo, las fuerzas militares en América Latina son un grupo, favorecido y su salud esta bien protegida como alta prioridad política) la Marina y los servicios médicos de PEMEX.⁵⁸
- La atención médica privada se proporciona individualmente a grupos de empleados de empresas, particulares, constituyendo un cuerpo muy heterogéneo, en donde coexisten desde la medicina tradicional hasta el hospital urbano altamente especializado (generalmente considerada como alternativa para la clase media y alta).
- Entre lo servicios médicos asistenciales destacan los que proporciona la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la población que no tienen acceso a la seguridad social ni a la atención privada.

⁵⁸ Roemer Milton, Perspectiva Mundial de los servicios de Salud, Primera Edición en Español, 1980, Siglo XXI Editores, S.A. p.p. 110

En los últimos años surgieron en el medio rural clínicas y hospitales del sistema IMSS-COPLAMAR, que aunque son servicios coordinados con el Instituto Mexicano del Seguro Social, el tipo de sistema en la práctica es de tipo asistencial.⁵⁹

2.4.1. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Entre los países en desarrollo existe una gran diversidad de características y desempeño del sector salud, pero en la mayoría de los casos dicho sector enfrenta tres problemas principales en su financiamiento; generados en parte por el empeño de los gobiernos en sufragar todos los costos de una atención universal de salud, recurriendo a los ingresos fiscales generales.

- I. Asignación.- Gasto insuficiente en actividades relacionadas con la salud, aunque el gasto es sustancial, no es suficiente en la proporción que de él corresponden a servicios de salud básicos, por el rápido crecimiento de la población.
- II. Ineficiencia interna de los programas públicos.- La insuficiencia en gastos ordinarios como medicinas, combustibles y mantenimiento, es crónica, a menudo la calidad de los servicios de salud es baja y edificios y equipos deteriorados

⁵⁹Ibidem. Ruzga Antonio

III. Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud.-

La inversión en costosas tecnologías modernas sirven a unos pocos, mientras resulta ineficiente la dotación de fondos para las intervenciones simples y de bajo costo para el grueso de la población.⁶⁰

Si comparamos la inversión en salud de México con el resto de los países latinoamericanos podemos. Según datos del Banco Mundial el PIB per cápita en México para 1988 fue de US\$ 3,030. En Latinoamérica solo Puerto Rico tuvo un PIB per cápita superior, con US\$ 6 320. México encabeza la lista de países considerados como de ingresos medios en la región (Argentina, Brasil, Chile, Colombia; Costa Rica, Panamá, Uruguay y Venezuela); cabría esperar por lo tanto indicadores de salud muy favorables en comparación con el resto de las naciones latinoamericanas, especialmente la de bajos ingresos.

Sin embargo México ocupa el noveno lugar en mortalidad infantil y el séptimo en esperanza de vida al nacimiento, junto con Ecuador el país más pobre de los 19 considerados en el análisis. Con referencia a la tuberculosis, a México le corresponde el noveno lugar, con una tasa que casi duplica el país que ocupa el octavo sitio. Así todos los países de ingresos medios, salvo Brasil presentaron menores tasas de mortalidad infantil y tuberculosis, así como una esperanza de vida más alta que México.

⁶⁰ "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo una Agenda para la Reforma", Económica de la Salud, traducción preparada por la Organización Panamericana de la Salud con autorización del Banco Mundial, del resumen del documento Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study, Banco Mundial, Washington, DC, 1987, p.p. 148-149

En referencia al gasto en salud per cápita México ocupó el quinto lugar en la región con el mismo que Venezuela. El país con mas alto gasto Argentina, asigno 65% más de recursos para la salud que México.

El porcentaje del PIB dedicado a la salud es un indicador comúnmente utilizado para analizar la insuficiencia o el exceso del gasto en este rubro del bienestar; para 1992 el gasto en Salud en México fue aproximadamente 5.3 del PIB en salud, lo que significó alrededor de NS\$5 000 millones, una inversión inferior al promedio latinoamericano para 1990 (5.7%). Dado el nivel de ingresos de nuestro país, se esperaba un gasto por arriba de este promedio. Según datos del Banco Mundial; en 1990 México ocupó, junto con Perú el penúltimo lugar en porcentaje del PIB asignado a la salud. Chile Brasil y Argentina dedicaron de su PIB per cápita, 24% más que México.⁶¹

Tradicionalmente el gasto público y el gasto privado se miden de acuerdo al fondo administrador. El gasto público es la suma de los gastos administrados por las instituciones de seguridad social y las instituciones públicas que atienden a la población no derechohabiente, independientemente del origen de los recursos. Del gasto total de 4.82 por ciento del PIB, el 2.76 corresponde al gasto público y el 2.06% corresponde al gasto privado. Como porcentaje total el 57% corresponde al gasto público y el 43% al gasto privado. (Apéndice No.1)

⁶¹ Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final, Fundación Mexicana para la Salud A.C. Segunda Edición, 1995

FINANCIAMIENTO DE SALUD POR FUENTES Y FONDOS
(MILLONES DE NS)

Apéndice No. 1

Fuentes Fondo	Fondos Seg. Social	Fondos para los no asegurados			Fondos Privados	TOTAL X Fuente
		IMSS SOL	PRO NASOL	OTROS		
Primarios						
Hogar	4590.9	N.A	N.A	N.A.	594	24184.9
Empresa	13669.1 N.A	N.A	N.A		1490.2	15159.3
Secundarios						
Gobierno Estatal	3959.1	643.3	310.2	5241.9	199.2	10353.7
Gobierno Federal	145.0	N.D.				145.0
O.N.G. Nacionales	N.A	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D.
O.N.G. Internacionales	N.A	N.D.	N.D.	N.D.	N.D	N.D
TOTAL	22 364.1	643.3	310.2	524.1	20283	49842.9
% GRAN TOTAL	44.87	1.29	.62	10.52	42.7	
% PIB	2.16	.06	.03	.51	2.06	4.82
	Gasto público	28 559.5			Gasto privado	21 283.4
	%PIB	2.76			%PIB	2.6 ⁴²

⁴²Cabe mencionar que la suma del porcentaje del PIB de 4.82, se estimo a partir de una base convencional, ya que para calcular el gasto privado en salud se utilizó como fuente principal al gasto informado por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares de 1992. Si se toma como base del calculo para el sector privado la cifra de las Cuentas Nacionales en Salud en relación al "Gasto privado en cuidados médicos y conservación de la salud" este porcentaje alcanza el 5.7% del PIB. En este estudio se opto por la medición intermedia Las cuentas Nacionales de Salud y el financiamiento de los servicios, No. 7 de la serie Economía y Salud", Fundación Mexicana para la salud, 1994, p.p. 50-51 Las siglas N.D. = No determinados N.A., = No Analizados

En este cuadro se evalúan los flujos financieros entre fuentes y fondos; las fuentes están integradas por los recursos canalizados a las actividades de la salud de las empresas, los gobiernos y los hogares. A su vez los fondos están constituidos por los ahorros para la seguridad social en los que se integra las cuotas obrero y patronales y las contribuciones del gobierno, los fondos para los no asegurados, que incluye los subsidios del gobierno, los fondos para el seguro médico privado que integran las primas pagadas para cubrirlos en conjunto con el gasto privado "de bolsillo".⁶³

El total de los ingresos correspondientes a aportaciones de gobierno Federal fue de NS\$643.3.

En esta matriz se tomo la información proporcionada por la SSA, y en referencia a la aportación del gobierno federal en relación al rubro de infraestructura de salud y Hospital Digno dentro del programa de solidaridad para el Bienestar social por NS\$10.2.

El PRONASOL opera exclusivamente como fondo administrados de recursos, los cuales se distribuyen en SSA (NS\$ 256.7) y en el programa IMSS-Solidaridad (NS\$ 3.5).

Aunque no ha quedado claro el monto total de los recursos de PRONASOL, ni como se asignan estos recursos a las dependencias responsables de llevar a cabo los programas. Asimismo se cuenta con cifras de los préstamos otorgados por el Banco Mundial de 3 000 millones de dólares desde 1982 en el que la salud es un componente importante.⁶⁴

Las operaciones de préstamo en más de treinta países se han concentrado en programas de atención básica de la salud, (comprenden la ampliación de la atención primaria provisión de medicamentos y apoyo para el adiestramiento y asistencia técnica). En la consecución de préstamos no solo se concentra en el financiamiento, sino también en cuestiones como la asignación apropiada de inversiones con criterio de eficacia en

⁶³Ibidem.59-99

⁶⁴Salud, La sociedad civil frente a los desafíos Nacionales, Primera Edición, Fundación Mexicana para la Salud, p.p. 115

función del costo, el diseño de programas de salud sostenible y la necesidad de mejorar la administración,⁶⁵ aún con lo anteriormente mencionado estas cifras no se reflejan en la matriz.

Tradicionalmente, el análisis del financiamiento de los servicios de salud se ha basado en la clasificación del número y monto de las fuentes que lo financian. Así se clasifica el sistema como unipartita cuando el servicio se financia primordialmente a través de una sola fuente (como es el caso del gobierno para la asistencia social); sin embargo en las instituciones públicas, que atienden a la población no asegurada, se observa una creciente utilización de las cuotas de recuperación como fuente de financiamiento.

Es así como se deduce que el análisis del financiamiento de los servicios de salud, pues no permite detectar el crecimiento de fuentes y fondos marginales, monitorear los cambios en los flujos financieros, instrumentar una estrategia sistematizada de movilización de recursos, promover, supervisar y evaluar los intercambios económicos entre instituciones, producto de la mezcla publico-privada.

Aunque los gobiernos continúen procurando resolver los problemas concernientes al nivel adecuado de financiamiento para la salud y la distribución apropiada de los recursos gubernamentales en el sector, es improbable que en el futuro previsible los gobiernos recurran a un incremento del gasto financiado con endeudamiento o impuestos o a la reasignación de recursos de otros sectores para mejorar la atención a la salud, aunque tales aumentos o readjudicaciones se justificaran tanto desde un punto de vista social o económico: esta alternativa reduciría la responsabilidad del gobierno en cuanto al pago de los servicios de salud que rinden escasos beneficios a la sociedad, de esta forma se dispondría de un mayor caudal de recursos del gobierno para sufragar los servicios que proporcionan beneficios considerables a toda la sociedad. De esta forma al

⁶⁵Horwit Abraham, Dir. Emerito en la Oficina Sanitaria Panamericana, "Evaluación del desarrollo", citado en Financiamiento de la Salud

relevar el gobierno la carga de expender fondos públicos a fin de costear atención de salud para los ricos, liberaría recursos y de esta forma podría gastarse más con destino a los pobres.⁶⁶

Es cierto que un mayor gasto o una mayor disponibilidad de recursos no se traducen necesariamente en mejores niveles de salud. No obstante el hecho de que las condiciones en este rubro del bienestar sean superiores en los países latinoamericanos que gastan mas en él, sugiere que si México asignará mayor parte de su riqueza nacional a la salud, obtendría mejores resultados.

Se requiere una transformación de fondo en el aspecto del gasto público no se debe basar en la mera reducción cuantitativa del gasto público. La cuestión de fondo es rediseñar su gestión bajo criterios cualitativos distintos. La administración pública debería planificar nuevos patrones de asignación de los recursos que maneja, movilizar integralmente la capacidad ociosa humana y material existente.⁶⁷

⁶⁶ Ibidem. El Financiamiento de la Salud. p.p. 146

⁶⁷ Op. Cit. Klisberg Bernardo, ¿Cómo transformar...

CAPITULO 3

3. PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

3.1. DIAGNÓSTICO DE PROBLEMÁTICA DE SALUD EN ZONAS MARGINADAS EN MÉXICO

En general en el diagnóstico que presentan los planes municipales, existe una tendencia por realizar un análisis descriptivo, sin establecer ni señalar de manera general los elementos causantes del problema, aunque también se mencionan los que influyen en él: por lo que se debe hacer notar hacia el contexto donde se desarrollan estos programas y la causas de los problemas aunado a que no existen diagnósticos que puedan considerar integrales y comprensivos del total de la realidad del municipio en sus aspectos económicos, políticos y sociales y de estos en sus interrelaciones con el gobierno municipal y con los otros ámbitos del gobierno.⁶⁴

Si se cuenta con un diagnóstico situacional es el elemento más importante de los sistemas de atención médica, idealmente este debiera ser siempre sincrónico, pero solo logrando un sistema nacional de información de la salud que, pueda suministrar el conocimiento pertinente en tiempo real, mientras tanto debemos conformarnos con hacer análisis periódicos. Este diagnóstico nos debe de mostrar el area de cobertura, analizando sus problemas de salud, cuales son los medios que tienen para prevenir, curar o controlar las enfermedades y como interactuan los valores sociales de los diversos

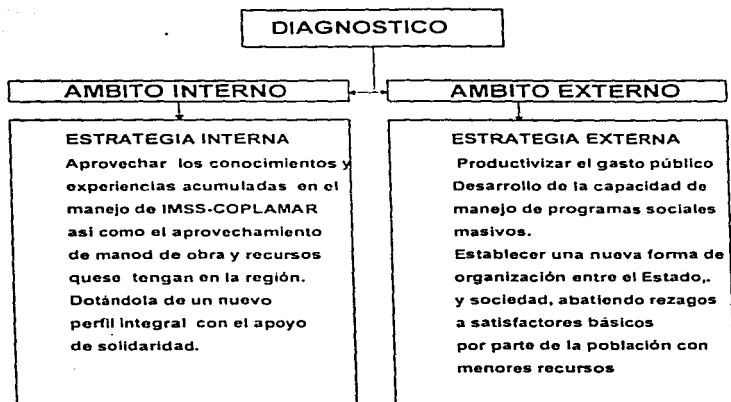
⁶⁴ Op. Cit. Gestión y Política p.p. 163-164

grupos sociales, será posible que razonablemente se orienten las acciones para lograr un impacto positivo en la población.

En el caso del IMSS-COPLAMAR en cada unidad se tiene un rotafolio actualizado con los datos significativos y pertinentes para orientar la acción comunitaria y del personal institucional, lo que ha permitido un alto grado de descentralización gracias a esa participación comunitaria y del personal institucional. Aquí cabe recordar la frase del médico y filósofo francés contemporáneo, Georges Canguilhem "para actuar, cuando menos hay que conocer".⁶⁹

El diagnóstico efectuado en 1981 en las zonas marginadas rurales, dio como premisa de un concepto mas integral del proceso de salud-enfermedad y visualizarlo como un fenómeno determinado por la interacción compleja de entorno social y ecológico, tomando en cuenta por supuesto el momento histórico e ideológico de estas comunidades y que enfrentan este proceso de diversa forma, el enfoque utilizado, suponía la obligación de otorgar a la población con oportunidad y eficiencia, servicios de salud accesibles retomando el ámbito cultural y geográfico, respetando el derecho de participación del ciudadano, implicando un compromiso entre ambas partes participantes, lo que suponía la realización de propuestas concretas acordes con las necesidades locales.

⁶⁹Cordera Armando, Kuthy José, Sucilla Hector, Diagnóstico situacional en sistemas de atención médica, Vol. 28, Num. 3, Mayo-Junio, 1986



AMBITO EXTERNO

La magnitudes de la crisis en los ochenta según indicadores de la CEPAL fueron los siguientes:

- El producto interno Bruto de los países de la región declino acentuadamente.
- La deuda externa se multiplicaba por 14 aproximadamente en una década pasando de 25 000 millones en 1973 a 353 millones de dólares. Lo que demostró que la historia del desarrollo de los países centrales y periféricos, muestra que el aparato estatal ha expandiendo sus funciones y atribuciones sobre todo en los periodos de crisis económica, durante los cuales resulta esencialmente necesario que un poder

central controle los desequilibrios provocados por dicha crisis y busque el camino para salir de ella.

- Asimismo la tasa internacional de intereses continuo siendo en términos nominales y reales mucho más alta que la que rigió durante los primeros setenta años de este siglo, la reducción que tuvo lugar en 1986 ha sido compensada por el incremento que se ha producido durante los presentes años.
- Fuerte deterioro en los términos del intercambio de la zona, con el resto del mundo disminuyendo el total de exportaciones Latinoamericanas.
- El ingreso de capitales se redujo drásticamente.
- La inflación subió a tasas aceleradas, el índice de precios al consumidor en la región aumento considerablemente.

Asimismo se elaboran al respecto un conjunto de recomendaciones de política económica, centradas en la dinamización interna de las economías y el aprovechamiento en profundidad de las políticas de la integración regional.

Entre las principales demandas son:

1. Productivizar el gasto público.- Planificar nuevos patrones de asignación de recursos.
2. Articulación sustantiva del aparato estatal y desenvolvimiento de las capacidades para gerenciar complejidad.- Buscar una integración entre el nivel central y regional mediante mecanismos de articulación sustantiva real y no formal; desarrollando a su vez estrategias de intervención organizacional; a través de el reforzamiento de las capacidades de inteligencia en la gerencia, lo que supone la introducción de nuevos mecanismo pensantes y el uso intensivo de la investigación.
3. Desarrollo de la capacidad en el manejo de programas sociales masivos.- Las agudas consecuencias sociales de la crisis deberán ser paliadas a través de programas de amplios alcances abarcando niveles de nutrición, vivienda y salud.
4. Promoción de las posibilidades productivas de la sociedad civil.- Estimular y promover la promoción social.

5. Nuevos mecanismo de evaluación.- Uso optimo de recursos y maximización de recursos, apoyándose en una evaluación de alta precisión, para realizar los ajustes pertinentes en la implementación.
6. Fortalecimiento de la capacidad de gestión regional y aprovechamiento pleno de su potencialidades.- Supone la puesta en marcha de amplio, programas de integración, buscando mecanismo que faciliten al máximo la solución, tomando en cuenta las capacidades económicas y técnicas que concentran los Estados de la región, que les permitan negociar un conjunto de condiciones adecuadas, buscando a su vez nuevos espacios de integración.⁷⁰

AMBITO INTERNO

MARCO ECONÓMICO

El acelerado crecimiento demográfico de los cincuenta y de los sesenta provocó un rápido crecimiento de la población en edad de trabajar y en la fuerza de trabajo del país, generándose con esto un sesgo urbano que registro el crecimiento de la población económica mente activa como consecuencia de la orientación sectorial, crecimiento económico y de los efectos de las políticas económicas que la sustentaron.

El estancamiento económico a partir de 1982 provoco la nula creación de nuevos empleos por lo menos hasta 1986, lo que habría implicado que el aumento de cuatro millones de personas en la población económicamente activa que se registro entre 1982 y 1986 no encontrase ocupación remunerada y por lo tanto tuvo que ocuparse en actividades no remuneradas o encontrarse en desocupación abierta.

El deterioro de la estructura ocupacional durante los ochenta constituye así uno de los factores que contribuyeron más a acrecentar las condiciones de pobreza y de pobreza

⁷⁰Op Cit., Kliksberg Bernardo, ¿Como transformar el Estado?, p.p.14-16, 24-29

extrema. Como se sabe, un bajo crecimiento de la productividad laboral impone en última instancia, restricciones para el crecimiento no inflacionario de los salarios, por su parte el mantenimiento de los contrastes sectoriales de productividad incide en la desigualdad de los ingresos que perciben los hogares.

Sectores como el agropecuario la industria de la construcción y los servicios comunales y sociales, acrecentaron su productividad a tasas menores que el promedio nacional, en tanto que actividades como las de extracción y refinación de petróleo, las manufacturas, la generación de electricidad y las comerciales, lo hicieron a tasas relativamente más dinámicas. La productividad agrícola se mantuvo constante en la segunda mitad de esta década iniciando una incipiente recuperación durante el primer lustro de los ochenta, sin embargo esto fue producto mas del deterioro de la productividad de las otras actividades económicas que del mejoramiento sistemático de la productividad agropecuaria.

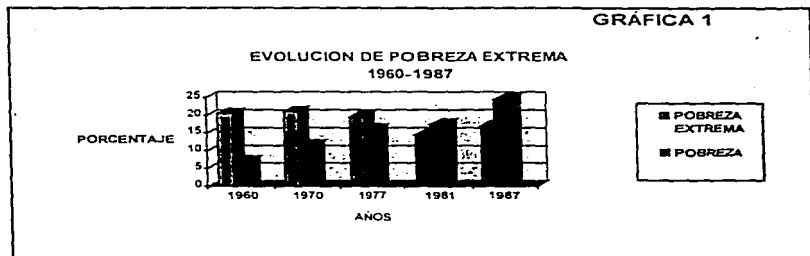
Los efectos de la crisis a principios de los ochenta revistieron de manera dramática entre 1981 y 1984 el número de personas en condiciones de pobreza absoluta que se incremento entre 10 y 13 millones y en cuatro millones más en los siguientes años para alcanzar en 1988 un total de entre 40 y 50 millones de mexicanos en condiciones de pobreza absoluta.⁷¹

A partir de 1981 la población en condiciones de pobreza extrema, por otra parte, se incremento en términos absolutos de acuerdo con las estimaciones fue del orden de entre 2.5 y 41% millones de personas, el cual represento entre 22 y el 41% del aumento

⁷¹Existen controversias en las cifras del estudio de la pobreza extrema realizadas desde 1984 por el Instituto Nacional de Estadística; Geografía e Informática y la Comisión Económica para América Latina, entre 1989 y 1992 la población en situación de pobreza extrema, es decir la que tiene ingresos inferiores al costo de una canasta básica, se redujo de 18.8 a 16 por ciento del total, esto es cerca de 15 millones a 13 y medio de personas. De hecho la controversia se ha iniciado con anterioridad al Informe Presidencial de Salinas cuando el INEGI y la CEPAL dieron a conocer los resultados de sus estudios sobre la pobreza extrema, Sarmiento Sergio, "Las Cifras de la pobreza", Este país, Diciembre de 1993, p.p. 17

natural de la población registrada en el país en 1981 y en 1988 entre 18 y 23 millones de mexicanos se encontraban, en condiciones de pobreza extrema.⁷²

Evolución de la pobreza en México. (Gráfica 1)



Fuente: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. El Nacional 1990

Actividades económicas

Para 1991 la información obtenida señala que 74% de los trabajadores tienen actividades relativas al sector primario de la economía, el resto la conforman una infinidad de ocupaciones entre las que destacan la de comerciante(5.4%), obrero o albañil (4.5%) y empleado (3.8%).⁷³

⁷²Hernández Laos Enrique. Crecimiento económico y pobreza en México. Universidad Autónoma de México, Primera Edición 1992

⁷³Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México. Coordinación General del Programa INSS-Solidaridad México, 1992, p.p. 49

Asimismo la investigación resalta que es difícil ubicar estrictamente la ocupación del jefe de familia, ya que debido a su condición social, en la que el rendimiento de su parcela no permite al campesino satisfacer sus necesidades básicas lo que lo obliga a emplearse en diferentes oficios, razón por la cual se puede desplazar hasta en tres ramas económicas.

Las condiciones materiales de la tierra tampoco han cambiado, pues se trata de suelos pobres y muy trabajados que carecen de humedad durante la mayor parte del año, por otra parte, los insumos para la agricultura mas desarrollada (maquinaria y abonos químicos entre otros) están fuera del alcance de los campesinos de las zonas rurales marginadas. A cambio de estas carencias, la organización social de las comunidades rurales se mantiene sólida y eficiente, ya que ha logrado que estas permanezcan a lo largo de los años ⁷⁴

MARCO SOCIAL

Educación

De acuerdo con el censo de 1990, existen en el país seis millones 411 mil 972 habitantes de alguna lengua indígena, lo que representa 7.9% de la población total, esta población vive en condiciones notablemente más precarias que el resto de la sociedad nacional, lo que se refleja en un elevado analfabetismo 38.4% entre los mayores de 15 años de edad; una tasa de participación en la actividad económica exremadamente baja, y con condiciones sanitarias de la vivienda sumamente pobres y adversas a la salud.⁷⁵

⁷⁴ El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994, IMSS, Primera Edición 1994, p.p. 55

⁷⁵ Op. Cit. , Sepúlveda

De acuerdo con la encuesta levantada por el Colegio de México en una muestra representativa de comunidades rurales, se detectó que tenían el mismo nivel educativo que habían tenido veinte años antes, y las personas que habían migrado de esas comunidades, probablemente porque tenían estudios no aparecían en el estudio.⁷⁶

Vivienda

En cuanto a la peculiaridad de la vivienda, para 1986 solo 14.2 por ciento de las viviendas contaba con material industrial en sus muros y techos 28.2% eran de material de la región y 32.6 estaban contruidos con mezcla de materiales industriales y regionales. Asimismo para 1991 el 50 por ciento de los pisos de la vivienda era de cemento.⁷⁷

Población y Salud

Su dinámica demográfica se ha caracterizado por altas tasas de fecundidad, elevada mortalidad y una fuerte emigración de sus comunidades

Por lo que se refiere a la tasa global de fecundidad, después de mantenerse en niveles de alrededor de 6.7 hijos en la década de los cincuenta y setenta, se redujo a 3.7 en 1986. Sin embargo, en la población rural, la tasa continúa siendo de 6 hijos por mujer (se conoce como tasa de fecundidad al promedio de hijos que se espera de una recién nacida sujeta a una ley de fecundidad a lo largo de toda su vida reproductora, en ausencia de mortalidad).⁷⁸ En 1993 la Secretaria de Salud, publicó el libro *La salud de los pueblos*

⁷⁶ "Debate, La Cultura de la Miseria", Segunda Parte y Ultima Parte, Este País, . Noviembre-Diciembre, 1994, p.p. 20

⁷⁷ Ibidem., Diagnóstico de salud., p.p.54

⁷⁸ Bonfil Batalla, Guillermo, *México profundo*, Primera Edición, Ed Grijalbo, México 1990

indígenas en México, en el que se destacan las principales causas de enfermedad entre los indígenas, el primer sitio la ocupan las infecciones respiratorias agudas, seguidas por las del aparato digestivo.⁷⁹

En lo que se refiere en la actualización de los diagnósticos locales de salud efectuados durante el sexenio de Salinas, permitió conocer que entre los principales padecimientos que afectan a la población indígena amparada por el programa, dentro de los mencionados anteriormente destacan las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las infecciones de vías digestivas y respiratorias, la desnutrición y las enfermedades sujetas a control epidemiológico, cuyas tasas son mayores a las registradas en todos los ámbitos del programa.

Este panorama adquiere su expresión mas dramática en las cifras de mortalidad. El grupo de los menores de cinco años tiene un peso relativo superior en la población indígena al que tiene en la nacional (26% frente al 20%) y la proporción de los preescolares en el total de fallecimientos es mucho mayor en los municipios con más de 70% de indígenas (14.1% con relación al total nacional 4.8%).

Abundando el perfil epidemiológico de la población indígena, esta muestra importantes diferencias respecto al nacional. Mientras que para todo el país, las cinco principales causas de mortalidad corresponden a enfermedades no transmisibles, la mortalidad indígena incluyo entre sus primeras cinco causas a tres tipo de infeccioso. El sarampión que apareció como brote epidémico entre 1989 y 1990. Las enfermedades infecciosas intestinales representaban en 1990 la primera causas de defunción en algunos municipios indígenas, mientras que a nivel nacional ocupaban el séptimo lugar.

⁷⁹Sepúlveda Amor Jaime, "La salud de los pueblos indígenas de México", Revista Examen, Año 5, No. 59, Abril 1994.

Aunque las enfermedades del corazón y accidentes aparecen respectivamente como la segunda y tercera causa de muerte más importante en los municipios indígenas, los valores que registra sus tasas son muy inferiores a las nacionales.

Entre las 20 principales causas de muerte existen algunas cuyo peso relativo es mayor en la población indígena. Tal es el caso de deficiencias de la nutrición, que ocupa el sexto sitio frente al undécimo lugar nacional; la tuberculosis pulmonar, en un décimo lugar frente al decimosexto a nivel del país, y las anemias, que ocupan el decimotercero frente al decimoséptimo lugar. Otros males pierden peso relativo entre la población indígena, como los tumores, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares.⁴⁰

En resumen, el perfil de la mortalidad de la población indígena es propia de las sociedades menos desarrolladas, predominando las llamadas enfermedades de la pobreza. Las causas de muerte características del desarrollo, si bien están presentes, tienen un peso notablemente menor.

La diversidad surgida de este mosaico multiétnico y pluricultural, plantea una gran heterogeneidad de creencias, hábitos y costumbres. Los pueblos indígenas en el país conservan y practican sus culturas y sus formas de organización social y administrativas, cuentan con sus esquemas de cooperación, que sustentan su propia solidaridad. Estos elementos llevan al establecimiento de una dicotomía, ya que por un lado constituyen un gran potencial para los objetivos del Programa y por otro lado su incomprensión corresponde a un choque cultural.

⁴⁰Ibidem

Aunque las enfermedades del corazón y accidentes aparecen respectivamente como la segunda y tercera causa de muerte más importante en los municipios indígenas, los valores que registra sus tasas son muy inferiores a las nacionales.

Entre las 20 principales causas de muerte existen algunas cuyo peso relativo es mayor en la población indígena. Tal es el caso de deficiencias de la nutrición, que ocupa el sexto sitio frente al undécimo lugar nacional; la tuberculosis pulmonar, en un décimo lugar frente al decimosexto a nivel del país, y las anemias, que ocupan el decimotercero frente al decimoséptimo lugar. Otros males pierden peso relativo entre la población indígena, como los tumores, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares.⁴⁰

En resumen, el perfil de la mortalidad de la población indígena es propia de las sociedades menos desarrolladas, predominando las llamadas enfermedades de la pobreza. Las causas de muerte características del desarrollo, si bien están presentes, tienen un peso notablemente menor.

La diversidad surgida de este mosaico multiétnico y pluricultural, plantea una gran heterogeneidad de creencias, hábitos y costumbres. Los pueblos indígenas en el país conservan y practican sus culturas y sus formas de organización social y administrativas, cuentan con sus esquemas de cooperación, que sustentan su propia solidaridad. Estos elementos llevan al establecimiento de una dicotomía, ya que por un lado constituyen un gran potencial para los objetivos del Programa y por otro lado su incomprensión corresponde a un choque cultural.

⁴⁰Ibidem

Es así como el Programa IMSS- Solidaridad⁴¹ en su operación ha ampliado la cobertura para la atención a la salud de la población sin capacidad contributiva y a costos muy razonables, se trata de un programa de gobierno que ampara a los habitantes ubicados en otras áreas rurales de gran pobreza. La administración ha quedado bajo la responsabilidad del IMSS en 17 Estados de la República. En los otros Estados los gobiernos locales han asumido esta responsabilidad.⁴²

El Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, estratifica los Estados del país en cinco grados de marginación, muy alta y 14 de marginación media y el resto de las entidades federativas en los grados de marginación baja y muy baja. En los de mayor índice de marginación Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo, Zacatecas, Puebla y Veracruz. (CUADRO A- 1)

⁴¹Los principales diseñadores y responsables de las políticas tomaron un a decisión trascendental al utilizar parte de lo que podría considerarse como el "dividendo de ajuste " para financiar un programa de mayor participación social en el proceso de desarrollo. Este dividendo se integra con recursos gubernamentales con provenientes de recortes previos al gasto público, incrementos en la recaudación fiscal, ganancias obtenidas de la privatización bancaria y otras empresas públicas, menores tasas de inflación y recuperación de los préstamos internacionales (incluidos los fondos del Banco Mundial para la construcción de infraestructura relacionada con los estados prioritarios de Chiapas, Guerrero, Oaxaca e Hidalgo). Estos recursos, permitieron financiar, de manera no inflacionaria, las crecientes actividades de Pronasol (Podría sostenerse, con cierta base que muchas actividades de Pronasol sólo constituyen la reanudación de programas gubernamentales anteriores, recortados durante la crisis y el ajuste fiscal de los ochenta.) Roert Riordan, La Liberación económica y política de México, "Hacia la Quinta Crisis" por Miguel Basañez, Ed Siglo Veintiuno Editores, p p.132

⁴²Ibidem, Programa IMSS SOLIDARIDAD

ÍNDICE DE MARGINALIDAD POR ESTADO

Cuadro A-I

Muy	Distrito Federal Nuevo León Baja California	Alta	Querétaro Guanajuato Michoacán Yucatán
Baja	Coahuila Baja California Sur Aguascalientes Chihuahua Sonora Jalisco Colima Tamaulipas Estado de México Morelos		Campeche Tabasco Zacatecas San Luis Potosí
	Media	Muy Alta	Puebla Veracruz Hidalgo Guerrero Oaxaca Chiapas
			Quintana Roo Sinaloa Nayarit Tlaxcala Durango

Fuente: GEA.(Grupo de Economistas y Asociados) con información CONAPO⁸¹

El programa proporciona atención a 43 grupos étnicos que representan 76% del total nacional, solo en Coahuila, Tamaulipas y Zacatecas, no existen unidades médicas en zonas habitadas por indígenas.

En el caso de los pueblos indígenas de México, la pobreza y la marginación social, condiciones que tienen hondas raíces históricas, se encuentran en la base de la patología descrita, que los sitúa en el polo rezagado de la transición epidemiológica que en las últimas décadas ha operado den el país y que tiende a llevarlo a perfiles equivalentes a las sociedades más avanzadas.

⁸¹ "Pobreza en México ", Este País, Julio 1994, p.p. 54

Mientras el desarrollo nacional no alcance en toda su dimensión a los indígenas en términos de infraestructura básica, oferta de empleo, igualdad en la impartición de justicia y oportunidad de participación democrática, difícilmente podrán revertirse las tendencias observadas en lo tocante a su salud.

Es preciso por último insistir en un punto: ninguna medida de política sanitaria trascenderá si no toma seriamente en consideración el hecho de que más allá de la pobreza y de la marginación, en las regiones indígenas se desarrollan complejos sistemas de existencia y persisten ricas expectativas culturales que se reflejan en formas diversas de comprender al vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Por ello es apremiante adecuar los programas y las acciones a los complejos culturales y a las modalidades de organización social de los indígenas, incluyendo las ancestrales prácticas de medicina tradicional, de fuerte arraigo en sus comunidades.⁸⁴

Lo anterior contribuye a la explicación según los analistas evaluadores de este programa a explicar los motivos por los que en estos sitios, el riesgo de enfermar y morir por padecimientos infectocontagiosos de vías digestivas y del aparato respiratorio, es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Comunicaciones y Transportes

Aunado a las condiciones anteriores la dispersión y el difícil acceso son dos factores de las comunidades atendidas. En la primera condición esta 86% de la población y en el segundo, solo una cuarta parte de las mismas, se encuentra conectada por carretera a la mayor parte de ellas 63.3% se lleva por terracería.

⁸⁴Ibidem, Seguimiento Anual...

El 25 % se accede por brecha o vereda. En el medio rural marginado, las vías de transporte son escasas y tienen una frecuencia irregular. El 72 % de las comunidades cuenta con vehículos de motor y coexisten formas de transporte primario como caminar 53% y el traslado de bestias de carga 28%.

Servicios Públicos

El Programa tiene adscrita a una población superior a los diez millones de los cuales 765 casi 8 millones viven en estados de marginación muy alta y solo 2% se encuentra en entidades de baja marginación. Los municipios del país en condición de pobreza extrema, se ubica en localidades menores de cinco mil habitantes, aquí los ingresos individuales son inferiores al salario mínimo y casi la totalidad de sus habitantes se dedica al trabajo del campo, sus viviendas tiene de uno a dos cuartos y presentan carencias de agua, drenaje y energía eléctrica.

La población rural en general realiza esfuerzos cotidianos por conseguir el agua. De acuerdo con la encuesta del programa, en 1991, 58.8 por ciento de las familias hacen llegar este vital líquido a sus familias; sin embargo un porcentaje elevado obtiene el agua prácticamente de donde puede lo que, hecho que dificulta su potabilización y aumenta la posibilidad de contraer enfermedades.⁵⁵

3.2.DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los problemas suficientemente relevantes, que son considerados como "problemas" por parte de los poderes públicos y por lo tanto susceptibles de formar parte de la agenda de estos poderes, se puede decir que principalmente son por factores de limitación de recursos económicos y financieros, la falta de legislación sobre el tema, la falta de voluntad política y de adecuada presión por parte de los medio de comunicación o de los

⁵⁵ Encuesta de Diagnóstico y Evaluación IMSS-Solidaridad

sectores implicados; en forma general se puede aplicar que estos llegan a formar parte de la agenda por el nivel de "crisis" y por lo tanto no puede seguir siendo ignorado, cuando adquiere características peculiares en referencia a una problemática más general, cuando se ejerce la presión de los medios de comunicación, cuando se ve trastocada la legitimidad y el poder, y cuando el tema adquiere gran notoriedad pública.

Por lo tanto en un momento determinado se concentra toda esta problemática de una definición de los problemas y la agenda nos muestra cual es la percepción de los poderes públicos⁸⁶

Como se ha venido mencionando en los años ochenta la crisis económica repercute en una reducción de los ingresos de la nación. En consecuencia existe una contracción de los recursos públicos, para el sector salud, que se traduce en cambios de su composición, con una reducción en la cantidad de servicios, y por lo regular con una menor calidad, el reto por lo tanto es producir servicios más eficientes, utilizando menos recursos. De acuerdo a las políticas planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo en cuanto a la pretensión de lograr el óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles, mediante un esfuerzo de racionalización permanente y el fortalecimiento de la conciencia de costos, vigilando a su vez que presente coherencia con los límites de egresos previstos y con la proyección de la disminución de los mismos.

Partiendo de esta política los propósitos principales para dar cauce a esta problemática son dar impulso al modelo de atención primaria, desde una perspectiva integral, eliminar la desigualdad en el acceso de los servicios de salud y avanzar en la integración del sistema nacional operando en una forma descentralizada; ampliando la cobertura a todas

⁸⁶ Op. Cit. Subirats, Joan p.p. 53-54

las zonas marginadas rurales y urbanas, promoción de programas especiales de medicina preventiva y abastecimiento de medicamentos denominados como prioritarios.⁸⁷

Derivado de toda esta problemática descrita se sintetiza en que el sistema nacional de salud enfrenta cuatro grandes problemas: la ausencia de incentivos a la calidad y eficiencia, el centralismo, las duplicidades y la cobertura insuficiente. En el rubro de la salud el primer informe presidencial de Ernesto Zedillo destaca que las estrategias para enfrentar esta problemática se centrarán en tres vertientes Descentralización e integración de los servicios de atención a la población abierta, ampliación de la seguridad social en el medio urbano con capacidad de prepago y la ampliación de los servicios de salud estatales a la población marginada del medio rural a través de la canalización de mayores recursos para el gobierno, la descentralización, como eje central de la reforma al sector salud, consistirá en transferir facultades, atribuciones y recursos a los gobiernos estatales y municipales para ser mas oportuna la operación local de los servicios.

También se afirma que el IMSS impulsara como uno de los grandes objetivos la atención prioritaria a la mujer en edad fértil, niños discapacitados y en general a los grupos vulnerables y con factores específicos de riesgo. A pesar de que el IMSS atraviesa una situación de precariedad financiera, los programas pueden impulsarse.⁸⁸

La necesidad de renovación de nuestro sistema de salud ha adquirido una importancia creciente en países con los mas diversos niveles de desarrollo económico, ya que durante los últimos años se ha registrado una notable disminución de la tasa de mortalidad en nuestro país, como resultado de la ampliación y mejoramiento de los servicios institucionales de salud; sin embargo los contrastes al interior del país son significativos mientras que en algunos Estados de la Región Norte como Nuevo León, Baja California y Sinaloa las defunciones son en promedio de por cada habitante, en otros como Tlaxcala

⁸⁷ Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, Secretaría de Hacienda y Crédito Público

⁸⁸ "Ausencia de incentivos a la calidad y la eficiencia", El centralismo, uno de los males del sistema nacional de salud, La Jornada, 2 de Septiembre 1995

Hidalgo y Puebla la tasa de mortalidad llega a ser de 8 defunciones por cada mil habitantes; sin embargo alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de habitantes que no cuentan con condiciones mínimas de salubridad e higiene.

Las Instituciones de nuestro sistema de salud se encuentran centralizadas, sin líneas definidas que permitan una coordinación eficaz, lo que se traduce en una reducción en las posibilidades de dar una respuesta ágil y efectiva. Aunado a esta problemática la disparidad en el acceso a los servicios de salud, generada por la posición ocupacional y capacidad de pago que tiene la población, lo que se traduce que estos reciban una mejor calidad en los servicios, que la comunidad no asegurada; este derecho a la protección de salud así se ha concentrado en grupos organizados de obreros y empleados, que conforme su trabajo sea mas remunerado, la posibilidad de adquirir una mejor cantidad y calidad de servicios médicos asistenciales aumenta.

En síntesis el derecho a la protección a la salud, no es todavía una realidad para muchos mexicanos y para otros se ha reducido a una desigual y diferenciada atención medica, además de los problemas vigentes desnutrición, insuficiencia de servicios públicos como drenaje inadecuado, falta de agua potable, aire impuro y condiciones de vivienda no optimas.

3.3. FUNDAMENTOS LEGALES

El proceso económico solo es autentico y firme si es de naturaleza integral. El desarrollo implica el aprovechamiento y plena realización de la potencialidad del ser humano y de su comunidad. De ahí que nuestra Constitución, al lado de las garantías individuales de libertad y seguridad jurídica haya establecido los derechos sociales que obligan al Estado a conducir y promover el desarrollo nacional en tal forma en que se den las

condiciones materiales y sociales que den sustento real a una vida digna y justa. Por ello la responsabilidad del Estado se orienta a hacer efectivos los derechos a la educación, salud y vivienda así como al trabajo digno establecidos el artículo 123.⁸⁹

De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Titulo Sexto Art. 123 Fracción XXIX. Es de utilidad pública la ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y de cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores y campesinos no asalariados y otros sectores sociales.

Art. 4 señala que toda persona tendrá derecho a la protección a la salud. Esta medida legislativa del actual gobierno se encamina hacia la satisfacción del pueblo mexicano para tener acceso a los servicios de salud independiente de si están o no en el régimen social; se señala que esta ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.⁹⁰

De acuerdo con los términos de la fracción X del artículo 115, constitucional, objeto de una reforma que entro en vigor el 4 de febrero de 1985, la Federación y los Estados podrán convenir del ejercicio de algunas funciones generales, de la ejecución y operación de obras y de la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo hagan necesaria esta fracción faculta a los Estados para celebrar convenios análogos con sus municipios. Además el artículo 13 fue adicionado para facultar a las dependencias y entidades federativas para suscribir instrumentos, dictar disposiciones administrativas y establecer mecanismos que contribuyan en materia de salubridad general.⁹¹

⁸⁹Salud Pensamiento político.(1982-1987). Ed Miguel Ángel Porrua, 1988, p.p. 37

⁹⁰Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 80a Edición, Ed. Porrua, México D.F. 1987

⁹¹Op. Cit Soberon Acevedo Guillermo, p.p. 110-111

Desarrollando así la concurrencia de la Federación y de los Estados, lo que adquiere el rango de una verdadera garantía constitucional.

Complementariamente al artículo constitucional, se han ido introduciendo modificaciones a otros ordenamientos legales para sentar las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud las bases del Sistema Nacional de Salud.

**Convenio de 1979 firmado por el Gobierno Federal y COPLAMAR
(Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados)**

Cuyo objetivo principal fue la atención de la salud de 10 millones de mexicanos del medio rural marginado, en el que el Instituto Mexicano de Seguridad Social se comprometía a construir unidades médicas y administrar el programa. Así como a promover ante las dependencias y entidades de la Administración Pública y ante los Gobiernos Estatales y Municipales, el apoyo para la realización de trabajos comunitarios de la población a modo de jornadas como contraprestación de los beneficios recibidos comprometiéndose el gobierno Federal a aportar los recursos financieros.⁹²

Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y asistencia

Los servicios de la SSA y los denominados IMSS-COPLAMAR, se coordinarán programáticamente en cada estado. En 1985 se iniciará gradualmente la descentralización, pero cuidando que no se generen deterioro en la prestación de los servicios que se amplíe la cobertura y la calidad de estos, abatiendo duplicaciones y omisiones, haciendo del conocimiento a las unidades centrales de la Secretaría y a la Coordinación General del IMSS COPLAMAR las recomendaciones y medidas preventivas conforme a criterios de regionalización y eficiencia en el manejo de los recursos. El Ejecutivo Federal celebrará con los gobiernos de los Estados Acuerdos de

⁹²Convenio de 1979, firmado por el gobierno Federal y COPLAMAR

Coordinación para la descentralización, que tendrá por objeto y ejecución de los programas estatales de descentralización correspondientes.⁹³

En 1989 el Programa asume el nombre de IMSS-Solidaridad en convenio realizado con el Consejo Técnico del IMSS con la finalidad de construir un piso básico en salud educación y vivienda y alimentación como estrategia estructural y coyuntural de lucha contra la extrema pobreza.⁹⁴

Programa Nacional de Salud 1990-1994 En observancia de la ley de Planeación la Secretaría de Salud con la participación de todo el Sistema Nacional de Salud y tomando en cuenta las conclusiones del Foro de Consulta Popular en Salud y Asistencia Social, elaboró el mencionado programa, que constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud, para alcanzar los objetivos y metas señalados en los campos de la salud, describiendo los lineamientos programáticos en las áreas de fomento de la cultura de la salud, el acceso universal a los servicios con equidad y calidad, prevención y control de enfermedades y accidentes, saneamiento básico, regulación del crecimiento demográfico.

Destaca lo relativo al fortalecimiento de los servicios locales de salud y se refiere a la modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación comunitaria. También cubre lo correspondiente a la atención prioritaria de los grupos vulnerables y las regiones menos protegidas, la ampliación de la cobertura, con énfasis en la atención médica de primer nivel, el aumento en la capacidad de servicio mediante la rehabilitación médica de primer nivel.⁹⁵

En referencia a la **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal** Art. 39. en observación a la atribuciones de la Secretaría de Salud.

⁹³Diario Oficial de la Federación, jueves 8 de marzo de 1984

⁹⁴ Ibidem, Navarro Robledo y Moctezuma Barragan, La seguridad social

⁹⁵Diario Oficial de la Federación, viernes 11 de Enero 1991

Párrafo I. Le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia, servicios médicos y salubridad general con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente y coordinar los programas de servicio de salud, de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas, a fin que en su caso se determinen.

Párrafo II. Creación de asistencia pública y de terapia social, en cualquier lugar del territorio nacional y en el Distrito Federal.

Párrafo VI y VII que hacen referencia a la Planeación, normatividad y coordinación del Sistema Nacional de Salud y promoción de la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten sus servicios de salud, determinando las políticas y acciones de inducción y concertación correspondiente.⁹⁶

De la **Ley del Seguro Social**, el Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo Público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, tiene la función de organizar y administrar el seguro social, según el artículo 50 de la ley en materia, estipula en su capítulo VII Del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales, Sección Segunda de las prestaciones Sociales.

Art. 208 Las prestaciones sociales comprenden :

I.- Prestaciones Sociales institucionales y

II. Prestaciones de Seguridad Social

Art. 209. Las prestaciones sociales institucionales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir en general de los niveles de vida de la población.

El Instituto proporcionará atención a pensionados y jubilados mediante servicios y programas de prestaciones sociales que fortalezcan la medicina preventiva y el autocuidado de la salud, mejoren su economía e integridad familiar. Para ello fortalecerá

⁹⁶ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ed Porrua S.A. 1989

la coordinación y concertación con Instituciones de la Administración Pública Federal, Estatal, Municipal, entidades Privadas y Sociales que hagan posible su acceso a preferencias, prerrogativas y servicios que contribuyan a su bienestar.

De las Prestaciones de Solidaridad Social

Art. 214 Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en los artículos 215 al 217.

Art. 215 El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población del país que constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Art. 216 Asimismo proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio y el Art. 217 menciona que las prestaciones de Seguridad Social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados; y estos últimos por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley.

De la Seguridad Social en el Campo

Art. 236 Los productores del campo que estuvieran incorporados por la vía de Decreto Presidencial a la seguridad social, podrán afiliarse al régimen de seguridad social de los previstos en la presente ley que resulte más conveniente a sus condiciones productivas y de ingreso.

Art. 237 y Art. 238 Plantean que los trabajadores asalariados, eventuales y permanentes en actividades del campo, accederán a la seguridad social en los términos y formas que establezca esta Ley. Asimismo los indígenas, campesinos temporales de zonas de alta marginalidad y todas aquellas familias campesinas, cuyas condiciones económicas se ubique en pobreza extrema, tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social.⁹⁷

Dentro de la organización y administración del Instituto, el área de Prestaciones Sociales tuvo a cargo de 1988 a 1994, la implementación de los programas de bienestar social, desarrollo cultural, deporte y cultura física; el programa desarrollo social, diseñándose durante este sexenio el Programa Integral de Salud.

Alcances del Derecho Constitucional del derecho a la protección de la salud

El Estado mexicano, eleva al rango máximo del derecho de todos los mexicanos a que su salud sea protegida, se suma al amplio catálogo de principios protectores de una existencia propia a la protección a la salud.

El derecho de la protección a la salud, ratifica la rectoría del Estado para incorporarse a los grupos más necesitados y marginados a más y mejores niveles de existencia, presupone una serie de acciones, de las cuales sobresalen:

1. Coordinación de los organismos públicos federales y locales, para que respetando los principios federales y naturaleza jurídica de cada uno de ellos, se mejoren y amplíen en un corto plazo los servicios de salud a la población.
2. Capacitación intensiva a fin de lograr los niveles de servicios médicos y administrativos.
3. Búsqueda de participación ciudadana organizada en el desarrollo de los programas de salud.

⁹⁷ Ley del Seguro Social 1996, Editorial Alco, Primera Edición, 1996.

En nuestro país padecemos problemas de salud ancestrales a los cuales se suman los que han sido generados por los avances tecnológicos, del desarrollo acelerado; por lo cual resulta impostergable la toma de decisiones inmediatas para corregirlas.

El reconocimiento constitucional de principios sociales fundamental como el derecho a la protección a la salud, debe seguir la firme decisión política de su aplicación, lo que supone la creación de instrumentos jurídicos y administrativos adecuados. En materia de salud se han dado los primeros pasos fundamentales, por lo que la voluntad política en cualquier tiempo es indispensable para garantizar el éxito. Los mexicanos, todos sin importar sus condiciones sociales, tienen derecho a una existencia sana y el Estado mexicano la *obligación* de proporcionárselas.⁹⁸

3.4. FORMULACION

A partir de las crisis devaluatorias y de liquidez para el pago de la deuda externa que ha padecido el país desde los ochenta se ha adoptado agresivos planes económicos contingentes de carácter restrictivo, ante este contexto, las dificultades que enfrenta hoy nuestro país marca como prioridad, revertir la pobreza, el desempleo, el déficit público, en general aumentar los niveles de bienestar, alcanzar el crecimiento y asegurar el desarrollo.

Esto plantea una encrucijada, por un lado esta la cuestión de afrontar la actual situación y revertir los desequilibrios económicos existentes, y por el otro continua el compromiso de resolver el costo social en materia que refleje mejores condiciones de salud, vivienda, educación y otros indicadores. Esta problemática es enfrentada actualmente por muchas naciones en el mundo, quedando claro que se debe continuar ejerciendo un gasto social que asegure el bienestar de la población, pero sin que este represente una pesada carga

⁹⁸Op. Cit. : Soberón Acevedo

para las finanzas públicas, por lo que se hace necesario un nuevo esquema de seguridad social del país.

Los servicios sociales se han convertido en un derecho de la ciudadanía, muestran a menudo que los líderes políticos se muestran inclinados a extender tales beneficios rápidamente para demostrar su compromiso con los objetivos nacionales de desarrollo y justicia. No es accidental que la extensión de los servicios sociales se considere un importante modo de ganar apoyo popular, ya sea a favor de un líder individual, un partido o un régimen político, lo que se traduce en recompensas políticas tangibles, nuevas escuelas, creación o ampliación de redes de drenaje en barrios políticamente importantes. Este énfasis puesto en la asignación de recursos por concesiones políticas puede llegar a ser particularmente importante en regímenes débiles, donde la misma permanencia del sistema, puede estar ligada a su capacidad para cimentar alianzas políticas, lealtades regionales o lazos de benefactor-beneficiario a través de un suministro oportuno de bienes y servicios públicos.

Es en este escenario donde individuos y grupos compiten con frecuencia activamente, para tener acceso a escasos y deseados recursos, haciendo uso de todos los medios disponibles para influir sobre el poder discrecional que determina quien debe recibir qué. Es así como las presiones políticas referente a la asignación de recursos se traduce rápidamente en problemas de implantación más acentuados y los ya escasos recursos presupuestarios son sobrepasados con miras a lograr prioridades políticas.⁹⁹

De esta forma las estrategias generales para las acciones que reconocen los problemas que afectan la de seguridad social que se proponen en el Plan Nacional de Desarrollo son mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales (con prioridad especial la atención a las zonas marginadas), modernizar el sistema de salud,

⁹⁹ Op. Cit., Klisberg, ¿Cómo enfrentar..., p.p.99-101

descentralizar y consolidar la coordinación de sus servicios con hincapié en la atención primaria y a través de acciones integrales en materia de alimentación vivienda, educación y saneamiento ambiental, entre otras impulsadas por el Programa de Solidaridad, estrategia de coparticipación y corresponsabilidad, con el fin de otorgar servicios sociales de beneficio colectivo que brinden un *mínimo* de protección a los grupos que han permanecido al margen de desarrollo.¹⁰⁰

La pobreza frena y amenaza la modernización del país, la internacionalización de su soberanía el desarrollo de la economía y la ampliación de la vida democrática. La erradicación de la pobreza no puede confinarse a un programa convencional de gobierno, es una tarea de la Nación. Solidaridad se ha concebido a través de esa premisa.¹⁰¹

En el escenario del presente trabajo se identifican los siguientes actores

ACTORES

PARTICIPACIÓN

PODER EJECUTIVO

Continuidad de la política de liberalismo social, realizando un rendimiento de los recursos financieros tomando en cuenta las limitaciones presupuestales, procurando evitar el descontento social en las zonas marginadas, a través de la promoción del IMS-Solidaridad

PODER LEGISLATIVO

Cambios en el Marco Jurídico con la propuesta de un nuevo federalismo promoviendo desconcentración administrativa y liberación de fuentes de ingresos en municipios.

GOBIERNOS MUNICIPALES

Presiones de otros sectores incluyendo los locales generando nuevas opciones que sobrepasen la inercia burocrática que no respondía a las demandas de servicios públicos básicos.

SECRETARIA DE SALUD

Función normativa del Sistema Nacional de Salud.

INSTITUTO MEXICANO SEGURIDAD SOCIAL

Participación real en el manejo de la problemática de atención a la salud con antecedentes en el Programa IMSS-COPLAMAR

DEPENDENCIAS GOBERNAMENTALES

Apoyo y coordinación para la consecución de objetivos del programa, bajo la premisa de la búsqueda de un desarrollo rural integral.

¹⁰⁰ Ibidem, Plan Nacional de Desarrollo ...

¹⁰¹ Op. Cit. Warman Arturo

En necesario destacar que en la arena política, se genera la búsqueda de mayor poder entre los actores tratando de poseer la capacidad de conseguir mayores y más permanentes conveniencias y provechos. Por consiguiente se originan, se estabilizan o transforman diferentes estructuras de poder, correlaciones de fuerzas, "arenas". Es así que el liderazgo se finca en la capacidad de sumar fuerzas que compartan y definan los mismos intereses efectuando operaciones ventajosas para el grupo, pero es también un liderazgo pasajero, aunque menos efímero, pues los conflictos de intereses aparecen y desaparecen según las cuestiones en disputa.¹⁰² Nuestro sistema se ha caracterizado tradicionalmente por un amplio margen de maniobra de gobierno en la definición de su agenda y en la elección de la implementación de sus políticas, con el resultado de desencadenar una muy amplia y directa intervención gubernamental, abundantísimo gasto público y provocación de la burocratización de cualquier programa de bienes y prestación de servicios públicos.¹⁰³

Aunque la idea de gerencia social esta contemplada en el programa del presente trabajo como un instrumento de alta relevancia para el cumplimiento de las metas de la política social, en la practica su empleo protegido y sistemático es limitado, aun existe renuencia por parte de la burocracia social tradicional para la participación real de la población beneficiada, porque tiende a sofocar y dejararquizarlas con trabas burocráticas estas organizaciones comunitarias.

¹⁰² Ibidem, Aguilar Villanueva, Estudio Introductorio p.p 30-33

¹⁰³ Aguilar Villanueva, Luis F.; Política Pública y Gobierno del Estado, Modulo I, Seminario de Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno p.p. 234

Objetivos

Los programas sociales no sólo son masivos y complejos, sino que presuponen el logro de objetivos a largo plazo extendiendo la expectativa de vida, elevando los niveles de alimentación, entre otros; pero la meta de estos servicios es la creación de condiciones para sostener y mejorar el nivel de vida de los recursos humanos de la sociedad sentando las bases de un desarrollo social y económico en el futuro. Esta persecución de objetivos implica cambios en actitudes y conductas requiriendo un compromiso continuo por parte del personal.¹⁰⁴

- El Instituto Mexicano del Seguro Social se encargará de la administración y supervisión del programa, apoyándose con la infraestructura con que cuenta en todo el país, para asegurar que se cuente con los recursos humanos y materiales para proporcionar un servicio de calidad.
- Concentrar los servicios de atención médica en zonas marginadas, edificando un número importante de clínicas y hospitales rurales; elevando el nivel de salud de la población con atención integral y cuidado de la salud individual, familiar y colectiva. Impulsando la participación organizada de las familias y el empleo de tecnologías y recursos adecuados a las necesidades y tradiciones de la comunidad.
- Mejoramiento sustancial y no solo de cobertura de los servicios existentes, elevando la calidad y calidez en la prestación de los servicios así mismo ampliando la cobertura de hospitales de segundo y tercer nivel con la prevención de enfermedades infecciosas.
- Promoción de la salud del individuo a través de la solidaridad para elevar las condiciones y calidad de vida de la población implementando políticas participativas de la comunidad en mantenimiento de infraestructura así como equipamiento de unidades hospitalarias; lo que ha permitido brindar mayor respuesta a las demandas de la población, disminuyendo factores de riesgo en las comunidades que presentaban mayor frecuencia de mortalidad infantil por parto así, como por enfermedades gastrointestinales y epidemiológicas.

¹⁰⁴ Op. Cit., Klisberg, ¿Cómo enfrentar...p.97

- Respetar el un vasto mosaico cultural, realizando una intercomunicación con los campesinos e indígenas, lo que permitió conocer las formas de organización, costumbres y practicas comunitarias en torno a la salud; a través de los practicantes locales lo que contribuye a facilitar las actividades de atención primaria a la salud.
- Llevar a cabo acciones con la participación de la comunidad que definan el diagnóstico de salud para que se diseñe planes de acción ejecutándose y evaluándose los resultados, promoviendo a su vez el autocuidado de la salud y evitando riesgos de enfermedades.¹⁰⁵

La implementación del modelo en 1983 se retomaron acciones en mas de 10 mil poblados, se elaboran nuevos proyectos de capacitación, iniciada en el nivel central y llevada después a los grupos multidisciplinarios de salud, reorientandose la supervisión en los distintos niveles. En este año como en 1984 se generaliza el ámbito de interrelacionar la medicina institucional con la tradicional, en el caso de Chiapas se gestan bases para propiciar una relación armónica entre el personal médico y los terapeutas tradicionales.

Para 1985 este Modelo se consolida al ir adecuando a las necesidades de equipo de salud de las unidades médicas y de la población, los documentos técnicos de apoyo, capacitación supervisión y asesoría, evaluación y seguimiento en las diversas delegaciones estatales donde se implemento el proyecto, con la finalidad de adoptar medidas correctivas.

También se dio particular importancia a la infraestructura de servicios conque se contaba, para la manutención optima de la misma, los recursos humanos, el abastecimiento de medicamentos.

¹⁰⁵Op. cit, Programa IMSS

En 1988 el modelo de atención integral a la salud del Programa en mención había demostrado ser una alternativa viable para contribuir a la atención de la salud en el nivel primario, de acuerdo con la evaluación realizada en este año el programa cubría un grupo importante de la población del país conformado, por campesinos e indígenas la mayoría en condiciones de infrasubsistencia, sin embargo también se contemplo un universo de comunidades pequeñas y dispersas.

Lo que se replanteó para tener un acercamiento con la población la construcción equipamiento de operación de unidades médicas de primer nivel, la formación de asistentes rurales de salud, instalación de nuevos hospitales el fortalecimiento del sistema.

Para 1996 el Programa los objetivos se centraron en tres prioridades: Salud Reproductiva y Materno Infantil y Planificación Familiar.

Bajo un modelo de comunicación educativa para población indígena campesina en salud reproductiva, que se sustenta en programas de capacitación de métodos anticonceptivos, abasto oportuno y al 100% en unidades médicas, con un a perspectiva interactiva y con el apoyo de medios de comunicación.

Asimismo se pretende implementar acciones en salud, educación y asistencia alimentaria en los municipios de mayor marginalidad, en referencia al saneamiento ambiental, es detectar oportunamente los brotes.¹⁰⁶

¹⁰⁶ SOLIDARIDAD 1996, Instituto Mexicano del Seguro Social, Coord. GrAL del Programa IMSS Solidaridad

3.5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La implementación definida como la fase de la política pública durante la cual se generan actos y efectos, es la puesta en práctica, la ejecución, dirección y administración de la política pública.¹⁰⁷

En la implementación de este programa se describen los diferentes actores que no permanecen pasivos, y que realizan una retroalimentación de información en los comités creados para permitir realizar evaluaciones durante la realización del mismo.

Desde sus inicios este programa se caracterizó por tres rasgos distintivos primero mantener como eje central de su actuación objetivo de mejorar la salud de las comunidades marginadas rurales con la coparticipación voluntaria de sus habitantes, segundo la adecuación conforme a normas y procedimientos de trabajo a la realidad social que se manifestase, y tercero evaluar de manera sistemática los resultados obtenidos con las acciones de salud.

El modelo que se planteó para ser llevado a la práctica fue el modelo Integral a la Salud desde que comenzó a funcionar en las diferentes regiones del país las primeras unidades médicas, se pudo apreciar en su área de influencia, un vasto mosaico cultural y étnico que debía ser entendido y respetado. El trato directo y continuo con los solidariohabitantes permitió sus formas de organización, así como las costumbres y prácticas comunitarias conforme a la salud.

El diagnóstico de las zonas marginadas rurales efectuados por primera vez demostró que en dichas áreas los principales padecimientos son producto de las precarias condiciones de vida de sus habitantes de modo que se requería rebasar el enfoque preventivo asistencial con el que funcionaban las áreas médicas y sustituirlo partiendo de una visión

¹⁰⁷Aguiar Luis, La Implementación de Políticas Públicas, Estudio introductorio, México, Porrúa.

del proceso salud enfermedad que contemplará la completa interacción del entorno social y ecológico con el modo de vida y herencia biológica, sin dejar de considerar que los distintos grupos sociales según el momento histórico y su ideología.

Este Programa se apoyo con otros programas que buscan abatir los rezagos de los sectores involucrados, como se muestra en el cuadro siguiente:

<i>Programa</i>	<i>Objetivos</i>
Solidaridad Hospital Digno	Construir y mejorar hospitales, centros de salud y unidades medicas rurales.
El Programa Mujeres en Solidaridad	Abriendo cause para que las mujeres del campo y la ciudad puedan participar en actividades que redunden en mejores condiciones de vida
Programa de Becas para Jovenes	El cual promovia a traves de incentivos lograr que los egresados de educacion media superior se incorporaran a las actividades del Programa
Enfermeras en Solidaridad	Como estrategia para elevar la calidad y calidez de los servicios de salud, aprovechando la preparacion tecnica y experiencia.
Alimentacion y Abasto	Participando en el mercado de básicos en donde existe desnutricion, para distribuir y regular la oferta de los alimentos indispensables en la dieta de las familias de ingresos bajos.
Vivienda digna	Fomenta los esquemas de autoconstrucción mediante estímulos economicos.
Programa de jornaleros agricolas,	Teniendo como proposito mejorar las condiciones de vida de estos trabajadores, a traves de una amplia coordinación interinstitucional y social.

Así mismo llevar a la practica propuestas concretas acorde con la cultura local y basadas en una tecnología simplificada, que posibilitara actuar, por medio de la coordinación interinstitucional e intersectorial, las acciones del programa a las de otras dependencias públicas o privadas, vinculadas al desarrollo rural que están en posibilidad de adoptar asesoria técnica y recursos a la población y contribuir con ello a elevar su nivel de vida, requisito indispensable para un mejor estado de salud comunitario.

En 1983 existían las condiciones propicias para la transición mencionada. En ese año el programa cubría las principales zonas marginadas rurales del país con 60 hospitales y 3 034 unidades médicas de primer nivel, la estructura administrativa del Instituto permitía

mantener esta red en condiciones adecuadas para proporcionar servicios de manera adecuada, que demostraba una experiencia concreta obtenida de la medicina tradicional y el objetivo de mejorar el estado de salud de los campesinos, aunado a lo anterior, la desaparición de COPLAMAR había creado las bases que conferirían al Instituto la facultad de convocar a otras dependencias del sector público por lo que se elabora el modelo de Atención Integral de Salud que, propicio un proceso en que el personal de las unidades médicas establecieran vínculos con las comunidades, interactuando en condiciones de igualdad y de respeto a sus valores culturales y a sus creencias con lo que se previó lograr el reconocimiento de la comunidad, consolidar una organización comunitaria para la salud, establecimiento de compromisos con la comunidad.

La organización comunitaria¹⁰⁸ retoma la siguiente estructura.

- La Asamblea
- El Comité de Salud
- Promotores sociales voluntarios rurales

La asamblea se constituyó con los habitantes que de acuerdo con sus patrones culturales tenían la facultad de tomar decisiones y establecer compromisos colectivos, en el que se prepondera los principales riesgos y daños a la salud en la localidad estableciéndose compromisos para su resolución.

El Comité de Salud órgano de gestoría local, vínculo entre los promotores sociales voluntarios sociales y el personal de la comunidad médica. Constituido por un presidente y vocales de saneamiento, salud, nutrición y educación, participando en un equipo de salud en un proceso reflexivo de capacitación, en el que el intercambio de conocimientos y experiencias adquiere las bases de su funcionalidad.

¹⁰⁸ El Programa está organizado en comités vecinales en forma paralela y como complemento conforme a líneas geográficas. La administración de los recursos de PRONASOL se lleva a cabo a través de comités seleccionados a nivel de vecindarios y de dirigentes de clase popular. En último caso estos dirigentes locales pueden desempeñar un papel en el rebastecimiento de cuadros políticos del Partido en el poder (PRI) Roett Riordan, *La liberación económica y política de México* p.p. 96

Los promotores sociales voluntarios rurales son miembros de la comunidad, que cuidan un grupo de familias, inclusive la propia y la tarea mas importante es difundir los programas de salud.

La energia y capilaridad del programa se presento como una manifestación social por la organización comunitaria (la ayuda entre vecinos amigos y familiares por compadrazgo o relaciones consanguíneas), este tipo de método encauza el vasto saber de nuestras culturas por rutas que superen los escollos burocráticos siguiendo la practica social de antaño, la desplegada por maestros rurales y médicos rurales -administrativos avanzando en la implementación.¹⁰⁹

Esta organización propone un esfuerzo interdisciplinario, integridad en las acciones, empleo de tecnologia apropiada de eficacia comprobada y socialmente aceptada, un enfoque de prevención y vinculación con la medicina tradicional.

Asimismo vinculación de recursos financieros aportados por el programa IMSS Solidaridad y por las instituciones públicas.

Los mecanismos de participación ciudadana que se gestaron en la implementación de este programa se dieron diversas formas: *La institucional*, que fue promovida y garantizada jurídicamente a través de todas las instancias gubernamentales que participaron. *Espontánea*, que se gestó de manera coyuntural, dispersa y con débil articulación orgánica. *Manipulada*, donde los intereses de los organizadores no necesariamente corresponden con los intereses de la ciudadanía movilizada.¹¹⁰

Ante estas circunstancias este mismo año se lleva a cabo este nuevo enfoque de trabajo por lo que se elabora el modelo de atención integral, como su nombre lo indica dicho

¹⁰⁹ Vid Portilla Santiago "Programa Nacional de Solidaridad" en Gaceta de Solidaridad, 1991

¹¹⁰ Op. Cit., Diplomado Nacional en Política, p.p. 291.

modelo tiene como eje rector la atención integral, factible de ser realizada frente al individuo o colectividad con su participación voluntaria.

Así el equipo de salud de las unidades médicas valoro cada uno de los casos que acuden en demanda del servicio con el propósito de detectar su estado general de salud y de proporcionar el tratamiento adecuado. De comprobar la presencia de padecimientos transmisibles, aplica las medidas preventivas indispensables para evitar la posible repercusión de estos en la salud.

En una segunda situación a través de un dialogo continuo, el personal del programa y la comunidad, planean, programan y ejecutan las actividades para resolver los principales problemas de salud, considerando todos los recursos disponibles federales, estatales y municipales y los propios de la comunidad, incluidos los de la medicina tradicional y evalúan los resultados con la finalidad de conocer los efectos de las actividades realizadas sobre la salud comunitaria.

Una vez iniciado el proceso se continua indefinidamente, con apoyo en un procedimiento que consiste en analizar, al termino de cada año, los resultados de la evaluación con la finalidad de tomarlos como marco de referencia para actualizar al inicio del año siguiente, como diagnóstico de salud de la población y mantener o modificar de ser necesario el plan de trabajo.

Integrado por las unidades medicas rurales y la consulta externa de la medicina rural se encuentra organizada en dos niveles de atención, tiene un área de influencia conformada por aquellas comunidades situadas a una distancia de la comunidad en un tiempo no mayor de 60 minutos, utilizando los medios de transporte accesible a la población.

Organización en el Primer Nivel

El personal del primer nivel es el responsable de aplicar en su universo de trabajo, el modelo de atención integral a la salud, de satisfacer la demanda de atención médica generada en toda el área de influencia y de proporcionar sin costo alguno a los enfermos los medicamentos que requieren. Por lo cual a todas las unidades médicas cuentan con un cuadro básico de acuerdo con la patología del medio marginado rural.

Con el propósito de conocer la cobertura del Programa, se recurre a la estrategia de adscribir a las familias a las unidades médicas, con la finalidad de que estas utilicen regularmente los servicios de la unidad y queden adscritas de manera definitiva a ella.

Organización del Segundo Nivel

Representado por los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa de especialidades de los hospitales rurales, proporciona apoyo al primer nivel en el diagnóstico y tratamiento de aquellos enfermos con padecimientos graves o de difícil manejo y servicio médico inmediato a la población que directamente lo solicite. Los hospitales rurales son unidades de 40 camas en promedio, cuyo ejercicio se autoriza gradualmente con base en indicadores de demanda. Contando con los servicios para pacientes ambulatorios de medicina familiar, especialidades, urgencias, odontología, medicina preventiva, centro de educación nutricional, archivo clínico, trabajo social, laboratorio, rayos x y la farmacia abastecida conforme a un cuadro básico acorde con los requerimientos de un segundo nivel de atención.

Los hospitales tienen albergues para alojar a familias de pacientes hospitalizados procedentes de comunidades alejadas.

Con el propósito de asegurar la prestación adecuada de servicios y la referencia y contrareferencia de pacientes entre el primero y segundo niveles de atención, la red de

unidades medicas del Programa esta organizada en zonas y regiones a cargo de grupos zonales y multidisciplinarios de supervisión, cada uno de los cuales dispone de un vehiculo para desempeñar bien su trabajo. Es importante mencionar que el enlace entre las unidades médicas y los hospitales médicos se ven facilitados mediante un sistema de radiocomunicación acorde con las características y condiciones del medio rural.

Se implementaron actividades como las siguientes

Desconcentración y Simplificación administrativa

- Desconcentración de la información para involucrar a las delegaciones en su análisis, tanto para fines de evaluación y control, como para sustentar la toma de decisiones.
- Desconcentración de la elaboración, calculo y validación de los presupuestos de gastos y metas.
- Planeación, ejecución y validación de cursos de capacitación para el personal institucional y voluntarios de la comunidad.
- Implantación del sistema de topes financieros en las delegaciones, para lograr la disponibilidad inmediata de fondos y con estos hacer frente a los compromisos de la operación.
- Fortalecimiento de la concertación federal y estatal con diferentes dependencias y organizaciones, a fin de mantener e impulsar las tareas coordinadas.

Estas acciones de enunciadas se apoyaron en normas y procedimientos, acordes con las características de operación del programa y propiciaron que las delegaciones obtuvieran una mayor autonomía de gestión y asumieran un compromiso mayor en el cumplimiento de su responsabilidad.¹¹¹

En referencia a esta medida, se describe la imperiosa necesidad de desarrollar sistemas de información de atención al público y de audiencias permanentes con las organizaciones y sectores involucrados, inclusive el requerimiento de la

¹¹¹Ibidem, IMMSS-Solidaridad

desconcentración de la elaboración y validación de los presupuestos de gastos y metas, pero no se toma en cuenta la delegación de facultades de los entes territoriales y funcionales, ni del compromiso de transferir recursos financieros permanentes a estas regiones, así como la promoción efectiva de programas y proyectos de desarrollo, como tampoco el reforzamiento de comités o consejos regionales como gestor del gobierno regional.

La descentralización crea un nuevo ambiente político para los administradores locales. Se establecen nuevas relaciones con la comunidad y con la clientela surgiendo nuevos conflictos y nuevas formas de apoyo, con las que se busca exigir respuestas más rápida y eficientes a sus necesidades, demandas y apoyos.¹¹²

Conducción y gestión

En relación a los ajustes necesarios que permitieron obtener una retroalimentación entre los ejecutores del programa y los directamente involucrados para llevar a cabo las actividades programadas, buscando en común soluciones a los problemas que se generaron en la implementación, se valoraron y realizaron ajustes mutuos en implicaciones técnicas, dirigidas a la búsqueda de cursos factibles de gestión coordinada.

Es así como se da una revisión de procedimientos en los que según describe el Programa se busca facilitar a través del cambio en los procesos administrativos generándose una formación y inspección de los conjuntos de las necesidades detectadas, renunciado a una rigidez en la aplicación de lo normativo.

Se dio prioridad a las acciones de asesoría centrándose en indicadores de calidad. Se visitaron 100% de las delegaciones donde opera el programa, así como la totalidad de

¹¹²Motta Roberto, Innovación y Democratización de la Gestión Pública, Módulo III. Seminario de Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno p.p. 21

los hospitales rurales y de las zonas de servicios médicos, lo que permitió verificar el progreso registrado, en este periodo se realizaron anualmente reuniones, nacionales, regionales, de delegaciones y locales en las que participo el personal de los diferentes niveles del programa. El propósito fue mejorar la capacidad técnica y organizativa de los distintos actores que intervienen en las labores de atención primaria a la salud.

Se promovieron cambios en los contenidos y métodos, a fin de mejorar los niveles técnicos y de responsabilidad, y fomentar el trabajo en equipo basado en el respecto a sus integrantes y en la incorporación de los diferentes puntos de vista, procurando incrementar la capacidad resolutive tanto del personal institucional, como de los grupos voluntarios, para lo cual se organizaron cursos y encuentros regionales, así como reuniones de actualización.¹¹³

En referencia a la gerencia especializada en el sector social Kliksberg nos menciona que la dirección en la gestión social, esta constituida principalmente por profesionales de campos sectoriales (médicos, educadores, etc.) que en particular no reúnen el tipo de formación especializada que requiere el administrador en el marco de incertidumbres, conflictos, escasos recursos, presiones múltiples y negociaciones permanentes, el tratar de afirmar la participación ciudadana es absolutamente necesaria para la eficiencia en programas sociales.

El sector social constituido por organizaciones atrasadas técnicamente o intermedias, suelen manejarse con modelos de corte piramidal, que están totalmente contraindicados para lograr participación, y son incapaces de captar los requerimientos que provienen de ella.¹¹⁴

Concertación

La concertación y coordinación interinstitucional con dependencias públicas y privadas mejoro las acciones y elevo el nivel de vida de la población. Esta tarea recayó en el

¹¹³ Ibidem, p.p. 216-217

¹¹⁴ .p. Cit. Gestión y política p.p.37

Comité de Operación del Programa, creado por Decreto Presidencial en marzo de 1984 dicho órgano es presidido por el Director General del IMSS y en él participan las dependencias gubernamentales¹¹⁵ de los distintos sectores que se relacionan con el desarrollo del medio rural, así como las organizaciones campesinas de mayor representación en el país.

La función de este Comité consiste en apoyar y evaluar en forma sistemática la operación del programa para que en esfuerzo conjunto se analicen las necesidades en materia de salud y bienestar de las comunidades y se propongan soluciones viables para los problemas detectados

Es aquí donde identificamos en el Análisis de Políticas Públicas las Relaciones Intergubernamentales (RIG) donde se realizan diferentes interacciones entre unidades de gobierno para el desempeño de determinadas responsabilidades funcionales, observándose la diversidad de actividades de estas instituciones entre el nivel nacional y el local donde se genera el intercambio de información coordinación y cooperación entre estas a fin de buscar la solución de la operación y calidad del Programa de estudio. "Las RIG están necesariamente presentes en el desarrollo de aquellos programas que implican la utilización de los mecanismos multiorganizativos".¹¹⁶ Los programas son el principal producto de la acción del gobierno, en el que se integran diversos tipos de recursos legislativos, financieros y humanos.

Durante la operación de 1989 a 1994, el Comité de Operación realizó 24 reuniones y concertó 91 acuerdos, relacionados principalmente con la operación y calidad de los

¹¹⁵Según la definición de Roberto Monta, Ibidem..Innovación y Democratización...p.p.14 Las organizaciones gubernamentales buscan principalmente la eficacia en el control político antes que la eficiencia económica-financiera. Por lo tanto gran parte de la ineficiencia comúnmente adjudicada a la administración pública puede ser buscada en la búsqueda de estabilidad y eficacia en el sistema de control político, refiriéndose a la continuidad en el uso del poder y en el uso de recursos que privilegian los grupos que detentan el poder sobre el sistema político

¹¹⁶Agranoff, Robert, Marcos para el Análisis Comparado de las Relaciones Intergubernamentales, Conacyt, 1994.p.p. 201, Módulo III del Seminario de Taller Extracurricular del Análisis de Políticas Públicas

servicios. La lista probablemente incompleta, de instancias federales y estatales con las que el personal del programa se realizaron actividades conjuntas es la siguiente:

COORDINACIÓN Y CONCERTACIÓN INTERSECTORIAL

INSTITUCIÓN	ACTIVIDADES
Secretaría de Salud	-Vigilancia epidemiología -Atención materno infantil -Vacunación universal -Prevención y Control de enfermedades
Secretaría de Desarrollo Social Programa Nacional de Solidaridad	-Ampliación de Cobertura -Mejoramiento de la Vivienda -Saneamiento del medio -Producción Familiar de alimentos -Mejoramiento de condiciones de Salud de jornaleros agrícolas
Instituto Nacional para la educación para la Educación de los Adultos	-Alfabetización -Educación básica -Educación para la salud
Instituto Nacional Indigenista	-Capacitación a equipos de salud -Apoyo logístico mutuo -Radiodifusión mensajes en lenguas indígenas -Atención a niños indígenas en albergues -Interrelación con la medicina tradicional
Desarrollo Integral de la Familia	-Alimentación complementaria -Brigadas móviles -Asistencia a minusválidos
Comisión Nacional del Deporte	-Promoción de la Salud -Capacitación a jóvenes -Saneamiento básico
Leche Industrializada Conasupo (LICONSA)	-Alimentación complementaria (leche industrializada)
Comisión Nacional de Alimentación	-Normatividad de la cadena alimentaria
Agrupaciones Campesinas CNC, CCI	-Gestión y derivados de necesidades y planteamientos de las comunidades campesinas
Confederación de Pueblos Indígenas	-Gestión y derivación de necesidades y planteamientos de las comunidades campesinas
Gobierno de los Estados y municipios	-Mejoramiento de la vivienda -Saneamiento del medio -Vacunación -Apoyo alimentario -Producción familiar de alimentos

* Ibídem , p.p 224-228

La dependencia que tuvo coordinación mas estrecha destaca el Programa Nacional de Solidaridad, que durante el periodo de 1990-1993 proporciono 14 millones de nuevos pesos a IMSS-Solidaridad la mayor cantidad de los recursos 47.35% se destino al mejoramiento de vivienda.

En el convenio firmado en 1992 con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se reflejaron en un mejoramiento en los niveles de nutrición, al aumentar la cantidad de alimentos en las familias con niños desnutridos, embarazadas y mujeres en periodos de lactancia. Además esta dependencia facilitó su red móvil, compuesta por grupos de promotoras que impulsaban el desarrollo familiar y comunitario en poblaciones del área influencia del programa.

En 1993 en coordinación con la Dirección General de Culturas Populares se llevaron a la práctica 17 proyectos sobre medicina tradicional surgidos de la misma comunidad. En 1994 en todas las unidades el personal médico con apoyo de los auxiliares del área médica y diversos miembros de la comunidad elaboraron glosarios de términos en dialectos para favorecer el acercamiento con los grupos étnicos.

Asimismo se actualizaron los convenios con otras dependencias, como en el caso de los establecidos con el Instituto Nacional Indigenista y con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. En este mismo año se firmo un convenio de colaboración con la Secretaria de la Contraloría General de la Federación, para impulsar la Contraloría Social en las comunidades a nivel federal y estatal.

Es aquí donde se dió la interorganización institucional para contribuir mejorar y agilizar la implementación de los objetivos del programa "intentando superar los potenciales límites de la fuerte tradición jurídica" y nos muestra la configuración de las Relaciones Intergubernamentales que regulan la subvención entre niveles territoriales y la delegación de tareas a las unidades subnacionales.¹¹⁷

¹¹⁷ Ibidem, Agranoff, Robert, p.p. 184

Entre las acciones concertadas con el Sector Salud y con las otras entidades del Gobierno Federal, para atacar los padecimientos antes mencionados, se destaca la difusión de mensajes educativos entre la población a través de diversos medios de comunicación, la capacitación de las madres en el uso de la hidratación oral y en la identificación de signos de alarma, la promoción del saneamiento básico y la investigación realizada por los promotores voluntarios en los domicilios para la derivación oportuna de los enfermos y el manejo efectivo de los niños con diarrea.

En referencia a la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, se continuo orientando a la población en el tratamiento oportuno de la amigdalitis recurrente y la aplicación de los tratamientos familiares de erradicación del estreptococo. De esta forma entre 1988 y 1994,

se obtuvo una disminución de 59 en la tasa de fiebre reumática.

A semejanza de lo observado al inicio del sexenio, las causas principales de las muertes por complicaciones de las muertes maternas continúan siendo la toxemia, complicaciones del trabajo de parto, la hemorragia y las infecciones. Las causas principales de la mortalidad perinatal fueron las afecciones respiratorias del feto y del recién nacido, el bajo peso al nacer, la prematuridad, infecciones en el periodo perinatal, las malformaciones.

Por otra parte, la vacunación universal incluyo la aplicación de toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil, con especial énfasis a las embarazadas. En 1991 se aplico una dosis adicional de antisarampion a los escolares residentes en el ámbito de responsabilidad del programa, como resultado de estas acciones, desde 1992 se mantuvieron coberturas de vacunas en los niños de 1 a 4 años por arriba de las cifras que

exige el Comité de certificación del programa de vacunación universal. Estas acciones se reflejaron en la ausencia de casos de poliomielitis y difteria y en decremento significativo de los casos de tosferina, tuberculosis meningea y sarampión.

En 1994 la tuberculosis pulmonar, padecimiento intimamente ligado a las condiciones de marginación y extrema pobreza, desapareció de las primeras 25 causas de egreso en Hospitales Regionales y como causa de muerte descendió del tercer lugar en 1990, al décimo segundo lugar, gracias a la detección oportuna y al tratamiento con esquemas acortados y la quimioprofilaxis a los que la requirieron.

Como parte de la transición epidemiológica que sufre el país algunos padecimientos crónicos degenerativos han adquirido mayor gradualmente mayor relevancia en las zonas indígenas, como ocurre con la diabetes mellitus que en 1994 ocupó el décimo quinto lugar como causa de egresos hospitalario y el cuarto lugar como causa de muerte, su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para su control.

En este mismo año la cirrosis hepática ocupó en primer lugar en frecuencia como causa de muerte en Hospitales rurales de las áreas indígenas, por lo que conjuntamente con la organización de Alcohólicos Anónimos se fomentaron grupos de autoayuda y actividades recreativas y culturales. Formándose 5 853 grupos artísticos, recreativos y culturales.

3.5.1. FEDERALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

La importancia del federalismo implica la división de poderes entre el gobierno central y los gobiernos estatales, fijada por la Constitución. La complejidad de las disposiciones normativas que rigen la prestación de los servicios federales de salud representan un buen índice para apreciar el magno esfuerzo que será necesario realizar a efecto de descentralizar de manera efectiva, los servicios de salud.

De acuerdo con la naturaleza del Estado federal mexicano, las entidades federativas y la Federación proporciona, en sus diferentes ámbitos de competencia, servicios de salud. Sin embargo es preciso mencionar que por los recursos económicos disponibles, el mayor uso de servicios es ofrecido por el Gobierno Federal, de manera directa o a través de sus diversos organismos descentralizados.

Esta problemática es generada a causa de la centralización del país, la política se ha determinado por una agenda nacional (de gobierno federal), y escasamente por las prioridades locales, cuyas cuestiones sociales corren el riesgo de quedar trabadas en un tipo de atención gubernamental que no produzca respuestas concretas de solución a través de acciones o programas específicos, sino por el contrario, que sólo busque desvirtuar la problemática local.

Se debe tomar en cuenta que no todos los problemas públicos y sociales son de naturaleza nacional, la política nacional más activa es la local, ya sea municipal o de carácter regional. Así la participación de las comunidades evita el exceso de la concentración del poder (centralismo) que termina por ahogar las iniciativas en lo administrativo. En el orden constitucional los problemas concernientes a la salud han sido objeto de diversas reformas y adiciones.

El fortalecimiento de los servicios públicos ocupa un lugar importante en la gestión municipal, los servicios públicos son la tarea cotidiana de un municipio mexicano, la prestación de estos representa el referente más concreto e inmediato de actuación de un gobierno ante la sociedad, estos cumplen a su vez una doble función, ser satisfactores de las necesidades públicas y referentes de un buen gobierno ante la sociedad.

La federación puede apoyar a los municipios en dos grandes vertientes en materia de servicios públicos.

1.-A través de la difusión de servicios públicos susceptibles a la participación de la iniciativa privada en esquemas jurídico administrativos.

2.- La difusión de experiencias exitosas en los municipios donde se hayan instrumentado alternativas diferentes a las directas, conjuntamente con la elaboración de una bases de datos, con acceso al mismo por parte de los ayuntamientos coordinado desde la federación, sería una buena opción para el comienzo.¹¹⁸

El Plan Nacional de Desarrollo establece que una vez cerrado el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud, el siguiente paso se habrá de darse en la federalización del sector entregando a los gobiernos estatales, el manejo de los servicios del IMSS-Solidaridad. En abril de 1983, el gobierno federal ordenó la desaparición del COPLAMAR y cedió al seguro social la responsabilidad operativa del programa, dos años más tarde ocurrió la primera desarticulación al concentrarse la descentralización de los servicios a la población abierta.

En 1985 en el estado de Guerrero, donde recibieron el manejo de los servicios de salud ha dejado de operar el sistema, del IMSS-COPLAMAR para los 300 mil indígenas que sobreviven en los 16 municipios de la Montaña sólo existe un hospital del segundo nivel con 30 camas, en donde las enfermedades más preponderantes son la diarrea, enfermedades respiratorias y problemas de parto; se detectaron los siguientes problemas se cobra una cuota de tres a diez pesos, donde la atención debería de ser gratuita asimismo se presenta otra problemática que es la falta de medicamentos, el equipo se encuentra en mal estado, las clínicas de servicios se encuentran semiabandonadas. En el centro de salud no hay médicos.¹¹⁹

Se estudia la idea de organizar por grupos y funciones a la población en donde la Secretaría de Salud se encargue más de la regulación y la normatividad, con la necesidad de generar una reforma, dentro de otros factores la duplicidad que se tiene; por ejemplo se tienen clínicas del IMSS y del ISSTE y de la propia Secretaría en la misma cuadra,

¹¹⁸ Herrera Alejandro M., el Gobierno Municipal en México, y la Política Pública de los 90s, citado en Diplomado Nacional en Política Pública y Gobierno local, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública p.p. 72.

¹¹⁹ "El Programa IMSS-SOLIDARIDAD Condenado a muerte por decreto, será descentralizado", Garduño Espinoza Roberto, La Jornada, Lunes 10 de febrero 1997

ocupadas al 50%, lo cual indica un completo contrasentido, ya que en otras zonas no se encuentran ningún servicio.¹²⁰

Las perspectivas según el informe anual 1995 en referencia a la federalización las grandes políticas y estrategias nacionales de salud quedaran definidas en el documento *salud 2000*, en el que se destaca que la única restricción que tendrán los sistemas de salud estatales será el cumplimiento de las políticas y estrategias que determine la SSA. La esencia de la descentralización radica en el control local sobre la asignación y uso de recursos humanos, materiales y financieros manejándose dos excepciones, se seguirá manejando de manera centralizada la construcción de hospitales de tercer nivel por cuestiones económicas de escala, y se continuará con una compra consolidada optativa de medicamentos y material de curación para obtener beneficios en precios.

Las erogaciones se realizaran por parte del Estado. Realizándose también la restricción en presupuestos para programas como el de vacunación, que atacan problemas de salud que tienen externalidades negativas en otros Estados.¹²¹

Si bien se considera que el sistema de salud ha tenido avances importantes, aún no se puede considerar que este plenamente desarrollado, dado que debe transformarse para atender eficazmente los problemas de salud que hoy enfrenta el país y sentar las bases para una estructura preventiva y de atención que resuelva eficazmente las necesidades del futuro. Esta realidad obliga a perfilar una nueva forma de organización.

El grado actual de desarrollo del país y la complejidad para la ejecución de decisiones tomadas desde el orden federal, plantea la necesidad de descentralizar responsabilidades, recursos y decisiones con las que se cumpla un doble propósito, el político al fortalecer el

¹²⁰ Garduño Espinoza Roberto, "La SSA tendrá función normativa, Lunes 2 de Octubre de 1995. *La Jornada*
¹²¹ Garduño Espinoza Roberto, "La SSA mantendrá el control en construcción de hospitales", *La Jornada*
Lunes 4 de diciembre 1995

federalismo y reintegrar a la esfera local las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal y el social, al acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los estados mayor eficiencia y oportunidad.¹²²

En cualquier caso el hecho es que en México se puede hablar de un federalismo y de una federación, asimismo también se puede hablar de relaciones intergubernamentales pese a que por haber tenido un federalismo y una federalización concentrada y que éstas hayan sido desbalanceadas y limitadas. Dado el pasado y posible futuro de nuestras relaciones centro periferia, el concepto de relaciones intergubernamentales ofrece un concepto importante para entender y renovar la federación, aunque no la garantiza, las estructuras más descentralizadas pueden favorecer una mayor participación, así como un ataque más eficaz y eficiente a nuestros problemas.

A partir de este concepto es como se pueden instrumentar variados mecanismos de transferencias que otorguen mayor autonomía fiscal y presupuestal a los estados sin conducir a la desintegración nacional. Los potenciales problemas de eficiencia recaudatoria y administrativa no son razón para que la instancia monopolice los impuestos y los gastos, aunque retenga algunos su función será más bien vigilar, evaluar y apoyar e incentivar la recaudación y administración eficiente del ingreso y el gasto por las otras instancias.¹²³

3.6. EVALUACIÓN

La evaluación es un concepto que expresa un juicio de valor, presuponiendo una realidad determinada, es por lo tanto una comparación, ésta presupone una temporalidad que expresa en el pasado o en el futuro, nunca en el presente ante la imposibilidad

¹²² Ernesto Zedillo Ponce de León, "Fin a rezagos en la Salud", El Nacional, miércoles 21 de Agosto de 1996

¹²³ Méndez Jose Luis "Federalismo y Redes Inergubernamentales, Este país Núm. 69, Dic, 1996

situacional de coexistencia de evaluación y la racionalidad que le dio origen y se basa principalmente en cuatro elementos básicos: razón, decisión, acción y efectos.¹²⁴

La evaluación se dirige a enfoques interorganizacionales, lo que implica ubicarse en momentos ex-*pot* o de resultados finales del proceso administrativo, que consiste en encontrar referentes empíricos o indicadores para aquellas dimensiones, que en principio solo han sido definidas teóricamente. Los indicadores deben ser entendidos como la expresión de las diversas acciones conectadas y no solo como un conjunto de medidas de los resultados.¹²⁵

La evaluación es un término ambiguo pues nombra un instrumento que tiene múltiples aplicaciones y que persigue diferentes propósitos. En su acepción más general es la recolección, análisis e interpretación sistemática de información sobre las actividades, resultados e impactos sobre las políticas y programas que el gobierno implementa para satisfacer las necesidades de la población y mejorar las condiciones de vida.¹²⁶

La valoración del nivel de salud es difícil porque no existen elementos técnicos en la actualidad que nos permita captar la etapa precisa en que el individuo pasa de lo normal a lo anormal. La salud nos indica un estado donde las variaciones que puede presentar un individuo se mantiene dentro de determinado rango considerado como normal a través de los datos promedios disponibles y que varían en función de la edad, y el sexo, inclusive según la ocupación y particularmente de la región. hoy en día se basa principalmente en un intento para valorar el nivel de salud expresado en las tasas de morbilidad y mortalidad. Estos índices disponibles se refieren más bien a la enfermedad, incapacidad o a la muerte que a la salud propiamente dicha. Es necesario insistir en encontrar índices relacionados a la salud, en referencia a su promoción y conservación.

¹²⁴Op. Cit. , Diplomado de políticas públicas p.p.55

¹²⁵Op. Cit. Medina Giopp , p.p. 163-164

¹²⁶Klitsberg Bernardo, compilador, ¿Cómo enfrentar la pobreza?, Primera Edición 1989, Grupo Editor latinoamericano S.R.L., p.p. 153

Existen por supuesto, diferencias importantes entre las diversas mediciones disponibles de la composición o mezcla de casos. Pero sin entrar en detalle, puede afirmarse en general que son tres cosas las que se requerirán en atención en el futuro. Primero las categorías necesitan ser purificadas aún más, a fin de reducir las variaciones entre ellas. Segundo se necesita un método de agregación de categorías a partir de una base normativa mas razonable que el método habitual de usar el costo promedio. Tercero necesitamos mecanismos de ajuste para evaluar la calidad del producto de manera que las reducciones de calidad no se enmascaren como mejoras en la productividad.¹²⁷

3.6.1. RESULTADOS

Como resultado de los avances de la medicina moderna y el esfuerzo institucional para proporcionar mas y mejores servicios públicos de salud, las tasas de mortalidad por 100,000 habitantes disminuyeron en México de 2 335 en 1940 a poco más de 525 en 1986. Año con año la esperanza de vida se incremento en 1940 los hombres y mujeres de nuestro país podían aspirar a vivir un promedio de 40 años, mientras que en 1988 rebasaban los 69 como media general ¹²⁸

Entre 1989 y 1994, la SSA y las clínicas comprendidas en el programa IMSS-Solidaridad ofrecieron atención médica a la población en áreas rurales y urbanas marginadas, en especial en los sitios habitados por los grupos sociales más desprotegidos, alcanzando una cobertura de 39.5 millones de personas, cifra superior de 1988 en un 40%.¹²⁹

Hasta 1994 entre 90 % de las localidades sin acceso a tales servicios estaban las de menos de 500 habitantes, aunque de las doscientos ochenta y seis ciudades con 15 mil o más personas no se lograba aun una cobertura total.

¹²⁷Avedis Donabedian, Salud de la Investigación a la acción, Secretaria de Salud, Fondo de Cultura Económica, Primera Edición 1990, p.p. 28

¹²⁸Crónica de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Secretaria de la Presidencia, p.p.92

¹²⁹Ibidem, Crónica.,p.p. 255

De la población sin acceso a los servicios de salud de 7.2 millones y sin cobertura funcional 17.7 millones, poco más de la mitad reside en localidades rurales dispersas de menos de 2 mil 500 habitantes (México, Oaxaca y Chiapas 52.8%), 18 por ciento en áreas rurales concentradas, y el resto 29.2 por ciento, esta asentada en áreas urbanas marginadas.

Lo que significa que mas de la tercera parte reside en localidades de menos de 500 habitantes carece de acceso a estos servicios. Una agravante de esta situación la representa la marginación en que viven, mas de la mitad de la población que no tiene acceso a los servicios de salud se concentra en los dos rangos mayores de marginación, alta y muy alta.¹³⁰

De lo que se deduce que el sistema público de salud favorece a las personas aseguradas, quienes representan 55% de la población nacional, pero consumen 81% del gasto público en salud.¹³¹ La población que puede ser cubierta por la Secretaría de Salud y por el programa IMSS-Solidaridad asciende apenas a 34% del total. Así los habitantes sin acceso a servicios públicos de salud sumaban en 1990 11% del total nacional, es decir, poco menos de nueve millones.¹³² (CUADRO 1-A)

¹³⁰ "17.7 millones de mexicanos, sin atención médica", LA JORNADA, Domingo 8 de septiembre de 1996, p.19

¹³¹ Datos sobre cobertura de los seguros sociales basados en la Encuesta Nacional de Salud. Las estadísticas oficiales son menos precisas: por ejemplo al sumarse las coberturas que estas reportan para los seguros sociales y para los servicios asistenciales se obtiene un total que excede al 100% de la población.

¹³² Las estimaciones oficiales son mucho más optimistas pues consideran la cobertura por recurso y por tipos de atención bajo condiciones de productividad que resultan más favorables. Así para 1992 la SSA estimó una cobertura potencial de 42 millones de personas, mientras que los seguros sociales reportan 47.4 millones de amparados, ello da un total de 89.4 millones de personas cubiertas. Esta cantidad excede el total nacional, y se refiere a la cobertura por atención en consulta externa, considerando el área rural de cada entidad federativa

Cobertura de los sistemas de salud, según institución 1990**CUADRO 1-A**

Cobertura	Total	%
Seguridad Social	44 627 508	55
SSA/IMSS-Solidaridad	27 587 913	34
Descubierta	8 925 502	11
Total	81 140 922	100

Si se toma como porcentaje de población necesitada de ellos, la falta de cobertura llega a ascender a 21% de hecho, si se consideran también las barreras económicas geográficas y organizacionales, la población sin servicios llega a ocupar un tercio del total

De lo anterior se deduce que todavía no existen políticas de salud que garanticen que todos los beneficiarios de los seguros sociales podrán acceder por igual a los servicios que tienen asignados, ni que todas las personas muy pobres obtendrán servicios gratuitos o de bajo costo ya que mientras mayor es el nivel de pobreza de los asegurados, mayor es su asistencia a la SSA y mayor también es el uso que hacen de los servicios médicos de la medicina privada.

Las barreras económicas son el principal obstáculo para 43% de las personas que desean ser atendidas, mientras que las barreras geográficas son un 42%. Las barreras organizacionales tienen menor importancia, pues afectan solo al 15 % del total; sin embargo la cifra se incrementa a 24% entre los asegurados. Cabe señalar que las barreras económicas también son relevantes entre los asegurados, y afectan a 23% del total. (CUADRO 2-A)

Barreras de acceso a la Atención de servicios médicos, de personas con deseo de atención según cobertura

CUADRO 2-A

<i>Barrera</i>	<i>Asegurados</i>	<i>No asegurados</i>	<i>Total</i>
Económica	23	49	43
Geográfica	53	39	42
Organizacional	24	12	15
Total	100	100	100

Fuente Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Salud, México; SSA, 1987

Nota: No se incluyen entre estas barreras la que se da cuando el individuo o la familia no identifican necesidades de salud que para el común de la población son evidentes.

Aunque las políticas de cobro al usuario de los servicios asistenciales se dio a través de tarifas móviles diseñadas especialmente para dar atención gratuita a la población muy pobre, reducir las barreras económicas para los pobres y desalentar el uso de esos servicios de la clase pudiente. Sin embargo no se observan diferencias marcadas en la exención de pago por servicios entre los diferentes niveles socioeconómicos son insignificantes.

Considerando a todas las instituciones 43% de los casos de atención a personas muy pobres están exentas de pago la cifra asciende a 48 % en el caso de los pobres y a 54% en el de los no pobres, estos dos últimos grupos se benefician más de los grupos sociales.

Una política equitativa de cobro debería considerar que el pago por servicios fuera menor, en cuanto menor fueran los ingresos de la familia. En efecto mientras menores son los ingresos familiares, el gasto en salud compete más estrechamente con la satisfacción de otras necesidades básicas. No obstante en México conforme menor es el ingreso familiar, mayor es el porcentaje dedicado en gasto directo en salud. Las familias

más pobres utilizan 5.2% de sus ingresos en gastos directos para la atención a la salud, son el medio urbano, y 4.65% si son del medio rural. En cambio las familias más ricas gastan sólo 2.8% de su ingreso en salud en el medio urbano y 3.8% en el medio rural.¹³³

En referencia a la distribución de la utilización de los servicios de salud según su estrato socioeconómico en 1987 y 1994. La medicina privada es la principal fuente de servicios para la población no asegurada; en 1987 efectúo 59% del total de contactos médicos y en 1994, 65%.

En 1987, las personas muy pobres utilizaban más la atención privada que cualquier otra fuente de servicios médicos, y en 1994 los seguros sociales efectuaban un mayor número de atenciones.(CUADRO 3-A)

Utilización de los servicios de salud según estrato social
CUADRO 3-A

<i>Estratos</i>	<i>Asistencia Pública 1987-1994</i>		<i>Seguros Sociales 1987-1994</i>		<i>Privados 1987-1994</i>	
Muy pobres	23	18	37	35	41	47
Pobres	19	16	45	47	36	37
No pobres	11	12	53	19	36	39

Estas cifras reflejan un grado extremo de insatisfacción, ya sea debido a la calidez del servicio, a barreras económicas o geográficas o probablemente a la ignorancia sobre la disponibilidad de servicios médicos; esta última opción no ha sido adecuadamente estudiada. El programa realiza 53% de la atención médica recibida por la población de las comunidades donde opera. El porcentaje restante es efectuado por las unidades del régimen ordinario del IMSS (15%), por la SSA (9%) y por la medicina privada (23%).

¹³³Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, 1992, citada Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final, Fundación Mexicana para la Salud A.C. Segunda Edición, 1995 p.p. 176-177

Al evaluar las cifras para estos dos años, la participación de los servicios asistenciales en la atención de los diferentes estratos se ha mantenido constante el traslape en la demanda¹³⁴ de atención llevada a que 39% del total de los servicios de la medicina privada se otorgue a personas aseguradas, la cifra fue la misma en 1987 y 1994.

En diciembre de 1988 de los 39 millones de habitantes que conformaban la población de las 17 entidades federativas donde operaba el Programa IMSS-Solidaridad, 44% carecían de seguridad social y de esta cifra 58.3 % estaban protegidos por el programa (9.9 millones de habitantes). Dicha población integrada principalmente campesinos, indígenas minifundistas de zonas temporales, jornaleros y habitantes de las regiones desérticas.

Dentro de la estrategia de ampliar la cobertura de servicios, la población solidariohabitante se incremento durante los últimos seis años en 970 603 personas para hacer un total de 10 935 290 al finalizar 1994, en términos relativos ese incremento fue de 9.7 por ciento.¹³⁵

La población protegida actualmente por el programa reside en 12 718 localidades (3 636 más que en 1988) pertenecientes a 1 231 municipios de 17 entidades federativas con lo que se amplió la cobertura municipal en 19.3% en los últimos años.

¹³⁴ Se considera que la demanda por cualquier bien o servicio proviene de los ingresos de que disponen los consumidores para gastar, los precios que deben pagar y sus deseos, expresados en una "función de utilidad"; pero uno de los principales determinantes de la demanda por atención médica es el mismo estado de salud. Asimismo la demanda depende de los precios, y esto no sólo lo relativo por lo que se paga, sino que incluye el costo del tiempo utilizado en el traslado a la atención médica requerida, el tiempo de espera y recuperación, así como el gasto monetario, que puede incluir la pérdida de ingreso debida al tiempo sustraído al trabajo. Op. Cit., Musgrove Philip

¹³⁵ Visión del cambio en la Seguridad Social, 1988-1994, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Primera Edición, 1994, p.p. 210-211

De esta forma hoy se otorgan servicios de salud a 40 % de la población carente de seguridad social en los 17 estados de referencia, dicho resultado resulta inferior en cuatro puntos al que se registra en 1988, disminución que se explica por la depuración realizada en los registros de adscripción a las unidades médicas.

En 1994, las unidades médicas en operación estaban distribuidas en 69.6% en estados de marginalidad muy alta y alta 27.9% en entidades con marginalidad media y solo 2.5 en estados con marginalidad baja.¹³⁶

Al distribuir la población adscrita a las unidades médicas, se observa que 88.0% reside en municipios de muy alta y alta marginalidad, en tanto que 12% vive en municipios de marginalidad media y baja.

Cabe señalar que en 13 de los 17 estados de la República en donde opera el IMSS-Solidaridad, habitan un poco más de 3.5 millones de indígenas, de los cuales el programa protege a 82.9 %. En 1994, un total de 877 unidades médicas rurales y 10 hospitales rurales atendían de manera especial a población indígena, cifras que representan 26 y 16% de las unidades del programa.

Respecto a la distribución porcentual de la población amparada por grupos de edad, se observo que en 1986 el 41.9 por ciento corresponde a los grupos de menores de 15 años, en tanto que en 1991 bajo a 38.3 por ciento, lo que produjo un incremento en los porcentajes relativos para los grupos mayores de 15 años. En cuanto a la población menor de 5 años, en 1991 represento el 12.6 por ciento y la población femenina de 15 a 49 años de edad, el 25.6 por ciento.¹³⁷

¹³⁶ Ibidem ,p. p.212

¹³⁷ Op. cit. Diagnóstico de Salud ,p.p .31 . No se encuentran datos actualizados

Infraestructura

Las circunstancias especiales que en esta zona predominan originaron se aplicaron criterios técnicos más flexibles y en consecuencia se ubicaron unidades médicas rurales en localidades con rangos de población entre 500 y mil habitantes.

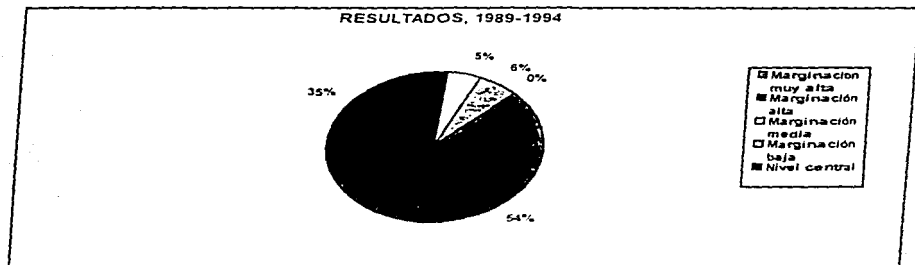
Con el apoyo del gobierno la infraestructura del programa se incremento de manera importante en 1989 y 1994, por lo que al finalizar la administración contaba con 3 428 unidades médicas de primer nivel y 64 hospitales rurales, 47.6 y 25.5 % mas respectivamente que al principio del sexenio. La cifra de consultorios médicos llegó a 3 945 y la de camas instaladas a 2 605 es decir, 45 y 34 % mas que en 1988.

El aumento en la infraestructura trajo aparejados cambios en la regionalización de los servicios por ende, el numero de regiones y de zonas se incremento a 44 y 201 respectivamente. Al concluir 1994 31% de las regiones tienen 100 o mas unidades médicas rurales y 69% menos de cien. El promedio de unidades médicas rurales que conforman cada zona de servicios es de 18 en el lugar de las 20 que se registraban en 1980.

En la gráficas siguiente se muestran el porcentaje de construcción y rehabilitación de unidades médicas por índice de marginalidad Gráfica I y el la Gráfica II la evolución del gasto en las mismas

**CONSTRUCCIÓN REHABILITACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE UNIDADES
MÉDICAS RURALES, 1989-1994**

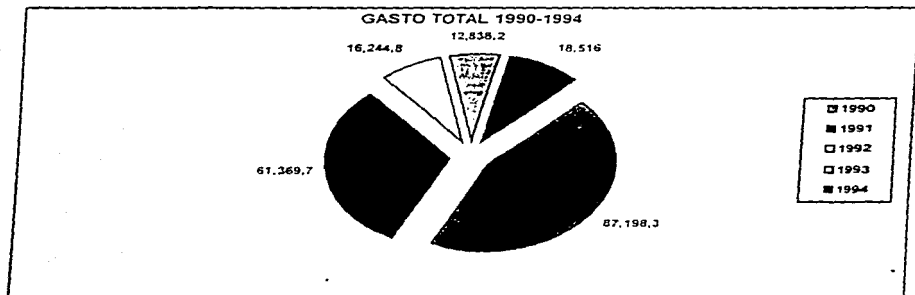
Gráfica I



Fuentes: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 1991-1993, y VI Informe de Gobierno, 1994

GASTO EN UNIDADES MEDICAS RURALES 1989-1994

Gráfica II



Fuentes: Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 1991-1993, y VI Informe de Gobierno, 1994

Entre las problemáticas ha que se ha enfrentado este programa es la de ampliar la cobertura de unidades de primer nivel, ya que, la comunidad carente de este servicio no reúnen el número de habitantes necesarios para instalar unidades, por otra parte el recurso humano con que se cuenta como son los pasantes de servicio social de escuelas de medicina no es constante; lo que le resta operatividad al programa, para solucionar tal problemática los evaluadores del programa proponen una mayor formación de asistentes rurales, que se les estimule económicamente y evitar la emigración a otras localidades.

SERVICIOS

En primer termino, cabe señalar que el programa aplico la estrategia de otorgar atención integral a los grupos que corren mayores riesgos de enfermar y morir, entre los que se encuentran las mujeres (grupos materno), los niños (infantil y preescolar), y la población indígena, dando mayor énfasis al cuidado de la salud de los ancianos. Con este fin junto con la comunidad se realizaron acciones individuales, familiares y colectivas, promoviéndose continuamente el mejoramiento de vivienda. En 1994 se llevaron a cabo 641 677 de este tipo, lo que significó un avance de 61% con respecto a 1988

Se construyeron un total de 54 597 letrinas, sanitarios secos y fosas sépticas, además se repararon muros, techos y pisos mediante 31 787 acciones con estas obras se beneficiaron 2 149 comunidades con ellas se fabricaron mas de 1.5 millones de blocks y adoquines con los que se restauraron 5 0009 viviendas favoreciendo así a 36 412 familias.

En el rubro del cuidado del agua mientras en la instalación de coladores y limpieza de fuentes se realizaron 293 acciones. Con ello un total de 600 localidades y de 70 298 familias resultaron beneficiadas.

La participación de la organización comunitaria para la salud de la población fue determinante, de tal manera que en 1994, 84.6% de las familias utilizaban agua potable, 68.1% evacuaban sanitariamente sus deposiciones y 87.4 % eliminaban la basura en forma higiénica, los incrementos observados en esos rubros oscilaban entre 88 y 100 % con respecto a 1988.

Es importante destacar que con estos recursos se obtuvieron ventajas 14 199 localidades (1 446 indígenas de 30 etnias) y 252 140 familias, asimismo se resalta, que en los rubros de mejoramiento de la vivienda y de limpieza y rehabilitación de fuentes de abastecimiento de agua, las aportaciones de la comunidad en mano de obra y materiales de la región fueron superiores a los fondos otorgados por el PRONASOL. Aunque el Programa está dirigido a la población que aún no tiene cubiertas necesidades elementales en cuanto a alimentación y vivienda, esta situación no afectó la cooperatividad de las familias a realizar obras y actividades de saneamiento básico.

Un logro primordial de mencionar lo es la disminución de enfermedades prevenibles por causa de vacunación, como consecuencia de los logros en la vacunación oportuna a todos los niños, de acuerdo al compromiso adquirido por el país ante la Cumbre Mundial de la Infancia de lograr la vacunación universal y de disminuir, para 1995 las muertes infantiles por diarrea en 50% con respecto a 1990; por lo que se intensificó la prevención y control de enfermedades diarreicas, especialmente a partir de la aparición del cólera en el país.

Asimismo se valoró el estado nutricional de más del 90 por ciento de los niños indígenas. De los niños estudiados 12.4 por ciento tuvieron algún grado de desnutrición aguda o crónica, cifra 3% más alta a la observada en el ámbito del programa. En ese año se logró la recuperación de 34 por ciento de los desnutridos identificados, 7.5 por ciento inferior a la de todo el programa, situación explicable por la precaria situación económica de los indígenas. Para combatir este problema de salud se capacitó a las

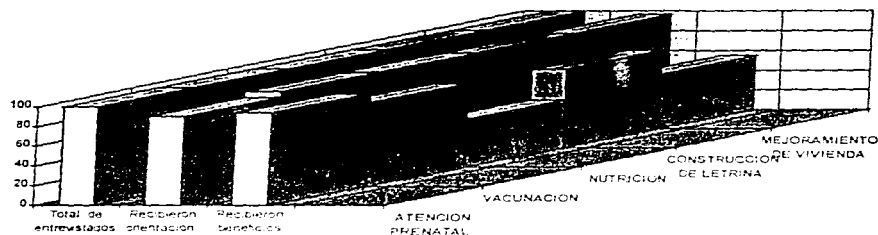
madres sobre la manera de aprovechar los alimentos locales, al alcance familiar y se estimuló la producción familiar de alimentos.

Gracias a esta participación y al empleo de tecnologías apropiadas de bajo costo, al apoyo financiero de diferentes dependencias federales y estatales (no se tienen estadísticas del recurso aportado por las mismas) se contribuyó a disminuir algunos de los principales padecimientos, que afectan la población amparada, asimismo el descenso de en la morbilidad de los padecimientos infecciosos y parasitarios con puerta de entrada por vías digestivas, pero esto resulta aun insuficiente para detectar oportunamente su transmisión, como el caso del cólera

A continuación se muestra los resultados de la encuesta realizado por los evaluadores del Programa en referencia promoción y orientación y beneficios recibidos. (Gráfica III)

Gráfica III

PARTICIPACION COMUNITARIA EN RESPUESTA A LA PROMOCION ORIENTACION Y BENEFICIOS RECIBIDOS



Nota: En referencia a beneficios recibidos, los porcentajes más bajos los muestran nutrición con un 49% (Para apoyar la distribución familiar de alimentos, se distribuyeron paquetes familiares de pollos y de semillas de hortalizas) y mejoramiento de vivienda en 25%.¹³⁸

¹³⁸ Estos datos se resumieron de la encuesta realizada por el Programa IMSS-Solidaridad de la presentación de gráficas, Ibidem El Programa IMSS-Solidaridad, p.p.109-110

En vista de los niveles de insatisfacción con los servicios de Salud en México, la Encuesta Nacional de Salud arrojó los siguientes datos en referencia a cuál es la principal razón por la que asisten a un determinado servicio. Las respuestas fueron como se muestra en el siguiente cuadro (CUADRO 4-A)

Razón por la que se utilizan los servicios médicos

CUADRO 4-A

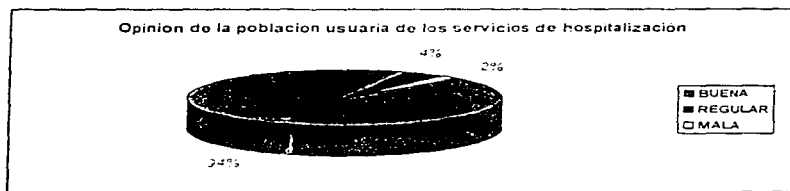
	SSA		Imss		Seguridad Social		Privados	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Barato	18	28	5	15	1	18	18	4
Cercano-Único	43	36	19	32	2	32	32	21
Grave	3	6	3	2	1	9	9	7
Derecho	0	0	62	33	93	0	0	0
Confianza-habito	28	23	9	10	2	26	26	53
Orden								
Recomendación	8	8	1	8	1	15	15	15

1 Asegurados

2 No asegurados

Opinión sobre la atención recibida por los solidariohabitantes

Gráfica IV



Información obtenida mediante la encuesta de opinión realizada en 1993 por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática

En síntesis el cuadro 4-A los usuarios del IMSS-Solidaridad lo utilizan por hacer valer sus derechos de acceso, por la cercanía y por ser el único servicio con que cuentan; sin embargo la confianza es un motivo importante y significativo para evaluar la calidad. En relación a la Gráfica IV la encuesta no nos permite visualizar que variables se toman para considerarse buena, regular o mala.

Otros recursos

En forma congruente con el crecimiento de la infraestructura de servicios, también se autorizó un incremento de 46.4% de plazas que al finalizar la administración EN 1994 alcanzan un total de 16 324. Su distribución fue prácticamente similar a la de 1988 al de delegaciones y zonas y solo 1.7 % al nivel central.¹³⁹

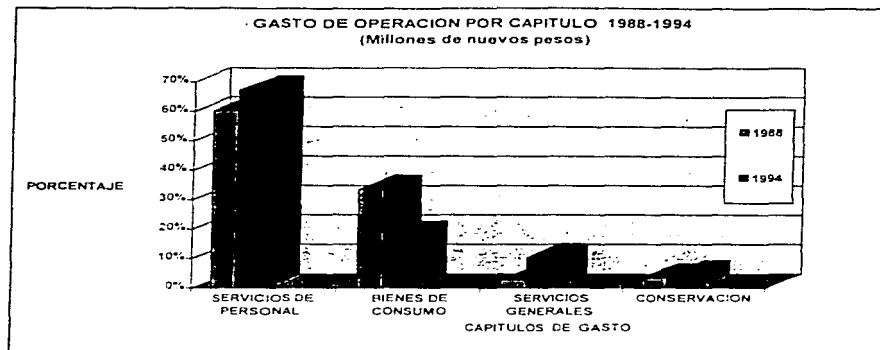
En 1994, el gasto de operación que comprende (gastos de personal, bienes de consumo, conservación y servicios generales se estimó en NS1 046.4 millones en cifras relativas esto significa un aumento de 672.8% con respecto a 1988 y el gasto de inversión reposición de vehículos y de bienes muebles reposición de vehículos, instalación de sistemas de radiocomunicación y obra pública) pasó de NS22.7 millones en 1988 a NS 65.5 millones en 1994, lo que representa un incremento de 188.5 por ciento.¹⁴⁰

(Gráfica V)

¹³⁹ Ibidem p.212-213

¹⁴⁰ Programa IMSS-Solidaridad p.p.59

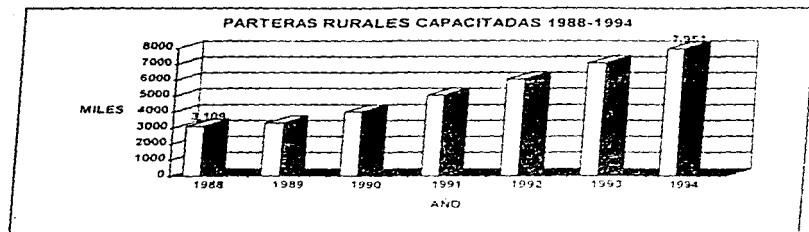
(Gráfica V)



Para evitar las muertes por complicaciones de embarazo, parto y puerperio, se estableció el Comité Central de Mortalidad Materna y se reforzó la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y perinatales, lo que permitió conocer mejor las áreas y zonas con este problema y establecer estrategias específicas para solucionarlo; se impulsó la interrelación y el diálogo con parteras rurales, quienes en 1994 se incorporaron nuevas aceptantes a planificación familiar lo que sumado a la promoción institucional permitió que durante 1994, 250 mil mujeres planificaran su familia cifra 66% mas alta que la obtenida en 1988. A partir de 1994 se realizó un censo anual de usuarias activas de métodos de planificación familiar, de acuerdo con este, 4 de cada 10 mujeres susceptibles de embarazarse utilizaron algún método anticonceptivo. En este mismo año se atendieron 77% más partos que al principio de la administración, de ellos 35.9 % fueron atendidos por parteras rurales capacitadas y el resto en las Unidades Médicas Rurales.

En referencia al número de parteras rurales capacitadas se muestran los datos en la (Gráfica VI)

(Gráfica VI)

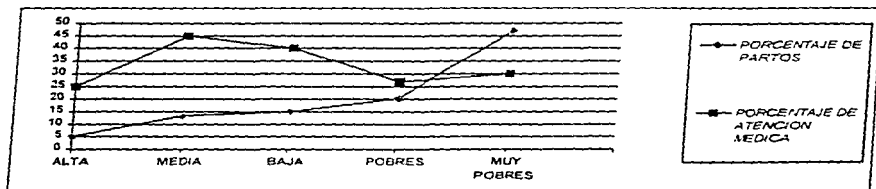


Fuente: sistema unico de informacion

Al finalizar 1994, el número de parteras rurales, duplicó al que había en 1988.¹⁴¹

La inequidad tiene un fuerte impacto en la distribución de los servicios. La población muy pobre (33% del total) concentra 47% de la carga de partos a nivel nacional y sólo 18% los servicios de atención a aquellos; como consecuencia casi la mitad de las mujeres muy pobres que dan a luz no reciben ninguna atención médica institucional.

Gráfica VII



Fuente: encuesta nacional de salud 1987

¹⁴¹ Ibidem, Visión de la Seguridad, p.p.223

El programa IMSS-Solidaridad no pretendió ofrecer atención médica del parto al 100% de las mujeres amparadas; muchas de ellas reciben apoyo de parteras empíricas capacitadas, careciendo de esta atención médica 69% pero según la Encuesta Nacional de salud, lo relevante es que 46% de las mujeres deseen atención médica y no la obtengan . por otra parte las estadísticas de mortalidad materna y perinatal del parto o a la capacitación de parteras en el medio rural.¹⁴²

Limitantes

En referencia al anterior sexenio, la tasa de infecciones respiratorias agudas tuvo un comportamiento irregular, explicable por la carencia de medidas específicas efectivas para su prevención. En contraste con esto las neumonías, complicaciones graves de infecciones de las vías respiratorias mostraron una tendencia descendente gracias a los esfuerzos efectuados junto con la comunidad para conseguir el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de estos padecimientos.¹⁴³

En relación con las deficiencias de la nutrición en 1988 la cuarta parte de los niños menores de cinco años en quienes se valoró el estado nutricional presentaban algún grado de desnutrición de ellos solo se logro la recuperación de una quinta parte de los desnutridos identificados. Si bien es cierto que se registro un descenso por la morbilidad por la desnutrición, fue a expensas de sus formas leve y moderada, no así en su manifestación grave.

Los recursos humanos y materiales disponibles para la atención a la salud en México muestran las insuficiencias con claridad; en cuanto al número de médicos por habitante, México se coloca en el décimo cuarto lugar de la región, seis sitios por debajo de Argentina. Asimismo, ocupamos el décimo quinto lugar en camas por hospitalización la cantidad de estas es 3.7 veces menor que en este último país.

¹⁴² Ibidem, Propuestas para el Avance., p.p.163

¹⁴³ Ibidem, Programa-IMSS.,p.p. 224-225

No se logra así la implementación de medidas efectivas en los padecimientos infecciosos con puerta de entrada por vía respiratoria y la tasa permaneció sin cambios ocupando el primer nivel de morbilidad. Constituye al igual un reto la morbilidad y mortalidad materna y perinatal siguen siendo un reto para el Programa, los principales factores de riesgo a esta problemática corresponden la esfera biológica, pero una de las barreras a las que se enfrenta es la creencia de la comunidad en referencia a la reproducción de la familia, ya que se considera vital para la supervivencia de la misma, asimismo la dispersión y el difícil acceso de la mayor parte de las localidades marginadas rurales, el costo del mismo determina que las embarazadas no acudan a las unidades médicas. Para dar cauce a este punto, se propone la instalación de albergues a la comunidad y la promoción de un enfoque de riesgo reproductivo y la utilización de métodos reguladores de fecundidad.

El incremento porcentual de los mayores de 15 años en la transición epidemiología en que se encuentra la población que son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, son importantes conflictos que agravan la salud la tendencia de la morbilidad y mortalidad según los analistas hacen ver que estos irán aumentando; lo cual requiere que acciones de salud de prevención y control deben de ser impulsadas con base a necesidades locales.

Un hecho que llama la atención es que los estados de marginación media o baja, las enfermedades ligadas a la pobreza es tan elevada como la existencia en entidades con marginación alta y muy alta. Esto debido a que el Programa atiende aquellas zonas de pobreza o pobreza extrema.

Aunque se trabajo en contra de los factores de riesgo susceptibles, como la baja escolaridad, la insalubridad del medio familiar y comunitario, la presencia de fauna nociva y transmisora, la práctica de hábitos higiénicos inadecuados y la falta de

oportunidad en la atención, aunado a la migración¹⁴⁴ factores primordiales que minan los avances y objetivos del programa, por lo que se planea realizar proyectos de desarrollo regional en cada región.

Los avances en el sistema de información en el Instituto Mexicano del Seguro Social, dieron a conocer una visión más amplia de los daños a la salud, y de los factores contingenciales por lo que es primordial introducir nuevos indicadores que nos permitan observar para medir el impacto del Programa sobre la salud de la población beneficiada, reforzando la capacidad de análisis del personal inmerso en los distintos niveles de organización para evaluar mas precisamente encausando e intensificando las acciones.

En el último sexenio el PRONASOL, que se desagrega en el IMSS-Solidaridad ha sido un nuevo ingrediente en el interior de las relaciones intergubernamentales, ya que la intención original era anular intermediarismos gubernamentales, que impedían que los recursos llegaran a los sectores más necesitados: Sin embargo al asignárseles en forma etiquetada, se impidió que el gobierno local pudiera decidir conjuntamente con la comunidad el destino de los mismos.¹⁴⁵

3.7. ALTERNATIVAS

Dentro de la agenda para el desarrollo del Banco Mundial se proponen principalmente tres puntos par mejorar la salud:

- I. Promover el crecimiento económico y la educación básica para mejorar la salud en los hogares.
- II. Redirigir el gasto en salud hacia intervenciones de salud pública eficientes.

¹⁴⁴ El 95% de la fuerza de trabajo en la agricultura de California en EE.UU. son migrantes primero chinos después japoneses ahora mexicanos. Muchos de ellos indígenas, y en los últimos años muchos de Oaxaca. La mayoría de ellos no saben español. No hay dificultad en el cambio. Al revés en condiciones sumamente difíciles las buscan, Debate, La cultura de la Miseria", Primera Parte, Este País, Octubre 1994, p.p.31

¹⁴⁵ Ibídem, Diplomado de Políticas Públicas, p.p.274

III. Fomentar la diversidad y la competencia en el financiamiento y administración en los servicios de salud.¹⁴⁶

Para lograr resultados tanto en la política social como en políticas públicas en general es indispensable superar el mito paralizante, aceptar la complejidad, ambigüedad, multidimensionalidad de los procesos de ejecución de las políticas, procurando encontrar claves para orientarse en ellos y buscar estrategias para hacer frente a esa complejidad, practicando el ensayo y el error, aprendiendo de la experiencia organizacional.¹⁴⁷

No existe alternativa más que afrontar el doble reto: terminar con el rezago epidemiológico y atender a los problemas emergentes y estableciendo políticas prioritarias.

1.- En las áreas rurales, fomentar el establecimiento de organizaciones solidarias de salud, que utilicen esquemas innovadores para financiar y prestar servicios (Las políticas de salud deben responder a cada una de las realidades que coexisten dentro del país. El desarrollo regional debe ser un ingrediente fundamental de la reforma del sistema de salud).

2.- Culminar el proceso de descentralización de los servicios de salud

Una política de regionalización fomenta la comunicación horizontal entre las entidades federativas para así fortalecerlas. (Dada la notable disparidad entre las entidades federativas, la descentralización por sí misma puede agravar las inequidades. Los estados con menores recursos -que son también los que tienen las peores condiciones de salud- suelen estar en desventaja para organizar la atención a la salud y obtener el financiamiento indispensable).

¹⁴⁶ Op. cit. *Salud*, La sociedad civil frente a los desafíos Nacionales, p.p. 116

¹⁴⁷ Klisberg Bernardo, *Cómo reformar el Estado para la lucha contra la pobreza*, citado por Op. Cit. *Gestión y Política* p.p.35

El país no puede mantenerse en el dualismo de tener catorce estados donde los servicios están descentralizados y 18 entidades donde no lo están. Por ello el proceso descentralizador debe ser ampliado a la totalidad de las entidades federativas y profundizado para que se llegue hasta el nivel municipal.

3.- Reorientar la asignación presupuestal, con la finalidad de responder a las necesidades y demanda de la población más que a la oferta de recursos

La alternativa es invertir esta dinámica y lograr que la asignación presupuestal deje de ser función de la oferta existente, para pasar a depender de las necesidades y la demanda de la población. La mejor forma de lograr este propósito es mediante la determinación de una forma numérica (que incorpore criterios del peso de la enfermedad, el costo - efectividad de las intervenciones y la dotación de recursos) que asigne los recursos financieros entre instituciones y entidades federativas en forma proporcional a las necesidades de salud y al rezago secular de manera que se reduzca la brecha actual.

Además se propone que ésta contribuirá a controlar el aumento de los costos, pues se definirá en principio un techo financiero, independientemente de que los servicios fueran otorgados por prestadores públicos o privados, esta fórmula serviría para proteger al decisor público de las múltiples decisiones políticas que se enfrenta en la asignación de los recursos; reorientándose el presupuesto hacia el medio rural, donde la infraestructura es insuficiente.¹⁴⁸

4.- Otorgar incentivos para el diseño y aplicación de modalidades innovadoras de participación privada en el financiamiento y la prestación de servicios; así como en la procuración de insumos para la atención a la salud.

¹⁴⁸ Ibidem, *Propuestas para el Avance del Sistema de Salud...*

5.- Prever las situaciones que en el corto plazo resulten prioritarias como son la dinámica tecnológica y su impacto, en la mayor sobrevivencia de la población.

6.- Capacitación de recursos humanos para los diferentes niveles, que implica elaboración y desarrollo de programas que aprovechen las potencialidades del trabajo multidisciplinario

7.- Sistematización de las aplicaciones de la investigación que se genere, para intervenir sobre las determinantes de la salud¹⁴⁹

Los sistemas de salud están en flujo continuo de cambio. No existen respuestas fáciles ni definitivas al reto de organizar un sistema equitativo, eficiente y de alta calidad. Una cultura de innovación debe ser motor del progreso. Es necesario diseñar incentivos hacia esta cultura, en particular a probar nuevas fórmulas de participación privada

Con el objetivo de comprender mejor el significado de las posibles reformas, resulta útil considerar que las políticas de salud abarcan cuatro niveles que se mencionan a continuación.

¹⁴⁹ Arredondo Armando, Hernández Patricia, Cruz Carlo, Incorporación del análisis económico al sector público en Países subdesarrollados, Cuadernos de Medicina Social, XXIV, 1993

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD : NIVELES DE LAS POLÍTICAS

Nivel de las políticas	Propósitos principales	Decisiones
Sistématico	Equidad, calidad y eficiencia	Bases para el acceso de la población -Agencias publicas involucradas en la atención a salud -Niveles de gobierno -Mezcla publico /privada -Participación de la población -Generadores de recursos -Otros sectores con efectos sobre la salud
Programático	Eficiencia de asignación	-Definición de prioridades -Costo -efectividad de las intervenciones
Organizacional	Eficiencia técnica y calidad	-Diseño organizacional, incluyendo incentivos -Desarrollo organizacional, incluyendo valores
Instrumental	Inteligencia institucional para mejorar la capacidad	-Desempeño organizacional -Sistemas de información -Investigación científica -Innovación tecnológica -Desarrollo de recursos humanos

El nivel sistemático tiene que ver con la estructura de los arreglos institucionales para la atención a la salud, aquí se definen los derechos, las funciones y responsabilidades de los principales actores que integran el sistema de salud asimismo se define el criterio para regular el acceso a la población sea este el poder de compra, la pobreza, la prioridad social o la ciudadanía, el grado y las formas de participación social, la cooperación.

Una vez definido el nivel sistemático, la estructura de la atención a la salud, es necesario pasar a definir el contenido en términos de programas e intenciones. Ese es el tema del nivel programático de las políticas de salud. Su principal propósito es la eficiencia en la asignación de recursos, es decir la medida en que los recursos disponibles son dirigidos hacia las intervenciones que producen las mayores ganancias en salud; en este nivel se

deciden las prioridades de atención de intervenciones costo-efectivas, que puedan hacerse universalmente accesibles.¹⁵⁰

El tercer nivel organizacional, se ocupa de los procesos que ocurren al interior de las instituciones prestadoras de servicios asegurando la eficiencia técnica y la calidad.

El último nivel instrumental en donde se genera la inteligencia institucional requerida para mejorar el desempeño del sistema, tomando forma en los sistemas de información, la investigación científica, la innovación tecnológica y el desarrollo de recursos humanos.

Esta división de políticas en cuatro niveles, nos permite tener una visión amplia global, detectando resistencia política o económica en alguno de los niveles, lo que permite imprimir un sentido de flexibilidad y gradualismo a la reforma. De esta forma la reforma puede empezar por cualquiera de los niveles y de ahí pasar a los otros según lo vayan permitiendo las condiciones económicas y políticas del país. Es necesario enfatizar que los cuatro niveles están íntimamente relacionados, de tal forma que se debe incluir a todos.

Los principios anteriores son aplicables a cualquier sistema de salud, pero no por ello deben de ser vistos como un mero ejercicio conceptual o semántico. Se trata de un marco de referencia de utilidad práctica.

¹⁵⁰ *Ibíd.*, Propuesta para el Avance del Sistema de Salud..

CONCLUSIONES

En todo el mundo los sistemas de salud se han diversificado, algunos de ellos producen grandes beneficios, tanto al individuo como a la sociedad en su conjunto pues previenen la muerte prematura y la discapacidad. En otros casos, los beneficios son menores, pero valen el esfuerzo social por financiarlo; algunos más tiene efectividad dudosa o no han sido sometidos a evaluaciones.

De acuerdo a la descripción realizada en este trabajo se observa una clara tendencia histórica de tomar como bases de comparación modelos de salud implementados de países desarrollados como tipo ideal a seguir en México y otros países Latinoamericanos; por ejemplo un gran número de referencias, la gran mayoría de los indicadores de los servicios de salud en los países subdesarrollados, son comparados con los indicadores de los países desarrollados, aceptándose a menudo la premisa de que los indicadores de los servicios de salud en los países desarrollados pueden ser utilizados como modelos u objetivos a alcanzar para las naciones subdesarrolladas.

Aunado a ello las publicaciones del Banco Mundial tienen una amplia influencia en las decisiones de los gobiernos difundiendo ideas, sugiriendo soluciones y justificándolas con los mejores datos y diferencias disponibles con respecto a problemas económicos y sociales.

Como resultado de esta diversidad, los sistemas de salud contemporáneos viven una dualidad; de un lado han contribuido a lograr mayores progresos en la humanidad y por el otro se han vuelto un barril sin fondo, donde es posible gastar enormes cantidades de recursos sin lograr beneficios commensurables. El resultado es una espiral de asignación ineficiente de recursos y una agudización de las desigualdades.

En el caso de México existe un mosaico donde se mezclan los padecimientos del subdesarrollo con los de una modernización acelerada.

La inequidad en la asignación de los recursos para programas de amplia cobertura como los especiales contra la pobreza y los de asistencia social, trae como consecuencia que las desigualdades sociales tienden a recrearse y en algunos casos volverse más agudas.

Como ya se ha descrito la principal causa de muerte y de enfermedad en las áreas pobres del mundo, no es la escasez de recursos, ni los procesos de industrialización, ni siquiera la tan pregonada explosión demográfica, sino mas bien por el modelo de producción y productividad de la economía, que reproduce modelos de marginación y dominio sobre los recursos de estos países, en los que la mayoría de la población no ejerce control sobre ellos.

Es así como a finales de los ochenta, el contexto económico y político del mundo estaban cambiando rápidamente por lo que Salinas se dio a la tarea de adaptar políticas económicas y financieras que dieran un nuevo giro a esta realidad en la que México se encontraba inmerso, las reglas del juego cambiaban rápidamente y para atraer el capital extranjero y diversificar las exportaciones, la meta era ampliar las oportunidades de mercado, requerían de una profunda reestructuración de la economía nacional. El motor del cambio parece encontrarse en el plano social, aunque el principal impulsor es la modernización económica influida por condiciones internacionales propicias y política de los grupos.

Esta reforma surge desde el propio gobierno y no al consenso popular, debido al desafío presentado por el retraso y estancamiento del país, así como por los cambios en el resto del mundo, por lo que para consolidar la reforma en México, sus beneficios debían

llegar a todas las capas de la población y lograr un apoyo organizado; por lo que la creación del PRONASOL desagregado como una de sus partes en IMSS-Solidaridad obedece a estos propósitos, con este organismo se pretendió formar las bases para un futuro sistema político y disminuir la posible inestabilidad en las zonas más pobres del país mediante la canalización de recursos a grandes segmentos de la población que de otra manera no se allegarían de los beneficios de la reforma.

IMSS-Solidaridad atiende a las necesidades básicas sociales mediante la apropiación de presupuesto para prebendas políticas en una economía moderna de mercado, anteriormente subsidiados por el gobierno este programa con su antecedente IMSS-COPLAMAR no ha resuelto el problema de atención de salud en los pobres, aunque se han tenido avances en la baja de tasas de mortalidad en estas zonas y de enfermedades gastrointestinales, este tipo de programas no resuelve la causa de fondo, este programa renuncia al déficit, facilitando la reconstrucción de la gran alianza de clases, reconciliando los objetivos sociales con los macroeconomicos y los estructurales de un crecimiento basado en las fuerzas de mercado.

Es indispensable destacar que el programa ha sido un punto de encuentro creativo entre la reestructuración estatal y la atención a necesidades sociales, diferentes a las que se habían gestado con anterioridad solidaridad retorna entre el Estado y agrupamientos específicos de la sociedad civil.

La información que se tiene en referencia al diagnóstico en las zonas donde se implemento el programa es vasta, pero sea cual sea el indicador que se utilice es evidente que existe gran disparidad entre entidades federativas, entre las áreas rurales y urbanas, entre las cabeceras municipales y el resto de las localidades de un municipio, así como entre las diferentes zonas de una ciudad.

Las entidades federativas mas desarrolladas, los grupos sociales con mayores ingresos, tienen mayor capacidad para demandar y presionar sobre la distribución final de los recursos presupuestarios. A esto se añaden herencias históricas y situaciones coyunturales que vienen a agravar estas distorsiones.

Pero aunque el diagnóstico sea amplio la implementación de estas políticas aún esta lejos de haber conseguido niveles de vida medianamente satisfactorios para la totalidad de sus habitantes aún cuando la política del Estado mexicano ha tenido como propósito atender a los diversos grupos sociales del país.

Por otra parte los avances que se lograron en la construcción de hospitales y la capacitación a parteras, tiene una doble funcionalidad, atendiendo a la población y reduciendo gastos a largo plazo en el presupuesto del programa, asimismo el intento por tener una visión integral del programa apoyado con programas de vivienda y alimentación deben ser debidamente reforzados y mientras esta población marginada no tenga fuente de ingresos permanentes para satisfacer sus necesidades básicas no se lograrán avances.

Por lo que se deduce que las perspectivas de salud del Programa IMSS-Solidaridad o cualquier otro que apoye a grupos sin relaciones formales de trabajo que vivan en condiciones de extrema pobreza desarrollo y promueva la el desarrollo de la salud al igual que las disposición en el sistema de salud para lograr importantes avances en este sentido dependen de las políticas sociales y económicas así como de la viabilidad de reducción de la inflación y lo más importante la voluntad política de resolver este problema que nos atañe desde hace tiempo, no sólo con remiendas sexenales sino con un programa de desarrollo equitativo de los beneficios del progreso.

Por lo tanto el éxito o fracaso de una política depende de factores como la intencionalidad, la información el poder y la coordinación de los actores que apoyan la política. Este proceso de transformación debe de ser medurado y consciente, para allegarse a la mejor solución y evitar que la seguridad social se convierta en una gran desilusión, la acción del gobierno o las instituciones, que están a cargo de su desarrollo, deben vincular el progreso ulterior de la seguridad social con la solución de los problemas del hombre y la sociedad, realizando a su vez una política de empleo, ya que la seguridad social solo es parte del proceso socioeconómico de nuestro país

Finalmente ya sea hablado de la solidaridad como un principio de la seguridad social, pero con una idea de justicia de una economía sana y de una clase unida con la otra, de apoyos financieros y humanos que hagan permisible el crecimiento de toda una nación, en conjunto con el avance de la ciencia y la tecnología

BIBLIOGRAFÍA

- AVEDIS DONABEDIAN, *Salud de la Investigación a la acción*, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, Primera Edición 1990.
- BOBBIO NORBERTO, *Liberalismo y Democracia*, Fondo de Cultura Económica, 1989
- BOBBIO NORBERTO Y NICOLA MATTEUCI, *Diccionario de Política*, Redactores en español, José Arico, Ed Siglo XXI
- BONFIL BATALLA GUILLERMO, *México profundo*, Primera Edición, Ed Grijalbo, México 1990
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICA *Gestión y Política Pública*, Vol. 1 No. 1, México Julio-Diciembre 1992
- COLEGIO NACIONAL DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, *Diplomado de Política Pública y Gobierno local, Materiales de trabajo*
- CONSEJO CONSULTIVO del Programa Nacional De Solidaridad, *El combate a la pobreza Lineamientos programaticos*, El Nacional, Primera Edición Septiembre de 1990
- CONVENIO IMSS COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, mayo 25 de 1979
- COORDINACIÓN GENERAL Del Programa IMSS-Solidaridad, *Diagnóstico de Salud en las zonas marginadas Rurales de México*, Primera Edición 1992
- COORDINACIÓN GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE ZONAS DEPRIMIDAS Y GRUPOS MARGINADOS, *Memoria de Actividades 1976-1982 COPLAMAR*, Presidencia de la República
- CORDERA ARMANDO, KUTH Y JOSÉ, SUCILLA HECTOR, *Diagnóstico situacional en sistemas de atención médica*, Vol. 28, Num. 3 - Mayo-Junio, 1986
- FRENK JULIO, *Compilador, Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud*, No. 2, serie Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 1994

- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD A.C. *Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final, Segunda Edición, 1995*
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD A.C. *Las cuentas Nacionales de Salud y el financiamiento de los servicios, No. 7 de la serie Economía y Salud*, Junio de 1994
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, *La sociedad civil frente a los desafíos Nacionales*, Primera Edición.
- GIOPP MEDINA ALEJANDRO, Y MEJÍA LIRA JOSÉ, *El Control en la Implementación de la Política Pública*, Ed Plaza y Valdés Primera edición, 1993
- GUNNAR MYRDAL, *Solidaridad o Desintegración*, Tercera edición en español, Fondo de Cultura Económica, Traducción de Salvador Echavarría y Enrique González Pedrero
- HALL A. JONH IKENBERRY, *El Estado*, Ed. Nueva Imagen, Primera Edición en español 1991
- HERNÁNDEZ LAOS ENRIQUE, *Crecimiento económico y pobreza en México*, Universidad Autónoma de México, Primera Edición 1992
- HOOGWER ANDRIES, *Políticas y tiempo: Consecuencias de las perspectivas para el Contenido Procesos y efectos de las Políticas Públicas*, Revista Internacional de Ciencias Administrativas, V.57, No. 4, Diciembre, 1990
- INSTITUTO DE ESTUDIOS POLÍTICOS, *Diccionario de Ciencias Sociales II*; Madrid, 1976
- INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD *Visión del cambio en la Seguridad Social, 1988-1994* Social, Primera Edición, 1994
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, *El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994*, Primera Edición 1994
- KLIKSBERG BERNARDO, *¿Como transformar el Estado? Mas allá de mitos y dogmas, México*, Primera Reimpresión 1993
- KLISBERG BERNAREDO, *¿Como enfrentar la pobreza?*, Grupo Editorial Latinoamericana 1989, Primera Edición, 1989

LEY DEL SEGURO SOCIAL. Editorial Alco, Primera Edición 1996

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL. Ed Porrua S.A. 1989

MARTINEZ SILVA MARIO, Coordinador, **Diccionario de Política y Administración Pública,** Ed. Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Publica

NAVARRO ROBLED0, MOCTEZUMA BARRAGÁN compilador, **La Seguridad Social y el Estado Moderno.**IMSS, Fondo de Cultura Económica, Primera Edición 1992

NAVARRO VICENTE, Compilador, **Salud e imperialismo,** Siglo veintiuno editores, Primera Edición 1983

RIORDAN ROETT, (compilador), **La liberación económica y Política de México,** Siglo veintiuno editores, Primera Edición en español, 1983

ROEMER MILTON, **Perspectiva Mundial de los servicios de salud.** Ed. Siglo veintiuno editores, Primera Edición

RUEZGA BARBA ANTONIO, **Investigación y Recopilación .Administración pública y privada de los Seguros Sociales en América Latina,** Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PUBLICO. **Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000**

SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO. **Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994**

SEMINARIO DE TALLER EXTRACURRICULAR DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ASUNTOS DE GOBIERNO. ENEP-ACATLAN,

SOBERON ACEVEDO GUILLERMO, **Derecho Constitucional a la Protección a la salud,** De. Miguel Angel Porrua, Primera Edición .1983

SUBIRATS JOAN, **Análisis de políticas públicas .Ed.Ministerio para las Administraciones Públicas,** Madrid, 1992

WARMAN ARTURO, **Solidaridad y Reforma del Estado".** Instituto Nacional de Solidaridad, Junio 1992

WRIGHT DEIL. Del Federalismo a la Relaciones Intergubernamentales en los Estados Unidos de América: Una Nueva Perspectiva de la Actuación Recíproca entre el Gobierno Nacional, Estatal y Local, Revista de Estudios Políticos No. 6, 1978, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid

HEMEROGRAFIA

"POBREZA EN MÉXICO", *Este País*, julio 1994

ALBA FRANCISCO Y STERN CLAUDIO relatores, Reunión -diálogo Centro Tepoztlan, "Las perspectivas sociales de México a mediano plazo, *Este País* No. 67, Octubre 1996

COLEGIO NACIONAL DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, La revista del Colegio, Año III No.6, Segundo Semestre 1995

DEBATE, La Cultura de la "Miseria", Segunda Parte y Última Parte, *Este País*, Noviembre-Diciembre, 1994

DEBATE, La cultura de la Miseria", Primera Parte, *Este País*, Octubre 1994,

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, jueves 8 de marzo de 1984

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, viernes 11 de Enero 1991

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN "Fin a rezagos en salud", *El Nacional*, miércoles 21 de Agosto de 1996.

GARDUÑO ESPINOZA ROBERTO "La Ssa mantendrá el control en construcción de hospitales", *La Jornada* Lunes 4 de diciembre 1995

GARDUÑO ESPINOZA ROBERTO, "El Programa IMSS-SOLIDARIDAD Condenado a muerte por decreto, será descentralizado", *La jornada*, Lunes 10 de febrero 1997

GONZÁLEZ PEDRERO ENRIQUE, "La Reforma del Estado" *Nexos*, Año XIII. Vol. 13 No. 146, Febrero 1990

GONZÁLEZ, TIBURCIO ENRIQUE, La Reforma Social, Seis tesis sobre El Programa Nacional de Solidaridad, 1993

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SOLIDARIDAD 1996, Coordinación General del Programa IMSS Solidaridad

JULIO BOLTVINIK, "Para pensar la política Social", *La Jornada*, 1995

MUSGROVE PHILIP, " Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina", Cuadernos de Economía, Año 22, No 66, Agosto 1985

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD con autorización del Banco Mundial "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo una Agenda para la Reforma", Económica de la Salud, traducción preparada, del resumen del documento Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study, Banco Mundial, Washington, DC, 1987

ORLANDI LUIS ANTONIO "La Seguridad Social hacia el Siglo XXI, principios y cambios institucionales", Revista de Seguridad Social No. 200 mayo-junio 1996, Órgano Difusión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Secretaría General

SARMIENTO SERGIO, "Las Cifras de la pobreza", *Este país*, Diciembre 1993

SEPULVEDA AMOR JAIME, "La salud de los pueblos indígenas de México", Revista *Examen*, Año 5 No. 59, Abril 1994.