

00463 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA SALUD PUBLICA A TRAVES DE LA
INVESTIGACION Y SU RELACION CON LA
ADMINISTRACION PUBLICA EN MEXICO.
CASO IMSS.

T E S I S

PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACION PUBLICA

P R E S E N T A :

SAUL MONROY CRUZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE MEJIA LIRA

297421

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2001





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.

DEDICATORIAS A

Mi abuela Esther Santillán Murcio, quién me enseñó que siempre se debe seguir adelante.

Mi madre Elvia Cruz, quién me guió por el camino que debe seguir cualquier hombre de bien.

Mi esposa Claudia Molina, por que la amo y por regalarme una bella hija.

Mi hija Livia Lorenia, por regresar en mi la esperanza y la ilusión.

Mis hermanos Norma, Gabriela e Isaac, porque son la fuente natural de mi inspiración para seguir adelante.

Mis cuñados Juan y Raquel, por su amistad y por hacer felices a mis seres queridos.

Mis sobrinos Juan Gerardo, Brisa y Abril, para que no cesen en el deseo de superarse.

Mis tíos Héctor, Gustavo, Irma y Silvia, por estar siempre conmigo.

Mi amigo Hitario, por su valiosa amistad.

INDICE

Página

INTRODUCCIÓN

1	Consideraciones metodológicas	I
2	Objetivos	IV
3	Hipótesis	V
4	Estrategia técnica	VI

CAPITULO 1

DISCUSIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

1.1	Contexto	1
1.2	La nueva administración pública, metodología, teoría y nuevas Categorías de análisis	3
1.2.1.	Postmodernidad	4
1.2.2.	Conformación de la nueva administración pública	7
1.2.3.	Objeto de estudio de la nueva administración pública	9
1.2.4.	La revitalización de la administración pública	10
1.2.5.	El nuevo gobernante	11
1.2.6.	Gestión pública	12
1.2.7.	Evaluación	14
1.2.8.	Eficiencia	15
1.3	La visión de la administración pública tradicional	15
1.3.1.	Estado materializante	16
1.3.2.	Neoliberalismo	17
1.3.3.	Cambio a favor de los empresarios	17
1.3.4.	Cambio de usuario por cliente	19
1.3.5.	Disfunciones de ingobernabilidad	19
1.3.6.	Exprivatización y Endoprivatización	20
1.3.7.	La privatización	22
1.3.8.	Policy e implementación	25
1.3.9.	Opción pública	28
1.3.10.	Nuevo manejo público	29
1.3.11.	Manejo del conflicto	35
1.4	Contrastación esquemática entre los postulados de la nueva teoría de la administración pública (<i>New public management</i>) y la administración pública tradicional	41

CAPITULO II

TEORIA, HISTORIA Y CONCEPTOS DE LA SALUD PUBLICA

2.1	Concepto de salud	44
2.2	Concepto de medicina social	48
2.3	Concepto de salud pública	50
2.4	La salud en el mundo antiguo	54
2.5	La interacción de la salud	64
2.6	Relación entre la política de salud y la industria farmacéutica	77

CAPITULO III

LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA DE LA SALUD EN MÉXICO

3.1	Época prehispánica	85
3.2	Época colonial	88
3.3	México independiente	91
3.4	La administración pública de la salud y la revolución mexicana	97
	3.4.1. Base jurídica para la salud en México del Siglo XX	100
	3.4.2. Acciones de salud posrevolucionarios	102
	3.4.3. Industrialización y la salud	105
	3.4.4. La salud y el fin del desarrollo estabilizador	109
	3.4.5. El parteaguas de la salud pública en México	112
	3.4.6. Composición del sector salud	122
	3.4.7. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado	123
	3.4.8. Instituto Mexicano del Seguro Social	124

CAPITULO IV

LA CIENCIA, TEORIA Y METODO

4.1	La ciencia y contrastación deductiva de teorías.	127
4.2	Método	136
4.3	La hipótesis como principal instrumento para conocer la realidad	143
4.4	Problemas que presenta la confiabilidad y validez en las medidas de la ciencia política	147
4.5	Diseño estadístico y experimental.	150
4.6	Análisis y correlación estadística entre las principales causas de muerte e investigación en salud	163

Conclusiones	180
Anexos	
Bibliografía	

INTRODUCCIÓN

1. Consideraciones metodológicas

Esta Investigación se ha ido formando a través de tres años de una intensa contrastación de información, con el objeto de formar un cuerpo teórico. La idea se sustenta en la base de que la historia de la ciencia siempre será compleja, caótica, llena de ideas y errores principalmente por dos razones: la primera, según los teóricos el mundo que queremos explorar es una entidad altamente desconocida y la segunda, la vocación de la ciencia no es primordialmente humanista. De allí que sea el investigador social quién mediante su aproximación teórica al fenómeno que intenta estudiar, es aquel que se puede acercar más a la realidad.

El planteamiento es válido, siempre y cuándo exista información estructurada y que se sustente con evidencia empírica. Por lo tanto la investigación se divide en estos dos grandes apartados, por un lado se estructura información relevante al tema de investigación, desde la óptica del sistema deductivo de análisis. El fenómeno se visualiza y se conforma abstractamente dentro de un todo contenedor, es decir, los aspectos generales donde se desarrolla y del cuál se afecta o modifica nuestro objeto de estudio. Se entiende con claridad que todo fenómeno forma parte o es un producto de interrelaciones con otros componentes de un sistema que le permiten el origen de su identidad.

Dicho fenómeno se acota a través de una teoría, Popper señala que una teoría es teóricamente progresiva, por lo tanto la evidencia empírica es también progresiva. Se acepta después de una discusión que Popper tiene razón sobre Thomas Khun al señalar que la revolución de la ciencia es permanente y no excepcionales como lo señala Thomas, Karl piensa que el cambio científico es racional o reconstruible racionalmente y pertenece al dominio de la lógica de la investigación y no por

medio del rompimiento del paradigma dominante en la comunidad científica como lo piensa Khun.

Así, la investigación se realizó en la siguiente lógica: Se llevó a cabo una contrastación entre las principales posturas actuales sobre el debate teórico entre la administración pública, debido a que en esta etapa de la historia donde la globalización, los medios de comunicación y las transacciones financieras han obligado a revalorar los conceptos y las posturas de las erradas administraciones públicas, principalmente de los países con poca participación económica internacional en el pasado. En el enfrentamiento teórico se centra básicamente en dos elementos: el primero se refiere a la postura teórica de la relación existente entre el estado y la sociedad, en el caso de la segunda, se enfoca a la línea de comunicación por medio de la eficiencia y la eficacia que existe en esta relación dual.

Posteriormente se realiza un encuentro entre dos enfrentadas teorías en el campo de la salud pública, una señala las principales posturas de las empresas farmacéuticas en relación a los países de alto poder económico así como de los que no lo tienen. En contraparte se encuentran las teorías de la salud que sustentan que la atención a los habitantes de cualquier sociedad sea en lo que se refiere a la atención preventiva o curativa, los gastos de estas atenciones deben ser considerados dentro del saneamiento de los estados. Esta tendencia considera que es posible equilibrar los gastos de salud por parte de los gobiernos con la economía, tomando en cuenta como premisa el concepto de economía desarrollado por Paul Samuelson, en donde se define que la economía es la administración de los recursos escasos.

Contrariamente al punto anterior, a su vez se desarrolla un debate teórico sobre la consolidación del Estado mexicano en 1917 con el fortalecimiento de la revolución mexicana que intenta formar un Estado de características paternalistas sui generis que dio paso al origen de algunas importantes revoluciones sociales en el mundo.

El enfrentamiento teórico pretende dilucidar si era posible que ante las condiciones económicas imperantes en el momento era posible el desarrollo de los servicios de salud en un país en vías de desarrollo o tercermundistas según se quiera llamar. Pero lo más importante era saber actualmente si ese tipo de desarrollo llevado a cabo durante casi 75 años tendría viabilidad en la época actual.

La línea de investigación esta estructurada en cuatro vertientes;

La primera vertiente es un debate de actualidad sobre la Teoría de la Administración Pública. Los principales protagonistas son: por una parte, los autores de la llamada Nueva Administración Pública, con su argumento de la eficiencia de la función pública con tecnología administrativa de punta y la búsqueda de la participación ciudadana a través de la política pública. Por otra parte se encuentran a los defensores de la tradicional ciencia de la administración, argumentando que las llamadas nuevas tendencias administrativas no lo son, porque estas siempre han estado presentes pero en la administración privada.

La segunda línea de investigación, radica justamente en el estudio de la salud pública, desde cómo fue concebida en la antigüedad hasta nuestros días, en diferentes países de diferentes culturas. Se observa con especial interés, el análisis que se realiza sobre el papel que desempeña las empresas farmacéuticas que operan a nivel mundial, cuales eran sus objetivos y metas. Así como las políticas sanitarias elegidas por las diferentes economías en el mundo durante el último siglo.

La tercera vertiente, pone énfasis en las políticas sanitarias del país que se desarrollaron e instrumentaron desde la época prehispánica hasta nuestros días. Es una cronología llena de datos sobre la salud en México, que denota la importancia que ha tenido esta materia en el papel gubernamental de nuestra historia.

La última vertiente se enfoca en aspectos puramente metodológicos, con el fin de darle un mayor rigor científico a este tipo de estudio, centrado en lo referente a lo administrativo de la salud, en el que se abordan tópicos relevantes entre teoría, método y creación de hipótesis viables para el adecuado desarrollo de la investigación.

Sobre la importancia de la materia el Dr Frenk dice: Es en la salud el punto donde se entrelaza la vida biológica y social; la diferencia entre lo público y lo privado; teoría e implementación según los objetivos previamente establecidos, que tienen o siempre han tenido como ideal la realización personal y colectiva. Esta definición deja claro que para el estudio de la salud, desde un punto de vista gubernamental, las investigaciones deben ser multidisciplinarias y es el momento para que la ciencia de la administración ponga su grano de arena.

2. Objetivos

Al inicio de la investigación el principal objetivo que se tenía en mente era saber si realmente la salud pública podría considerarse como adecuada para el desarrollo de las llamadas políticas públicas que se conocen actualmente y que exigen mayor participación de la sociedad civil y de los grupos ilustrados en la materia. En síntesis la salud pública debe ser una política gubernamental estrictamente a cargo del Estado o puede considerarse para una mayor participación abierta de la sociedad. Posteriormente con el desarrollo de la investigación se observa que el objetivo principal es primero saber si la salud pública respondía realmente a un sentido altruista con relación a la sociedad, para que después se pudiera unir a la primera propuesta.

Otro objetivo importante en materia de administración pública era hacer una verdadera diferenciación entre conceptos y técnicas administrativas que habían sido sustentadas por dos cuerpos teóricos de la administración pública; el

tradicional y el que se ha dado por llamar el de la Nueva Administración Pública. El principal propósito es conocer una relación fundamental entre eficiencia-resultado y no solamente en términos económicos, sino más bien en términos de beneficio social. Y finalmente hacer una carga comparativa de cual de las dos posturas sería más propia para una administración pública de la salud más óptima para la población.

El tercer objetivo, y a decir verdad resulto ser uno de los más interesantes, fue el de ir descubriendo el comportamiento de la política de salud pública en México a partir de la revolución mexicana hasta nuestras días. Como parte de este propósito es saber hasta qué punto fue viable construir un mounstro gubernamental de atención de la salud, que se basó en la creación de los medios para la atención principalmente de la medicina de carácter curativa o biológica, por medio de una insistente y sistemática demagogia de que en nuestro país supuestamente las autoridades dominaba la salud pública o medicina de la prevención.

3. Hipótesis.

Para poder conformar la hipótesis final, se partió de tres premisas que a continuación se señalan:

En el funcionamiento de la administración pública, no puede existir una relación entre eficiencia en costos y una mayor satisfacción de necesidades sociales.

La investigación en materia de medicina que se realiza en instituciones públicas es principalmente en aspectos de salud pública, en lo que corresponde específicamente a medicina preventiva, fomento a la salud y al control epidemiológico, y en poca medida a la creación de medicamentos necesarios para controlar enfermedades crónico degenerativas, pero siempre con la perspectiva de fomentar la salud de la población. Porque la investigación en

medicina restauradora se realiza en centros de investigación de empresas farmacéuticas.

La idea de que la salud pública es una responsabilidad exclusiva del Estado, sin embargo en México fue matizada y señalada solo en el discurso político, fue explotada por el gobierno posrevolucionario con supuestos logros, irónicamente mientras fortalecía la infraestructura de la medicina curativa.

Nuestra hipótesis de trabajo es la siguiente: *La investigación científica en el campo de la salud pública, no responde a la visión de Estado de crear las mejores condiciones de salud a través de la prevención para la sociedad, si no que más bien, los objetos de estudio en protocolos de investigación en salud que realiza el gobierno son directamente inducidos por los intereses de las compañías farmacéuticas, por medio de supuestas donaciones para apoyo a la investigación, el IMSS es una muestra clara de este reciente fenómeno.*

4. Estrategia técnica

Como un segundo factor de gran importancia en la realización de cualquier investigación científica, es importante formular estructuras y obtener una prueba de evidencia rica que pueda ser empatada con la teoría que ha sido elegida en investigación y de esta manera acotar totalmente el fenómeno de estudio para su explicación. En lo relativo a esta investigación la estrategia técnica para la elaboración de la prueba consistió en tres partes fundamentales:

La primera fue la de indagar y estudiar los temas más actuales sobre los instrumentos estadísticos que se han usado en las últimas investigaciones de carácter político social en los Estados Unidos, lo anterior simplemente porque en ese país es reconocido su avance en la materia, entre los esfuerzos realizados se encuentra la traducción de varios artículos de un seminario en la materia realizada en el Estado de Washington por el Congreso Norteamericano. De la información

analizada y seleccionada se eligieron los diseños estadísticos que se consideraron en su momento adecuados para nuestro tipo de investigación, entre los que destacan análisis de datos univariados, frecuencia de distribuciones, estadísticas descriptivas y un diseño de correlación.

La segunda parte se refiere a un trabajo de recopilación (muy difícil por cierto) de el nombre del investigador, nombre del tema a investigar y la cantidad asignada de recursos económicos a los proyectos favorecidos económicamente por la Coordinación de Investigación Médica del IMSS. A efecto de que la estadística ofreciera información, por lo que se diseñó una división por grupos en donde se establecían especialidades o áreas de la medicina para que de esta forma se pudieran establecer porcentajes e indicadores para un mejor nivel de análisis acerca de los siguientes datos: El tipo de investigación que se hace con mayor frecuencia, a qué Estados va dirigida, qué relación existe dentro del D.F. y los Estados y finalmente cuál es el monto asignado a la investigación.

La tercera, y última correspondió al análisis de la información, la intención principal era cotejar lo siguiente: En el tipo de investigación que invierte más la institución, hacia que delegaciones se carga el financiamiento de las investigaciones ganadoras, dentro de las ramas de la medicina hacia cuales favorecen y finalmente contrastarlas con las enfermedades que un año anterior fueron las principales causas de mortandad en el país según lo reportado por la Secretaría de Salud.

Para tal efecto, y con la intención de sustentar lo antes expuesto, se procedió a elaborar una prueba, que tiene como objetivo arrojar evidencia empírica de a qué tipo de investigación se destinan más recursos económicos, eligiéndose como muestra estadística alrededor de 200 investigaciones que se llevaron a cabo durante el año 2000, por parte de la Coordinación de investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es importante rescatar que estas investigaciones responden a un contexto específico, conocido para unos como Posmoderno y para otros quienes prefieren llamarle Neoliberalismo.

En la actualidad el estudio en el campo de la salud se ha transformado velozmente, su orientación es cada vez más hacia la tecnología de punta, a la “moderna” medicina y al estudio de sustancias complejas. Esto provoca que las instituciones públicas de salud hagan evidente su incapacidad de satisfacer la demanda social. Por lo que la opción que se plantea es incursionar a los seguros privados para mitigar las necesidades de salud.

Entendemos que la constante de nuestra realidad es el cambio, principalmente en todas aquellas áreas que se encuentran involucradas con tecnología directamente, este es el caso de la salud. El problema es que la salud de tecnología es muy cara y sólo esta al alcance de ciertas capas de la población. Recordemos que la salud es uno de los bienes que más se consumen en los hogares y por ende es uno de los sectores más críticos de la economía por sus excesivos costos, principalmente en América Latina. La propuesta es cambiar el giro de atención, en lugar de que el gobierno enfoque los recursos hacia la medicina curativa, sería más conveniente invertir en la medicina preventiva que ofrece mayores resultados a menores costos.

CAPITULO I

DISCUSION CONTEMPORANEA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

El presente capítulo tiene la intención de presentar las dos posturas teóricas de la Administración pública; La tradicional o la Ciencia de la Administración por un lado, y por el otro la llamada Nueva Administración Pública. El objetivo es poder realizar una contrastación de ideas, argumentos y metodologías, con el objeto de definir, cual podría ser la viabilidad operativa de cada una de ellas.

Por lo consiguiente, se inicia con elementos de categorías de análisis que argumentan la razón de la Nueva Administración Pública, es decir, cuál es su origen, porqué se plantea como “nueva” y con qué tecnología administrativa cuenta. Posteriormente , se expone la opinión de los estudiosos de la Ciencia de la Administración, sobre algunos puntos específicos, que al parecer existen sino coincidencias, sí contradicciones.

Finalmente, se hace un esfuerzo para realizar un cuadro sinóptico, que haga evidentes las principales diferencias, tanto teóricas como operativas entre estas dos posturas teóricas en sus diversos niveles de análisis. Esta comparación tiene como propósito conocer qué propuesta tiene mayor viabilidad en el desarrollo e implementación de la Política de Salud Pública en nuestro país.

1.1 Contexto

Es a partir del suceso de la caída del Muro de Berlin y la Unificación de las dos Alemanias en Europa en 1989, que en nuestra opinión, se comenzó a hablar de la ya trillada y manoseada globalización que se ha convertido en el tópico favorito para designar a la dinámica de los cambios mundiales.

Cambios que tuvieron como punto de partida la acelerada fragmentación de los procesos productivos y la internacionalización del capital principalmente en los últimos 15 años del siglo. Todo ello gracias a un desarrollo tecnológico comandado por las empresas transnacionales principalmente de los medios de comunicación. Este hecho provocó modificaciones en las expectativas sociales así como lo referente a la política y funciones del estado.

Los embates de la globalización han provocado que los Estados nacionales hayan intentado acelerar el proceso de adaptación a la nueva realidad internacional, sin embargo, se corre el grave peligro de que esta tendencia vaya en contra de aquellos quienes menos poseen. Por otra parte se piensa que se pone en juego la soberanía nacional.

Desde la perspectiva de algunos intelectuales internacionales, se menciona que la globalidad en los países subdesarrollados desarticulará principalmente los perfiles del Estado en su papel de garante de los intereses nacionales y en un segundo momento se puede cercenar el aparato de la administración pública, que es un obstáculo ante los lineamientos de los proyectos de las instituciones internacionales monetarias.

Este fenómeno social corresponde simplemente a las reglas de la economía, por lo que es necesario redimensionar las instituciones públicas, que en este momento se encuentran en crisis. Este efecto económico afectará a su vez aspectos en el sentido sociológico y antropológico, ya que ha propiciado la separación de los pueblos con sus tradicionales entidades locales, debilitando al Estado como fuente principal de identidad.

1.2 La Nueva Administración Pública, Metodología, Teoría y Nuevas Categorías de Análisis.

Ahora veremos las principales categorías de análisis que fundamentan esta postura. En el presente contexto la variable tiempo es la pieza central para argumentar que se está gestando una transición entre la concepción y conceptualización de la Administración Pública, aunado a esta se encuentra el desarrollo. En esta relación Tiempo / desarrollo se determinan las necesidades entre dos tipos de sociedades. Por un lado tenemos la sociedad industrial, que se caracteriza por una Administración Pública burocrática racional (según Weber, era el primer tipo de dominación)¹.

Esta burocracia tenía un alto sentido normativo, por lo cual el ejercicio administrativo se regía bajo la estructura del derecho administrativo, como una de las principales atribuciones de regulación del Estado para el mejor funcionamiento del Estado Industrial. Sin embargo, Merton, Selznick, Gouldner, han evaluado críticamente la forma burocrática y mencionan que si bien se describe un tipo ideal en términos de las relaciones formales, no toma en cuenta las consecuencias disfuncionales en la efectividad organizacional. Merton dice que "una consecuencia de la estructuración burocrática en el comportamiento de los participantes organizacionales, es la distorsión en el logro de los objetivos."²

El desarrollo no se puede entender obviamente sin la economía (acumulación de capital). En la época industrial, los países más desarrollados según Max Weber, estaban bajo la creencia del protestantismo, porque era a través de ella donde se reflejaban los principales valores del capitalismo, entre los que destacan el esfuerzo

¹ Existen tres tipos de dominación legítima: El fundamento primario de su legitimidad puede ser de carácter racional, que descansa en la creencia de la legalidad de ordenaciones instituidas y de los derechos de mando, de los llamados por esas ordenaciones a ejercer autoridad. Weber, Max. "Economía y sociedad". FCE. 1984, Pág.172.

² Merton Robert. "Bureaucratic Structure and Personality". The Free Press. 1975 Pág. 195.

individual y la competencia dentro de la filosofía "lo que no haga el hombre por sí mismo, no lo hará nadie". Dios no provee de todo, simplemente pone en el plano terrestre todos aquellos recursos que sabiéndolos trabajar con esfuerzos se traducirán en acumulación de la riqueza, hecho que sólo da la salvación del ser humano, idea semejante a Locke.

Para que esto se pueda llevar a cabo y se evite el conflicto entre los individuos, el Estado necesita de una burocracia altamente eficiente, que sea especializada en sus funciones y que no autorice todo aquello que sale de sus normas y reglamentos. Sin embargo, cuando la burocracia considera adecuarse a un nuevo contexto, solamente puede hacerlo transformando reglamentos, siendo un hecho que no se realiza en un breve lapso; la lógica es que el resultado radica en la ejecución de la ley para el adecuado funcionamiento de la economía.

1.2.1. Postmodernidad

A diferencia del Estado Moderno, se entiende la postmodernidad como una etapa que consiste en contemplar al mundo como una pluralidad de espacio. El pluralismo (de diversos tipos) está implícito en la postmodernidad como proyecto, sin embargo en lo referente a lo político-administrativo, "el debilitamiento y ocasionalmente la desaparición de los escenarios de clase y ascendencia de carácter funcionalista de la sociedad, han contribuido enormemente a la reordenación y "modernización" de los modelos y programas políticos tradicionales".³

Es mucha la diferencia existente entre la administración del Estado moderno y el Estado postmoderno, consistente en que en este último, la política y la administración obtiene resultados cada vez menos predecibles por la variedad de circunstancias concernientes a la toma de decisiones, como

³ "Ibidem". Pág. 175

consecuencia tenemos actualmente sociedades insatisfechas debido a que los gobiernos son incapaces de responder a las demandas sociales.

Esta incapacidad se ha incrementado porque ha ido evolucionando la economía basada en procesos de globalización, interdependencia y duda, cambio total en la conformación del mercado, que se ha visto sometido por alianzas estratégicas en la conformación de bloques regionales en un tránsito especial de las redes mundiales de intercambio. Por lo que se presenta una crisis de Estado en materia de gobierno y administración a causa de no haberse adaptado a un mundo que se ha vuelto distinto y caótico.

En este contexto (dado en un contexto turbulento, en donde la aceleración del cambio es constante), la crisis del Estado en materia de gobierno y administración, se hace presente; esto proviene del hecho "de no haberse adaptado a un mundo que se ha vuelto totalmente distinto". El sistema de control antiguo de la sociedad se basó en la jerarquía, la distancia y el secreto; pero la jerarquía ya no funciona- o no funciona bien –cuando hay posibilidad de discusión y elección. Actualmente "la distancia disminuye porque las relaciones humanas se simplifican y ya no se admiten diferencias de clase o de posición como en el pasado y el secreto ha desaparecido con los modernos medios de comunicación".⁴

El mercado contemporáneo se caracteriza básicamente por una acelerada y drástica liberalización de todos los mercados, incluido el laboral, que presupone dos tipos de medidas: una vasta privatización de las empresas estatales y la transferencia de funciones estatales (como la política monetaria y cambiante) a instancias técnicas.

⁴ Uvalle, Ricardo. "Los nuevos derroteros de la vida estatal". Instituto de Administración Pública del Estado de México. UAEM. 1994. Pág. 94.

En otro contexto de ideas, es sabido que la burocracia es incapaz de resolver problemas emergentes de compleja solución con mayor celeridad. "La estructura típicamente burocrática es ideal para resolver problemas de rutina a un ritmo moderado, incapaces de resolver problemas contingenciales con mayor celeridad".⁵

Actualmente la gestión mediante la cultura, redescubre la relación existente entre la productividad y el factor humano.

En consecuencia, la "nueva" administración pública, atiende dos elementos fundamentales: Una, dotar a la función pública de carácter ético (Ética-Eficiencia y Capacidad Institucional), y dos, Gestión Pública basada en el consenso, ya que la participación del ciudadano busca y trata de materializar las decisiones del gobierno a través de la gestión pública.

Esta gestión participativa esta implícita dentro de toda la actividad pública, llámese ámbito administrativo de las instituciones gubernamentales. Por tanto, si la empresa Tayloriana era piramidal, ahora se trata de incrementar la iniciativa de cada uno, de "movilizar" la inteligencia a todos.

Prosiguiendo, la rigidez tecnocrática mutila el potencial humano; la empresa del futuro deberá luchar contra la implicación y la automatización del personal si es verdad... que "son el hombre y la organización los que hacen la diferencia"⁶

Por tal motivo la nueva administración pública tiene que utilizar la nueva tecnología administrativa, como la planeación estratégica, la administración de la calidad, mejora continua, control de gestión, etc. Indispensables para satisfacer las nuevas demandas de la sociedad, ya que resulta imposible

⁵ Tollfer, Alwin. "El shock del futuro". España. Plaza y Janes Editores, 1993. Pág.147

⁶ Lilpovetsky, Gilles. "El crepúsculo del deber". Edit. Anagrama. España. 1996 . Pág. 271

darles solución con un sistema administrativo de la modernidad (rigidez normativa), ante un contexto postmoderno.

1.2.2. Conformación de La nueva administración pública.

Las nuevas categorías de análisis se incluyen en dos grandes campos, por una parte se le dota a la función pública de carácter ético desde el punto de vista de la relación existente entre la ética-eficiencia y capacidad institucional; por otra parte, la gestión pública se estudia desde una perspectiva más pragmática, es decir, donde se establece una nueva relación entre el gobierno y los ciudadanos.

La Nueva Administración Pública ha de adaptarse y trabajar sobre las nuevas necesidades de una sociedad más plural y más participativa en los asuntos públicos.

En el caso de México, Mauricio Merino señala al respecto: "hay al menos tres cambios que ayudarían a reconocer esa transformación mayor en la dinámica de la administración pública mexicana: 1) la orientación en la responsabilidad y la evaluación de los cargos; 2) el sentido de competencia y cooperación entre dependencias; y 3) la transparencia en el diseño y en la implementación de las políticas públicas.

Los tres apuntarían a la postre, hacia la implantación de un verdadero servicio público profesional.⁷

La revolución administrativa que se ha gestado busca profesionalizar un servicio público donde se aplique el reclutamiento, la capacitación y la

⁷ Tomado de Revista de Administración Pública No. 91." Ensayos sobre la nueva administración pública." México. INAP. 1996.

evaluación, así como la descentralización, desconcentración y la participación ciudadana, para encausar óptimamente los recursos del Estado a través de la administración pública.

La incertidumbre ha marcado de manera dramática a la economía de mercado, pues el fin del siglo ha sido llamado con razón "la era de la incertidumbre, porque a diferencia de los años setenta, la interdependencia, la globalización y la complejidad de actores y los intercambios han hecho menos previsible el comportamiento económico".⁸

Esto implica el reconocimiento en que el intercambio de bienes de servicio y mercancías requiere de una burocracia altamente competente en donde la discrecionalidad debe restringirse la base que es necesaria en un Estado de derecho consolidado. Se requiere de un equilibrio real de poderes por lo que toca al ámbito político una producción y distribución eficaz, y por último en lo social para que las instituciones den un óptimo servicio para lograr estabilidad y bienestar social.

Finalmente debemos resaltar que la educación es la base del servicio profesional público, entendido como la lealtad hacia la institución; un compromiso institucional comprendido en la eficiencia, responsabilidad e imparcialidad, ya que la idea es que una institución dé incertidumbre para el usuario o al empleado público, esto se consigue en beneficio al usuario con imparcialidad y seguridad, y para el empleado, promoción al cargo. El servicio profesional público, podría entenderse según el Dr. Ricardo Uvalle, como un conjunto de fases ó etapas que acreditan el sentido de la Administración pública a partir de la Carrera administrativa, y éstas son :

- 1 Reclutamiento
- 2 Capacitación

⁸ Villarreal, René. "Liberalismo social y reforma del estado". Nacional Financiera, FCE. México, D.F. Pág. 71

- 3 Evaluación
- 4 Sistemas de Estímulos
- 5 Formación Inicial

Todo esto dentro de un sistema de competencia.

Este nuevo servicio profesional es necesario, ya que ahora más que nunca se requiere de un funcionario público que sepa manejar y solucionar demandas de una sociedad, con una participación ampliada y de mayor representatividad, porque ahora “el proceso de democratización de la política ha ocasionado que el proceso decisorio administrativo de las políticas haya comenzado a perder su proverbial autonomía y discrecionalidad gubernamental, a reducir sus amplios e independientes márgenes de maniobra y ha de ser crecientemente condicionado por la opinión pública las elecciones, los movimientos sociales, los otros poderes estatales y los ciudadanos contribuyentes”.⁹

1.2.3. Objeto de Estudio de la Nueva Administración Pública.

El nuevo objeto de la administración pública esta más allá de los estrictamente administrativo, ya que lo público no es lo estatal, empero sin lo público no se entiende el Estado Moderno, y el mercado esta dentro de lo público, aún cuando intente manejar el interés privado.

En opinión del Dr. Uvalle, la administración pública hoy en día es un conjunto de capacidades para entender asuntos públicos, esta más identificada con lo público y menos con lo estatal, porque de no ser así, se identificaría a la administración pública como estrictamente gubernamental; a lo estatal solamente le concierne lo relativo a la soberanía,

⁹ Aguilar, Luis. "La silenciosa heterodoxa reforma de la administración pública". Revista de RAP. No. 91, 1996. Pág. 21

autodeterminación, sobrevivencia, seguridad territorial, derecho de declarar la guerra y la paz, pero no lo administrativo.

Los conceptos anteriormente señalados solo se entiende a partir de la crisis del estado de bienestar o intervencionista, éste concepto de crisis denota:

- ◆ El concepto fin de una época y principio de otra
- ◆ Cambio de orden estructural, relacionando las variables economía, política, cultura, representación, etc.
- ◆ Un proceso de transformación.
- ◆ El ingreso a nuevas realidades
- ◆ Búsqueda de que las nuevas instituciones accedan a la sociedad a una nueva convivencia.

1.2.4. La revitalización de la Administración Pública.

En otras palabras, lo que se necesita es que la administración pública se revitalice. "Sea que el Estado administrativo aumente o disminuya, habrá nuevos intentos para mejorar el desempeño del sector público a nivel mundial." ¹⁰

Caiden señala que los elementos fundamentales para revitalizar a la administración pública son:

Las políticas públicas

Atención de los asuntos públicos

Ciudadanización

Gobernabilidad, refiriéndose a lo público de la administración.

En lo particular, se reconoce la participación ciudadana en la postmodernidad como un ciudadano internacional.

¹⁰ Caiden, Gerald. "Revitalización de la administración pública". Artículo. Op. Cit. RAP. 1996 No. 91

Aludiendo a la administración como institución pública, Caiden señala que los primeros problemas a los que se enfrentan son: deuda pública, presupuestos que son altamente barriles sin fondo, principalmente en las áreas de salud y educación, la burocratización¹¹ y burocratización. Esto se acentúa porque antes de la década de los ochenta a la sociedad le faltó la oportunidad y la capacidad del llamamiento a rendir cuentas. Por tal motivo, la administración pública es fuertemente cuestionada por la corrupción y tráfico de influencias y vista como una mala administración.

Sin embargo la ciencia de la administración en la actualidad debe entenderse entre lo teórico-analítico, lo empírico y los datos operacionales y poner en su justa dimensión a la visión teórica-histórica de la materia.

En síntesis, la revitalización de la Administración Pública en lo referente a la instrumentación o investigación, deberá tomar en :

- ◆ La cada vez más evidente disolución del Estado-Nación
- ◆ Entender que conforme pase el tiempo van a predominar las sociedades abiertas
- ◆ La importancia en el nuevo concepto de gobierno
- ◆ La globalización es la categoría que denota transformación en tiempo y espacio.

1.2.5 El nuevo gobernante

En este orden de ideas, cabe señalar que el funcionario público debe profesionalizarse en el arte de gobernar. "El concepto de profesionalismo implica la capacidad de construir puentes entre el conocimientos abstracto y los hechos concretos. El profesionalismo entraña una síntesis entre la teoría

¹¹ "El público quiere... una menos mala administración pública". "Ibidem". Pág. 4

y la práctica con énfasis en la transformación de la ciencia y otras clases de conocimiento sistemático en acción".¹²

Dentro del contexto de la globalización mundial, el gobernante debe entender que existen realidades cambiantes y de ruptura, y saber diferenciar entre el ideal de gobernar y el ideal de gobernar lo real; no confundir el arte de gobernar y el asesoramiento; contar con la disposición hacia el consenso con las políticas públicas, en fin, actuar sobre el mundo de la realidad. Un estadista es un constructor del país, donde la perspectiva es la visión con una directriz del rumbo del país en el futuro.

En el mundo contemporáneo el gobernante debe relacionarse directamente con la nueva gestión pública. Al respecto señala el Dr. Uvalle, no es un concepto casuístico o improvisado, es un nuevo movimiento intelectual que le da interpretación a las nuevas organizaciones. Por otra parte es un concepto propio de la globalidad que tiene que ver invariablemente con sistemas abiertos que tienden a desarrollarse en mayor complejidad; últimamente se da en los países desarrollados, mientras que en los subdesarrollados hay problemas de corrupción, desprestigio, ineficiencia y déficit de gobierno, elementos que fomentan un ambiente de hostilidad y desprestigio de la Administración Pública.

1.2.6. Gestión pública.

La gestión pública no es una nueva participación disfrazada, es más allá de la visión gerencial, porque le preocupan los procesos y resultados del gobierno en un contexto dado. "La gestión pública se desenvuelve en la fase

¹² "En el arte de gobernar deben añadirse cuatro características secundarias: un código de ética profesional, una actitud de "interés clínico" y de "impasibilidad" en medio de la racionalidad emocional y feroz lucha por el poder; una dosis de escepticismo con una fuerte suspicación por lo "obvio" y una búsqueda constante de creatividad". Dror. Yehezkel. "El profesionalismo en el arte de gobernar". Artículo. "Op.Cit". RAP. 1996. No. 91

de la postmodernidad que es una marcada disparidad con el pasado, presente creciente importancia de las preocupaciones ecológicas y quizás, en general, de nuevos movimientos sociales".¹³

La gerencia pública no es nueva; en los últimos 30 años, "muchos países han perseguido micro-reformas descritas de diversas formas como presupuesto por programas, gerencia por objetivos y gerencia contable por nombrar algunos; y muchas organizaciones individuales en niveles de gobierno federal, lo cual han desarrollado sus propias iniciativas dirigidas a la eficiencia, eficacia y servicios al cliente".¹⁴

El sector público encara cada vez más enfáticamente el aumento de demandas del público quien desea mejorar servicios aún cuando éste rehúse a cumplir con el pago de los impuestos establecidos. El enfoque de las iniciativas en la calidad del servicio, se refiere a transformar las expectativas de los usuarios, es por ello que son dirigidas al cliente, tiene a su vez una dimensión de la gestión dentro de las organizaciones del sector público, las unidades o departamentos existentes para proveer el servicio a las partes operativas de la organización.

David Shand señala:¹⁵ que los nuevos componentes básicos de un nuevo paradigma, son entre otras:

- Enfocarse más de cerca de los resultados en términos de eficiencia, eficacia y calidad del servicio.
- Reemplazar las estructuras altamente centralizadas por otras que lleven de forma más cercana al punto de prestación, el cual

¹³ Giddens, Antony. "Consecuencias de la modernidad". Ed. Alianza, 1993. Pág. 52.

¹⁴ "Op.Cit". Shan David. Revista de AP. No. 91. Artículo. "La nueva gestión pública, retos y temas en discusión en una perspectiva internacional". Pág. 82

¹⁵ Tomado del mismo autor . Pág. 83

proporcione un espacio para retroalimentación por parte de los clientes y otro grupo de interés.

- Flexibilidad para explorar alternativas en la provisión directa al público
- Incentivos para mejorar el desempeño
- El fortalecimiento de capacidades estratégicas al centro para "conducir" al gobierno a dar respuesta a cambios externos y a intereses diversos, rápida y flexiblemente al menor costo.

1.2.7. Evaluación.

Entre una de las mayores aportaciones de la Nueva Administración Pública esta la evaluación. Dentro de la vida democrática, la categoría es un proceso de deliberar, discutir y esgrimir en la planeación. La base de la discusión se presenta en la argumentación, simplemente porque en la planeación se presenta una complejidad de intereses y triunfarán aquellos que se vayan al fondo de los casos. "La evaluación no es nunca una práctica neutral y ajena a las relaciones de poder, es un hecho político que forma parte integrante de un contexto político del programa, incluso de sus evaluadores".¹⁶

Es fundamental diferenciar entre una evaluación pluralista de una autoritaria para valorar con criterio el ejercicio del poder. Si la evaluación se enfoca hacia estructuras burocratizadas, quedará restringida a las usanzas administrativas influidas por el poder, sólo existiendo la participación externa se da cabida a la objetividad.

¹⁶ Eric Monnier. Revista de RAP. No. 91. Artículo. "Objetivos y destinatarios de las evaluaciones". Pág. 173.

Sin embargo “en la evaluación, lo subjetivo no debe desterrarse” dice el Dr. Uvalle, destacando que la evaluación como proceso de la deliberación o argumentación dentro de un marco de representatividad, dirigido a grupos que enfocamos con la firme intención de conocer sus intereses e interlocutores.

Finalmente la evaluación no deja de ser una metodología aplicada ya que pasa por procesos y técnicas, la que nos simplifica el trabajo con una racionalidad limitada por la cantidad y diferencia entre grupos que participan en ella y aunque el gobierno favorezca a un grupo o no, a todos los impacta.

“Como el abanico de los intereses públicos acaba siendo tan heterogéneo como el de los intereses privados”¹⁷, el dogma de la eficacia no es asunto exclusivo de una sola instancia, ésta pertenece al ámbito instancia de varios grupos. La eficacia y la eficiencia pasan por un sistema de valores dentro del gobierno, se mide su capacidad por el incremento económico, que debe estar por encima del crecimiento de la población, también por el desarrollo del país, la redistribución del ingreso y de qué manera se incrementa el pluralismo político. En lo referente a las organizaciones privadas, se centra en la utilidad o ganancia y en el desarrollo de su personal.

1.2.8 Eficiencia.

Para la Nueva Administración Pública, la eficiencia es la capacidad pública de la recaudación de impuestos, aunque la eficiencia se atenúa cuando la ciudadanía no participa; pero no puede haber eficiencia sin participación ciudadana; a su vez, el concepto es metodológico cuando se introducen indicadores de medición para disminuir la ideologización política que predomina en los países latinoamericanos.

¹⁷ Ortega, Luis. Revista de Administración Pública. 91 1996. La Nueva Administración pública, Artículo. “El reto dogmático del principio de eficacia”. Pág. 198

A fin de cuentas, las propuestas de la nueva administración pública que se han señalado, reorientan un cambio de desarrollo, buscan una reforma de gobierno y del aparato administrativo, que está dotado de contenido axiológico, siendo valores y propósitos que incitan a empezar una construcción nueva institucional de gobierno.

1.3 La Visión de la Administración Pública Tradicional.

Esta visión para algunos autores como el Doctor Omar Guerrero, Klizberg entre otros, es simplemente una interpretación gerencialista, que aparte de no ser tan nueva como sus autores pregonan, es un claro intento de transferir las técnicas de la iniciativa privada a la pública con la intención de apoderarse del control del Gubernamental. El Estado de la reforma tiende a la comprensión de los procesos de cambio estatal más allá de la privatización.

1.3.1 Estado materializante

La relación que entrelazan los males del Estado y su trascendencia originó el concepto "materializante" del Estado (círculos empresariales privados y financieros), que derivó de parámetros simplemente contables y numéricos, y el "peso" del Estado fue valorado primordialmente en estados financieros. Así pues, el Estado de Bienestar en los años setenta, muchas de las sociedades capitalistas padecieron duras depresiones en sus economías; la idea de paz establecida se volvió blanco de dudas, crítica fundamental y campo de conflicto político, para concebirse luego en un desincentivo para el trabajo, debido a la escasa rentabilidad que se generaba.

Igualmente, aún queda reminiscencia donde "prevalecen estructuras de autoridad y relaciones políticas que siguen respondiendo a una lógica más corporativa que profesional".¹⁸

En los equipos administrativos, el poder político radicaba en la suma de los presupuestos públicos, manipulados con el propósito de engrandecer las lealtades, sin tomar en consideración los votos ni la representación pública.

En el caso del Informe Berg, por ejemplo, es un documento que pretendía dirigirse hacia el bienestar social de empresas públicas, y cuya realización se haría ya bajo la premisa de obtener rentabilidad o utilidades, de tal suerte que las ganancias logradas se aplicarían a obtención de metas sociales. No obstante muchas de ellas se inclinarían hacia la desaparición o bien entrar dentro de programas privatizadores, y de ver este nuevo contexto turbulento como un sistema posmoderno.

1.3.2 Neoliberalismo

Esta visión de los nuevos interpretes de la realidad de la administración pública es realmente una gran aportación al fenómeno, sin embargo es muy interesante notar como ante la misma problemática el Doctor Omar Guerrero nos ofrece una interpretación realmente valiosa a continuación. El no habla en términos de Postmodernismo sino más bien, de *neoliberalismo* que presupone el desplazamiento del papel protagónico del Estado en la economía, mismo que absorbió la iniciativa privada.

Este concepto sugiere el rompimiento de las reglas que pautaban las relaciones sociales para que paulatinamente con el propósito de que el derecho positivo se estrechara gradualmente, y que en su lugar, el derecho natural alentara y reactivara la libre competencia entre actores

¹⁸Merino, Mauricio. "De la Lealtad Individual a la Responsabilidad Pública". Revista de Administración Pública. No. 91. p. 8

presumiblemente iguales, lo que provocó que se dieran procesos de reforma y así emprender el camino hacia la modernización, tomando valores como la competitividad, búsqueda de calidad, enlaces tecnológicos, etc., dándose así la Reforma del Estado (reestructuración de economías, reducción funciones de los gobierno para hacerse más eficientes), consistente en el adelgazamiento del Estado, reorganización del gobierno por medio del redimensionamiento del sector público. El objetivo de la modernización se enfoca entonces hacia la reforma de la función administrativa del Estado.

1.3.3 Cambio a favor de los empresarios.

El cambio se perfila como una tarea de modernización centrífuga que desplaza las acciones y decisiones del Estado hacia las acciones y decisiones de los ciudadanos, empresarios privados y los mercados:

a) En lo político-institucional, desplaza los mecanismos de control y disciplinamiento hacia la organización cívica que permita al ciudadano el ejercicio de su soberanía;

b) En lo burocrático-administrativo, sujeta la intervención estatal a las necesidades y requerimientos de los particulares y desplazando la labor decisiva, de ejecución, control y evaluación hacia el sector privado;

c) En lo económico-social, entrega su función de productor a la iniciativa de los empresarios privados, cede su acción reguladora a las fuerzas del mercado y concede su función como prestador de servicios a la autogestión de las organizaciones y comunidades locales. Que a decir verdad no se han dejado ver claramente en los países latinoamericanos.

Posteriormente, la tarea reemplazante del Estado con relación al empresario, como reproductor del capital, se modificó a favor de la idea del mercado como regulador de las condiciones de tal reproducción. Así, las relaciones de comunidad características de la vida política se inclinaron a la desaparición, generando relaciones mercantiles. De este modo, la mano

invisible del mercado, reacomodaba las deficiencias sociales que ocasionaba la intervención artificial del Estado, donde privaban relaciones naturales, y siendo el Estado inherentemente un mal administrador no sólo de la sociedad, sino de una economía que arrebató a los particulares, qué mejor que adelgazar al gobierno a una mínima expresión. Sin embargo, cabe destacar que "la sobre-saturación de exigencias políticas que sobrecargan los circuitos de la administración pública constituyen deficiarios de capacidad de gestión, no patologías incurables."¹⁹

Al respecto, podemos decir también que la administración privada adolece de los mismos males vistos desde otra perspectiva. Es menos abierta y no responde por completo ante el público demandante, asimismo, se le conceptúa en el ámbito donde mejor es manejada y aplicada dicha administración versus con la administración pública percibida con sus carencias.

1.3.4 Cambio de usuario por cliente.

La transformación de las relaciones políticas en mercantiles, sustituye a los ciudadanos por clientes, usuarios y consumidores, tocó de lleno a la empresa pública, lo que consecuentemente trajo una creciente afectación política auto sustentada, independientemente de los sorprendivos efectos del mercado. "La estatización de firmas privadas es una necesidad, ya sea para expandir la reproducción de capital en fases de progresión, ya lo sea cuando existan problemas en el mercado, su locus natural, debido a las estrecheces de capital, la insuficiencia de crecimiento o reconversión, o las crisis generales o parciales. El Estado cumple la función de equilibrador de la deficiencias del mercado absorbiendo compañías privadas de desecho."²⁰

La naturaleza pública de la administración pública se debió al proceso de redimensionamiento y democratización del Estado. "Se vivía en un Estado

¹⁹Guerrero, Omar. "Del Estado Gerencial Estado Cívico". UAEM, Miguel Angel Porrúa México, 2000. Pág. 21

²⁰"Ibidem". Pág. 24

constituido, más que una ciudadanía constituyente. La república nos parecía una realidad hecha y derecha, en vez de verla como una realidad en permanente hechura." ²¹

Por lo anterior, resultaba difícil delimitar las funciones propias y básicas del Estado, como también enmarcar de forma objetiva la mejor manera de realizarlas y responder cómo, qué y cuáles organizaciones, instrumentos, procesos y actores estarían presente en el proceso.

1.3.5 Disfunciones de ingobernabilidad.

Asimismo, por los efectos anteriores, las 3 versiones disfuncionales de ingobernabilidad se dan:

1. por sobrecarga (déficit de implementación del desajuste entre los insumos de demanda y los productos de decisión y acción).
2. por crisis fiscal (desproporción entre el gasto público y los impuestos) y,
3. por crisis de racionalidad (déficit de articulación entre economía y administración pública).

Otro factor importante es la ingobernabilidad entendida como la pérdida de seguridad interior que pone en tela de duda la finalidad del Estado como instrumento conducente del bienestar de la sociedad. La oportunidad de alcanzar utilidades provechosas al encargarse de la producción de ciertos bienes públicos (infraestructura, por ejemplo) o de la prestación de servicios públicos, surgió a consecuencia del manejo que ejercieron algunas organizaciones con el objeto de alcanzar el interés público a través en el interés privado.

²¹Aguilar, Luis F. "La silenciosa, heterodoxa Reforma de la Administración Pública". Revista de Administración Pública. No. 91, Pág. 22

Por otra parte, atendiendo a diversos conceptos de privatización como el de "reclutar energías privadas para el mejor funcionamiento de tareas que, en cierto sentido, seguirían siendo públicas",²² o como el "acto de reducir el papel del gobierno, o aumentar la función del sector privado, en una actividad o en la propiedad de los bienes".²³

1.3.6 Exoprivatización y Endoprivatización.

La exo-privatización del Estado consiste en el proceso por el cual la administración pública transfiere la producción de bienes y servicios a la administración privada. La exo-privatización constituyó la primera fase estratégica del neoliberalismo, que se juzgó como ventajosa en atención a la eficiencia de mercado que podría ofrecer a la economía capitalista en su conjunto."²⁴

La segunda etapa de la estrategia neoliberal basada en "la endoprivatización del Estado, es decir, la sustitución de la gestión de los asuntos públicos, por la idea, metodología y técnica de la gerencia privada."²⁵, lo que da origen a la denominación nuevo manejo público donde los resultados logrados están dados en términos de eficiencia, eficacia y calidad de servicio, descentralización de la gestión por llevarse a cabo en los puntos más cercanos donde se presta el servicio, lo que genera un espacio para la retroalimentación por parte de los clientes y otros grupos de interés, flexibilidad en las alternativas en la provisión directa al público (costo efectivo en el resultado de las políticas), aplicación de dispositivos para enriquecer asuntos tales como el cumplimiento en la concesión y la

²²Donahue, John. "La Decisión de Privatizar". Buenos Aires, Edt. Paidós. 1991 (1989). Pág. 22

²³Savas, E.S. "Privatización: la clave para un gobierno mejor". México, Ediciones Gernika. 1989. Pág.17

²⁴"Op.Cit" Guerrero, Omar. "Del Estado Gerencial al Estado Cívico" Pág. 49

²⁵"Ibidem". Pág. 50-51

producción de medios competitivos y de mercado dentro de las organizaciones del sector público, robustecimiento de capacidades estratégicas al centro para dirigir al gobierno a responder a los cambios externos y a intereses diversos y mayor responsabilidad y transparencia en los requisitos para reportar los resultados.

Tanto a la administración pública como a la privada entran en la dinámica del mejoramiento de procesos y tecnología, instrumentos tendientes a generar bienes y servicios de calidad y poder ser así competitivos; la administración pública tiene que cumplir con las demandas y expectativas de la sociedad. De ahí la importancia de su modernización.

Distinto a la administración pública, el trato de la privatización con el gobierno es superficial y carente de exposiciones científicas; así también la exo-privatización ignora las diferencias de la naturaleza y objetivos de las organizaciones públicas y privadas, desde el momento en que la totalidad de los caracteres encerrados en su articulación de relaciones imprescindibles para explicar las transacciones entre el Estado y el mercado. Más aún, si se estima que el papel del Estado está demarcado por fundamentos constitucionales claros y los cuales preservan la soberanía del mismo. De tal modo, siguiendo el lineamiento anterior.

“la administración pública es un ejercicio de coerción, tiene radio de acción en cualquier parte donde lo exijan la seguridad y las necesidades de la nación. Ese es su verdadero campo, del imperium y de la jurisdicción. No puede abandonarlo a la administración privada(...) La coerción y las fuerzas externas no deben dejarse en las manos apasionadas del hombre privado.”²⁶

Ha existido intromisión de la esfera privada en la gestión pública, sobre todo en aquellos espacios en los que el Estado ha dejado de participar, (Ejemplo

²⁶Moe, Ronald." Exploring the Limits of Privatization. United States". Public Administration Review. Vol. 47, num. 6. 1987. Pág. 457

la salud social, infestada de intereses de las empresas farmacéuticas), provoca un fenómeno de participación complementaria, donde se pretende el mejoramiento y tecnología convergen tanto en la administración pública como en la privada.

“Desde mediados de los años setenta, una nueva racionalidad técnico-instrumental irrumpe en América Latina. El progreso tecnológico, la especialización de las unidades productivas, la cualificación creciente de los salarios y la automatización del esfuerzo físico, se difunden como bases de una racionalidad que procura sustituir la gestión estática, y concentrada de los recursos productivos, por una gestión dinámica y descentralizada del saber y la destreza productiva.”²⁷

1.3.7 La Privatización.

Pero “la auténtica disyuntiva es entre la producción privada (competitiva) y la de carácter público (no competitiva) relacionado con el término relativo de optimización del mercado... La cuestión de la privatización es un asunto de eficiencia,”²⁸ apegado al rendimiento dentro del contexto de valores establecidos (rendimiento, la competencia y la fuerza de mercado). En administración privada estos valores se someten a la rentabilidad, en cambio en la administración pública se utilizan para lograr el bienestar y la seguridad de la vida comunitaria de una nación.

Por otro lado, ciudadanía y comunidad se han reconocido recíprocamente como la otra cara de la privatización, que como resultado de lo antes señalado se produjeron relaciones sociales bajo competencia, lo que constituyó la dispersión de la solidaridad social y un motivo de oscurantismos en las divisiones sociales por la desigualdad creciente que continuamente se generaban en dicho ámbito.

²⁷Lorino, Philippe. “Etre citoyen dans L'enterprise”. Le Monde Diplomatique

²⁸Walter, Alan Refus. “Las Técnicas de la Privatización”. México, Perspectivas Económicas, 1987. Pág. 59

En tanto que la exo-privatización estaba en su apogeo, la administración pública sufría un deterioro en sus actividades propias, resultante del robustecimiento de la sociedad mercantil y en contraparte el debilitamiento de la sociedad civil y la pérdida de legitimidad.

“Las tendencias al cambio son inherentes a todas las sociedades humanas, en la medida en que éstas han de enfrentarse a problemas esenciales para los cuales no existe globalmente una solución constante.”²⁹

Por otro lado, en la Revolución Organizativa entendida como la tendencia a la concentración del poder y extensión de la administración pública da cabida en su seno a un ámbito de comunidad política linealmente creciente - determinado por la capacidad de conservar y desenvolver una adecuada comunicación, elemento básico para su conducción- provisto con capacidades para sufragar su desarrollo con sus recursos propios y fuerzas interiores por medio de habilidades de gobernabilidad frente a la complejidad perenne, “exige al sistema administrativo generar bienes y servicios de calidad, teniendo el acceso a la competencia”.³⁰

“La supervivencia de una organización depende del mantenimiento de un equilibrio de carácter complejo en un medio continuamente fluctuante”.³¹ Que indirectamente se transforma para obtener los objetivos previamente establecidos en nuevas condiciones políticas, económicas y sociales.

Actualmente, el gobierno constituye un mecanismo eficaz de movilización de normas y recursos financieros a través de los servidores públicos, cuya

²⁹Eisenstadt, S.N. "Ensayos sobre el Cambio Social y la Modernización". Madrid, Editorial Tecnós. 1970. Pág. 44

³⁰Profesionalizar el servicio público supone, en principio, rediseñar el sistema de reclutamiento de los niveles de dirección administrativa, sobre la base de un nuevo catálogo funcional de la administración pública que ya no esté fincado exclusivamente en criterios de orden presupuestal, sino en la búsqueda de la idoneidad entre las tareas políticas y las aptitudes y habilidades requeridas para su desempeño. "Ibidem". Pág. 15

³¹Barnard, Chester. "The Functions of Executive". Harvard University Press. 1975 (1938). Pág. 4-6

eficiencia en las organizaciones administrativas radica en los resultados obtenidos en la calidad de servicios ofrecidos en orden cualitativo, grados de eficiencia y consenso político, asimismo el gobierno se piensa como una organización formal.

No se puede dejar de lado que la actividad del Estado obedece a la índole de su comportamiento, ejercido en los distintos niveles, es decir, constituyente, legislativo, jurisdiccional y administrativo encaminada hacia la perpetuación y desenvolvimiento de la sociedad civil por y para la cual existe. La actividad estatal es medida por la cuantificación de acciones legadas y que extiende el Estado a través de la administración pública, éstas basadas en la expresión aplicada de su voluntad; por ende, además significa la representación de su vida exterior.

“Fundamentalmente, la administración pública ha ido recuperando progresivamente su espacio original incursionando en las políticas públicas, los asuntos públicos, la ciudadanía y, posteriormente, la gobernabilidad.”³² (Esta idea podría tener dos lecturas, la primera, todavía algunos estudiosos entienden a la política pública como sinónimo de política social, que tiene como objetivo redistribuir el ingreso. La segunda, se observa como una política que es elegida y consensada por un grupo ilustrado de la Sociedad Civil, que representa los intereses públicos).

Sin embargo es importante señalar que la administración y organización no significan lo mismo, pues la administración deriva como consecuencia de la vida de la sociedad, cuyas raíces es la agrupación social. En conclusión, la organización dentro de una institución u organismo desaparece pero la administración pública no. El aparato del Estado es lo genérico y su organización lo específico.

³²Caiden, Gerald. “Revitalización de la Administración Pública.” Revista de Administración Pública. No. 91. Pág. 29

1.3.8 *Policy e Implementación.*

El Dr. Guerrero dice, el significado de *la Policy* es la prolongación de la política buscando otras alternativas y por implementación se entiende como una continuidad del diseño organizativo, que a la vez la primera es factible al cambio; cuando se aplican insumos en ella, se transforman los productos. La implementación significa que se puede aprender de la experiencia sobre lo factible o preferible, para corregir errores.

En la administración pública, la implementabilidad insinúa la capacidad de dinamizar las ideas en términos de acción, a través de una red de organizaciones, disposiciones y procedimiento, que a su vez da la proyección en términos de legitimidad, consenso y rentabilidad. La implementabilidad es un proceso, la gobernabilidad es un estado final y permanente que se ve cristalizada en la tranquilidad pública.

El gobierno escoge la alternativa de una acción cuando aquella maximiza las metas y los objetivos estratégicos. De la acción resulta una acción dirigida a enfrentar y responder satisfactoriamente a un problema estratégico en cuestión.

El modelo racional se identifica con el pluralismo como metateoría, con el análisis contextual y de casos como metodología, y con la racionalidad social como criterio de decisión. Cuando las *Policies* se vuelven doctrinas sociales orientadoras de acciones, justifican la acción del gobierno por un lapso mediante el cual se determinan dichas *Policies*

La endo-privatización o nuevo manejo público deriva de la privatización en general y del neoliberalismo. White domina el criterio de eficiencia; luego entonces, aquella es ejecución de los negocios públicos, paralelamente a este criterio, el Estado también tiene objetivos políticos y sociales,

responsabilidades que diferencian la administración pública de la administración privada.

Tanto al ciudadano como al manejador les concierne el manejo creativo, éste acota las relaciones consensuales internas y externas dentro del sistema administrativo público. “El *management* creativo involucra la extensión de la idea de administración como un proceso educativo de relaciones dentro de la organización administrativa.”³³ “El *manager* debe actuar en el doble nuevo papel de profesor y aprendiz...involucra tanto al ciudadano como al manejador...ingeniería de consenso como la creación de los arreglos orientados al mantenimiento de relaciones consensuales dentro y fuera de la estructura administrativa.”³⁴

“Los negocios tienen fuertes incentivos en la ganancia, y son compelidos por la competencia y el mejoramiento constante... El manejo en administración pública es diferente del manejo privado, porque el gobierno no tiene incentivos de ganancia como un punto de vista colectivo ni como perspectiva individual. Tampoco el gobierno tiene incentivos de competencia.”³⁵

De las funciones del gobierno, se desprende la regulación, prohibición y exploración de fenómenos que actúan dentro del caos social y antagónico, a través de las labores propias que le otorga el Estado. Millet contempla a la *Policy* y la acción pública como elementos primordiales con un alcance en todos los campos sociales de conducción de la administración pública.

Dwight Waldo definió a “la administración pública de dos modos: 1) La administración pública es la organización y el manejo de hombres y materiales para lograr los propósitos del gobierno y 2) La administración

³³Wengert, Egbert. “Public Administration”. United States, The American Political Science Review. Vol. 36. 1942. Pág. 320

³⁴Guerrero, Omar. “El Management Público: Una Torre de Babel”. Pág. 14

³⁵White, Leonard. “Introduction to the Study of Public Administration”. New York, The McMillan Co. 1926.

pública es el arte y la ciencia del manejo, aplicado a los asuntos del Estado.”

36

Igualmente, define al manejo como “la acción intencionada para lograr una cooperación racional en un sistema administrativo.”³⁷ Como podemos apreciar en el vasto campo de la administración pública, Luther Gulick asevera que la organización de la administración, en cualquiera de sus modalidades, es la institucionalización de las funciones ejecutivas, descritas en el POSDCORB (planeación, organización, personal, dirección, coordinación, información y presupuestación).

La ciencia de la administración pública concibe a la administración y al *management* como partes del mismo proceso, enfatiza una nueva esencia intra-empresarial para el gobierno. Gelinier al plantear al neo-*management* público, señala que el *management* ha dejado de estar centrado en la sociedad política, mundo del voto y del control de los ciudadanos, y ha pasado a la sociedad civil, mundo del contrato, del ejercicio de la libertad creativa de las personas, así como la relación del ciudadano-usuario.

Klitzberg señala que se requiere de una administración pública moderna caracterizada por atributos tales como la configuración a modo de redes de organizaciones, el desempeño mediante procesos de decisiones y elaboración de *Policy*, la imaginación y versatilidad, la valoración del ser humano, principalmente por medio de la formación y las carreras administrativas, la prospección en futuros razonablemente previsibles y la capacidad de desempeño en escenarios alternos.

“La gestión pública es definida como proceso político (que afecta la distribución de poder entre organizaciones y en el seno de las organizaciones), que abarca a la pluralidad de organizaciones

³⁶Waldo, Dwight. “The Study of Public Administration”. New York, Random House. 1967 (1955). Pág. 62

³⁷“Ibidem”. Pág. 7

actuales y, que se deriva de la incertidumbre en torno a los resultados de las sanciones propuestas y de la necesidad de aprender de la experiencia.”³⁸

La sugerencia que nos brinda el nuevo manejo público consistente en que el espíritu empresarial privado invada y conquiste la gestión del gobierno, no es del todo plausible puesto que se acotarían atribuciones, funciones y atributos que el Estado no debe olvidar por constituir su propia naturaleza de ser, como por ejemplo, la hacienda es estrictamente una atribución del Estado para el beneficio público que no puede quedar en manos del sector privado.

Por otro lado, una cuestión que empobrece al manejo burocrático serían juicios poco valorativos al sentar bases en cálculos económicos. Todo acto político que emerge del ejercicio de las responsabilidades públicas, se deberá edificar en los equilibrios sociales, pero enfocados desde la justicia social, como catalizador de factores dañinos o endebles que desemboquen en la perturbación del orden y armonía social

1.3.9 Opción pública.

“La opción pública representa otra faceta del trabajo de la economía política, con más radicales implicaciones para la teoría de la administración pública. La mayoría de los economistas políticos en la tradición de la opción pública comienzan con el individuo como la unidad básica del análisis. El tradicional hombre económico es reemplazado por el hombre hacedor de decisiones”.³⁹

Actualmente, la opción pública trata ya con las diferencias públicas y privadas, asimismo, la democracia se clarifica y reorienta como el eje básico de la construcción, esto es, “la permeabilidad del Estado por la sociedad, el

³⁸Pérez López Pulido, Joan. “El Gerente Municipal una Aproximación al Cambio en la Acción de Gobierno y Gestión Pública”. Madrid, Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica. Núms. 274-275. 1997. p. 409

³⁹“Op.Cit”. Guerrero, Omar. “Del estado gerencial al estado cívico”. Pág. 178

desmoronamiento de las barreras entre lo público y lo privado y la competencia entre éstos por la captación y manejo de los recursos económicos, no sólo se proyectan como los principios básicos de la nueva construcción democrática. También redefinen la naturaleza de las instituciones de la democracia.⁴⁰ La competitividad y eficiencia, sustentan las bases de las instituciones de la democracia, modelo que procura la agregación de las acciones y decisiones racionales individuales, convirtiéndolas en decisiones y acciones de una nacionalidad colectiva. Como expresión de la voluntad colectiva, le corresponde la aplicación de normas técnicas para la solución de problemas puntuales de acuerdo con criterios de rentabilidad, oportunidad y riesgo.

1.3.10 Nuevo Manejo Público.

Son cuatro los elementos esenciales del nuevo manejo público: el esfuerzo por disminuir o revertir el crecimiento del gobierno; el cambio hacia la privatización o cuasi-privatización, con un renovado énfasis en la subsidiaridad de la provisión de servicios; el desarrollo de la automatización en la producción y distribución de servicios, particularmente en tecnología e informática; y el mayor desarrollo de una agenda internacional crecientemente enfocada en los temas generales del manejo público, el diseño de *Policy*, los estilos de decisión y la cooperación internacional.

El neo-manejo público infiere con especial interés en los controles de resultado, la asignación de recursos respecto de la medida de rendimiento, cobrando primacía los resultados ante los procedimientos, aun cuando los objetivos iniciales no sean alcanzados, pero siempre y cuando el programa produzca los de optimización (aunque no intencionados) o al revés, que los objetivos sean alcanzados al precio de efectos no deseados.

⁴⁰Medellín Torres, Pedro. "La Modernización del Estado en América Latina: Entre la reestructuración y el reformismo". Revista de Administración Pública. No. 91. Pág. 89

La burocracia actual se ha desarticulado en unidades menores, con una cohesión más flexible dentro de unidades corpóreas integradas alrededor de productos. Estas nuevas entidades operan con base en presupuestos descentralizados sobre una sola línea. Igualmente, crea unidades manejables, separa los intereses respectivos de la provisión y la producción, y gana las ventajas de la eficiencia con el uso de contratos y franquicias tanto dentro como fuera del sector público.

Dicho manejo público persigue el aumento significativo de la competencia en el sector público, como conseguir la disminución costos y mejora de estándares poniendo énfasis en la rivalidad. Asimismo, se ejerce presión hacia un óptimo manejo de los recursos: reducción de costos, reforzamiento de la disciplina laboral, resistencia a las demandas sindicales y limitación de costos. En suma, constituye el control de las demandas de recursos del sector público y el hacer más con menos.

Public management significa la implantación de la visión empresarial de los negocios privados dentro del gobierno. El ámbito del nuevo manejo público abarca a los manejadores públicos, las relaciones entre la burocracia y sus diversos actores y los políticos hasta la redefinición del concepto de gobernabilidad. Otro punto relevante dentro del nuevo manejo público es la administración de personal en cuanto al acceso de modo heterogéneo, es decir, el servicio civil contempla por igual a candidatos de los sectores público y privado, antaño, "La lealtad y la disciplina ocuparon el lugar principal de los valores deseados en un profesional de la administración pública, mucho más que las aptitudes o de las habilidades propias del especialista." ⁴¹

El neo-manejo público, que concibe el Dr. Guerrero, puede tomar dos vertientes: la primera acepta la rescatabilidad del Estado administrativo

⁴¹ "Ibidem". Pág. 9

mediante la estrategia de reforma fundamentada en elementos como la tecnología e innovación; la segunda, juzga un Estado administrativo insalvable, que fomenta el concepto de firma privada competitiva.

Lo que distingue cualitativamente al manejo del sector público del manejo de las empresas privadas, es que el primero trata con los macrosistemas y con redes formadas por las organizaciones. Por consiguiente, "el gobierno debe ser movido hacia el nuevo manejo público, y hacia una mayor adaptación e innovación institucionales, porque actualmente opera con reglas y jerarquía, y limita la libertad de acción, coarta la capacidad de respuesta y restringe la iniciativa. En el gobierno la rutina es la sierva del control, cuando debe responder al cambio con la habilidad de adaptación institucional, y construir una más flexible y responsiva adaptabilidad."⁴²

El manejo público se dirige hacia dos puntos donde exista un gran sector paraestatal, ya que éste constituye una nueva forma de organización del aprovisionamiento de bienes y servicios y, los elementos estructurales de la administración pública y el neo-manejo público son dicotómicos; el neo-manejo público es propuesto como el paso del gobierno burocrático al gobierno empresarial; un gobierno competitivo y orientado hacia el consumidor; otro elemento del esquema de la administración pública es la predecibilidad del modo como opera la organización administrativa; otro componente de la estructura política del enfoque de la administración pública, es la orientación del interés público. El gran propósito del Estado es satisfacer el interés público y proveer un servicio a la sociedad, de manera altruista. Y en lo que respecta a América Latina el manejo privado en las empresas paraestatales no ha demostrado signos de mejoría para la población en por lo menos en los últimos quince años.

⁴² "Ibidem". Pág. 212

Bajo el peso de las tendencias mundiales, los márgenes de decisión de las autoridades quedan supeditados a las exigencias de globalización o internacionalización de las economías. En la separación entre política y economía, ya no es la intervención estatal la que debe mantener la disciplina del mercado, ahora en nombre del equilibrio fiscal se regula la intensidad o retardo de los procesos con miras hacia la descentralización. Las políticas para combatir la pobreza extrema, la marginalidad y el atraso, se observan como recursos repetidos para procurar la universalización de las condiciones de competencia en los mercados y la ampliación del acceso a los productos.

La equidad social se desplaza de la esfera conflictiva de la intervención económica que busca erradicar la desigual redistribución del ingreso, hacia la esfera funcional de la administración pública que pretende dar seguridad a los diversos grupos sociales en términos de igualdad en las condiciones de competencia, cuando existen sectores sociales desposeídos de toda posibilidad de competencia, que por ende queden automáticamente fuera del juego.

La separación entre función pública y función estatal y entre determinaciones externas y soberanías internas, lejos de favorecer fuerzas que concreten el nuevo orden, se constituyen en nuevos ejes de tensiones y luchas intensas en América Latina. Por una parte, la choque entre lo público y lo estatal surge como una riña entre los poderes nacionales que miran hacia la imposición de una lógica centralizada de las decisiones y los poderes territoriales que quieren imponer una dinámica descentralizada del poder y encarnizada. De este modo, el nuevo manejo público consiste en evaluar su desempeño con base en rendimientos respecto de las metas organizativas y los cargos gerenciales fundados en su poder discrecional (flexibilidad, adaptación y dirección).

Básicamente, la introducción del Estado manejador, es ampliar el caudal de la eficiencia en la asignación racional de los recursos públicos. El neo-manejo público proclama la supresión de la política como fuente del Estado, y de tal modo situarlo alrededor del manejo mismo. Manejo, no *Policy*, sugieren sus promotores. Tal enunciado deja fuera a los ciudadanos miembros de las instituciones políticas, quienes demandan la responsabilidad pública de los políticos y gobernantes y deja de lado la implementación como instrumento resolutivo dentro del contexto político y social propios del Estado. La democratización de los regímenes políticos que, bajo el principio de la descentralización político-colectiva y administración decisional de la nación hacia las regiones y localidades, tiende a redefinir los ejes de unidad orgánica entre el Estado y el Régimen Político.

Lo dicho; la administración privada no entrelaza los mismos intereses que la administración pública, pues la segunda contempla funcionarios o manejadores con valores y vocación distintas con relación a la primera, ya que dada su complejidad y contexto en el cual se trabaja, es susceptible de incidir en mayores deficiencias que aciertos, pero si rescatamos eventos mediante la investigación histórica, vivencias institucionales a través de la experiencia y acciones prospectivas, la intención será tratar de sanear a la administración.

“...en la administración pública de cualquier país... el grado de mala administración... se descubre con frecuencia que tales deficiencias no son resultado de negligencia culpable ni falta de competencia. A veces son resultado de especiales condiciones políticas e institucionales o de un intento por resolver un problema para el que no puede encontrarse solución satisfactoria. Un examen minucioso de todas las dificultades existentes podría convencer a un investigador honesto de que, dado el estado general de las fuerzas políticas, no podría él mismo saber cómo resolver la cuestión de una manera menos digna de censura...Un antiguo empresario a quien se encargue la dirección de una oficina pública deja de tener la capacidad de un hombre de negocios para convertirse en un burócrata. Su

objetivo no es ya la obtención de beneficios, sino el cumplimiento con las normas y los reglamentos. Como jefe de una oficina pública puede tener facultades para modificar algunas normas de menor importancia y algunos aspectos del procedimiento interno. Pero la orientación de las actividades de la oficina está determinada por normas y reglamentos que están más allá de sus facultades".⁴³

Consecuentemente, el manejo público interior de las organizaciones distingue entre las responsabilidades políticas y las propiamente manejables, y si la responsabilidad se propala con estricta definición de tareas y medidas de desempeño, se harán propias de mayor grado de objetividad en circunstancias presentes.

La dinámica de la administración pública mexicana se concentró en la responsabilidad y evaluación de los cargos, el vértice de la competencia y cooperación entre dependencias, en la transparencia en el diseño y en la implementación de las políticas públicas con miras a un verdadero servicio público profesional. El profesionalismo en el arte de gobernar es vital en cuanto a su sustento de la base primordial constituida para decidir sobre otras reformas estatales necesarias, prioritarias y reales.

El concepto de implementación consiste en que el manejo público se concibe como el potencial de realización disponible en un establecimiento político e institucional. El análisis de implementación se centra en el proceso de solución organizada de los problemas que den un buen resultado en el proceso mismo. El proceso de implementación se integra de fases mediante las cuales permanecen, sufren cambios o inciden en perversiones de las intenciones originales. La validez técnica de la implementación no se presupone en el diseño, sino después de su ejercicio, porque cada pasaje influye en el proceso como un todo. Lo relevante son los resultados.

⁴³Mises, Ludwig von. "Bureaucracy". Haven, Yale University Press. 1962 (1944). Págs. 48-49.

1.3.11 Manejo del conflicto.

Tenemos tres pasajes principales: administración, adaptación y validación técnica. El proceso de implementación implica un procedimiento de acciones, interacciones y reacciones. La implementación se ha allegado más hacia la polémica política a través del análisis de *Policy*. El proceso de implementación ocurre no sólo en un sistema político comprehensivo, sino también en la interferencia del poder que ofrecen fuentes de autoridad legítima a quienes intervienen.

La implementabilidad coincide con programas administrativos eficaces, coincidente en el logro del fin deseado, y el deseo que se hace realidad a través del fin, sustentadas básicamente en el gobierno como prestador de servicios públicos, que aumenta dividendos en términos de legitimidad, consenso y rentabilidad. A mayor grado de implementabilidad mayor grado de gobernabilidad, relación que establece las condiciones de civilidad auspiciando y regulando a la participación ciudadana; al mismo tiempo proporciona incentivos y delimita la actividad política. Se trata de la seguridad interior del Estado, en esencia debe realizar un proceso de desestímulo de la conflictualidad violenta inherente a la interacción de las fuerzas sociales, y constituye uno de los elementos nucleares de la idea de gobierno.

Ampliando el concepto de gobernabilidad deduce el conjunto de aptitudes que aseguran un desempeño superior de dirección y auto dirección de la sociedad. La gobernabilidad compensa a los servicios prestados por la implementabilidad, con la contraprestación de la tranquilidad pública que hace posible su trabajo y el de toda la sociedad en conjunto.

Una generación alterna de estudios ha sido objeto de especial énfasis en un concepto de gobierno construido en la política y la comunicación, cuya expresión académica más representativa sea el análisis de implementación,

la idea de la evaluación como proceso de aprendizaje y la terminación administrativa.

Partiendo de tales nociones se discierne sobre el gobierno como un proceso de hechura de *Policy*, profundizándose en su actividad. Se parte de la consideración íntegra de la actividad desde el problema o necesidad que suscita la actividad misma: el por qué; la actividad en sí: el qué; el modo en que se desenvuelve la actividad: el cómo; y la consecuencia de la actividad: el para qué.

El gobierno tiene razón de ser si parte de una comunidad que integra a la sociedad moderna como una forma autónoma de vida, con la capacidad de sobrepasar las contradicciones entre el individuo y la colectividad. Dicha comunidad al estar dotada de existencia autónoma disfruta de vida personal, cuya característica natural es la autodeterminación, implícito por la figura del Estado.

Las *policies* pueden regular la conducta social, organizar los servicios públicos, distribuir beneficios y cobrar los impuestos, funciones intrínsecas de la ciencia de la administración pública. Los ámbitos de aplicación de las *policies* detectan y reconocen los campos sustantivos de la vida social y colectiva, dentro de este esquema se incluyen todas las acciones gubernamentales explícitas, implícitas o tácitas (actividad o no actividad del gobierno). Como puede observarse, existe una estrecha relación entre la política y la administración pública, misma que nos alienta a alcanzar legítimamente el proceso de transición política en el que estamos sometidos, por acción o por omisión, en sí, a que el conjunto de la sociedad se refleje de manera racional en un proceso de modernización democrática de la administración pública en todos sus niveles.

El manejo del conflicto se origina a causa las condiciones políticas que impactan en el grado de gobernabilidad,(sin olvidar que el Gobierno es

también una organización en la que siempre estará presente el conflicto). Pero lo que explica la gobernabilidad del Estado, es la implementación como experiencia y la evaluación como aprendizaje.

La evaluación es el rastreo del trazo dejado por una *Policy* implementada del punto de origen a partir de la intención original hasta el resultado producido, independientemente del grado de que alcance del producto sea eficaz o eficiente.

La ingobernabilidad estriba en la decadencia y conversión del gobierno en un régimen diferente degradado por la perversión de su estructura. Las causas estructurales pueden manifestarse de tres modos: por decadencia política, por auto clausura de los procesos de dirección y por explosión de complejidad.

Por regla general existen experiencias de continuidad, alteración o terminación de *Policies* apoyadas básicamente en tres criterios: imperativos financieros, ineficiencias gubernamentales e ideología política, destacando más entre otras cosas, la conveniencia política y las creencias y las fuentes usuales de las decisiones críticas, que esgrimen los gobiernos para dar continuidad a las *Policies*, o bien, modificarlas o extinguirlas.

Una *Policy* puede fracasar de dos modos: primero, por su incapacidad de alcanzar los objetivos planteados; segundo, por pérdida de apoyo popular y el soporte de sus hacedores en razón de las imperantes políticas.

Evaluar el éxito o fracaso es tarea importante para llegar al aprendizaje gubernamental y su desempeño se evalúa a partir de las apreciaciones de calidad y alcance, es decir, el estudio de la implementación examina aquellos factores que contribuyen a la realización o frustración de los objetivos de la política; en tanto que el estudio de impacto se ocupa de la consecuencia de las decisiones políticas.

La información se alimenta de datos muy politizados y en la que pesan fuertes consideraciones ideológicas y de supervivencia política. No obstante, la optimización de la gerencia financiera y de los sistemas de información serán todavía elementos prioritarios en la administración pública como paliativos a los excesos de abusos de autoridad y corrupción.

“Los canales formales de comunicación acercan por un lado a los funcionarios al conocimiento real de los problemas y por el otro hacer posible que la comunidad se informe acerca de los mecanismos con los que opera la administración pública.”⁴⁴

Existen dos tipos de aprendizaje: el aprendizaje instrumental que entraña las lecciones obtenidas sobre la viabilidad de los instrumentos o diseños de implementación de *Policy*; y el aprendizaje social que implica las lecciones obtenidas acerca de la construcción social de problemas, alcances o metas de la misma.

Si a la *Policy* se le entiende como un programa de acción, ésta representa un diseño dentro de la capacidad humana, compuesta de un conjunto de ideas aptas para enlazar acciones gubernamentales específicas hacia los resultados preferidos. Adoptar una *Policy* implica el esfuerzo de un grupo de proponentes para ensamblar, independientemente de una variada gama de intereses sociales y políticos, una coalición que afiance la aprobación autorizada de sus propuestas.

Una administración pública puede permanecer viva y activa en la medida en que existe la capacidad de transmisión de una *Policy* a otra, así como la aptitud para la cesación total. Es el neoliberalismo el que ha creado al nuevo manejo público, un paradigma de administración privada del gobierno

⁴⁴Lima Ramírez Gersain. “Política y administración: los nuevos retos” Revista Prospectiva. Agrupación Política Nueva, A.C. Año 3, número 8, noviembre 1997. Pág . 4-58

totalmente ajeno a las humanidades, el civismo y el interés público, que los valores esenciales de la administración pública.

“La relación entre protección y obediencia constituye un sutil entramado social que se teje con las materias primas de la justicia, la ética y la política, que constituyen las columnas de la vida asociada en que descansa la civilidad. Todo Estado se basa en la obediencia, pero también en la protección como sustento primigenio de su legitimidad.”⁴⁵

La relación protección-obediencia entraña el concepto de buen gobierno. El derecho a la protección, pues, consiste en una prerrogativa social preexistente al Estado de derecho, entraña una condición existencial del Estado como congregación ciudadana elevada a elementos constitutivos de ese Estado y, basados en el decálogo de los derechos cívicos. Ese derecho, al mismo tiempo, es el sustento de los derechos sociales que enarbolan el máximo de civilidad humana hasta nuestros días. La categoría Estado social de derecho proviene de la gestación y gestión continua de la *Policy* social.

Bernardo Kliksberg propone el desarrollo de una cultura solidaria a través del cultivo de una identidad fuerte y productiva, para inducir la autoestima y el autorreconocimiento que son cruciales frente a las situaciones de minusvaluación social. La educación cívica, por ende, juega el papel principal en el gobierno contemporáneo que busca reconstituir el tejido social. Y es la justicia como institución pública quién delimita un marco para el tratamiento de conflictos, mediante el recurso efectivo o potencial del derecho. Un adecuado funcionamiento de la impartición de la justicia, así como su buena proyección ante el ciudadano, constituye insumos muy importantes de legitimidad.

El campo de *Policy* sintetizado como un modo cívico de gobernar, revela cuán importantes y trascendentes son los valores morales en los procesos

⁴⁵“*Ibidem*”. Pág. 147

decisorios de las sociedades democráticas, participativas y actuantes éticamente hablando, la política sugiere condiciones con indicadores de lo que es posible hacer y lo que se puede evitar.

Por otro lado, la evaluación y el control deben constituirse en un elemento clave del proceso administrativo, pero deben así mismo, enfatizar el carácter preventivo de sus medidas más que el correctivo o incluso el punitivo. La adecuada definición y operación de los sistemas de control y evaluación permitirá garantizar un ejercicio transparente de los recursos que dispone la administración pública para el cumplimiento de sus acciones, lo que además de hacer posible un manejo eficiente de recursos genera confianza entre la sociedad.

A diferencia de los estados políticamente desarrollados, los estados políticamente subdesarrollados son aquellos cuya ciudadanía carece de divisas de participación política y son las minorías las que deciden el rumbo de su vida. Sin duda, el bien supremo de fortificación de la vida comunitaria como una expresión ética del nivel de calidad de la política, encarnada en las instituciones del gobierno, es un ingrediente muy significativo para la conducta ética.

"La participación de la sociedad debe ser fundamental pero como fuente de opiniones que se orientan básicamente a la definición de prioridades, así como la toma de decisiones. La educación cívica es una actividad ciudadana que se aprende a través de la práctica de la acción común en las organizaciones públicas de la sociedad".⁴⁶

El Estado culto refiere una organización política dotada de cultura cívica que congrega la tradición que afianza a la sociedad y la modernidad que trae consigo la innovación. Consiste en un hábitat ciudadano, en una cultura

⁴⁶ La concepción de una cultura cívica, es desarrollada por el Dr Omar Guerrero en si libro "Del Estado Gerencial al Estado Cívico".

plural basada en la comunicación y la persuasión, una cultura de consenso y diversidad.

“Estado cívico es un Estado de derecho, un Estado culto y jurídico, cuyo objeto no es el gobierno de las cosas, sino el régimen político de los seres humanos. Lo que demanda el público debe traducirse en políticas públicas más eficaces, una mayor eficiencia en la utilización de los recursos públicos, inversiones públicas más productivas y una mejor gerencia tanto política como económica”.⁴⁷

La gerencia pública está basada en líneas flexibles de autoridad y en un amplio ámbito de comunicaciones. El gerente público se caracteriza por la capacidad de análisis, la aptitud para introducir racionalidad en el proceso decisorio y la habilidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Kliksberg señala que se requiere de una administración pública moderna caracterizada por atributos tales como la configuración a modo de redes de organizaciones, el desempeño mediante procesos de decisiones y elaboración de *Policy*, la imaginación y versatilidad, la valoración del ser humano, principalmente por medio de la formación y las carreras administrativas, la prospección en futuros razonablemente previsibles y la capacidad de desempeño en escenarios alterno.

1.4 Contrastación esquemática entre los postulados de la nueva teoría de la administración pública (*New public management*) y la administración pública tradicional.

Para efecto de hacer esta diferenciación entre las dos posturas teóricas, destacaremos aspectos fundamentales que en algún momento planteo el Dr. Omar Guerrero y que posteriormente, fueron desarrollados gracias a la investigación.

(Cuadro 2.1)

⁴⁷ "Ibidem". Pág. 343

Contrastación esquemática entre la nueva administración pública y la tradicional

ADMINISTRACION PUBLICA		NEW PUBLIC MANAGMENT
NEOLIBERAL Dominio del poder de las empresas transnacionales que intentan absorber abiertamente nuevos mercados.	CONTEXTO	POSMODERNIDAD. Oportunidades empresariales y estatales en mercados internacionales a través de la innovación tecnológica.
La exo-privatización fue la primera estratégica del neoliberalismo como ventajosa para la eficiencia del mercado, la función pública transfiere la producción de bienes y servicios a la iniciativa privada.	GENERA	La globalización de la economía, por la drástica liberación de todos los mercados que genera una vasta privatización de las empresas estatales y transferencia de funciones estatales como la política monetaria.
Presupone el desplazamiento del papel protagónico del estado en la economía	OBJETIVO	Se inserta en el papel económico del estado
ESTADO A través de la redistribución de la riqueza	EL OBJETO DE ESTUDIO	ECONOMIA A través de la opción pública que ve al individuo como unidad básica de análisis y hacedor de decisiones.
Servicio público.	AMBITO DE ACCION	El mercado.
Se instrumentar las acciones de gobierno por medio de las <i>Policies</i> : La política social con participación ciudadana y de la política gubernamental.	POLITICA	Por medio de políticas públicas se intentan instrumentar las acciones de gobierno, con participación de grupos ilustrados.
Atiende la función regulatoria para equilibrar el mercado.	MARCO NORMATIVO	Pretende desregularizar los precios y que se sujeten a las fuerzas del mercado:
Lo público y lo privado con efecto público.	CAUSA EXISTENCIAL	Lo público y lo privado con efecto privado.
Predomina la actitud ética, es decir, lo que se considera bueno o malo al actuar ante la población.	SISTEMA DE VALORES	Predomina la idea de la eficiencia, es decir, cumplir los objetivos sociales con el mínimo de recursos
Esta en favor del beneficio de la colectividad.	EFECTO SOCIAL	Esta a favor de la acumulación del capita.
Es poliglota, cada idioma puede aportar experiencias al estudio de la Administración Pública.	EL CONOCIMIENTO EN LA MATERIA	Es este campo toda la información procede principalmente del idioma inglés.
Control de la disfunciones de ingobernabilidad; Por sobrecarga de demandas sociales, por crisis fiscal y por crisis de racionalidad, por el déficit de articulación entre la economía y la administración pública.	ADAPTACION AL NUEVO CONTEXTO	Endo-privatización del estado, sustitución de la gestión de los asuntos públicos por técnicas de la gerencia privada. Revitalización atendiendo; Las políticas públicas, atención de los asuntos públicos, ciudadanización y adaptándose lo público de la administración.

Gobierno. Lo exterior determina lo interior.	PROCESO ADMINISTRATIVO	Empresa. Lo interior determina lo exterior.
La implementaridad es la capacidad de dinamizar las ideas en términos de acción, a través de líneas flexibles de autoridad, y una red de organizaciones que permitan la gobernabilidad.	INSTRUMENTACION	La gestión pública es más allá de una visión gerencial porque le preocupan los procesos y resultados del gobierno. Le preocupan los nuevos movimientos sociales.
Servidor público se caracteriza por la capacidad de análisis, la aptitud para introducir racionalidad al proceso decisorio y la habilidad para establecer relaciones interpersonales.. Sirve al usuario.	FUNCIONARIO EJECUTOR	<i>New Public Management</i> ejecuta programas de gobierno en términos de eficiencia y calidad del servicio, con una participación ampliada y de mayor representatividad. Pone atención al cliente.
Configuración de redes en la organizaciones, el desempeño mediante el proceso de decisiones y elaboración de <i>policy</i> , formación de carreras administrativas, la prospección en futuros razonablemente previsibles y la capacidad de escenarios alternos.	SE REQUIERE EJECUTAR	La orientación en la responsabilidad y la evaluación de los cargos ,el sentido de competencia y cooperación entre las dependencias y la transparencia en el diseño, en la implementación de las políticas públicas, el servicio civil de carrera y la evaluación.
Hacer funcionar la organización pública manteniendo un equilibrio complejo	DISEÑO ADMINISTRATIVO	Rediseño de las entidades públicas, creación de organigramas funcionales, liquidación y reacomodo de la burocracia existente.
Manuales de organización, manuales de procedimientos, planes, programas y proyectos, acordes a las nuevas necesidades.	TECNOLOGÍA ADMINISTRATIVA	Planeación estratégica, mejora continua, administración para la calidad, Control de gestión en base a indicadores, costo beneficio, y costo de oportunidad.
Los necesarios a fin de cumplir los objetivos de bienestar a la sociedad.	COSTOS	Hacer más con menos, los costos es un aspecto que se cuida con atención.

CAPITULO II

TEORIA, HISTORIA Y CONCEPTOS DE LA SALUD PUBLICA.

2.1 Concepto de Salud.

Aunque para el término salud no existe una definición totalmente aceptada, citaremos la declaración constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. Esta definición tiene como ventaja el permitir un marco de referencia para la orientación de las acciones que deban tomarse en torno a la salud. Acepta la combinación de muchas fuerzas tanto internas como externas, heredadas y adquiridas , individuales y colectivas, ambientales y sociales. De aquí que, más que hablar de “un estado”, la salud en sí implica un proceso dinámico. Tampoco sería adecuado concebirla como una mera suma de atributos anatómicos, fisiológicos, mentales y sociales, sino que su verdadera medida es la habilidad del individuo para funcionar de una manera aceptable para sí mismo y para el grupo del cual forma parte, es decir, los estados de salud y enfermedad expresan el éxito y el fracaso del ser humano en el proceso de adaptación a los retos del medio ambiente”⁴⁸

De acuerdo con lo anterior y lo expresado en la definición de Winslow, la salud pública se vale de los reconocimientos y técnicas médicas y de otras disciplinas para conseguir un fin determinado: la salud de los individuos que para esta ciencia no puede restringirse a la simple ausencia de enfermedad, sino a la promoción de la salud de las colectividades humanas, para una vida más rica, productiva y satisfactoria.

⁴⁸ Dubos, R. “El espejismo de la salud. México”. Fondo de Cultura Económica. México 1975. Pág 54

Muchas definiciones podrían seguirse, sin embargo, hay que recordar que la salud pública es un campo abierto en continua evolución y que no es posible entenderla fuera del contexto histórico-social en donde se desarrolla. Como dice Moutin: "La naturaleza progresista de esta disciplina hace difícil cualquier definición restringida en cuanto a sus funciones y responsabilidades. Es más, existe un verdadero peligro al intentar circunscribir algo que esta creciendo y en movimiento. El limitar el concepto de salud pública al que llenaba nuestras necesidades hace 50 años, aún hace 10 años, sólo puede obstaculizar nuestra contribución a la sociedad en el futuro".⁴⁹

La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos, y a la segunda como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad. La medicina social en esta definición incluye la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios de salud, por el otro. Su relación con la medicina individual consiste en aportarle la comprensión de los factores sociales que hay que tener en cuenta, tanto en el diagnóstico como en el manejo de la enfermedad en el paciente individual.

Pero el establecer la medicina social⁵⁰ como una disciplina académica se debe considerar algo más que la simple clasificación de un campo del conocimiento. En la medicina, el objetivo pretendido es la aplicación del saber a fin de vencer la enfermedad, el propósito de la epidemiología es descubrir y eliminar las causas de enfermedades específicas, finalmente la organización de los servicios de salud busca crear sistemas administrativos eficaces mantener y mejorar la salud pública.

⁴⁹ Winslow, C.E.A. : "The evolution and significance of the modern public health campaign". New Haven. 1923. Yale, University Press. Citado en Hanlon, J.H. Pág. 6

⁵⁰ Tomado de U.S. Department of health, Education, and Welfare, Public Health Service, "Monthly vital Statistics, Annual Summary for the United States", 1975. Vol. 24. Núm. 13. Junio 30, 1976.

La medicina individual se puede entonces definir como la teoría y la práctica de la medicina en la que el horizonte se limita a la relación existente entre el paciente individual y el médico individual. En contraste, la medicina social se podría definir como la teoría y la práctica de la medicina en la cual el médico moviliza todos los recursos sociales para mantener la salud del individuo en la sociedad.

La práctica de la medicina social es diametralmente opuesta a la práctica de la medicina individualizada. Aquí el médico es responsable por la salud de todas las personas que constituyen un determinado grupo de población. La relación entre individuo y médico es más equilibrada, ya que ambos son responsables de mantener y mejorar la salud del individuo.

El sistema de medicina individual se originó en una época en la que el médico independiente, que trabajaba solo, era la figura dominante en la medicina. Los hospitales eran mucho menos importantes que hoy; los servicios de salud pública casi no existían y el crecimiento técnico y la especialización médica eran todavía cosas del futuro. El médico era un individualista completo en su manera de ganarse la vida. La relación entre médico y paciente era la de un comerciante con su cliente, salvo que el primero vendía servicios, no bienes.

Una alternativa que seguramente resultaría más útil sería la perspectiva clásica de salud pública, de controlar las causas de la enfermedad, como por ejemplo, el hecho central es que el alcohol causa enfermedades. Es un agente que causa intoxicación aguda y crónica, cirrosis hepática, sicosis tóxicas, gastritis, pancreatitis, cardiomiopatías y neuropatías periféricas. Hay

cada vez mayor evidencia de su relación con el cáncer de boca, faringe, laringe externa y esófago.⁵¹

Como los pacientes reciben los servicios más como un favor que como un derecho, no están en posibilidad de exigir consideraciones; inevitablemente el servicio tiende a ser impersonal, apresurado y sin tomar en cuenta las necesidades humanas de dignidad, intimidad y comprensión.

En la organización de los servicios, un programa de este tipo trae como resultado la demanda de más servicios de salud para satisfacer las necesidades a las que ahora no se da respuesta. Será necesario aumentar considerablemente el personal y las instalaciones sanitarias. Se debe desarrollar un sistema de atención de la salud a la altura de la tecnología y de la capacidad de la medicina del Siglo XX. La atención de la salud será crecientemente provista por equipos de personal de la salud, que trabajen en contacto estrecho con centros comunitarios de salud cuya base de operación serán los hospitales.

La dotación de personal debe ser suficiente para poder pasar el tiempo necesario con cada paciente, al mismo tiempo que las instalaciones deben asegurar intimidad y dignidad a todos los que están en tratamiento. Los centros de salud comunitaria cuya base serán los hospitales, deben ser relativamente modestos en tamaño, suficientemente amplios para poder brindar un servicio eficaz, pero suficientemente pequeños para permitir estrechos contactos profesionales y asegurar un trato cálido y humano a los pacientes.

La utilidad de la supervisión preventiva es obviamente mayor si se practica antes de que la enfermedad se implante. Una política social para la salud no

⁵¹ Tomado de "Medicare and medicals -problems, issues and alternatives" Informe del personal del Comité de Finanzas, U.S Senate, 91. Congress 1. Session, Washington, D.C. Government Printing, 1970. Pág. 23

puede ignorar que la pobreza y la discriminación racial siguen siendo una causa muy poderosa de mala salud.

Estas condiciones se pueden cambiar solamente en forma parcial con medidas de política sanitaria. Tampoco van a desaparecer con programas de control de natalidad, ya que todo esto se elimina con el atraso económico y social.

2.2 Concepto de Medicina Social

El término medicina social tiene su origen en los países europeos, principalmente en Alemania, Francia, y Bélgica. Han sido muchos los intentos por definirla, uno de los primeros fue realizado por Grotjahn (1869-1931), primer profesor de higiene social de la Universidad de Berlín. Entre sus aportaciones se encuentra el haber resaltado el significado social que tiene la etiología, frecuencia, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

En Inglaterra la primera cátedra de medicina social fue ocupada por John Ryle (1889-1950) en Oxford, quien al referirse a la salud pública señalaba que ésta centraba su interés en el ambiente y por lo tanto en los aspectos relacionados con la vivienda, el agua y el drenaje, mientras que la medicina social ampliaba su campo a otros aspectos como los económicos, nutricionales, ocupacionales y psicológicos. Con relación a estos conceptos Stieglitz afirma que la medicina social representa la madurez de la salud pública. Compara la medicina clínica con la medicina social y precisa que ambas tienen los mismos objetivos pero métodos distintos. Es decir, una y otra se enfoca a la salud del individuo, fundamentan un diagnóstico y, a partir de éste, establecen un tratamiento. Sin embargo, los métodos y las herramientas que utilizan son muy diferentes.

“La medicina social tiene dos significados, uno amplio y defectuosamente definido, otro más restringido y preciso. En el

sentido amplio, la medicina social es una expresión de la tradición humanitaria en medicina, y la gente frecuentemente ve en ella cualquier interpretación compatible con sus propias aspiraciones e intereses. Así puede ser identificada con la atención humana a los pacientes, la prevención de las enfermedades, la administración de servicios médicos, es decir, con casi cualquier especialidad del amplio campo de la salud y del bienestar. En el sentido más restringido la medicina social se refiere a un cuerpo de conocimientos y métodos, propios de una disciplina. Esta ciencia incluye a la epidemiología, al estudio de las necesidades de la población y, otros aspectos relativamente nuevos en medicina. No se enfoca exclusivamente a la medicina preventiva o a cualquier parte de la medicina clínica, como lo es la medicina general. Tampoco pretende enseñar a través de la unión de diferentes áreas clínicas. Es una disciplina porque genera conocimientos y contribuye con ideas esenciales al pensamiento médico".⁵²

En contraposición, otros autores como San Martín identifican a la medicina social no como una técnica o especialidad médica, sino como una "actitud de la medicina que abarcando todos los aspectos de ella, coloca el mayor énfasis en el hombre y en las interdependencias del individuo como ser social con su grupo y su ambiente y la manera como esta interdependencia influye sobre la salud y la enfermedad"⁵³. Barquin agrega además que "La medicina social es un nuevo medio para reconsiderar la enfermedad, para reintroducirla en su terreno biológico y para reconstruir la integridad del hombre que sólo puede ser concebido en relación a un medio de vida "visto desde la óptica de la medicina institucional".⁵⁴

Como se verá posteriormente al definir a la salud pública, muchos de los conceptos que se han analizado aquí se retomarán. Esto explica por qué muchos de los términos en esta área se siguen utilizando indistintamente y no es posible hacer una delimitación universalmente aceptada. Uno de los

⁵² Mc Keown, T. y Lowe, C.R. "Introducción a la Medicina Social". México, Siglo XXI. 1981. Pág. 9

⁵³ San Martín, H. "Salud y enfermedad". 4a. de. México. La prensa Médica Mexicana. 1981. Pág 49

⁵⁴ "Op. Cit.". Mc Keown, T. y Lowe, C.R "Introducción a la Medicina Social". Pág.1-5

factores más importantes para la aceptación de tal o cual término, es el proceso político. Por ejemplo, “en la Gran Bretaña la expresión “medicina social” fue ampliamente utilizada en 1940, para posteriormente adoptar la de “medicina comunitaria”, con la ventaja, para la política conservadora de los ingleses, de que la palabra “comunitaria” implica más una actividad de tipo local que nacional, situación por la cual el término “salud pública” se ha ido desechando oficialmente en este país.”⁵⁵ De ahí que, para los ingleses, la “medicina social” y la “medicina comunitaria” son sinónimos.

Para fines didácticos y en un intento por sintetizar y simplificar las diversas afirmaciones a las cuales se ha hecho referencia, se puede concluir que la medicina social es el estudio de la forma en la cual la enfermedad puede depender de problemas sociales, causarlos o aumentarlos y de las maneras como los esfuerzos médicos y de la sociedad pueden contribuir a su solución.

Desde el punto de vista del médico general o de cualquier otro profesional de la salud “La medicina social le abre a éstas nuevas perspectivas y los encamina no sólo desde el punto de vista doctrinario, sino también desde el punto de vista del papel que juega en la moderna sociología”.⁵⁶

2.3 Concepto de Salud Publica.

“Resulta interesante observar, al ordenar cronológicamente las diferentes definiciones que se han dado acerca del concepto de salud pública, hasta qué punto representa una imagen verbal de su evolución y de los progresos realizados en la materia”.⁵⁷

Intentar llegar a una definición mundialmente aceptada resulta un tanto difícil debido a su continua evolución, a la multidisciplinariedad del área y a su

⁵⁵ Editorial : “The distinction Between Public Health and Comunity, Social. Preventive Medicine”. J.of Public Health Policy 6(4), E.U. 1985. Pág. 435-439

⁵⁶ “Op. Cit”, Mc Keown, T y L. “Introducción a la Medicina Social”. Pág. 5

⁵⁷ “Op. Cit”. Principios de administración sanitaria. Pág.14-23.

reciente incorporación como disciplina, si bien esto último es aún muy discutido. Como la salud pública tiene además diversas connotaciones, es conveniente primeramente identificarlas para precisar específicamente a lo que nos vamos a referir en este texto. De acuerdo con Fajardo⁵⁸, se distinguen tres concepciones de la salud pública:

- Estado de salud de una colectividad
- Gestión administrativa mediante la cual se trata de mejorar la salud
- Grupo de conocimientos para mejorar la salud de las colectividades humanas

La primera definición se refiere al “nivel de salud” que se puede observar en una población determinada. La segunda acepción habla de las acciones organizadas de carácter colectivo que el Estado a través de los ministerios o secretarías de salud o la comunidad, pone en práctica para la atención de la salud colectivo; es decir, la suma de los esfuerzos sociales organizados para preservar y mejorar la salud poblacional. En la tercera connotación la salud pública es considerada como una disciplina que parte de conocimientos científicos y técnicos para la conservación, restauración y mejoramiento de la salud colectiva.

Estos enfoques no son contradictorios, más bien pueden ser complementarios si se enfocan de la siguiente manera:

Como ya se mencionó, al hablar de “estado de salud pública” nos estamos refiriendo a la situación de salud de una colectividad. Como se verá más adelante, en primera instancia la salud pública esta interesada por conocer el nivel de salud de la población con el objeto de identificar los problemas de salud que afectan a una sociedad, entendiéndose por éstos aquellos

⁵⁸ Fajardo, O.G. Atención médica : “Teoría y prácticas administrativas”. México. Prensa Médica, 1983. Pág. 16-17

problemas que rebasan el nivel individual y que requieren para su solución acciones de carácter colectivo. Por lo tanto, para valorar el nivel de salud de la población se hará referencia al "diagnóstico de salud" de la colectividad y no a la "salud pública".

En cuanto al segundo punto es importante hacer notar que no basta con la identificación de un problema de salud, sino que hay que darle solución. El médico clínico, una vez que establece un diagnóstico, instituye un tratamiento. En este caso el "tratamiento" será la respuesta social organizada que se materializa a través de los servicios de salud pública, los cuales no son el resultado individual de atención a la salud, sino el reconocimiento de la obligación del Estado de actuar para la protección sanitaria de la población contra fenómenos de diverso orden, fundamentalmente ambientales. En este sentido, estrictamente hablando, la salud pública es el subsistema del sector salud, que tiene por objeto estudiar a la colectividad humana a fin de elevar su nivel de salud a través de actividades dirigidas al medio. Es conveniente señalar que en nuestro país el Programa Nacional de Salud establece que "los servicios de salud pública se orientan básicamente a la prevención y control de padecimientos transmisibles y no transmisibles a la vigilancia e investigación epidemiológica, a la educación para la salud, a la nutrición, la planificación familiar y al control sanitario, al saneamiento básico y a la prevención y el mejoramiento de la calidad del ambiente".⁵⁹ Esta segunda acepción comprende también aquellas acciones que la comunidad pone en práctica. Esto significa que la salud pública no sólo incluye sino que necesita de la participación activa de cada uno de los individuos que integran a la colectividad para el logro de sus objetivos.

Por último, la salud pública es conceptualizada como una ciencia, sin embargo, Richardson y Mc Whinney establecen ciertos criterios para acreditar este

⁵⁹ Poder Ejecutivo Federal, "Programa Nacional de Salud. 1984-1988." Síntesis Ejecutivo. Pág.1-3

campo de conocimiento en la categoría de disciplina⁶⁰. La salud pública cumple con esos lineamientos por lo siguiente: tiene un campo específico de acción, desarrolla y aplica conocimientos técnicos y científicos especiales, se apoya en una filosofía que la sustenta, ofrece posibilidad de desarrollar investigaciones en su campo y permite a quienes desean incursionar en el área, la posibilidad de un entrenamiento intelectualmente riguroso para la práctica de la disciplina.

Tradicionalmente se ha venido aceptando como una de las más completas, a la definición de Winslow,⁶¹ la cual expresa que: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia tanto física como mental, mediante los esfuerzos sociales organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones en la comunidad, la educación de los individuos acerca de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de un mecanismo social que permita asegurar a los individuos el disfrutar de un buen estado de salud.

Es importante resaltar que la noción de salud pública se desprende del concepto de salud. Es decir, si la salud se considera como la "ausencia de enfermedad", la salud pública estará enfocada hacia la "no enfermedad en la población".

Muchos esfuerzos se han hecho y se siguen haciendo por definir el área de la salud pública, consideramos interesante esta definición ; "La salud pública es el conjunto de conocimientos y técnicas de la medicina y de otras

⁶⁰ Tomado de Narro, R. J. "La medicina familiar en México". En : ¿ Qué es la medicina familiar ? Venezuela. Ceitlin Editor. FEPAFEM/KELLOG, 1982. Pág. 67

⁶¹ Tomado de Winslow, C.E.A. "The Untitled Fields of Public Health Science." Pág. 51 :23-33. 1920. Citado en Hanlon, J.H. Pág.5

disciplinas que tiene como propósito de conservación, restauración y el mejoramiento de la salud de los grupos y las poblaciones”⁶².

Pero es conveniente mencionar que a pesar de que el autor da esta definición, plantea claramente, que es importante tomar en cuenta que el concepto de la salud pública puede ser confundido con otros términos afines como; medicina preventiva, medicina social, medicina comunitaria y sociomedicina, que al parecer los distingue su nivel de análisis.

¿Cuál es su papel dentro de la medicina general?

La medicina se describe como la ciencia y el arte de prevenir y curar enfermedades, lo cual se logra a partir de tres actividades fundamentales: prevención de la enfermedad (medicina preventiva), diagnóstico y tratamiento (medicina curativa o actualmente conocida como biológica) y restauración de la capacidad de trabajo del individuo después de la enfermedad (medicina de la rehabilitación).

Si consideramos que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al medio ambiente al que vive, la prevención y curación de las enfermedades debe contemplar todos aquellos factores propios de los elementos que intervienen en el desarrollo de un padecimiento.

2.4 La salud en el mundo antiguo.

“Los conceptos son productos de la creación humana y hacen posible al hombre describir y comunicar su percepción del mundo que los rodea y al mismo tiempo son instrumentos que llevan a la percepción del mundo. Son asimismo elementos fundamentales del pensamiento y del raciocinio para conocer una realidad es necesario identificar sus elementos y ser capaz de explicarlos,

⁶² Barquin y Colaboradores, “Sociomedicina”, México. UNAM, 1989 Pág. 12

trabajo en el cual el concepto constituye un instrumento indispensable. Los conceptos permiten y promueven la comunicación, en cambio la dificultan cuando adquieren distintos sentidos y significados.”⁶³

Muchos esfuerzos se han hecho y se siguen haciendo por definir el área de la salud pública, la medicina social y la medicina preventiva. Muchos de estos conceptos se caracterizan por su creciente surgimiento como áreas específicas del saber, aunque se han ido incorporando al lenguaje común hasta formar parte de él.

Es pues necesaria, la definición inicial de los conceptos que se manejan a lo largo del texto, y que éste será el punto de partida que conlleve a una mejor comprensión y ubicación de la materia.

Los campos de la salud pública y la medicina social son el resultado de una evolución en donde pueden apreciarse desarrollos y tendencias históricas, de aquí la importancia de analizar cómo surgen y cuáles han sido los conceptos que se han ido manejando en el transcurso de los años, ya que éstos implican una forma de percibir y pensar una realidad. “La historia de la medicina nos enseña de dónde venimos en dónde nos encontramos y hacia dónde nos dirigimos. Es la brújula que nos guía para el futuro”.⁶⁴

El pensamiento, la cultura y la medicina, han estado siempre en estrecha relación. George Rosen, el gran historiador de la medicina, rechazó muy acertadamente lo que llamó una serie de contribuciones realizadas por los médicos. Richard H. Shyrock, por su parte afirmaba que “la historia de la medicina se halla ligada a los fenómenos sociales y económicos en la

⁶³ Das, Granda.D. et “Salud comunitaria y participación de la comunidad”. Sto. Domingo, Rep. Dominicana. SESPAS, 1980, Pág.3-4

⁶⁴ Sigerist, H “Hitos en la Historia de la Salud Pública”. México. Siglo XXI. 1981. Págs. 66-84.

misma medida que a los problemas biológicos y constituye uno de los temas centrales de la experiencia humana".⁶⁵

Algunos autores dividen a la historia de la medicina en tres épocas: la premicrobiana, la microbiana y la posmicrobiana. Esta manera de distinguirla tiene la desventaja de que enfatiza los factores microbianos como único criterio para dividir tres etapas con características específicas en la concepción del fenómeno salud-enfermedad. La importancia de esta clasificación es que permite apreciar de manera general la evolución que ha tenido la concepción causal de la enfermedad.

"En la era premicrobiana, se conocía el papel causal del ambiente en la aparición de la enfermedad contrastando con la ignorancia biológica y la atribución mágico-religiosa del proceso. La era microbiana se inicia con Pasteur, Koch y Behring y abarca un gran período de avance científico para determinar los aspectos causales de la enfermedad. La era posmicrobiana corresponde a un período más reciente y consiste en un retorno a la concepción multicausal de la enfermedad".⁶⁶

La historia de la medicina fue estudiada por grandes investigadores de la salud, y vale la pena destacar los momentos más representativos:

Era precristiana: Hanlon⁶⁷ dice: El pueblo egipcio en el año 100 a.C. tal como lo describe Heródoto, era el más sano de los pueblos civilizados. Tenía un sentido muy profundo de la higiene personal, poseía numerosos preparados farmacéuticos y construía aljibes de tierra y tubos de desagüe público. "Los hebreos llevaron todavía más allá las prácticas y concepciones higiénicas de los egipcios, al incluir en la Ley mosaica lo que se considera como el primer código de higiene escrito: el Levítico (1500 a.C.) en él

⁶⁵ Lyons, A.S. Petrucelli, R.S. "Historia de la medicina". 1ª. Ed. España, Doyma, 1981. Pág 122

⁶⁶ Mora, C. Hersch P. "Introducción a la medicina social y salud pública". México Terranova UAM, 1981, Pág.10-11

⁶⁷ Tomado de Hanlon, J.H. "Principios de administración sanitaria". 3ª. Ed. México. La Prensa Médica Mexicana, 1973, Pág.14-23.

mencionaba una extensa variedad de deberes personales y comunales, entre los que figuraban la limpieza del cuerpo, la protección contra la difusión de enfermedades contagiosas, el aislamiento de los leprosos, la desinfección de las viviendas después de la enfermedad, la salubridad de los campamentos, la eliminación de excrementos y desperdicios, la protección del agua y comestibles, así como la higiene de la maternidad.

Civilización Griega.- La medicina griega comienza propiamente en la edad de Pericles y su programa se centra en la figura de Hipócrates (460 a 370 a.C.) quien le dio a la medicina griega su espíritu científico y sus ideales éticos. En el campo de la salud pública destacan sus escritos referentes a las epidemias en donde describe el proceso de las enfermedades, así como el "Tratado de los aires, aguas y lugares" que es el primer estudio sobre la importancia de los factores ambientales, los cuales constituyen una parte fundamental de la salud pública en nuestros días y su relación con la enfermedad.

Los griegos veneraban la salud y hacían todo lo que estaba a su alcance para conservarla. La gente conocía a partir de su experiencia, muchos aspectos relacionados con la prevención, es decir, sabían que comer en exceso, exponerse al frío, no dormir lo suficiente, etc, no favorecía la salud. Para ingresar a los templos había que estar "puro" tanto espiritual como físicamente. "Fue en Grecia donde la higiene personal se desarrolló hasta un grado jamás conseguido, a diferencia de lo que pasó con las medidas de saneamiento del medio que fueron menos importantes. En contraste con la salud pública actual, a los débiles, a los enfermos, y a los inválidos no solo no se les prestaba atención, sino que, en ocasiones, se les destruía deliberadamente.

El Imperio Romano se caracterizó por sus grandes avances en el campo de la administración y la ingeniería. Se organizaron muchos servicios sanitarios

públicos y se construyeron magníficos acueductos, drenajes y túneles, muchos de los cuales siguen utilizándose en la Ciudad de Roma.

Era Cristiana: A principios de la era cristiana, Galeno (131-201 D.C) se convirtió en una autoridad por el periodo más extenso que una escuela de pensamiento médico haya persistido en el mundo occidental. Su obra principal lleva por título "Higiene", su enfoque parte de Hipócrates, y es lo que se puede llamar "la higiene del sentido común: no exageres, te vas a enfermar".⁶⁸

Durante la Edad Media, el pensamiento galénico se estancó ya que entonces era más importante dedicarse a la preparación para una vida de goce después de la muerte, que atender al cuerpo, asunto que se consideraba secundario e incluso impropio. Como consecuencia se dieron grandes cambios en la actitud hacia el saneamiento y la higiene personal. "La gente casi nunca se bañaba, la alimentación en general era pobre. Se descuidó totalmente el saneamiento, de tal manera que se dejaban acumular desperdicios y excrementos en las viviendas o en sus cercanías".⁶⁹

Al recordar que los discípulos de Jesucristo "imponían" otras ideas a los enfermos, para obtener la curación de los creyentes era necesaria la fe sin límites, de allí se comprende que, en los primeros siglos del cristianismo, no hubo lugar para el médico. "El pensamiento cristiano reconoció la necesidad de utilizar los medicamentos que Dios había creado mucho más tarde".⁷⁰

Fue durante esta época cuando se presentaron las grandes pandemias, registradas como algunas de las peores calamidades en la historia de la

⁶⁸ "Op. Cit" Sigerist, H. "Hitos en las historia de la salud pública." 1981, Pág. 66-84.

⁶⁹ Garrison, F.H. "Historia de la medicina". 4ª. Ed. México Interamericana, 1929. Pág 23-45

⁷⁰ Barquín, C.M "Historia de la medicina, su problemática actual". 6ª. Ed. México, Méndez oteo, 1984, Pág.171

humanidad. Sin embargo, durante aquel período cabe citar ciertos progresos en el campo de la medicina e higiene, como las medidas de aislamiento y la cuarentena, las cuales sugieren un atisbo en la existencia de un período de incubación de las enfermedades transmisibles.

“Al finalizar la Edad Media se había logrado ya diferenciar un cierto número de enfermedades. Entre las reconocidas como distintas y caracterizadas figuraban: la lepra, la influenza, la oftalmía, el tracoma, la sarna, la peste, la sífilis (gran viruela), la viruela, la difteria y la escarlatina (consideradas como una sola enfermedad y el tifo y la fiebre tifoidea (que también se confundían)”.⁷¹

Sigerist ⁷² señala que partir del Renacimiento se inició un nuevo período de lucha por romper con el gran cúmulo de mitos y supersticiones propios de la Edad Media. Gradualmente comenzó a ponerse en duda el origen mágico-religioso como causa de enfermedad. Los europeos empezaron, poco a poco, a pensar como individuos libres.

La invención de la imprenta, el descubrimiento de América, la extensión de los viajes y el comercio, el comienzo de la física y la química, la reforma y el crecimiento de la literatura vernácula se combinaron para convertir al Renacimiento en un período de incesante fermentación y actividades intelectuales que habrían de repercutir en los siglos venideros. Aparecieron, posteriormente, eminentes pensadores, como Descartes, Lamark, Cuvier, Boyle, Voltaire y Darwin, entre otros, cuyos esfuerzos combinados dieron lugar a notables realizaciones durante los últimos decenios del Siglo XVIII y todo el Siglo XIX.

Los siglos XVIII y XIX .- En la segunda mitad del siglo XVIII y principios del Siglo XIX, el eje del pensamiento en el caso de la medicina y en diferentes países europeos, lo constituyó Johann Peter Frank (1745-1821). A él se le llamó el “padre de la policía médica” y su obra constituye un grandioso

⁷¹ “Op.Cit”, Hanlon, J.H. “Principios de Administración Sanitaria”. Pág-20

⁷² Tomado de “Op.Cit”.Sigerist. “Hitos en la historia de la salud pública”. Pág. 66-84

monumento de la salud pública y la medicina social del siglo XVIII. Sigerist lo ha denominado el pionero de la salud pública y de la medicina social, ya que estudió la influencia de todo el entorno social sobre el individuo.

Su obra repercutió principalmente en Alemania aunque en este país el proceso de industrialización llegó mucho más tarde. En los años que precedieron a la Revolución de 1848, Rudolf Virchow, quien más tarde llegaría a ser un prominente patólogo y antropólogo, encabezó un poderoso movimiento de reforma médica. Frank había atribuido al Estado la responsabilidad en los asuntos relacionados con la salud de la población, y Virchow llegó a describir a la medicina como una "ciencia social" y a la política como "la medicina a gran escala".

Como consecuencia de las alteraciones laborales de la Revolución Industrial, destacó en Inglaterra Edwin Chadwick (1800-1890) quien al igual que Frank en Alemania, conceptuaba a la enfermedad como una expresión de la pobreza.

Los cambios que siguieron a la construcción de las fábricas, el aumento de los barrios obreros y la interdependencia de comunidades y naciones afectaron la práctica médica. Chadwick, alarmado por las condiciones de vida que se presentaban en su país, se dedicó al área de la administración en la higiene pública. "Su principal contribución fue la reforma de la Tercera Ley Inglesa de los pobres (English Poor Law), a partir de la cual, otorga responsabilidad administrativa de los pobres a las parroquias" ⁷³ recibir atención médica gratuita y se estableció en 1848 una Junta General de Sanidad en Inglaterra. Desde entonces se produjeron grandes mejoras en materia de salubridad e higiene. Se promulgaron leyes que favorecieron entre otros, a los trabajadores, a los infantes y a los ancianos. Los éxitos en materia de organización administrativa y reglamentación se hicieron sentir

⁷³ Ruiz Sánchez Carlos. "La Administración Pública de las instituciones de Salud en México." UNAM 1990. México Tesis de Maestría Pág. 58.

con mayor rapidez en Inglaterra que en cualquier otro país. "En Estados Unidos de América estos hechos repercutieron de manera que cuando las ciudades americanas tuvieron que promulgar sus ordenanzas sanitarias, se inspiraron en las tradiciones del derecho consuetudinario inglés." ⁷⁴

De esta manera fue como la atención médica a los pobres pasó a ser una responsabilidad de una organización debidamente establecida, y asimismo "se enfocó la salud desde el punto de vista comunitario para dar origen a los ministerios o secretarías de salud." ⁷⁵

Cabe señalar que antes del descubrimiento de las bacterias como causa de enfermedad, la salud pública se inició con pocas bases científicas para la acción. Los principales enfoques se reducían a medidas higiénicas básicas como el abastecimiento del agua potable, la eliminación de excretas, etc. Posteriormente a partir de los descubrimientos realizados en bacteriología e inmunología, a fin del siglo XIX y principios del XX, y y del desarrollo subsiguiente de las técnicas para aplicarlos, se desarrolló el concepto de prevención de las enfermedades en los individuos.

El término medicina preventiva surgió fundamentalmente en Estados Unidos, en un periodo en que la salud pública se encontraba preocupada casi exclusivamente por la prevención de las enfermedades infecciosas. Un hecho que repercutió tanto en Inglaterra como en Estados Unidos fue la aparición de la enfermera en Salud Pública a partir de 1872, lo que favoreció el desarrollo de la higiene personal, lo cual, a su vez, permitió el despliegue de la higiene social para proporcionar varios servicios como la protección materno-infantil y programas para ancianos y minusválidos, entre otros. De este modo, la medicina preventiva ha ido incluyendo en sus acciones a la

⁷⁴ "Op.Cit". Garrison, F.H. "Historia de la medicina". Pág. 175.

⁷⁵ Barquin ,C .M." Medicina social."0. 2ª. Edit. México, Mendez Oteo. 1981. Pág. 1-5

inmunización, educación para la salud, exámenes médicos para detección oportuna de enfermedades, etc., como parte de la salud pública, así como una actividad profesional en la atención médica del individuo y las familias.

Como se puede apreciar, la salud pública ha extendido gradualmente sus horizontes y campos de acción. "En un principio sus actividades se limitaban a las medidas más rudimentarias del saneamiento ambiental. Posteriormente se dio a la tarea del control y prevención de las enfermedades infecciosas. Sin lugar a dudas, algunos de los antiguos problemas de salud pública como el cólera, la tifoidea y la malaria se solucionaron en gran parte a través de cambios en el medio ambiente. Otros como la difteria, la tosferina, el tétanos y la poliomielitis desaparecieron o han ido desapareciendo principalmente como consecuencia de los programas de inmunización masiva y también debido a los esfuerzos prolongados de educación en las colectividades para cambiar actitudes y comportamientos personales".⁷⁶

Sin embargo los problemas de salud relacionados con el ambiente, difícilmente se pueden considerar como cosas del pasado. A medida que las sociedades se han industrializado han surgido nuevos peligros ambientales para la salud, como las radiaciones, la contaminación atmosférica y las nuevas sustancias químicas industriales, entre otros.

Las enfermedades infecciosas continúan siendo un reto para los países más pobres, aunque el patrón de mortalidad está siendo sustituido por el de las enfermedades crónico-degenerativas, como las enfermedades isquémicas del corazón, diversos tipos de cáncer, las enfermedades cerebro-vasculares, los accidentes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. Nuestro conocimiento y control de estos problemas es aún muy limitado. Por otro lado, muchas de las acciones que se requieren están más encaminadas a

⁷⁶ Terris, M. "La revolución epidemiológica y la medicina social". 2ª.ed. México Siglo XXI, 1982. Pág. 63-93

cambios de actitudes y de comportamiento de los individuos, otras demandan cambios en el ambiente y unas más quizás de una combinación de ambos tipos de medidas.⁷⁷

Un aspecto que no hay que olvidar es que los problemas de salud pública, nuevos o antiguos, son esencialmente sociales y no se pueden solucionar más que en el marco de un sistema social. La tarea de los responsables de la salud pública consiste en convencer a la sociedad de su obligación de tomar las medidas colectivas adecuadas, gubernamentales o de otro tipo, para solucionar los problemas específicos de salud y participar en el desarrollo social del país.

Independientemente del tipo de desarrollo económico alcanzado por los diferentes países en materia de salud, existen prioridades que son compartidas. Entre ellas, se encuentra la necesidad de una distribución equitativa del personal de salud y la organización óptima de los servicios para el cuidado de la salud, tendiente a satisfacer muchas de las necesidades a las que ahora no se da respuesta.

La salud pública es el campo de la medicina que estudia los problemas y soluciones relativos a la relación salud-enfermedad a partir de dos enfoques, el preventivo y social; que intenta mantener la salud y evitar la aparición de enfermedades y que estas progresen, y el segundo que estudia sus efectos colectivos así como la respuesta de la sociedad a los efectos. Esta área de la medicina es un campo complejo y multidisciplinario que requiere de otras áreas afines y de otras disciplinas que le auxilien para el cumplimiento de su objetivo, de esta manera la salud pública es un pilar junto con la atención médica y la asistencia social en la que descansa la función sustantiva de la salud.

⁷⁷ "ibidem". Pág. 63

El eje central de la acción de la salud pública es el estudio y la participación en la solución de los problemas colectivos de salud en forma integral considerando tres elementos básicos; agente, huésped y ambiente. El agente es aquel elemento físico, químico, biológico capaz de iniciar un proceso de enfermedad; el huésped es la persona que permite la subsistencia de un agente patógeno; y el ambiente se considera como aquellos factores físicos, químicos y socioculturales que rodea al individuo. Para abordar los problemas de la salud pública ésta se tiene que auxiliar de varias disciplinas, cada una con su enfoque científico; éstas son la estadística, la sociología, la ecología, la administración, la ciencia política, la química y la biología que permita tanto inducir como deducir los efectos en la sociedad.

Las ciencias sociales aportan su metodología en investigaciones para comprender a la sociedad con relación a sus problemas de salud, la estadística epidemiológica, registra y conoce la frecuencia y la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones, la química y la biología dan a conocer los nuevos microorganismos o sustancias que afectan nuestras sociedades gracias a la nueva tecnología, que no deja de afectar a la sociedad.

Esta información permite también crear programas bien diseñados para la educación de la salud, que pudiera modificar valores y actitudes a fin de favorecer la conducta de los individuos ante la salud, esfuerzos que se han hecho a través de los programas tales como fomento a la salud, educación para la salud y pausa para la salud que no dejan de ser simples programas de relleno de las dependencias gubernamentales implementados desde hace un década, que solamente engrosan las estadísticas con avances falsos reflejados en el papel y no en un verdadero mejoramiento de la salud en la población, porque se carece de la investigación necesaria en este campo.

“La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad. La medicina social en esta definición incluye la epidemiología por un lado y la organización de los servicios de salud por el otro. Su relación con la medicina individual consiste en aportarle la comprensión de los factores sociales”.⁷⁸

2.5 La interacción de la salud

Los fenómenos de la salud son dinámicos, dados por la interacción con las condiciones físicas del medio ambiente y con los otros seres vivos ahí presentes, determinantes de la continua aparición y desaparición de diferentes enfermedades y otras causas de muerte.

Durante los primeros milenios de la existencia humana, el panorama de la salud estuvo dominado por las enfermedades infecciosas y su acompañante perenne: el hambre.

“Las grandes fuerzas de la industrialización, la concentración urbana, el crecimiento demográfico, los desequilibrios ecológicos, la explosión de conocimientos científicos, el invento de nuevas tecnologías, el acceso a las escuelas, los medios de comunicación de masas, la participación democrática y la globalización económica han alterado condiciones y estilos de vida, dando por resultado una transformación radical en los niveles de salud”.⁷⁹ Con los avances de la ciencia, la tecnología y la organización que han permitido mayores reducciones de la enfermedad y la muerte han evolucionado también las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

⁷⁸ M. Gornick, “Ten years of Medicare : impact on the covered population.” soc. sec. Bull 39 : Pág. 3-21, July 1976.

⁷⁹ Frenk, Julio. “La Salud de la Población hacia una nueva Salud Pública”. Fondo de Cultura Económica. México. 1997 (1994). Pág. 43

El concepto de transición permite capturar la dinámica del cambio en salud para así ordenar y dar coherencia a las evidencias empíricas cada vez más numerosas, el cual es comprendido como un proceso continuo de cambio que sigue un patrón identificable en el largo plazo con una alta especificidad de espacio y tiempo.

La transición de la salud es especificada en dos puntos: uno, la transición epidemiológica, que se refiere al cambio en las condiciones de salud (demográfico, económico, tecnológico, político, cultural y biológico); dos, la transición de la atención a la salud, la cual se refiere a las transformaciones en la respuesta social organizada que se articula primordialmente a través del sistema de salud.

Por tanto la mencionada transición "debe orientarse a comprender las características, determinantes y consecuencias de dicho proceso".⁸⁰ Paralelamente, comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en los patrones de mortalidad, morbilidad e incapacidad: 1) la composición por causa de la mortalidad, 2) la estructura por edad de la mortalidad, 3) el peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico y 4) el significado social de la enfermedad.

Para poder entender la dinámica que rige el cambio de la salud se deben tomar en cuenta los factores en un marco de multicausalidad jerárquica que la determinan en un momento dado. "Los niveles de salud son el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedad y la susceptibilidad individual, que resulta de una compleja red de riesgos,

⁸⁰Omran, A.R. "Epidemiological Transition Theory". International Encyclopedia of Population. Nueva York: The Free Press, 1982. Pág. 172-175

producto a su vez de un conjunto articulado de determinantes sociales y biológicos".⁸¹

El marco de multicausalidad jerárquica está delineado entre otros factores por los que se detallan a continuación dada por la relación entre la población (tamaño, índice de crecimiento, estructura por edades y distribución geográfica) y su medio ambiente (altitud, clima, recursos naturales y tipos de parásitos...), éstos a su vez se ligan por la organización social y por el genoma. "Todos los fenómenos de salud suceden dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y quienes se organizan socialmente para transformar el ambiente."⁸²

En lo tocante a los aspectos sociales, los sociólogos engloban cuatro dimensiones principales en la organización social: estructura económica, instituciones políticas, ciencia y tecnología, así como la cultura y la ideología, los que definen el nivel total de riqueza de una sociedad y las reglas para la estratificación de los diversos grupos. Una vez delimitado este campo, se entra a la estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución utilizados por el Estado (impuestos y subsidios); posteriormente, las condiciones de trabajo y de vida implican la categoría de riesgo, a la vez dependen de los derechos de intercambio, es decir, los bienes y servicios que puede adquirir una persona a cambio de los recursos que posee o de que dispone a través de mecanismos públicos o privados, sin embargo, generalmente las prestaciones se indagan más a los grupos que participan en la economía formal, donde los valores de tales prestaciones pueden realizarse con mayor efectividad. "La suma de los derechos de intercambio basados en el mercado y conferidos por el Estado

⁸¹Donabedian, A. "Los espacios de la salud": aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica. 1988. Pág. 84-177

⁸²"Ibidem". Pág. 79

define el conjunto total de bienes y servicios a disposición de una persona, determinando así las condiciones de vida".⁸³

Por otra parte, los estilos de vida son la cultura e ideología, aplicado a conductas que son compartidas por un grupo social en un contexto específico, lo que representa un puente conceptual entre los patrones culturales y conductuales. Concluyendo, el fenómeno de riesgo se traduce en la susceptibilidad a diversos agentes de enfermedad, donde convergen las condiciones de trabajo, las condiciones de vida y los estilos de vida -determinados por procesos sociales- con la estructura y la función del cuerpo -determinados por procesos biológicos.

El sistema de atención a la salud es primordialmente producto de la interacción entre las esferas denominadas; estructuras determinantes, asimismo, debe incluir los arreglos de organización y las conductas de los prestadores de servicios y de la población, que definen el desempeño de dicho sistema.

Como retroalimentación de los procesos de determinación el sistema de atención a la salud puede a su vez incidir en:

1. Los determinantes básicos y estructurales (planificación familiar)
2. Los determinantes próximos (promoción de salud)
3. La susceptibilidad individual (mediante acciones preventivas en el sentido restringido del término, como la vacunación)
4. Los niveles de salud cuando éstos ya han sido determinados (por medio de los servicios de diagnóstico y tratamiento).

Lo que sigue son cinco niveles de análisis: sistémico, socioestructural, institucional, doméstico e individual. Por otra parte, los mecanismos de la

⁸³"Ibidem". Pág. 83

transición incluyen los mecanismos que conducen al cambio en el nivel agregado:

1. Disminución de la fecundidad, que altera la estructura por edades de la población;
2. modificación de los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades;
3. mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud, que modifica las tasas de letalidad.
4. Intensificar investigaciones en salud pública y mejoramiento en la atención.

De tal suerte, una comprensión mesurada de la dinámica de la salud debe tomar en consideración las complejidades de dicho proceso, las cuales han ido aumentando a medida que se han acelerado los cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y tecnológicos que subyacen a la transición epidemiológica.

Varios autores mencionan la existencia de diferentes modelos transicionales, empero, en México el que se da por sus características particulares es el modelo prolongado y polarizado, cuyos rasgos distintivos lo hacen sumamente complejo, por el traslape de etapas, contra transiciones, transición prolongada, polarización epidemiológica, donde el primer rasgo de tendencias subsiste por un largo periodo y la distribución social de los cambios es muy heterogénea, con lo que se concluye que la dinámica varía sustancialmente entre y dentro de los países.^{84,85}

⁸⁴Frederiksen propone cuatro estadios de la sociedad -tradiciones, transicional temprano, transicional tardío y moderno- cada uno de los cuales corresponde a un patrón predominante de morbilidad, mortalidad y fecundidad, así como a un modo específico de organizar la atención a la salud. "Feedbacks in Economic and Demographic Transition. Science" 1969: Pág. 837-847

⁸⁵Omram por su parte, reconoce diferentes modelos de transición a los cuales denomina modelo clásico u occidental, característico de Europa y Norteamérica; modelo acelerado, ejemplificado por Japón, y modelo contemporáneo o tardío, típico de algunas sociedades en

Ahondando en los sistemas de salud, la investigación y la acción en torno a estos sistemas son una parte integral de la nueva salud pública. “*Un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo*”.⁸⁶

Actualmente, los sistemas de salud representan simultáneamente, entre otras cosas, una fuente de diferenciación institucional en la sociedad; un conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad *sui generis*; una fuente de empleo y de ingresos; un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos sobre variables macroeconómicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; un campo para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales.

Las organizaciones de atención a la salud abarcan una gran variedad de grupos profesionales y ocupacionales, cada uno con diferente grado de control dentro de la división de trabajo; a su vez, las poblaciones se encuentran estratificadas, donde la ocupación, ingreso, educación, género, etnicidad y ubicación geográfica tienen importantes efectos sobre la distribución de las condiciones de salud y el acceso a los prestadores, mediada por un acto colectivo, el Estado, el cual cumple su función mediante tres mecanismos: regulación, financiamiento y prestación directa de servicios.

“El grado de control representa la forma principal en que el Estado se relaciona con los prestadores de servicios, dentro del conjunto de

desarrollo como Sri Lanka y Chile.. “The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change”. Pág. 305-316

⁸⁶“ibidem”. Pág. 99

interrelaciones que definen al sistema de salud".⁸⁷ El Estado basifica su relación con la población y sus organizaciones por medio de los principios que él mismo establece en la regulación al accesos de distintos grupos a los servicios de salud.

Los sistemas de salud refieren la forma en que los distintos actores emiten y detectan señales, formadas por información y conductas que generan una retroalimentación por parte de los otros actores, lo que constituye la investigación a futuro.

El Estado está inmerso en la variedad de posiciones del sistema de salud y su entorno, siendo una muy importante la característica normativa. En los sistemas de salud de países subdesarrollados, manejan dos Subsistemas: *asistencia pública* (población rural e indigentes urbanos) y, *seguridad social* (principalmente asalariados). Asimismo, estos se caracterizan por coexistir diversas modalidades de importancia variables; las modalidades representan un nivel de análisis intermedio entre, el macronivel de los sistemas totales y de salud y el micronivel de los programas específicos, donde primordialmente prevalecerá la relación entre prestadores, población y Estado, sin hacer menoscabo de los demás determinantes que interactúan en los sistemas.

Siendo más específicos, el caso de México, muestra tres factores de oferta-demanda en el sector salud: compra, pobreza y prioridad social. Se desprende entonces, que la atención a la salud no es considerada solamente como una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, sino que va más allá al convertirse en un derecho social. Cada modalidad de organización es el resultado de una combinación específica entre un nivel de control y un principio de acceso. En nuestro caso específico, el carácter polarizado de la transición epidemiológica, el entorno de los factores antes

⁸⁷"*Ibidem*". Pág. 106

mencionados terminan reproduciendo la llamada desigualdad social al acceso de los sistemas de salud.

La atención de la salud es un conjunto complejo y multidimensional de actividades que comprende muchos actores, cada uno con sus respectivas expectativas e intereses, es decir, se ha generado un amplio debate sobre lo que se da en llamar la mezcla público/privada, esto es, la distribución de atribuciones entre el Estado y los actores privados con o sin fin de lucro. Razón por la cual es indispensable, adoptar una visión que integre y dirija las políticas de salud para que éstas tengan una línea correcta de acción, simultáneamente, hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y la extensión de servicios, el control de los riesgos ambientales y la atención de los individuos, la promoción del bienestar social y la reparación oportuna de los daños a la salud. Un sistema de salud equitativo y alta calidad puede, a su vez, ayudar a dirigir el curso de la transición epidemiológica

Finalmente, el tema a tratar es la base conceptual que permite especificar los límites de nuestro campo de investigación y acción para estar en posibilidades de generar producción a través de la investigación en salud pública, reproducción por medio de la formación de investigadores y profesiones y utilización del conocimiento.

Otro punto es en el sentido propositivo de formas innovadoras de reproducir el conocimiento y superar las barreras que dificultan su uso como guía racional para transformar la realidad, puesto que la crisis de la salud pública se ha visto envuelta en la debilidad de la producción científica.

De acuerdo a lo anterior, la investigación orientada por misión, se refiere al desarrollo de un esfuerzo de investigación que tiene como propósito modificar (misión) algún aspecto de la realidad, a través de la producción de conocimiento y tecnología, fundada en tres niveles: de análisis, de objetos de análisis y de disciplinas.

La integración de estos tres niveles permite diseñar programas integrales de investigación que aborden un problema específico desde el nivel subindividual hasta el poblacional, se realiza la integración entre objetos, de tal manera que se estudien tanto las condiciones como las respuestas.

“La generación de información completa respecto al problema es más rápida y eficiente, porque la integración del conocimiento se da desde la planeación de la investigación, en vez de ser algo que intenta al final. Las implicaciones prácticas de la investigación pueden ser identificadas y traducidas en acciones más fácilmente. Así la relación entre decisores e investigadores es una concertación alrededor de una misión compartida, más que de confrontación alrededor de formaciones y expectativas distintas”.⁸⁸

Paralelamente, el estudio científico de las organizaciones ofrece el potencial de aplicar sus hallazgos a la organización de la propia investigación científica, cuyas necesidades atienden a lo que es el diseño, desarrollo y desempeño. El proceso interno que lleva a cabo el diseño organizaciones, se ve influido por factores externos y en lo tocante a su conceptualización de la misión en sí misma, incluye los grados de responsabilidades de cada miembro de la organización, como las jerarquías de autoridad, comunicación, coordinación y control.

El desarrollo organizacional incluye los procesos formales como informales. Aquí es donde se cumple la misión, mediante la realización de la potencialidades de sus miembros y el establecimiento de vínculos mutuamente benéficos entre ellos y la organización en su conjunto, así como entre esta última y su entorno.

“El desempeño organizacional alude a los resultados obtenidos en términos de la efectividad y la eficiencia en el cumplimiento de la misión y los

⁸⁸“*Ibidem*”. Pág. 135

objetivos." ⁸⁹ Julio Frenk considera que en el diseño y en el desarrollo de las organizaciones de investigación se deberían incluir la adherencia a cuatro principios rectores:

1. El principio de las carreras paralelas
2. El principio de la autonomía académica
3. El principio del sacrificio administrativo
4. El principio de los incentivos invertidos.

Con los principios señalados, se concluye que el fortalecimiento de la nueva salud pública precisa de un esfuerzo sostenido para contar con mejores publicaciones y con agrupaciones más plurales y representativas que las actuales.

Por otra parte, "la educación en el campo de la salud pública atraviesa por una crisis que tiene múltiples manifestaciones: la baja calidad académica, la obsolescencia de las estructuras organizativas, la desvinculación con la investigación y la práctica, la poca pertinencia a la definición de políticas de salud y la toma de decisiones, la carencia de normas que orienten la aparición de nuevos programas, el poco sentido de identidad que se refleja en las dispares nomenclaturas de programas y grados, la carencia de sistemas integrados para el desarrollo de recursos humanos".⁹⁰

Por consiguiente, se requieren de esfuerzos bien esclarecidos ante la investigación objeto de la materia, donde se diferencien las misiones asignadas a las distintas organizaciones (capacitación para el trabajo y la educación superior)⁹¹, de capacidad de ver hacia afuera y el complejo

⁸⁹Frenk, J., E. Ruelas y A. "Donabedian. Staffing and Training Aspects of Hospital Management: Some Issues for Research". Medical Care Review. 1989 Pág. 46

⁹⁰"Ibidem". Pág. 142

⁹¹La capacitación constituye una actividad de corta duración, que carece de grados académicos formales, cuyo propósito principal es lograr una mejor adecuación de los recursos humanos existente con los requerimientos específicos. Por el contrario, la

entorno prevaleciente y por la otra cara de la moneda, está la voluntad de introspección para renovar los esquemas de organización. Así, la renovación educativa debe armonizar dos valores: la pertinencia de las escuelas a la toma de decisiones en el sistema de salud y la excelencia académica de los programas.

El campo de la investigación y la educación se propondría ahora como una conformación de organizaciones por red con diferenciación funcional y no como una escuela central e indiferenciada donde el sistema nacional de desarrollo de recursos humanos está destinado a la salud pública. Una vez definida la misión es fundamental hacer realidad la unidad esencial entre la educación superior y la investigación, esto conlleva el producir conocimiento.

La vinculación con los encargados de tomar decisiones, es muy importante, ya que al explorar distintos caminos de ubicación institucional que permitan a las escuelas mantener su independencia académica al propio tiempo que tiende puentes creativos de comunicación para mejorar la calidad de la toma de decisiones tanto en los organismos gubernamentales como en las organizaciones comunitarias.

En el sector público destaca la escasez de esfuerzos por mejorar la calidad de la toma de decisiones mediante una base sistemática de investigación. Muchas decisiones obedecen más a las presiones coyunturales o las preferencias ideológicas que a la evidencia científica. El resultado es que existe más conocimiento disponible que el que es utilizado para promover el progreso. Las necesidades y las demandas sociales siguen siendo mayores que los recursos disponibles, por lo tanto, las decisiones (explícitas o implícitas) que el Estado toma para asignar dichos recursos afectan la base

educación superior es una actividad de mediano y largo plazo, en la cual se forman y actualizan a los profesionales, profesores e investigadores que satisfagan las demandas de las instituciones de salud y educación y que comprende de tres actividades: especialización, educación académica y educación continua. "Ibidem", pág. 144

misma de la equidad y la calidad de vida, es decir, las decisiones se siguen tomando sin un análisis profundo de los efectos reales que los programas tienen sobre las necesidades de salud. Entre la conflictiva de los decisores está la definición de prioridades en discordancia con los investigadores; diferencias reales entre el tiempo político y el tiempo científico; lenguaje y accesibilidad de los resultados; percepciones sobre el producto final de la investigación: descubrimiento contra decisión e integración de diferentes hallazgos sobre un mismo problema.

En el campo de la salud existen dos vertientes: investigación para (a priori) e investigación sobre la salud (a posteriori), pero sin dudas las dos son complementarias. La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos, y a la segunda como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad. La medicina social en esta definición incluye la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios de salud, por el otro. Su relación con la medicina individual consiste en aportarle la comprensión de los factores sociales que hay que tener en cuenta, tanto en el diagnóstico como en el manejo de la enfermedad en el paciente individual.

Pero el establecer la medicina social como una disciplina académica tiene como propósito algo más que la simple clasificación de un campo del conocimiento. Como el resto de la medicina, su objeto es la aplicación del saber para vencer la enfermedad, el objetivo de la epidemiología es descubrir y eliminar las causas de enfermedades específicas, en tanto que la organización de los servicios de salud se estudia para hacerlos eficaces en su objetivo de mantener y mejorar la salud pública.

La medicina individual se puede entonces definir como la teoría y la práctica de la medicina en la que el horizonte se limita a la relación existente entre el paciente individual y el médico individual. En contraste, la medicina social se

podría definir como la teoría y la práctica de la medicina en la cual el médico moviliza todos los recursos sociales para mantener la salud del individuo en la sociedad.

La práctica de la medicina social es diametralmente opuesta. Aquí el médico es responsable por la salud de todas las personas que constituyen un determinado grupo de población. La relación entre individuo y médico es más equilibrada, ya que ambos son responsables de mantener y mejorar la salud del individuo.

El sistema de medicina individual se originó en una época en la que el médico independiente, que trabajaba solo, era la figura dominante en la medicina. Los hospitales eran mucho menos importantes que hoy; los servicios de salud pública casi no existían y el crecimiento técnico y la especialización médica eran todavía cosas del futuro. El médico era un individualista completo en su manera de ganarse la vida.

La relación entre médico y paciente se ha convertido más que nunca en la de un comerciante con su cliente, salvo que el primero vende servicios, no bienes. Una alternativa que seguramente resultaría más útil sería la perspectiva clásica de salud pública, de controlar las causas de la enfermedad, como por ejemplo, el hecho central es que el alcohol causa enfermedades. Y que como se mencionó anteriormente es un agente que causa intoxicación aguda y crónica, cirrosis hepática, entre otras cosas.

Como los pacientes reciben los servicios más como un favor que como un derecho, no están en posibilidad de exigir consideraciones; inevitablemente el servicio tiende a ser impersonal, apresurado y sin tomar en cuenta las necesidades humanas de dignidad, intimidad y comprensión.

En la organización de los servicios, un programa de este tipo trae como resultado la demanda de más servicios de salud para satisfacer las necesidades a las que ahora no se da respuesta. Será necesario aumentar

considerablemente el personal y las instalaciones sanitarias. Se debe desarrollar un sistema de atención de la salud a la altura de la tecnología y de la capacidad de la medicina del Siglo XXI. La atención de la salud será crecientemente provista por equipos de personal de la salud, que trabajen en contacto estrecho con centros comunitarios de salud cuya base de operación serán los hospitales.

2.6 Relación entre la política de Salud y la Industria Farmacéutica.

La industria farmacéutica es a la vez, un condicionante y un resultado de la política de salud trazada por un país. Por ello, no tiene sentido estudiar la industria farmacéutica como un fenómeno aislado sin analizar cuál es la política sanitaria en la que se inserta y en consecuencia, el sistema económico y social que orienta dicha política sanitaria.

Si se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población, la industria farmacéutica y los servicios nacionales de salud deben colaborar estrechamente, con el fin de asegurar un abastecimiento de medicamentos que responda a las verdaderas necesidades terapéuticas y esté de acuerdo con las posibilidades económicas de cada país.

El sistema de salud que existe en la mayoría de los países del Tercer Mundo es una copia del sistema de los países industrializados. Él fue transplantado en la época de la colonización y/o fue imitado después. A este respecto, recordemos algunas críticas al sistema de salud producido por la sociedad industrial:

- Sistema fundado sobre la primacía de los médicos.
- Medicalización progresiva de la vida humana.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- Industrialización de la medicina con una tecnología cada vez más sofisticada.
- Crecimiento irracional de los gastos de salud.
- Mercantilización y comercialización del acto médico.
- Fuerte medicalización de la medicina de los equipamientos médicos y de los medicamentos.
- Despilfarro y sobreconsumo de medicamentos.
- Actividad médica fundamentalmente curativa.
- Sistema esencialmente urbano.

La elección y la formulación de una política de salud reflejan el modelo económico, social y político de cada país. Vamos a examinar muy esquemáticamente las consecuencias de “los diferentes sistemas económicos y sociales sobre las políticas de salud.”⁹²

Para simplificar, vamos a referirnos a tres tendencias, utilizando los calificativos de:

- (a) Teorías “conservadoras”: las arraigadas en el liberalismo británico del siglo XVIII, de Adam Smith y John Stuart Mill.
- (b) Teorías “radicales”, inspiradas por el pensamiento marxista del siglo XIX.

⁹² “Salud, medicamentos y tercer mundo.” Coord. De Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo. México 1989. Pág. 61

(c) Teorías neo-liberales”: con raíces en la tradición social demócrata de la posguerra (II Guerra Mundial).⁹³

Sus consecuencias sobre las políticas sanitarias son:

a) Teorías “conservadoras”: éstas defienden que la intervención del Estado en la organización de la atención médica debe estar estrictamente limitada, y cuestionan los esfuerzos de planificación en la medida en que éstos suelen ir más allá de los problemas tradicionales de salud pública. La planificación de la salud conduciría a disminuir la libertad de los médicos y de elección de los consumidores. Los defensores de estas tendencias se oponen por consiguiente a cualquier planificación en el campo de la salud. Proponen, por el contrario, otros modelos de organización de los servicios de salud: el modelo profesional y el modelo de la libre empresa.

- ◆ El modelo profesional: defendido por la profesión médica, insiste en las virtudes de lo que los franceses llaman la medicina liberal y el pago de cada acto. Ellos invocan, igualmente, la libre elección: selección del médico por el enfermo, libertad de prescripción para el médico y secreto profesional.
- ◆ El modelo de la libre empresa: como el modelo profesional, éste comparte las posiciones conservadoras para la libre elección y el cambio voluntario. Pero va más lejos, ya que no se limita al respeto de la relación mística médico-enfermo. El modelo considera que la atención médica no difiere de otros bienes y servicios y, en consecuencia, que un mercado competitivo en el sector de la salud aseguraría un buen reparto de los recursos médicos. En lugar de la práctica individual de la medicina y de los grandes hospitales construidos por el Estado, deberían existir

⁹³ Estudio comparativo en función del sistema político y las políticas adaptadas a los sistemas de salubridad o saneamiento en los principales países del mundo.

asociaciones o sociedades de médicos... especie de "supermercados de la medicina".

b) Teorías "radicales": defienden que en el contexto capitalista el papel del Estado está limitado a causa de las presiones ejercidas por la acumulación privada del capital. La planificación de la salud está dirigida por fuerzas exteriores al sector de la salud. En esta tendencia pueden distinguirse dos modelos:

- ◆ El modelo "Illich": fundado sobre la imagen anárquica del sistema médico, ya que Ivan Illich aboga por una desburocratización y una desprofesionalización de la medicina. Illich ataca no solamente el papel de la industria, sino también al capitalismo y al socialismo. La "iatrogénesis", es decir, los perjuicios causados por los profesionales de la salud es el inconveniente mayor del sistema actual. Illich propone limitar esta dependencia (del individuo cara al sistema médico), animando a los individuos a cuidarse por sí mismos y a favorecer el control del consumo de los bienes y servicios que les son ofrecidos.

- ◆ La medicina socializada: los argumentos a favor de la medicina socializada se apoyan en una crítica de la práctica médica privada y sobre la "prioridad que debe darse a la búsqueda de la equidad en la oferta de atención médica". El hombre tiene derecho a la salud y debe estar seguro de que ese derecho será protegido. Para ello no hay más que un medio: los médicos deben quedar sustraídos al mundo de la competencia y de los negocios. Este modelo requiere una planificación centralizada de la atención sanitaria a nivel nacional.

c) Teorías "neo-liberales": Contrariamente a los conservadores y a los radicales, los neo-liberales no tienen modelo ideal. Se interesan por las intervenciones del Estado para resolver problemas puntuales como la desigualdad en la calidad de la atención y en el acceso a la misma y el crecimiento de los gastos de salud. Estos objetivos están en la de cualquier

planificación y por ello aceptan una planificación (muy mal definida) sobre criterio de racionalidad, equidad y responsabilidad. Justifican la intervención del Estado para corregir los defectos del mercado de servicios médicos.

Podemos concluir mencionando que.⁹⁴

Los diferentes sistemas de salud son expresión del sistema político y económico de una sociedad;

- ◆ Entre los modelos descritos, algunos no pueden resolver, por la naturaleza misma de su concepción, los problemas sanitarios del Tercer Mundo (modelos conservador y liberal);
- ◆ El modelo "radical" es un punto de partida válido, pero no suficiente.
- ◆ Es necesario inspirarse en las diferentes experiencias válidas en algunos países del Tercer Mundo para poder alcanzar realmente el objetivo "Salud para todos en el año 2000", así como para encontrar soluciones a los "impases" en que se encuentran los sistemas sanitarios de los países industrializados. Hoy se habla a menudo del diálogo Norte-Sur, pero ¿no podría encontrarse una respuesta en el sentido Sur-Norte?

En razón del aumento de la factura farmacéutica de numerosos países, los componentes socio-económicos del uso de medicamentos han cobrado hoy una importancia especial. Por esto las políticas farmacéuticas nacionales, integrantes de la política nacional sanitaria, han pasado del nivel técnico y clínico, al nivel económico y social.

El objetivo principal de una política farmacéutica nacional válida debe ser permitir al conjunto de la población el acceso a los productos farmacéuticos

⁹⁴ Tomado de "Op. Cit". Salud y Medicamentos del Tercer Mundo. Pág. 87-89. 1989.

más esenciales, más eficaces, menos peligrosos, de demostrada calidad, y a un precio razonable.

Es verdad que los productos farmacéuticos no bastan por sí solos para garantizar un buen estado de salud de la población; pero enmarcados en una política sanitaria correcta, son un medio terapéutico esencial para proteger, preservar y restablecer la salud. Es justamente por eso que la *política farmacéutica es hoy un componente esencial de una política de salud nacional.*

Los principales componentes de una política farmacéutica nacional son :

1. La comercialización y la distribución de medicamentos y la política de precios.
2. El sistema de propiedad industrial y la legislación farmacéutica en general.
3. La regulación de los productos en circulación.
4. El control de calidad de los medicamentos producidos, comprados y vendidos.
5. La evaluación permanente de la eficacia y de las condiciones de seguridad de los medicamentos.
6. La formación, educación e información de los médicos, farmacéuticos, otros especialistas en la salud y del público en general en materia de medicina curativa.
7. La transferencia y desarrollo de la tecnología.

8. La importación y/o fabricación de medicamentos.
9. La investigación y el desarrollo farmacéutico.
10. La reglamentación de la actividad del personal sanitario en relación a los productos farmacéuticos.
11. La valoración del potencial de conocimientos y recursos terapéuticos locales.

El objetivo de la política farmacéutica nacional (abastecimiento de medicamentos a toda la población) implica en ciertos casos por razones políticas, económicas y sociales, la fabricación local de productos farmacéuticos. (Por lo menos así se intentó en varios países como México en el gobierno de Luis Echeverría, cuando se dio apoyo a los laboratorios a cargo del Estado).

En el caso del sector salud, la participación implica necesariamente: educación para la salud, organización de la comunidad para la salud, prevención y vigilancia epidemiológica, consecución de cierto grado de autonomía y de responsabilidad de la parte del individuo y de la comunidad en la gestión de su propia salud, democratización de la participación social, ceder poder de decisión a la comunidad en los problemas que les atañen directamente a los individuos y a los grupos. Pero para que esto se produzca, los gobiernos tienen que ceder en cierto grado una parte de su poder de decisión, lo cual equivale a democratizar la gestión social, exactamente lo contrario de "burocratizarla" y de establecer más y más "controles sociales". De aquí que el paso inicial para facilitar la participación sea la *descentralización de los Servicios Sociales* y la *Planificación a Nivel Local*. Sin estas dos condiciones, no habrá participación de la comunidad.

El modelo de desarrollo económico y social existente en un país es ya un primer factor que orienta ideológica y metodológicamente la planificación de lo que llaman "sector salud", los planificadores de la salud; este sector es contradictorio porque ya hemos visto que la salud es un producto del desarrollo total social y no sólo de lo que llaman sector salud que, en general, son los servicios de salud-enfermedad, cuya participación en la génesis de la salud, es limitada. Ellos actúan más en la protección de la salud y de la vida de las personas que componen la comunidad.

La estructura económica de la sociedad es un segundo factor que influencia la *política de salud* que desarrollará el "sector salud".

El tercer factor que influye en la orientación de las actividades de salud-enfermedad es el "concepto de salud" que se adopte, según sea la ideología del Gobierno; en esta forma las actividades se harán más o menos hacia la prevención o curación de la enfermedad o más o menos hacia una política social de salud fundada en el empleo pleno, la alimentación y condiciones generales de vida y educación de la población.

Por lo tanto, la política de salud no puede ser el producto de la imaginación o de la sola ideología de los gobernantes, sino que debe proceder del análisis social-económico y epidemiológico, de la situación de salud de la población del país. Sin embargo, esto no significa que la formulación de la política de salud es un proceso solamente técnico; el valor político-social debe participar, también en su gestación, lo cual significa que la población debe ser consultada sobre sus problemas y necesidades de salud.

El decidir políticamente una determinada política de salud, significa adoptar una concepción concreta de la salud y formular los objetivos generales y la orientación de las actividades de salud en el país, lo cual implica también el decidir las inversiones y la forma cómo se *financiarán* y cómo se *gastarán*.

CAPITULO III
LA ADMINISTRACION PUBLICA DE LA SALUD EN MEXICO.
Historia, conformación jurídica e institucional
del derecho a la salud en el ámbito del Instituto
Mexicano del Seguro Social.

3.1 Época prehispánica

Los habitantes del Antiplano Mexicano se caracterizaron por tener un gobierno despótico, basada en una cultura agraria hidráulica superior, era "una economía administrativa y genuinamente política.

"En un sistema antiguo de control de regadíos e inundaciones, este esquema de riego estaba constituido por diques, bordos, desagües y otras construcciones similares que recogía, almacenaba el agua para el beneficio de la agricultura. La labor en este tipo de obras era común en la gente indígena de la época; la cooperación entre ellos fue regulada a través de leyes y mandatos. Cabe citar que por ejemplo los adolescentes de las clases alta y baja, eran adiestrados en la construcción de diques y canales. Los prisioneros de guerra y los habitantes de los estados dominados frecuentemente eran obligados a participar en dichas obras, la idea era aprovechar la mano de obra"⁹⁵.

En esencia era una cooperación que implicaba una planeación de los recursos principalmente humanos de una forma detallada, donde destaca claramente la idea de la división de trabajo en donde el intelectual planeador decide sobre qué acciones deben hacer los ejecutores y bajo qué supervisión deberán estar desempeñando sus actividades, era una administración hidráulica de una administración avanzada.

⁹⁵ Ruiz, Carlos "Tesis de Maestría" UNAM. 1990. México Pág. 62. Citando a Wittfogel, Karl. Despotismo Oriental. Cabe mencionar que para efectos de este capítulo se recurrió a información valiosa obtenida por el actual Doctor. Su obra es formadora e indispensable para todo aquel que intente estudiar el fenómeno de la salud en México.

“Las obras hidráulicas son como la industria pesada, son productoras de insumos para el proceso productivo final y requieren de carácter organizativo fuerte que frecuentemente brinda el estado. Pero en las obras hidráulicas son temporales. Lo más importante en estas sociedades es que el obrero-hidráulico no deja de ser un campesino, solo se transforma en un trabajador durante la obra”.⁹⁶

Estos hechos conducen a la posibilidad de que las construcciones como los acueductos de agua potable, canales de navegación, además de ser estructuras defensivas, sirvieron para la Salud Pública de la población prehispánica. Era evidente que al ser un Estado despótico el poder político como el poder administrativo fueran centralizado, lo que permitió que la sociedad fuera más fuerte.

En lo que respecta al ámbito de la salud, no existe la posibilidad o al menos la información suficiente, para afirmar que el ejercicio médico se ejercía en forma institucionalizada. “La relación entre magia-religión y la medicina en las culturas mesoamericanas no parece ser muy firme. Los aztecas presumen confiar más en los principios farmacológicos de su herbolario que en los conjuros,”⁹⁷ aunque en muchas de las ocasiones la enfermedad era concebida como castigo divino.

“Existieron varios tipos de médicos (Ticitl) Los tlamatini, que fueron los conocedores experimentales de las cosas, de las hierbas, las piedras, los árboles, las raíces. Sabe el efecto de sus remedios, examina, experimenta, alivia las enfermedades, reduce las fracturas óseas, da masaje, suministra purgas, brebajes, hace sangrías, incisiones, suturas, “hace reaccionar, (a la gente), cubre con cenizas (las heridas)” es, en fin, el sabio, el científico, el

⁹⁶ “Ibidem” Pág. 63

⁹⁷ “Ibidem” Pág.65. Citando a Somolinos, D’A. “Medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista

médico verdadero⁹⁸. Sin embargo aparecen otros actores en escena de la medicina azteca, como el llamado el tapatlani que se caracterizaba por hacer burla a la gente o matarla con sus medicinas, ya que el tiene conocimiento de hierbas malélicas, que según Sahagún (mencionado en su obra) de acuerdo con sus informantes era el charlatán que no tenía estudios de medicina.

“Existe otro tipo de médico que es el Tenonalmacan, quien medicina al *tonalli*, que parece ser una mezcla entre sacerdote y brujo. El que padece de tetonalcahualiztli es quien esta enfermo de espanto. El tonalli es algo así como el alma. La psique, aunque su traducción esta muy contaminada por las culturas africanas y españolas. Barquín describe mas ramas del ejercicio curativo. Así habla del *tlama-tepatiticitl* o “internista; el *texoxotlatititl* o “cirujano; el *tezoc-tezoani* o “sangrador”; la *tlamat-quitititl* o “comadrona” y el *papiani-panamacani* o “herbolario”. Cabe señalar un breve comentario respecto a los sangradores, siendo la sangría una práctica común en España, para extraer los “malos humores”, se interpretó así la práctica ritual de la sangría con fines religiosos.

Entre los actores aztecas que participaban en la salud de la población destacaban las comadronas, que tenían el objetivo de acomodar el feto en su posición normal cuando este venía en forma defectuosa. También hacían fetotomías, es decir, seccionaban al producto muerto cuando no era posible extracción completa del útero materno, y para provocar abortos se usaba el zopoaatl, planta ositóxica (estimulante de las contracciones uterinas), autóctona de México.”⁹⁹

La principal herencia que dejaban los padres aztecas a sus hijos, era la educación, que se le consideraba algo fundamental, “el padre enseñaba al hijo sobre la manera de conocer las enfermedades a las cuales daba su denominación, de qué manera se curaban... en actos de pequeña cirugía o por medio de drogas que pertenecían regularmente a los reinos vegetal y animal... o para uso de baño (temazcalli) o de otros medios de fisioterapia primitiva ; los educandos aprendían así mismo el nombre de las plantas ,

⁹⁸ “Ibidem”

⁹⁹ Ruíz,C. Citando a Barquín, M. “Historia de la medicina”. Su problemática actual.

describiendo la manera de prepararlas y los sitios donde podrían encontrarse”¹⁰⁰

La organización política y administrativa de los aztecas no considero en ningún momento institucionalizar la salud pública, sin embargo, entre sus grandes obras como fueron el sistema de drenaje con tubos de barro, letrinas, baños temazcalli, y jardines botánicos, fortalecieron la salud y calidad de vida de la población azteca. Era una visión diferente a la cultura occidental, los aztecas daban por hecho en sus obras que éstas contribuirían fuertemente a las mejores condiciones de salud. Era un hecho tan evidente que la tradición oral servía para transmitir los conocimientos por generaciones.

3.2 Epoca colonial

A diferencia de la época prehispánica, en la época colonial en México, la salud desde el inicio fue parte de la relación entre el Estado y la sociedad civil, usando como intermedio o brazo ejecutor a la administración pública. Se inició la relación dialéctica que en algún momento mencionó el Dr. Omar Guerrero, *en el que ni todo hace el Estado para el bienestar de la población, ni ésta recibe pasivamente los servicios*. La prestación de servicios de salud por el Estado mexicano ha sido regida desde su nacimiento por la legislación enfocada a lograr y sostener el bienestar de la población.

La tensión en la Nueva España se caracteriza por el interés del gobierno absolutista para prestar servicios preventivos y curativos a la población, tanto los españoles como los indios, y la creación de hospitales supera mucho el número a la de otros territorios. La medicina española aprovecha los muy desarrollados conocimientos prehispánicos para integrarlos al acervo científico occidental. Tal como el imperial Colegio de Santa Cruz de

¹⁰⁰ “*Ibidem*”. Ruiz, Carlos Pág. 77 y 78.

Tlatelolco, se enseñaba medicina española a los indios y aprende medicina indígena los españoles, este fenómeno de doble transculturación se debe al genio de Fray Bernardino de Sahagún, quien sabe recoger el acervo cultural autóctono para la historia. "Tal sucede en el año de gracia de 1536. De este Colegio para indios, el primero que se gradúa de médico es Martín de la Cruz, que escribe un libro de farmacología, traducido al latín por otro indio, Juan Badiano, en 1552. Este documento perduró con el nombre de su productor como Códice Badiano. En 1551, Carlos V, expide la cédula real que crea el 21 de Septiembre la Real y Pontificia Universidad de México... el 20 de Julio de 1567 se titula el primer Doctor en Medicina Don Pedro Farfan.¹⁰¹

Esto dio como consecuencia que "En ninguno de los dilatados dominios de ultramar de la gloriosa España del siglo XVI se desarrollo más rápidamente la cultura de aquella nación como en la Nueva España."¹⁰² Se combatía al charlatanismo y se legislaba sobre la obtención del título de médico, como profesional universitario, se asimiló toda la ciencia árabe, que sin duda fue la más avanzada en su tiempo. Se logra así en España una combinación áurea de la medicina occidental, descendiente de la griega.

La tradición musulmana de crear hospitales y acciones en las pandemias que sufrieron los indígenas en México, como la viruela, sarampión y sífilis, dieron pauta para la creación de hospitales , por lo tanto, en 1521 Hernán Cortés... "al día siguiente de la conquista "¹⁰³ funda el hospital de la Tlaxpana, dedicado a los enfermos leprosos. Este Hospital es demolido por Nuño de Guzmán, en el tiempo en que Cortés se ausenta de México para ir a las Hibueras, (1528). Además en 1524, inicia la construcción del Hospital de la Limpia Concepción o de Nuestra Señora, llamado después de Jesús Nazareno, como se le conoce hasta la fecha.

¹⁰¹ "ibidem". Pág. 80.

¹⁰² Chávez, I. "México en la cultura médica". INSP y FCE México 1987. Pág. 147

¹⁰³ "ibidem". citado por Ruiz Carlos. Tesis de Maestría. Pág. 76

"Desde el año de 1525, el 13 de enero para ser más precisos, se dicta la primera disposición gubernamental -El Cabildo- sobre Salud Pública. Este consistió en asignar a Francisco de Soto una soldada de 50 pesos al año para que ejerciera los oficios de barbero y cirujano en la Ciudad de México. Con los Conquistadores habían llegado "physicos e sangradores" como Juan de Amézquita , Juan Catalán, el Licenciado Pedro López y el Doctor Cristóbal de Ojeda, amén de otros muchos aventureros, boticarios y charlatanes que ejercían oficios médicos sin tener estudios formales. Hubo también enfermeras y parteras -empíricas ambas- que ejercieron con o sin licencia del naciente Estado indiano."¹⁰⁴

El ayuntamiento nombra protomédicos a los licenciados en medicina Barreda y Pedro López, en 1527. El protomédico consistía en controlar el ejercicio profesional de la medicina y actividades sanitarias, comprobando los conocimientos de quienes aspiraban a otorgar servicios médicos o de botica; vigilando la calidad de las drogas y preparados farmacéuticos, y sus precios ; dictando medidas de salud pública, especialmente durante las epidemias y dirimiendo o juzgando los pleitos entre partes en materia de atención médica.

En la : Ordenanza de Médicos, (...) se mandaba que "ninguna persona que no sea médico o cirujano examinado e tenga título, no sea osado de curar de medicina ni cirujía so pena de sesenta pesos oro". Y esos decían "porque hay algunos que por no saber lo que hazen , demas deles llevar su hazienda, los matan"...¹⁰⁵

El Protomedicato destaca como un aspecto importante en la administración gubernamental de la Nueva España, en ella se decidieron políticas de salud del Reino Español y en él se tomaron decisiones importantes ante las contingencias sanitarias que en las que ahora se pudiera comparar con las *policies* que instrumentaban acciones durante las epidemias o en otros aspectos relacionados con la salud. "Su influencia es originalmente romana -

¹⁰⁴ "Ibidem". Citando a Somolinos Pág. 79

¹⁰⁵ "Ibidem". citando a Chávez, Ignacio.

aunque aún no ha podido comprobarse- fue adoptada por la corona española”¹⁰⁶.

Los protomédicos fueron eminentes científicos y muy hábiles en la administración, su actividad dirigida a vigilar cuidadosamente la calidad del ejercicio médico fue siempre de manera eficaz. Entre las personalidades que destacan dentro de la profesión sanitaria se encuentra José Luis Montaña ¹⁰⁷ y Casimiro Liceaga, el primero tuvo una extraordinaria capacidad administrativa par manejar la salud pública del territorio Novo Hispano en el Siglo XIX y en el segundo discípulo de montaña, hizo grandes aportaciones a la enseñanza científica de la medicina.

“El protomedicato designa visitantes para controlar las boticas , cuidando que se utilicen las substancias de buena calidad y en las cantidades prescritas ; también fija los honorarios de los médicos en un tostón (50 centavos) y ordena que las parteras se examinen para ejercer su oficio. Agotado por la evolución de la civilización, el protomedicato desaparece el 21 de Noviembre de 1831”.¹⁰⁸

En conclusión la participación del estado mexicano en la solución de los problemas de salud se inician en la época colonial, que dio gran auge desde su nacimiento a la vía legal, a una legislación que intenta lograr y sostener el bienestar de la población.

¹⁰⁶ Flores y Troncoso, Francisco de Azis. Segunda parte. “Ejercicio de la medicina”. Tomo II. México. Secretaría de Fomento. 1886. Citado por Ruiz, Carlos en su tesis de Doctorado. Pág.243

¹⁰⁷ Personaje de singular presencia en la medicina y en la salubridad mexicana. Criollo expósito... en Puebla... con una nota que dice que se llama Luis Montaña... el 20 de Octubre de 1755. En 1793 recibe el grado de Doctor en Medicina por la Real y Pontificio Universidad. Cordero, G. “Doctor Luis José Montaña, precursor de la reforma médica en nuestro país”. México Co-edición del IMSS, la Sociedad Médica Hispano Mexicana y el Instituto Cultural, A. C. 1992. Pág. 573. citado por Ruiz Carlos.

¹⁰⁸ Ruiz, Carlos. “Las políticas de salud en el Estado Mexicano”. UNAM. Tesis de Doctorado. México, D.F. 2001. Pág. 247

La influencia árabe es evidente en la creación de hospitales novohispánicos y finalmente la creación del protomedicato es, en todo momento, un primer acto administrativo gubernamental en México a favor de la salud.

3.3 México Independiente

El contexto prevaleciente entre España y sus colonias con nuevos fenómenos económicos y políticos imprimen un sello especial a la administración pública de esa época 1760-1821. "En este período España lleva acabo la más grande reforma político administrativo de sus colonias y Nueva España vive su auge económico más importante, lo que conlleva el desarrollo de ideas , intereses y hechos sin precedentes en la historia de estas tierras, cuya culminación es la independencia de la metrópoli".¹⁰⁹ De 1640 a 1740, el comercio entre las colonias y la metrópoli consolida su monopolio por ésta y la Nueva España entra en crisis económica dada su dependencia total de España, por la decisión de la Corona de enviar más azogue a Perú, con lo cual decae la minería de la plata , la aristocracia terrateniente novohispana se consolida en la hacienda y el peonaje , se desarrolla un tipo de sociedad capitalista formada por corporaciones -clero, comerciantes agricultores, gobernantes- como clase dominante, sobre los indios y castas, clase dominada. Sin embargo, éstos grupos cuasi-estamentales, libraban luchas entre sí. Los peninsulares ocupaban los puestos más altos en el gobierno y en la iglesia. También, desde luego, manejaban el consorcio monopólico. Los criollos, por el contrario, formaban una especie de "clase media" o pequeña burguesía ocupando los cargos militares, eclesiásticos y gubernamentales medios, encargándose de la agricultura y del comercio "interno" de Nueva España.

"La encomienda es substituida por los peones acasillados de la hacienda -antecedente directo del latifundio- que es una forma

¹⁰⁹ Florescano, E.Gil. Historia General de México. "La época de las reformas borbónicas y el crecimiento económico 1750-1808". El Colegio de México, México 1980, Pág. 185

económica característica del capitalismo, pues estos peones son asalariados y la hacienda es tierra en propiedad. Dicho de otro modo, la estructura feudal que sustentaba la encomienda -el vasallaje- desaparece sustituido por la contratación de mano de obra -asalariado- y la forma de posesión de la tierra se transforma de regalía en propiedad privada. Estas transformaciones, determinadas por las relaciones socio-económicas entre España y Nueva España, así como por las condiciones internas de ésta, van consolidando el capitalismo colonial que tendrá vigencia hasta mucho después de la Independencia, pues termina prácticamente hasta principios del siglo XX, con la caída de la dictadura porfirista.¹¹⁰

Florescano y Gil expresan este fenómeno diciendo :

"... mientras en el Siglo XVI habían en Nueva España una sociedad señorial que vivía básicamente de la explotación extensiva de la población indígena, en el siglo XVII es evidente que la población blanca había creado una nueva economía, dirigida y manejada por los colonos con sistemas más capitalistas que señoriales, y orientada a satisfacer sus propias necesidades"¹¹¹.

Esa nueva relación se puede clarificar con esta interpretación teórica; "La definición de la sociedad civil en clases, obliga al Estado a regular las relaciones entre dominadores y dominados, apareciendo unas de las características fundamentales de la administración pública capitalista: el dominio político y la dirección administrativa. El primero se expresa por la centralización político-administrativa, la unificación del derecho y la uniformización de las autoridades. La segunda se hace patente en la política reformista social -incremento del bienestar individual y colectivo- incidiendo en los campos educativos, industrial y económico, así como incrementando el "filantropismo"-asilos, casas de cuna, instituciones de beneficencia - y la preocupación de "S.M. del próspero o miserable estado en que se hallen sus vasallos"¹¹².

¹¹⁰ "ibidem". Pág. 193

¹¹¹ "ibidem". Pág. 195

¹¹² Miranda, José." Las ideas y las instituciones políticas mexicanas". Primera parte. 1521-1820. UNAM, México, 1978. Pág. 27.

Si el auge económico fue general, la distribución de la riqueza fue muy desigual, los ciudadanos criollos y principalmente los mineros obtuvieron grandes ganancias, en detrimento de los demás sectores. El proceso capitalista se fortaleció al acumularse el capital, contrariamente el desempleo se multiplica y crece una gran parte de la población leve o bien conocida como vagos.

En este periodo la administración pública de los servicios de salud sufre una centralización mayor que en los siglos XVI y XVII. Ahora la conocida ciudad limpia de los aztecas se convierte en una ciudad llena de contaminación en los lagos y canales así como la marcada mugre en la zona del centro de la ciudad de México, por lo que era necesario la intervención directa del Virrey, para atender estos problemas del campo de la salud pública. El virrey era quien "ordenaba" la realización de obras tales como la construcción de acueductos, canales, hospitales, las obras de saneamiento y el mantenimiento de medidas de control para hospitales, farmacias, y dotación de agua.¹¹³

Un papel importante que desempeñaba el virrey era su función principalmente de organizador ante la presencia de epidemias, "en este campo destacó el Conde de Revillagigedo, quien introdujo en la ciudad de México importantes innovaciones en la salubridad pública".¹¹⁴ Es conveniente mencionar que muchas de las actividades en salud pública como consultas, administración de hospitales y control de cementerios estaban a cargo principalmente de la iglesia católica en aquellos años. En el caso de los hospitales se manejaban en base a concesiones y venta al público de los preparados medicinales en la botica del hospital.

¹¹³ "Op. Cit". Ruiz, Carlos. Tesis de maestría. Pág. 92

¹¹⁴ Cooper, Donald." Las epidemias en la Ciudad de México. 1761-1813". Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1980. Pág. 47.

La función controladora que ejerció el gobierno se hace patente en la "Real Cedula concediendo a Don José de Cárdenas la mayordomía" del hospital en 1741, y en el que se encuentra un plan detallado para la administración de la institución".¹¹⁵ De esta manera la atención que el Estado desarrollaba en cuanto a los servicios de salud, se fue orientando, conforme avanzó el absolutismo borbónico, hacia los aspectos de la salud pública. De aquí surgen los servicios públicos y se privatiza la atención directa al individuo y es a partir de este momento cuando el Estado se preocupará como parte fundamental de su misma naturaleza el control de las epidemias porque es cuando la enfermedad de los individuos se convierte en un asunto de salud pública, de estabilidad económica y principalmente política.

Tras varios intentos fallidos, por fin se consuma la independencia, en 1921. Sin embargo, después de once años de intensos movimientos armados dejaron plasmados en el mapa del territorio nacional grandes extensiones de gente afectada económicamente y arruinados psicológicamente por la guerra. Empero la consumación de la independencia no modificó sustancialmente la organización administrativa del país en cuanto a la salubridad y a la atención médica. Por ejemplo el imperio Iturbidista reitera las puntas supremas de medicina, cirugía, farmacia del protomedicato, que sin embargo no funcionaron, pero que provocaron la participación de juntas de sanidad durante las epidemias en las provincias con el respaldo de los respectivos gobiernos.

En la Ciudad de México la primera disposición administrativa en materia de "salubridad, comodidad y cuantos bienes trae consigo una buena policía" metida por Don José Mendivil, primer gobernador civil del distrito Federal, establece la obligación de hacer las calle, construir letrinas y albañales en las casas. Otro hecho importante fue realizado por Guadalupe Victoria al

¹¹⁵ Muriel, J. "Hospitales de la Nueva España". Publicaciones del Instituto de Historia. Primera serie, No.35, Tomo I, México 1956. Pág. 225. Citado por Ruiz, Sánchez.

disponer el saneamiento de la ciudad de México en lucha del control de las epidemias del cólera, fiebre amarilla y del paludismo en todo el país.

Ante la precaria situación del erario público, en 1828, Guadalupe Victoria vende los hospitales del gobierno a particulares, casi 18 años después, Santa Anna por las mismas razones vende otros más, sin embargo nunca se intenta cambiar la política de salud básica que es la de mantener la salud de la mayoría de la población. Ese fue el momento donde se vio afectada la ayuda privada porque en esos momentos los ricos españoles salieron de nuestro país, y los criollos y mestizos insurgentes que tenían bienes habían invertido su hacienda en la guerra, por lo que desapareció la donación de establecimientos de asistencia. Por esta razón y aunado a la falta de recursos, Lucas Alemán en 1823 crea la Junta de Beneficencia.

Esta junta es de primordial interés en la administración pública mexicana porque se puede decir que es el antecedente del actual Instituto Mexicano del Seguro Social, en el sentido de que enfrentaba establecer bancos de ahorro para los jornaleros. Para la segunda mitad de los años cuarenta del siglo XIX, la preocupación del gobierno se orientó hacia los padecimientos laborales. La razón principal es que en la industria nacional al crecer lo suficiente, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no se hacen esperar en el campo de la salubridad en México, por tal razón, el secretario de Relaciones Interiores y Exteriores, José María Lafragua, observa la necesidad de que el Consejo de Salubridad tenga instrumentos administrativos y jurídicos para hacer cumplir sus recomendaciones en la higiene industrial, y propone la creación de una corporación con tales atribuciones.

La idea de Lafragua merece dos reflexiones :

“Primero que dicha junta debía convertirse en una institución ejecutiva y dotada de autoridad en la materia de salubridad,

haciendo que en ello el Estado interviniera más decisivamente en este campo, segundo, la incorporación del sentido de previsión social del trabajo, noción recogida mucho tiempo después por el Artículo 123 de la Constitución de 1917”¹¹⁶

En 1846 precisamente el 14 de noviembre se crea una Comisión a cargo del Dr. Leopoldo Río de la Loza, que tiene como objeto realizar un estudio de la situación de los hospitales de la Ciudad de México. Un año después el Dr. Troncoso realiza un estudio similar donde destaca la situación de dos casas de infantes expósitos. Como resultado se observó un gran deterioro en la atención médica, en comparación a los más de treinta hospitales que funcionan en el siglo XVII. Empero la atención del gobierno mexicano nunca dejó de otorgarse.

“La historia médica de México corre paralelamente con el crecimiento y desarrollo de las instituciones públicas. A partir de la instalación del Estado republicano liberal, la administración pública va creciendo para consolidar el dominio político y la dirección administrativa sobre la sociedad civil”.¹¹⁷

Los años entre 1859 y 1861 se da un paso fundamental en la recomposición de la atención de la salud por parte del Estado. Las Leyes de Reforma influyen sustancialmente en el ejercicio gubernamental de prestación, vigilancia y control de las instituciones de salud y asistencias públicas. De esta manera se desplaza al sector secular de esta función, es el momento que dejan de controlar los establecimientos de la salud.

Durante los años del Porfiriato se continua con el modelo de atención exclusivamente del Estado. Se crea además el Consejo Nacional de Salubridad, El instituto Médico Nacional, el manicomio de la Castañeda y se crea el primer Código Sanitario mexicano, que es la base de la actual Ley general de la Salud.

¹¹⁶ Guerrero, Omar. “La administración pública del Estado capitalista” tesis de Doctorado. UNAM. Pág. 129

¹¹⁷ “Op. Cit”. Ruiz, Carlos. Tesis de Doctorado, Pág. 260

"El artífice de toda esta política sanitaria del Porfiriato fue, sin duda , el Dr Eduardo Liceaga , quién toma posesión en 1885 de la presidencia del Consejo Superior de Salubridad, durando en el cargo hasta 1911, fecha en que renuncia. Pero a lo largo de su gestión dio ejemplo de capacidad y de mística médica, implantando en México todas aquellas técnicas y procedimientos que el desarrollo científico mundial ha aportado contra la lucha de la insalubridad y la enfermedad.

El Consejo Superior de Salubridad, es fundado por Santa Ana el 4 de enero de 1841, en substitución del Tribunal de protomedicato. Después de múltiples vicisitudes y de estar a punto de desaparecer en 1877, se reforma el 7 de julio de 1879, estableciéndose bajo la dependencia de la Secretaría de Gobernación. El 15 de julio de ese año se publica en el Diario Oficial el nuevo reglamento del Consejo".¹¹⁸

En 1910 la lucha obrera logra algunos triunfos legislativos, en relación a medicina del trabajo que es un hecho innovador en la época, avanza la legislación referente a los accidentes de trabajo en el Estado de México en 1904 y en Nuevo León en 1906, por último entre los logros de esta época se puede mencionar que en 1907 se presenta en Ley minera que trata de la responsabilidad de las empresas en los accidentes mineros. Pocos años después se originó la primera Revolución social del siglo XX.

3.4 La administración pública de la salud y la revolución mexicana

La esencia de la revolución mexicana fue la de crearle vida a la sociedad mexicana principalmente a toda aquella clase de trabajadores que estuvo desprovista y explotada durante el periodo Porfirista. Por tal razón principalmente se buscaron obtener beneficios en tres principales ramas de qué hacer político:

1. Obtener derechos laborales

¹¹⁸ "Op. Cit". SSA. Pág. 274. El último párrafo citando a Martínez Cortés, Fernando. Los primeros 50 años del Consejo Superior de Salubridad. México. 1993.

2. Acceso a la educación
3. Y principalmente el reparto de tierras

En el desarrollo de estas tres grandes demandas de la revolución mexicana, las actividades de la administración pública en la vida económica fueron grandemente trascendentes, tal como lo señaló Omar Guerrero:

“Todo el poder económico del estado se forjó en esa época... aspectos principalísimos de la economía pasaron al dominio del estado, que se amparó en su intervencionista secular y en los artículos 27 y 28 de la Carta Magna del 17”.¹¹⁹

El desarrollo económico fue el principal objetivo del Estado mexicano, la idea era consolidar el capitalismo bajo diversas modalidades que tendieron al desarrollo industrial como una alternativa a la situación de dependencia que durante dos siglos había sufrido nuestro país. El Estado se constituyó en el gran empresario y que fue denominado por muchos analistas de la época como “capitalismo del Estado”, pero con la modalidad de un Estado de bienestar. Así la participación gubernamental en la vida económica de la sociedad se convertiría en uno de los pilares fundamentales del poder. La idea era regular la lucha económica de las clases sociales, el sistema adoptado por el gobierno posrevolucionario fué el centralismo, debido a lo siguiente Omar Guerrero dice :

“(...) la administración pública en el período posrevolucionario se distinguió por dos elementos esenciales: primero, el proyecto histórico de consolidación del capitalismo industrial modernizante, para el cual muchas instituciones administrativas se orientaron a ello como tarea fundamental; segundo, el mantenimiento de instituciones administrativas con vocación de servicio administrativo -y en lo esencial popular- creadas por los regímenes de la revolución y que caracterizan como tal, en conveniencia y complementariedad con aquellas otras destinadas al fortalecimiento del capitalismo”.¹²⁰

¹¹⁹ Op. Cit. Guerrero, Omar. “ La Administración Pública en el Estado Capitalista” Pág. 167.

¹²⁰ “Op. Cit.” citada por Ruiz, Carlos. Tesis de Doctorado. Pág 263

De esta manera se creó un Estado de bienestar, no entendido estrictamente como el modelo keynesiano, pero se trata de un modelo paternalista y benefactor *sui generis* provocado por la tendencia histórica del Estado mexicano. La razón principal era atender las necesidades que para 1914, la mayoría de la población estaba sufriendo por la carencia de alimentos, la miseria y las enfermedades; la carencia de alimentos se debía principalmente a la falta de siembras y cosechas y de la carencia de crianza de animales durante la época revolucionaria, la miseria se expresa por el despojo de bienes de la población por algunos grupos armados revolucionados y en el caso de las enfermedades aparecen brotes importantes de Tifo, Paludismo, Fiebre Amarilla y Viruela, aspectos que preocuparon al naciente Estado Mexicano.

En el caso de la salud la respuesta ante tales eventos y como una actitud benefactora hacia la población, se observó cuando en el año de 1917, se labora en base al artículo 73 de la Constitución Política, la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, el Departamento de la Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General, órganos ejecutivo y asesor respectivamente en materia de atención a la salud.

Las actividades del gobierno mexicano en materia administrativa, a partir de esta década son exponenciales. El proceso de centralización es harto necesario para unificar a la República, la consolidación se da por medio de instituciones administrativas con carácter Federal, tienen la finalidad de reestructurar las nuevas condiciones sociales, políticas y económicas del país. La administración de esta manera se convierte en amplia, el gobierno está inmerso en muchas funciones que con anterioridad eran exclusivas de la sociedad, hecho que permitió al gobierno a la postre, mantener la hegemonía política por alrededor de 70 años a través de un partido político.

3.4.1 Base Jurídica para la salud en México del siglo XX

La conformación del actual Estado mexicano es una etapa que reviste crucial importancia para el derecho de la población actual a la salud,¹²¹ porque es la primera ocasión en donde se crea un órgano encargado de la atención a la salud de todos los habitantes del país. Es decir, es el momento donde el Estado asume la responsabilidad de prestar atención médica con un criterio de universalidad.

“Puede afirmarse que antes de la Revolución no existía un órgano encargado de la atención de la salud de todos los habitantes de la República. Funcionaba en el Distrito y en los territorios federales del Consejo superior de Salubridad, cuerpo central dependiente de la Secretaría de Gobernación que actuaba fundamentalmente como autoridad local de sanidad y beneficencia pública. El Consejo no podía extender su jurisdicción a todo el país por obstáculos de orden legal, por lo que su acción era muy limitada, el gobierno federal sólo atendía los problemas de salud en los estados o municipios de modo indirecto y accidental.”¹²²

Debido al enorme cambio social experimentado en México, el hecho de institucionalizar las principales demandas sociales que dieron origen a la Revolución de 1910, no fue nada fácil. Para 1914 En 1917 el Constituyente establece que es el Estado mexicano, quién debe buscar las transformaciones necesarias, a fin de alcanzar los propósitos de la sociedad mexicana.

En una actitud benefactora del nuevo gobierno mexicano, como anteriormente se mencionó, se plasma en la Ley de Organización Política del Gobierno Federal el día 14 de abril de 1917, que establece la creación del Departamento de Salud Pública, que tiene como finalidad según el

¹²¹ Así lo observan la mayoría de los estudiosos del derecho a la salud en México.

¹²² Tomado de Yañez, Valentín H. “La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México.” INAP. México, 2000. Pág.119-120.

artículo 10: "la legislación sanitaria de los puertos, costas y fronteras; las medidas contra el alcoholismo, las medidas contra los padecimientos epidémicos y para evitar la propagación de enfermedades contagiosas; la preparación de vacunas y de sueros preventivos y curativos; la vigilancia sobre uso y venta de substancias venenosas; la inspección sobre substancias alimenticias; drogas y demás artículos puestos en articulación; los congresos sanitarios ; en fin".¹²³

En este momento histórico, como lo menciona Mto. Valentín Yañez, ahora se cuenta así con dos organismos básicos para la atención de la salud, el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General a través de los cuales el Gobierno Federal asume su responsabilidad en la materia.

Queda claro que en la Constitución de 1917 se determinan los servicios sanitarios en nacionales, locales y municipales. El Consejo de Salubridad como un organismo nacional, que tiene facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatoria y que depende de la Presidencia de la República, sin intervención de ninguna Secretaría. El Departamento de Salubridad Pública, por su parte se crea como un organismo ejecutivo de higiene, con la capacidad de subordinar , en asuntos sanitarios, a las dependencias de la administración pública. De tal modo se le respetan la autonomía y los derechos locales y municipales, excepto en caso de salubridad general.

El Consejo es de carácter nacional según la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución señala:

"Artículo 73.- El congreso tiene la facultad :

Fracción XVI ; para dictar leyes sobre salubridad general de la república.

¹²³ Bustamante, Miguel E." La Salud Pública en México 1959-1982." S.S.A. México, 1982. Pág. 42

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

- 2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.....”¹²⁴

3.4.2 Acciones de salud posrevolucionarias

Durante el periodo que comprende entre 1914-1917, Carranza como el primer jefe del Ejército Constitucionalista a cargo del Poder ejecutivo de la Nación, establece las bases para que El Consejo superior de salubridad sea reemplazado por el Consejo de Salubridad General, que tiene como principal innovación que al depender directamente del Presidente de la República su ámbito es estrictamente federal.

La epidemia de gripe influenza Española azotó al país, su procedencia supuestamente era del país Ibérico, hubieron alrededor de 1500 muertes, por lo que el Congreso se vio en la necesidad aprobar una partida especial para atender la epidemia que había ya , alcanzado grandes proporciones. Sin embargo según lo que se comenta el recurso económico no pudo entregarse por falta de fondos. Por lo tanto el Departamento y las delegaciones tuvieron que actuar con sus propios y recursos, obteniendo buenos resultados.

¹²⁴ “Cronología Legislativa del Consejo de Salubridad”. México Pág. 2-3.

A pesar de que Adolfo de la Huerta tiene un mandato corto, no obstante llevó a cabo la restauración de los Hospitales General, Juárez y el Manicomio General, todos de deteriorados por el paso de las luchas de la Revolución Mexicana. El Departamento de Salubridad expide diversas disposiciones referentes al ejercicio de la medicina y actividades afines, para combatir los abusos de los que se hacían decir médicos sin serlos, conocidos como “los charlatanes”. A partir de este momento se requiere de título legal para ejercer la profesión, además de que se incrementa la vigilancia en la dotación de recetas en las farmacias.

Alvaro Obregón, en 1920, instruye al Departamento de Salubridad Pública que lleve a cabo el servicio de higiene escolar, que tiene como principal objetivo el de la profilaxis a través del control de enfermedades contagiosas, la vacunación y la revacunación contra la viruela, así como de la corrección de defectos visuales y de la atención odontológica. Vale la pena afirmar que también este Departamento luchó contra las epidemias que se presentaron en la época; uno de sus principales logros fue el control de la peste, la técnica utilizada era la desinfección de casas a través de la fumigación para combatir principalmente la fauna nociva, que coadyuvaba al contagio. Por último se llama la atención sobre el uso de narcóticos.

“El tráfico de narcóticos comienza a preocupar al gobierno y se impulsan los estudios sobre la legislación tomando la experiencia de otros países”.¹²⁵

Para 1923, aparece un primer momento de lo que podríamos llamar actualmente promoción o salud para la salud, porque en aquel momento se crea la Junta Auxiliar de Salubridad del Distrito Federal, dependiente del mismo, quien organiza el servicio de propaganda y educación higiénicas,

¹²⁵ “Op Cit” .Ruiz, Carlos.. Tesis de Doctorado. Pág. 279

folletos tales como el mensajero de la salud, el boletín del Instituto de Higiene y la distribución de cintas cinematográficas.

En 1926, se marca un hito en la administración pública del país en la época, ya que se expide el nuevo Código Sanitario que siempre ha sido un instrumento legislativo por excelencia para la salubridad. Para 1934, al actualizarse la legislación sanitaria, se pone principal énfasis en aspectos de coordinación y unificación en materia de servicios sanitarios de toda la federación y se permite la realización de convenios.

“Una política sanitaria general en la República”¹²⁶

En la década que comprende entre 1930-1940, se inician las campañas de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas, tales como el cáncer cérvico-uterino, la diabetes mellitus, el tabaquismo y el alcoholismo, éstas dos últimas se estudian para realizar actividades preventivas. El 7 de octubre de 1932, se da a conocer el reglamento de la policía sanitaria, que tiene como principal objetivo inspeccionar a los establecimientos con preparación de alimentos y bebidas, así como de medicamentos.

La Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios y el Nuevo Código Sanitario aparecen en agosto de 1934. La ley es la primera que hace referencia al Pacto Federal, ya que las entidades deben de acatar las disposiciones federales en materia de salubridad.

Para 1937, se modificó la Ley de Secretarías y Departamento de Estado, publicado en el diario Oficial de la Federación del 31 de Diciembre del mismo año. Hecho que da como origen a la creación de la Secretaría de Asistencia Pública, en el Artículo II, en donde la idea era sustituir el concepto de asistencia pública por el de beneficencia pública. La idea era que los

¹²⁶ “*Ibidem*”. Pág. 284.

recursos obtenidos, por ejemplo la Lotería Nacional, deberían ser administrados eficientemente para un beneficio social.

A partir de este momento el Departamento de Salubridad Pública y de Asistencia Pública mantienen relación de trabajo, en programas vinculados con aspecto de salubridad. Pero en 1943, el Presidente Avila Camacho crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando las antes mencionadas. Además en ese período presidencial se proyecta la construcción del Instituto de Cardiología.

3.4.3. Industrialización y la Salud.

En 1943, se consolida un anhelo constitucional de la Revolución Mexicana, con la incipiente industrialización en México se proclama la Ley del Seguro Social que entra en vigor a partir de la fracción XXIX del Artículo 123, con el objeto de brindar protección a los trabajadores y a sus familiares derechohabientes. Inicialmente se crea para instaurar ocho seguros agrupándolos en cuatro ramos :

Primer ramo : accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Segundo ramo : enfermedades no profesionales y maternidad

Tercer ramo : invalidez, vejez y muerte

Cuarto ramo : cesantía en edad avanzada

La conducción del Instituto era de forma tripartita, y se manifiesta en sus órganos superiores, la Asamblea General y el Consejo Técnico, por ejemplo. De esta manera el Instituto inició sus funciones de integrador de la responsabilidad compartida de los factores de la producción en enero de 1934. En el mismo año se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia y un año antes se crea la Dirección General de Epidemiología, ya que para ese año se había reglamentado el uso de la penicilina en beneficio de la sociedad. En 1945, se crea el Comité de Proyección y Construcción de

Centro Médico, que posteriormente sería vendido al Instituto mexicano del Seguro Social.

Durante el Sexenio presidencial de Miguel Alemán Valdés, reorganiza la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el propósito de mejorar sus servicios. Su principal actividad sanitaria fue la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. "se consiguió abatir la tasa de morbilidad por Viruela a los valores más bajos de la historia hasta esa fecha." ¹²⁷

Durante la administración de Adolfo Ruiz Cortines, quedaría terminado para 1958 Centro Médico con una capacidad de 1850 camas. Y un hecho de suma importancia para este periodo fue la creación de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo, en 1955, utilizando el rociado de insecticidas para combatir al mosquito transmisor de la enfermedad. Para 1964, la disminución de la enfermedad fue casi total.

"Esta campaña fue durante muchos años ejemplar en el mundo, por su organización, eficiencia y logros, ya que llega prácticamente a erradicar en más de las zonas afectadas, quedando solamente algunos territorios cerca de las Costas en la fase de consolidación cuando se abandonó en los años setenta, provocando no solo el repunte de la enfermedad, sino la aparición de una verdadera epidemia mucho más grave que la que existía veinte años atrás". ¹²⁸

Se podría decir que para el sexenio de Ruiz Cortines, la valuación es de todo positiva, ya que en ese periodo se crearon Centros Materno Infantiles, Guarderías y Hospitales. El hecho principal a nuestro parecer es que se dio cobertura nacional a las funciones administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados acumulados de las actividades

¹²⁷ "Ibidem". Pág. 289.

¹²⁸ "Op.Cit.". Ruiz, Carlos. Tesis de Doctorado. Pág. 291.

preventivas reflejan logros importantes en el estado de la salud de la población.

Aquí valdría la pena detenerse un segundo en entender que la Asistencia Pública o Beneficencia Pública como se llamó mucho tiempo estaban encaminadas a satisfacer las necesidades básicas de salud y asistencia a la población. A diferencia, la seguridad social se refiere principalmente al derecho de protección que tienen los trabajadores cuando éstos llegan a sufrir algún accidente de trabajo o de enfermedad general que los imposibilita a seguir siendo agentes de producción y que requieren de una pensión para subsistir en compañía de sus familias.

En las incorporaciones a la seguridad social destacan, beneficios para trabajadores temporales como eventuales y los del campo, la creación de un seguro en caso de los trabajadores migratorios que desempeñaran actividades en el extranjero.

En la seguridad social, destacan las incorporaciones a sus beneficios de los trabajadores, tanto temporales como eventuales y los del campo, así como la creación del "seguro en caso de muerte de los trabajadores migratorios que desempeñen labores agrícolas en los Estados Unidos de Norteamérica. El 31 de diciembre de 1961, se decreta la ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y el 7 de diciembre de 1963 se incorporan al seguro social los productores de caña de azúcar y sus trabajadores (cañeros).

El 30 de diciembre de 1959, el H. Congreso de la Unión, aprueba la Ley que transforma a la Dirección de Pensiones Civiles (creada en 1924 y reformada en 1946) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE). Dicha Ley entra en vigor el 1o. de enero de 1960 y sufre modificaciones en los años de 1972, 1974, 1975, 1981, 1983 y 1992.

El objetivo primordial por el que es creado este Instituto es el de elevar el nivel de vida de los servidores públicos sujetos a su régimen y el de sus deudos y demás allegados derechohabientes.

El sexenio de Díaz Ordaz se inicia con un serio conflicto laboral con los médicos del país, quienes reclamaban mejores condiciones laborales, especialmente los becarios y médicos residentes de los hospitales, cuyos sueldos eran muy bajos e insuficientes para cubrir las necesidades básicas de cualquier humano. Las condiciones de las habitaciones para los residentes eran precarias, con mobiliario viejo y en pésimas condiciones, la alimentación insuficiente y de mala calidad, supuestamente debido a la falta de presupuesto de las instituciones de salud.

El movimiento fue sofocado violentamente, y algunos dirigentes desaparecieron cuando no aceptaron el cohecho de las autoridades. Muchos sobrevivientes debieron exiliarse varios años. El presidente amenazó con reducir los servicios públicos de salud que presta el Estado, en el caso de que no cedieran los médicos demandantes, puesto que :

“Estamos dispuestos, de no quedar otra posibilidad, a afrontar esta grave y dolorosa responsabilidad, no legal porque la Constitución no establece una obligación del Estado a prestar asistencia médica en general, pero sí social, política, humanitaria”.¹²⁹

La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social creada por decreto el 6 de agosto de 1965, destaca considerando :

1. Que las actividades que realizan las Secretarías y Departamentos de Estado, los Organismos Descentralizados y las Empresas propiedad del

¹²⁹ “Ibidem”. Pág. 295. El subrayado es del Autor.

Gobierno Federal, en materia de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social deben coordinarse con el propósito de evitar innecesarias duplicaciones en el ejercicio de sus atribuciones ;

2. Que la unidad de acción y pensamiento, en la coordinación entre las diversas dependencias, constituye dentro de nuestro sistema de Gobierno, la forma de servir más eficientemente al pueblo, aprovechando íntegramente los recursos disponibles.
3. Que los recursos destinados por el Sector Público a las actividades sanitarias, asistenciales y de seguridad social deben aprovecharse plenamente y que la correcta planeación de esas actividades, significará una importante economía en la inversión y administración de esos recursos.

En esta Comisión participaron las tres principales instituciones que otorgaban servicios de salud: La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y sus resoluciones tuvieron el carácter de recomendaciones para los organismos prestadores de servicios.

La intención de esta Comisión fue muy buena, pero desafortunadamente no se logró la coordinación necesaria en toda su magnitud, pues la falta de obligatoriedad en el cumplimiento de los acuerdos a los que se llegaba en las reuniones de trabajo, sustrajo a las instituciones del cumplimiento cabal de las recomendaciones.

Pero en los programas de cobertura nunca se quiso considerar la realidad, de que una misma persona puede acceder a cualquiera de las tres principales instituciones. Sin embargo, hubo un punto en el que sí funcionó la Comisión y fue el de salud pública, específicamente en las actividades de

inmunizaciones y en el programa contra la tuberculosis. Se acordó y se llevó a cabo que las instituciones de salud vacunaran indistintamente a toda la población que lo ameritara, independientemente de sus derechohabientes. Después se crearía la Cartilla Nacional de Vacunación, válida universalmente.

3.4.4 La salud y el fin del desarrollo estabilizador

En este período el punto principal del debate político planteado por el gobierno de la República, se centro en la discusión del Desarrollo Compartido. Esto era la participación conjunta entre la clase burguesa del país y el Estado mexicano en la consecución de los objetivos económicos del país.

El problema ahora era, que ya no sería posible seguir creciendo económicamente de manera constante, simplemente porque se había agotado el llamado desarrollo estabilizador, o mejor conocido por otros como el "Milagro Mexicano". El Presidente Echeverría intento poner políticas de gobierno a favor del "Interés General", sin embargo la iniciativa privada no parece estar de acuerdo y lanza una fuerte oposición a la burocracia política de aquel entonces.

Por lo que sus acciones de gobierno en materia de salud no dejaron de estar al margen de este contexto nacional, pero también el internacional fue determinante, en aquel momento existía una fuerte lucha contra la contaminación mundial.

A pesar de que, una de las principales preocupaciones del Presidente Luis Echeverría Alvarez fue el combate ante la contaminación, la medicina preventiva indirectamente es beneficiada, el IMSS en aquel momento plantea lo siguiente:

La medicina preventiva sólo puede ser electiva si se emplea conjuntamente con una buena medicina general, dice el Subdirector médico , Dr. Luis Castelazo Ayala y los directivos del Departamento de Medicina Preventiva, doctores Rafael Alvarez Alva y Blanca Raquel Ordóñez., presentan en la ponencia con título "La medicina preventiva en el IMSS", exponía los logros obtenidos en las campañas mantenidas en acción hasta entonces.

"Los programas de investigación sobre temas de medicina preventiva en desarrollo, eran: estudio epidemiológico de la rubéola, valoración de la protección contenida por una nueva vacuna antiinfluenza, valoración de la efectividad de la vacuna antirrábica preparada en cerebro de ratón lactante y estudios diversos sobre contaminación ambiental"¹³⁰.

En síntesis: los principales programas que se desarrollaron en el IMSS fueron los siguientes:

Programas de control de las enfermedades transmisibles

Programa de planificación familiar voluntaria.

Programa de odontología preventiva.

En 1973 fueron creadas las labores de las Brigadas de Servicios de Medicina Preventiva, que empezaron a laborar en las zonas cañeras atendiendo a la población derechohabiente en los albergues ubicados en el propio sitio de trabajo. Posteriormente su acción se ha ido ampliando a cafetalero, trabajadores del cultivo del algodón, de las madereras, etc.

En materia de salud pública hubo un aumento presupuestal en más de \$946 000. Se realizaron importantes inversiones en obras de saneamiento de introducción de agua potable; de mejoramiento ambiental y de tipo asistencial que beneficiaron sobre todo, a la población rural más necesitada.

¹³⁰ IMSS "Boletín Médico." XIII-8 200-205.

Asimismo, se cumplieron las campañas sanitarias y los programas de alimentación complementaria que se planearon.

El presidente López Portillo, por su parte se preocupa principalmente por dos asuntos, que según para él eran de fundamental importancia; El primero se refiere a rescatar los postulados originales de la Revolución Mexicana, como es el caso de la Justicia Social, a este le podríamos llamar el postulado político. El segundo se refiere a un reordenamiento de la Administración pública Federal como adelante observaremos.

Debido, entre otros muchos factores, al impactante crecimiento demográfico y sus subsecuentes problemas -como son los que atañen a la salud, empleo, educación, etc.-, aunado a la dispersión de la población y, asimismo a la escasez de los recursos, el Ejecutivo Federal da un impulso renovado a la Reforma Administrativa del sector público y señala la importancia de "organizarnos para organizar al país". Para tal efecto la administración gubernamental emite en diciembre de 1976 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que establece la sectorización del aparato administrativo y las cabezas de sector para coordinar las entidades presupuestales.

Se crea el " PLAN DE GOBIERNO EN SALUD, NUTRICION Y SEGURIDAD SOCIAL", que dentro del Plan de Gobierno para el sexenio 1976-1982 en materia de salud, se establecen y destacan las siguientes políticas, entre otras:

- Fomentar la investigación para la salud. Impulsar la formación de investigadores, especialmente en las áreas epidemiológicas y sociomédicas.

Para el instituto Mexicano del Seguro Social, fue relevante la proposición del candidato López Portillo, que durante su gestión se consolidara, del

“Programa Nacional de Seguridad y Solidaridad Social 1976-82” en el IMSS, dirigido a las comunidades rurales de México”.¹³¹

1979 es la fecha en que la atención primaria a la salud toma relevancia , al poner en marcha el programa IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados). La Presidencia de la República y el IMSS pretenden ofrecer servicios médicos enfocados a acciones de promoción a la salud y de medicina preventiva.

3.4.5 El parteaguas de la salud pública en México

Si bien es cierto que durante la época posrevolucionaria, el Gobierno de la Republica siempre apostó hacia la salud pública, como una de sus principales atribuciones como Estado. Es a partir de esta administración sexenal, donde se gestan las acciones de racionalidad económica, el desmantelamiento de entidades gubernamentales y una clara posición política a favor del libre mercado.

Sin embargo, se tomaron medidas que pretendían hacer un servicio de salud más eficiente y equitativo, como a continuación veremos.

En un primer intento, el gobierno intentó construir un Sistema Nacional de Planeación, en un contexto integral y congruente. En este contexto la estrategia de desarrollo puso especial atención en la creación de empleos productivos y la consecución de mínimos de bienestar en alimentación, educación, vivienda, salud, asistencia y seguridad social.

En 1983, se dan los primeros intentos para la descentralización de los servicios de salud, se dio este proceso tanto en la Secretaria de Salud. En el

¹³¹ Lechuga, Cesar. “Extensión de la salud y la seguridad social al campo”. IEPES. PRI.

IMSS se hace presente este hecho el 23 de febrero de 1984 , cuándo se crea IMSS-COPLAMAR para favorecer la descentralización en los estados y asegurar los mínimos de bienestar. En este mismo año se definió claramente los niveles se estableció un aspecto estratégico “la organización administrativa en los servicios en tres niveles de atención, escalando en función de la complejidad necesaria para resolver las demandas de salud de los usuarios.”¹³²

Para ese período se establece un hecho jurídico de gran envergadura se publica el 7 de febrero La Ley General de Salud , que es la reglamentaria del párrafo del artículo cuarto.

“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”¹³³

En 1985 la Secretaria de Salubridad y Asistencia fue transformada en Secretaria de Salud (D.O 21 de Enero de 1985). Se pretendía establecer una composición orgánica que le permitiera cumplir las funciones de Coordinación del Sector y del Sistema Nacional de Salud, como encargada de normar, planear, evaluar y supervisar los servicios de salud; dejando paulatinamente la operación de los mismos a los estados y a otras entidades de la Administración Pública. Sin embargo en opinión de expertos en la materia de salubridad, como es el caso del Dr. Ruiz Sánchez, con este cambio desaparece lo sustantivo la acción de cuidar y mejorar todo aquello que tenga que ver con la salud.

¹³² “Op. Cit.” Ruiz Sánchez. Tesis Doctorado . Pág. 319

¹³³ “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” Pág. 6

En Septiembre de 1985, la ciudad de México se vio afectada por los sismos más destructivos de su historia. Los movimientos telúricos tuvieron un efecto especialmente devastador en las instalaciones de los servicios de salud, que perdieron en un solo día más de 4 mil camas de hospitales. Ante la crisis el Gobierno emprendió las acciones necesarias para atender a la población damnificada. Superada la emergencia se inició la construcción de varias unidades hospitalarias en la zona metropolitana, entre ellos el nuevo Hospital Juárez de México.

En el mismo año, el gobierno decide la descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR, directamente a los estados quienes se encargarían a partir de ese momento de su administración, dejando a un lado la responsabilidad que había tenido el IMSS, pero todos los indicadores mostraron que los resultados no fueron lo que se esperaba; la razón era simple, ningún estado tiene la capacidad administrativa como el IMSS para manejar este tipo de programas.

El instrumento básico para el cambio estructural lo constituyeron los procesos de desconcentración y descentralización de los servicios de salud. Su objetivo general fue contribuir a la ampliación de la cobertura y mejoría de la calidad de la atención, mediante la adecuada distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y el traspaso de facultades y recursos a los gobiernos estatales, a fin de incrementar su responsabilidad en la atención a la salud de la población.

El primer paso fue la promulgación del Decreto Presidencial, que estableció que los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados eran órganos desconcentrados por territorio, con autonomía operativa. El proceso debía ser gradual y progresivo, se extinguirían los anteriores servicios en la medida que se integraran orgánicamente los servicios de salud en las entidades federativas. En 1988, se había alcanzado la descentralización en

catorce estados y la desconcentración en el resto de las entidades federativas y en el Distrito Federal.

Durante esa administración los programas de prevención y control de enfermedades prioritarias como las prevenibles por vacunación, las diarreicas, las respiratorias agudas, las de transmisibles por vector y las de transmisión sexual , como el SIDA, constituyeron un componente de especial importancia. Porque en 1983 se presentó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), provocada por el virus VIH, en 1986 se creó el Comité de Prevención contra el SIDA con facultades para promover interacción entre los sectores público, social y privado; este Comité fue transformado en Consejo Nacional¹³⁴ por Decreto Presidencial del 24 de Agosto de 1988.

En esos años el Programa de Atención Preventiva en el IMSS se dirigió básicamente a suministrar vacunas a la población menor de cinco años; a proporcionar atención médica en la detección y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas; al suministro de alimentación complementaria a la población de bajo nivel socio-económico; a la vigilancia del embarazo y del desarrollo del niño y acciones de planificación familiar.

La implantación del Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta permitió avanzar en la consolidación de los servicios de salud, a través de organizar la atención médico curativa en tres niveles, instrumentados de menor a mayor complejidad y que involucran recursos tecnológicos, humanos y financieros¹³⁵ con el propósito de otorgar servicios de acuerdo a la complejidad del daño a la salud que debe resolverse.

¹³⁴ Para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), el objetivo era promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público y social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA, según consta en el DOF 24 Agosto de 1988.

¹³⁵ Fue una importante medida administrativa para darle equidad al servicio d los derechohabientes en el instituto, la idea era a optimización de los recursos.

La consulta externa general se otorga en el primer nivel de atención; es apoyada por los otros niveles mediante un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, lo que permite resolver el porcentaje mayoritario de los problemas de salud de la población. En el segundo nivel se proporcionan consultas especializadas y hospitalizaciones generales, y en el tercero se brinda hospitalización y atención hospitalizada, otorgándose este servicio en los Institutos Nacionales de Salud.

La Secretaría de Salud, con la participación del Sistema Nacional de Salud y con base en las estrategias generales del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, las atribuciones que le confieren la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de la Administración Pública, así como las conclusiones del Foro de Consulta Popular en Salud. Asistencia y Seguridad Social y las sugerencias y recomendaciones presentadas por expertos de diferentes instituciones del Sistema, elaboró el Programa Nacional de Salud 1990-1994.

El programa constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud, para alcanzar los objetivos y metas señaladas en los campos de la salud y la asistencia social que señala como políticas básicas: el fomento de la cultura de la salud; el acceso universal a los servicios con equidad y calidad; la prevención y control de enfermedades y accidentes; la protección del medio ambiente y saneamiento básico; la contribución a la regulación del crecimiento demográfico y el impulso a la asistencia social.

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 ¹³⁶ se pronuncia porque la salud no sea sólo un fin por sí misma, sino además, un medio para lograr el desarrollo socioeconómico. Tiene como propósito fundamental establecer

¹³⁶ Aprobado el 10 de enero de 1991, que en opinión de expertos es un programa con poca elaboración y mucha improvisación.

programas de acción orientados a fomentar la salud, recuperarla cuando se haya perdido, prevenir enfermedades y rehabilitar a quienes como consecuencia de enfermedad, accidentes o desastres, sufran incapacidad física o mental; fortalecer las medidas de saneamiento ambiental, así como los programas de planificación familiar que contribuyan a la regulación del crecimiento poblacional con respeto absoluto a los individuos, y apoyar la integración de grupos vulnerables a una vida económica y social más equilibrada.

Especial mención merece el Programa de Vacunación Universal, tenía como metas: erradicar el poliovirus salvaje antes del año 2000; eliminar el tétanos neonatal para 1995; reducir las defunciones y el número de casos de sarampión; reducir las tasas de mortalidad en los niños menores de 5 años y, sostener altos niveles de cobertura para el esquema de inmunizaciones: Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomiелitis. Compromisos adquiridos, todos ellos, por México ante la Cumbre Mundial de la Infancia, celebrada en septiembre de 1990.

Para el desarrollo del Programa en enero de 1991, se creó el Consejo Nacional de Vacunación por Decreto como organismo coordinador de acciones entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud y organismos de los sectores público y privado. El Instituto Mexicano del Seguro Social participó en el programa con una cobertura del 43% de la población total del país cesada por el INEGI, información base para la creación de un censo nominal, o más real del número de menores encontrados. Los esfuerzos y dificultades fueron en realidad enormes, tanto en aspectos médicos como administrativos pero a pesar de todo los resultados que se lograron en dos años fueron superiores a lo previsto.

Los esfuerzos totales por las instituciones integrantes del CONAVA señalan una cobertura del 95 por ciento de niños menores de 5 años que cuentan con el esquema básico de inmunizaciones. En lo que a poliomiелitis

corresponde y tras una historia de acciones iniciada a finales de la década de los 40, en octubre de 1990, se notificó un caso del padecimiento sin reportarse otro en lo que va de 1992.

El desarrollo de acciones en salud pública encaminadas a la prevención y control de enfermedades, accidentes y adicciones; la instauración de medidas de regulación y fomento sanitario y saneamiento infantil; el impulso a la formación de recursos humanos para la salud; la producción de biológicos y reactivos; el perfeccionamiento de la legislación en la materia; los avances a veces científico-tecnológico; el desarrollo de programas en favor a la atención materno infantil y de planificación familiar; Construcción y remodelación de los centros de salud y hospitales; la creación de institutos de alta especialidad y el de organismos e instituciones de asistencia social; pero sobre todo el impulso de una cultura de la salud que convoca a la acción concertada de todos y la responsabilidad del individuo con su entorno social son testimonio de lo realizado.

En julio de 1994 se da a conocer la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Atención Primaria a la Salud¹³⁷. Norma que dará sustento al programa del Sector Salud que se incluye en el Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000, respetando el Artículo IV Constitucional; en los que se contemplan servicios básicos de salud, entre los que destacan :

- “La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- “La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.

¹³⁷ DOF. 24 de Julio de 1994. Secretaría de Salud.

Una de las argumentaciones en la creación de este programa nacional se hace evidente con la siguiente cita :

“(…) Las instituciones del sector salud se han desarrollado en ausencia de incentivos a la calidad y la eficacia, así como limitada capacitación de los trabajadores de la salud y deficiente organización administrativa”.¹³⁸

Esta aseveración fue calificada por los estudiosos de la salud, en base a toda la cronología que se ha realizado que es falsa, porque en primera instancia no se puede señalar que todos los intentos por garantizar la salud en México hayan sido malos o equivocados ; porque por una parte muchos de los trabajadores de la salud han trabajado durante décadas con principios de calidad y eficiencia a tal grado que muchas de las epidemias que se han presentado en este periodo han sido controladas.

Por otra parte, no se puede negar que ha existido preparación en el personal de la salud y principalmente de la salud pública en la antigua Escuela de Salud Pública, ahora conocida como el Instituto de la Salud Pública que si bien es cierto tiene una orientación diferente a su predecesora. Ahora la orientación es dirigida hacia políticas que fortalecen la privatización, que limitan los insumos necesarios para atender los problemas sociales. Ahora se entiende que toda medida financiera en favor de la salud debe considerarse dentro del libre mercado en donde se cuidan los recursos porque se argumenta que el gobierno cuenta con recursos escasos, esto significa que se pierde la idea del bienestar común.

Ernesto Zedillo desde 1999 crea los Servicios Especializados en Salud (ISES) -Aseguradores que ofrecen a sus clientes un servicio médico integral con la finalidad de normar un pequeño mercado de seguros médicos

¹³⁸ DOF. Lunes 11 de marzo de 1996. Pág.14 (segunda Sección)

privados que funcionaban en su opinión de manera irregular). Ahora es parte de la propuesta para fortalecer el sistema de salud.

El Presidente Fox piensa poner en práctica el Proyecto "ISES" para aliviar la demanda de servicios en las Instituciones de seguridad social, vía la subrogación de servicios con reversión de cuotas, sin embargo se duda que los espacios privados cuenten con la capacidad física. Estos servicios subrogados tendrán la obligación de ofrecer y garantizar una atención médica integral, desde la medicina familiar hasta el tercer nivel de atención, urgencias y abastos de medicamentos. Estudiosos dicen que este proyecto es inviable porque :

"Existen diferentes situaciones en los espacios privados, lo limita su infraestructura, y cuentan con una nula experiencia en prevención {es un salto al vacío}".¹³⁹

En la actualidad vivimos propuestas claramente definidas hacia un modelo de reorganización del sistema de salud pretendiendo un amplia participación de los seguros privados. El actual gobierno conocido como, el del cambio político, encabezado por el Partido Acción Nacional, quiere fortalecer el mercado en el ámbito de la salud con el apoyo de seguros privados a nivel nacional, la distribución sugerida es que las empresas de seguros participen así:

"El Grupo Nacional Provincial.. tiene el 30% del mercado, Comercial América... con el 28%,.. y le siguen los Seguros Monterrey, con 10%, Génesis, con 7% por ciento, Inbursa con 6%, Tepeyac con 2% y los demás Seguros tienen el 16% (sic)".¹⁴⁰

¹³⁹ Periódico La Jornada. Martes 17 de abril de 2001. pág. 35. Es una opinión del Dr. Felipe Leal.

¹⁴⁰ Diario Milenio. Miércoles 25 de abril 2001. Pág. 39.

La situación afectaría negativamente principalmente a la gente de la clase media, así como también a todos los mexicanos que tienen arriba de los 60 años, porque las empresas lo rechazarían por su edad y por contar con antecedentes de enfermedades propias de su edad. Es un riesgo para la seguridad social si se autoriza la reversión de cuotas y se desmantelan los recursos económicos del IMSS, considerando que el 83% de los derechohabientes perciben menos de tres salarios mínimos, poco atractivos para el mercado de los seguros. Es obvio que estas empresas tienen como común denominador el lucro, se dirigen más por el beneficio económico que por la calidad. En este momento la Ley está en aprobación, si esta se aceptara, los contribuyentes estarían obligados a pagar un seguro de gastos médicos con vigencia de un año. Existen antecedentes de que gente reporta como experiencia, que estos seguros conocidos como de gastos médicos "mayores" han reflejado insatisfacción y desconfianza, porque ha sufrido abusos, maltrato, e incumplimiento de los beneficios que se le ofrecieron.

3.4.6. Composición del sector salud.

La Secretaría de Salud tiene la atribución regulatoria de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud de la Administración. Pública Federal ejecutando las funciones y programas que se determinen.

La estrategia administrativa se basa en la sectorización (que es, un proceso no funcional o jerárquica con la cabeza de sector , sino que coordinan programas referentes a los servicios de salud en el ámbito de la Administración. Pública Federal), para que la Secretaría de Salud es aquella que coordina los esfuerzos para lograr lo que establece la Ley en la materia.

Para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud se recurrió a diversos artículos como vimos anteriormente, a los cuales podemos añadir; El Artículo Constitucional 123, y así como también de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, donde se establece el Sistema Nacional de Salud por medio de entidades públicas con el fin de otorgar los servicios de salud a todos los mexicanos. "En las entidades federativas competentes en cuanto a la salubridad local y concurre con la federación en aspectos de salud general"¹⁴¹

Y el sistema nacional de salud tiene como objetivos:

1. Determinar los recursos necesarios para coordinar las acciones a favor de la prestación de servicios de salud.
2. Definir estrategias.
3. Integrar los servicios de salud pública a nivel nacional.

Después de estudiar las bases del sistema, podríamos decir que administrativamente el Sistema Nacional de Salud recurre a la estrategia, de la sectorización, descentralización de los servicios de salud, coordinación intersectorial y modernización administrativa. El sector salud esta compuesto por el control regulatorio de la Secretaría de Salud, con el apoyo de 3 Institutos de Asistencia Social y 8 Institutos Nacionales de Salud, y con la participación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, y con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.4.7. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Organismo público descentralizado y bipartita (trabajador y estado), con personalidad jurídica y patrimonio propio. Su creación se fundó mediante la

¹⁴¹ "Op.Cit" Yañez, Valentín H. "La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México." Pág. 58.

Ley del 31 de Diciembre de 1959, su propósito es prestar servicios sociales a los trabajadores al servicios de la federación, se rige por el apartado B del Artículo Constitucional 123.

Esta Institución brinda protección al 7.2% de la población total del país, tiene la obligación en salud de otorgarles a sus asegurados el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, y el seguro de accidentes de trabajo, profesionales. La estructura orgánica con la que cuenta en la actualidad en materia de salud es:

- ^ Subdirección General Médica
- ^ Subdirección de Hospitales Regionales y Generales
- ^ Subdirección de Medicina Familiar, Preventiva y Programas de Salud
- ^ Subdirección de Enseñanza e Investigación.

La participación en el desarrollo de la salud pública ha sido reducida, su atención se ha concentrado a la atención médica curativa de los trabajadores del estado.

3.4.8. Instituto Mexicano del Seguro Social

En este apartado mostraremos sintéticamente la importancia del Instituto tanto como Institución aseguradora de servicios, como promotora de la salud pública en el país. El I.M.S.S. es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio; su objetivo es dar y desarrollar la seguridad social a los trabajadores reconocidos por el apartado A del Artículo 123 Constitucional. Su dirigencia se conforma de manera tripartita (Patrón, Estado y trabajador).

Artículo 8 de la Ley del Seguro Social originalmente señalaba "son sujetos del régimen del seguro social obligatorio los miembros de sociedades

corporativas de producción, los de las sociedades de crédito agrícola y los de las sociedades de crédito ejidal¹⁴².

En 1960 se declaró,¹⁴³ que el I.M.S.S. debería tener una estrecha colaboración y coordinación en materia de medicina preventiva con la Secretaría de Salubridad y Asistencia; se insiste en la importancia básica en la lucha por la salud. En 1963 la medicina preventiva se instauró como obligatoria de acuerdo al decreto presidencial del 25 de julio, la aplicación de tres dosis de vacuna oral anti-poliomielítica, en Octubre la aplicación de la anterior con BCG; la primera campaña de detección de cáncer cérvico-uterino en 1964, campañas de prevención de caries.

Pero en 1964 se incorporan al régimen de seguro social a los productores de caña de azúcar y a sus trabajadores, la innovación era que en algunos casos estos trabajadores eran estacionales. En 1970 mucha atención se prestó a los aspectos preventivos y de medicina del trabajo. La atención a las áreas rurales que crecía por lo que se tuvieron que hacer ampliaciones a las coberturas de atención.

En 1971 se inicia la incorporación de varios gremios que finalizaron hasta el sexenio de Luis Echeverría Álvarez, en ese año se le dio cabida a trabajadores afiliados al sindicato de electricistas, en 1972 se consideró la protección a los henequeneros, para 1973 a los voceadores y expendedores, en el 75 a los trabajadores de cera de los estados del norte del país y finalmente para 1976 a los trabajadores públicos de los municipios.

La extensión a la cobertura en la atención a favor de los trabajadores fue notoria, además de que a fines de los años setentas, se creó el Programa IMSS Coplamar, ahora conocido como IMSS Solidaridad. Su propósito era el de brindar servicios de atención primaria, enfocado además hacia

¹⁴² "Op.Cit" Bustamante, Miguel E. "La Salud Pública en México 1959-1982." Pág. 152

¹⁴³ "Ibidem" Pág. 165-343.

acciones sanitarias de promoción de la salud y de medicina preventiva, De esta manera el Instituto se consolidó como la entidad pública con la responsabilidad del 43% de la cobertura nacional en salud, por lo que, debido a su impacto en la salud pública dirigida a la población su trascendencia como Institución es inobjetable.

Actualmente su estructura orgánica se desarrolla en dos ámbitos: central que considera aspectos normativos y delegacional en funciones operativas, que pretenden garantizar el otorgamiento de los siguientes seguros:

- ^ Riesgo de trabajo
- ^ Enfermedades no profesionales y maternidad
- ^ Invalidez y vida
- ^ Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- ^ Guarderías y prestaciones sociales.

El área médica de acorde a las nuevas necesidades conformó para el desarrollo y darle operación a los seguros de; enfermedades no profesionales y maternidad, de creó una estructura orgánica con las siguientes áreas:

- ^ Dirección de Prestaciones Médica
- ^ Coordinación de Salud comunitaria
- ^ Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil
- ^ Coordinación de Salud en el Trabajo
- ^ Coordinación de Atención Médica
- ^ Coordinación de Educación Médica
- ^ Coordinación de Investigación Médica

El diseño responde a la nueva realidad, llena de complejas relaciones sociales, de una marcada distinción entre los que poseen y los que carecen de todo aquello indispensable y a los grandes avances en el campo de al

medicina. No se debe dejar a un lado que la correspondencia entre estas áreas es fundamental para el logro eficiente de las metas en salud.

“La enseñanza médica- señala el Dr. Rodríguez Arguello- debe someterse a la planificación nacional y debe atender tanto a las realidades actuales como a la evaluación futura de los factores que intervienen. De allí la urgencia de elaborar programas y detectar prioridades y sistematizar acciones”.¹⁴⁴

¹⁴⁴ “Ibidem” Pág. 349

CAPITULO IV

LA CIENCIA, TEORIA Y METODO

Se considera fundamental hacer una revisión de conceptos metodológicos que permitan configurar una contrastación entre dos posturas teóricas que son validas para interpretar nuestro fenómeno de estudio.

4.1 La ciencia y contrastación deductiva de teorías

La ciencia es esencialmente una anárquica empresa, es siempre rica en variedad, llena de historia y de las más imaginables metodologías que intenta explicar ciertos fenómenos y las causas que los derivan. "La historia de la ciencia no consiste en hechos y conclusiones de los hechos, sino más bien, en el contenido de las ideas e interpretaciones de los hechos, de los problemas acarreados por los conflictos de los errores en las interpretaciones."¹⁴⁵

La historia de la ciencia siempre será compleja, caótica, llena de ideas y errores, éstas ideas cada vez se volverán más complejas según se incremente el conocimiento, tanto científico como tecnológico. Según Paul Feyerabend existen dos grandes razones; la primera es que el mundo que nosotros queremos explorar es una entidad enormemente desconocida y la segunda es que, la educación científica no tiene una reconciliación con una actitud humanística. Por lo que es tarea del investigador social el rescatar los elementos de forma estructurada que puedan explicarnos un fenómeno de la realidad siempre caótica.

¹⁴⁵ History is full of "accidents and conjunctures and curious juxtapositions of events " and it demonstrates to use the complexity of human change and the predictable character of the ultimate consequences of any given act or decision of men. Paul Feyerabend. "Against Method Out line of an Anarchistic Theory of knowledge"Edit. West E.U 1984 . Pág.9

Todo parece indicar que el conocimiento por siglos ha significado información estructurada sólo y a través de la evidencia a comprobación; sin embargo en la actualidad muy pocos científicos consideran que el conocimiento científico es conocimiento probado. Son pocos los que entienden que en este derrumbe la estructura clásica de valores intelectuales y que ha de ser reemplazada ya sea a través de la verdad probable a de la verdad por consenso (cambiante). Popper señala; La honestidad científica no consiste en intentar atrincherarse o establecer la posición propia probándola (o haciéndola probable), sino más bien la honestidad intelectual consiste en especificar con precisión las condiciones en que estaríamos dispuestos a abandonar nuestra posición.

La honestidad científica consiste en especificar por adelantado un experimento tal, que si el resultado contradice la teoría, ésta debe ser abandonada. Esto se logra a través de una base empírica que de sustento a la teoría, que sólo es considerada científica si posee una base empírica comprobable.

Una teoría es teóricamente progresiva, si cada nueva teoría tiene algún exceso de contenido empírico con relación a la predecesora, esto es, predice algún hecho nuevo e inesperado hasta entonces. "Digamos que una serie de teorías teóricamente progresivas es también empíricamente progresiva, lo que constituye un cambio de la problemática empíricamente progresivo, si una parte de este exceso de contenido empírico resulta, además, corroborado; esto es, cada teoría induce al descubrimiento real de algún hecho nuevo".¹⁴⁶

Por otra parte, Kuhn piensa de otro modo, él también rechaza la idea de que la ciencia crezca mediante la acumulación de verdades eternas; mientras

¹⁴⁶ Lakatos Imre " La metodología de los programas de investigación científica". Edit. John Warrey Alianza Madrid. pág. 49

que para Popper la Ciencia es la "Revolución Permanente", la crítica, la médula de la empresa científica; para Kuhn, los revolucionarios son excepcionales y en realidad para él la crítica es sólo válida en momentos de "crisis" de la teoría dominante en relación con las nuevas teorías. Para Popper el cambio científico es racional o al menos reconstruible racionalmente y pertenece al dominio de la lógica de la investigación. Kuhn opina: el cambio científico de un paradigma a otro es una conversión mística que no está y no puede estar gobernada por reglas racionales y que cae en el terreno de la psicología social de la investigación.

Y menciona: "El desarrollo de cualquier ciencia, se cree que el primer paradigma aceptado explica muy bien la mayor parte de las observaciones y experimentos a que puedan con facilidad tener acceso todos los que practican esa ciencia. Cuanto más preciso sea dicho paradigma y mayor sea su alcance, tanto más sensible será como indicador de las anomalías y, por consiguiente, de una ocasión para el cambio de un paradigma."¹⁴⁷ Sólo cuando el experimento y la teoría coincidan, surge el descubrimiento y la teoría se convierte en un paradigma. La anomalía para Kuhn sufre el siguiente desarrollo: La percepción previa de la anomalía, la aparición gradual y simultánea del reconocimiento tanto conceptual como de observación y el cambio consiguiente de las categorías y procedimientos del paradigma acompañado a menudo por resistencia. La percepción de la anomalía desempeña un papel esencial en la preparación del camino que nos llevará a una novedad que atender.

El conflicto entre Popper y Kuhn no se refiere a un tema epistemológico de orden técnico; afecta nuestros valores intelectuales fundamentales, mientras que para Popper la honestidad científica consiste en explicar teorías muy probables con base en su evidencia que como resultado si llegara a contradecir la teoría, ésta debe ser abandonada. Es a través de la reiterada

¹⁴⁷ Kuhn Thomas "La estructura de las revoluciones científicas" F.C.E, México , 1986. Pág. 33

eliminación de la teoría, con ayuda de los hechos sólidos, como se genera el auténtico crecimiento de la ciencia. A partir de esto, se intuye que “una teoría es científica” si tiene una base empírica; esto es un hecho dado, se explica científicamente sólo cuando otro hecho nuevo queda explicado además del primero.

Por otra parte Kuhn ve paradigmas que predominan en el convencionalismo de la comunidad científica, ve a la Ciencia como “normalidad” en el sentido de una ciencia moderna, y la falsación sólo se da en las anomalías, es decir, en aquellos aspectos que el paradigma científico no puede explicar. La falsación para Kuhn es ingenua en una teoría moderna, porque en ella misma conlleva el crecimiento y se requiere de otro paradigma que sustituya esta a través de una revolución científica abrupta, que son excepcionales y extra-científicas en tiempos “normales”. Para Kuhn sólo la crítica es el inicio de la transición al “progreso” de la ciencia normal.

La ciencia normal diría Kuhn, significa investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo como fundamento para su práctica posterior. Esta ciencia normal está estrechamente relacionada con el paradigma que tiene dos características esenciales: Que existe un fuerte grupo de partidarios y la otra que no existen muchos problemas que pueda resolver la teoría dominante. El surgimiento de un paradigma afecta la estructura de un grupo que practica ese campo, porque implica una definición nueva y más rígida del campo. “Un paradigma es un modelo aceptado, es decir, raramente está en renovación constante. Estos obtienen su éxito cuando explican más que sus competidores en cuanto a los problemas que son reconocidos como agudos” .¹⁴⁸

¹⁴⁸ La ciencia normal posee un mecanismo interno que siempre el paradigma del que proceden dejan de funcionar de manera efectiva, asegura el relajamiento de las restricciones que atan a la investigación. “*Ibidem*”. Pág. 53.

Popper, piensa diferente, señala la epistemología – o la lógica de la investigación científica- debería identificarse con la teoría del método científico¹⁴⁹, que conlleva reglas metodológicas como convenciones o también pudieran conocerse como reglas de la ciencia empírica. 1) el juego de la ciencia en principio no se acaba nunca; 2) No se eliminará una hipótesis propuesta y contrastada, que haya demostrado su temple, sino se presentan buenas razones. Para Kuhn la investigación científica normal va dirigida a la articulación de aquellos fenómenos y teorías que son aceptadas por medio de la convención de un grupo de investigadores que observan tres focos normales para la investigación científica.

Kuhn piensa que la clase de hechos que el paradigma ha mostrado son particularmente reveladores de la naturaleza de las cosas y que al emplearlos para resolver problemas, el paradigma ha hecho que valga la pena determinarlos con mayor variedad de situaciones. La segunda se dirige a los hechos que aunque no tengan a menudo mucho interés intrínseco, puedan compararse directamente con las predicciones de la teoría del paradigma. Y por último, una tercera se refiere a los experimentos y observaciones, que consisten en el trabajo empírico emprendido para articular la teoría del paradigma.

Para Popper el mejor modo de estudiar el incremento del conocimiento, es estudiar el conocimiento científico, que en otras palabras es el método de la discusión racional, es decir, enunciar claramente los propios problemas y examinar críticamente diversas soluciones propuestas; es donde para Popper destaca la *actitud racional* y la *actitud crítica*, aludiendo que siempre que se proponga una solución a un problema, deberíamos esforzarnos todo lo que pudiésemos por echar abajo nuestra solución en lugar de defenderla, mientras que para Kuhn, existe sólo la idea de concertación en la relación

¹⁴⁹ Popper, Karl. "La lógica de la investigación científica". México. Edit. Interamericana, 1935. Pág.29.

existente entre la teoría y los experimentos, para corroborar la viabilidad del paradigma.

Ante el problema que se tiene en manos Popper señala es necesario averiguar qué han pensado y dicho acerca del problema en cuestión, porqué lo estudian, cómo lo han formulado y cómo han tratado de resolverlo, ya que esto es parte del método de discusión racional. El teórico piensa que la costumbre de filosofar es un síntoma de decadencia de la discusión racional. La idea ya no es el problema del conocimiento del sentido común u ordinario (ideas), sino del conocimiento científico (palabras), que es el único que nos permitiría no solamente conocer más, sino contribuir al avance de la teoría del conocimiento.

El motor del incremento del conocimiento es según Popper la contrastación que consiste en una contrastación entre teorías y experimentos, de modo tal que, en el enfrentamiento final ellos sean los únicos actores y que los más importante sean los resultados de una falsación concluyente. Esta conclusión es un descubrimiento que se ha refutado como hipótesis científica, sin embargo Lakatos sugiere que las contrastaciones son, como mínimo, enfrentamientos trilaterales entre teorías rivales y experimentos. "Un hecho dado se explica científicamente sólo cuando otro hecho nuevo queda explicado además del primero".¹⁵⁰ Frecuentemente la novedad de una proposición fáctica sólo puede apreciarse cuando a transcurrido un largo espacio de tiempo.

"El hombre de ciencia, ya sea teórico o experimental, propone enunciados- o sistemas de enunciados- y los contrasta paso a paso. En particular, en el campo de las ciencias empíricas construye hipótesis – o sistemas de teorías- y las contrasta con la experiencia por medio de observaciones y experimentos."¹⁵¹

¹⁵⁰ Según Popper sin esto no hay conocimiento alguno y no es científico, por lo tanto carece de poder explicativo.

¹⁵¹ "Ibidem" Pág.27.

Las ciencias empíricas se caracterizan por sus métodos inductivos; inductiva se hace cuando una inferencia pasa de enunciados singulares (particulares) a enunciados universales, tales como hipótesis o teorías. La fortaleza del enunciado de la inducción, consiste en porqué habría de aceptarse tal principio y de cómo podemos justificar racionalmente su aceptación. Para Popper las inferencias inductivas, aún no siendo estrictamente válidas, pueden alcanzar cierto grado de "seguridad" o de probabilidad; esta doctrina sostiene que las inferencias inductivas, son inferencias "probables"¹⁵². La inferencia no decide en la verdad, sino mas bien en la probabilidad, pues no es dado, dice el autor, a la ciencia llegar a la verdad ni a la falsedad, más bien se alcanzan grados continuos de probabilidad, cuyos limites superior e inferior, inalcanzables, son la verdad y la falsedad.

La lógica de la inferencia probable o "lógica de la probabilidad", conducen a una regresión infinita. La teoría desarrollada por Karl Popper, se opone a la idea de apoyarse en las ideas de una lógica inductiva; él propone la teoría de método deductivo, de contrastar en donde sólo la hipótesis puede contrastarse empíricamente y únicamente después de que ha sido formulada. Para concebir una idea nueva, su método y resultados de su examen lógico, descubrió cuáles son las nuevas líneas en dicho proceso. Se basa en el supuesto de que consista pura y exclusivamente en la investigación de los métodos empleados en las contrastaciones sistemáticas a que debe someterse toda nueva idea antes de que pueda sostenerse seriamente. En la reconstrucción racional sólo se puede dar un esqueleto lógico del procedimiento a contrastar. No existe un método lógico de tener nuestras ideas, ni una reconstrucción lógica de este proceso. Se puede decir que todo descubrimiento contiene algún "elemento de irracional" o "una intuición creadora".

¹⁵² "Ibidem". Pág.29. cita a Reichembach. (El principio de inducción como el medio por el que la ciencia decide sobre la verdad).

Lakatos señala: "Kuhn tiene razón al objetar el falsacionismo ingenuo" ,¹⁵³ pero a la vez excluye cualquier posibilidad de reconstruir racionalmente el crecimiento de la ciencia. También señala que las anomalías y las inconsistencias siempre abundan en la ciencia, pero en los períodos "normales", el paradigma dominante asegura una pauta de crecimiento que eventualmente es destruida por una "crisis" kuhniana. Para Lakatos "crisis" es un concepto psicológico, que provoca la aparición de un nuevo paradigma que es inconmensurable con la teoría predecesora. Esto deriva que no existan criterios racionales para comparar la teoría.

El nuevo paradigma trae consigo una racionalidad completamente nueva, lo que Kuhn según el pensamiento de Imre, forjó una reducción de la filosofía de la ciencia a la psicología de la ciencia, porque el concepto de crisis es un concepto psicológico, que trata de un pánico contagioso. Parecería ser que Kuhn nos hace pensar que lo que deberíamos estudiar no es la mente del científico individual, sino la mente de la comunidad científica. Ahora, se sustituye la psicología individual por la psicología social. "La imitación de los grandes científicos por la sumisión a la sabiduría colectiva de la comunidad".¹⁵⁴

Kuhn paso por alto el falsacionismo sofisticado y el programa de Popper, sustituyó el problema central de la racionalidad clásica, el antiguo problema de los fundamentos, por el nuevo problema de crecimiento crítico y falible. Una reconstrucción del progreso científico, como una proliferación de programas de investigación científicas que son rivales, que al generar cambios regresivos de problemáticas, dan origen a la empresa científica.

¹⁵³ El falsacionismo ingenuo es cualquier teoría que puede interpretarse como experimentalmente falsable, es aceptable o científica. Al contrario, para un falsacionista sofisticado una teoría es aceptable o científica, sólo si tiene un exceso de contenido empírico corroborado con relación a su predecesora.

¹⁵⁴ "Op.Cit". Lakatos. Pág.122.

Según Lakatos, Kuhn probó ciertamente que la psicología de la ciencia puede revelar verdades importantes, que comúnmente aparecen como tristes, pero esta psicología de la ciencia "el crecimiento racional de la ciencia, esencialmente tiene lugar en el mundo de las ideas, en las del tercer mundo de Platón y Popper"¹⁵⁵. Esto significa que un programa de investigación científica, trata de conseguir tan sólo una descripción del conocimiento científico. Los científicos sueñan fantasías y salen en busca de seleccionar hechos que se ajusten a sus fantasías, en otras palabras, esto significa que cada investigador genera su propio universo.

Una vez presentada a título provisional, una nueva idea –hipótesis- aún no justificada, se extraen de ella conclusiones por medio de una deducción lógica, éstas conclusiones se comparan entre sí y otros enunciados pertinentes, con objeto de hallar las relaciones lógicas (equivalencia, deductibilidad, compatibilidad o incompatibilidad, etc.) que existen entre ellas. Existen 4 procedimientos para llevar a cabo la contrastación de una teoría:

1. Se encuentra la comparación lógica de las conclusiones unas con otras, con la cual se somete a contraste la coherencia interna del sistema.
2. El estudio de la forma lógica de la teoría, con el objeto de determinar su carácter, si una teoría empírica-científica o si es tautológica.
3. Comparación entre teorías que tiene como principal mira, la de averiguar si la teoría examinada constituiría un adelanto científico, en caso de que sobreviviera a las diferentes contrastaciones a la que la sometemos.
4. Y finalmente viene el contrastarla por medio de aplicación empírica de las conclusiones que pueden deducirse de ellos.¹⁵⁶

¹⁵⁵ "Ibidem". Pág.121.

Los pasos anteriormente señalados pertenecen a un proceso deductivo. Durante el tiempo en que una teoría resiste contrastaciones exigentes y no deja anticuada a otra teoría en la evolución del progreso científico, podemos decir que ha demostrado su temple a que esta corroborada por la experiencia al rechazar el método de la inducción, por parte de Popper, parecería ser que no se priva a la ciencia empírica de lo que parece ser su característica más importante, como si desapareciera las barreras que separan la ciencia.

En respuesta señala que su principal razón de rechazar la lógica inductiva, es precisamente que no proporciona un rasgo discriminado apropiado del carácter empírico. La demarcación es el problema fundamental, por lo tanto su idea de demarcación ha de ser considerarla como una propuesta para un acuerdo o convención a través de un uso lingüístico bien definido. En opinión de Thomas Kuhn, no se puede interpretar ningún fenómeno sin al menos cierto caudal implícito de creencias metodológicas y teóricas entrelazadas, que permiten la selección, la evaluación y la crítica.

En la ciencia normal según Kuhn, las zonas investigadas son minúsculas debido a que el paradigma responde a casi todas las explicaciones de un fenómeno dado, porque posee un mecanismo interno que aseguran ciertos resultados que supuestamente son previsible.

4.2 Método

Tres son los requisitos que nuestro sistema teórico-empírico debe satisfacer. *Primero* debe ser sintético para representar un mundo sintético no contradictorio; *Segundo*, debe satisfacer el criterio de demarcación, representando un mundo de experiencia posible; *Tercero*, debe ser un

¹⁵⁶ "Ibidem". Pág. 33

sistema que se distinga de otros sistemas semejantes por ser el que represente nuestro mundo de experiencia. La teoría del método empírico es una teoría de lo que normalmente se llama experiencia. Se debe exigir que todos los enunciados de la ciencia empírica deben ser susceptibles de una decisión definitiva con respecto a su verdad y a su falsedad.

Los términos “*objetivo*” y “*subjetivo*”, el primero es para indicar que el conocimiento científico es justificable, si es contrastable y comprendida por cualquier persona. Por lo tanto, los enunciados científicos deben ser contrastables intersubjetivamente¹⁵⁷. La objetividad de los enunciados se encuentra en estrecha conexión con la construcción de las teorías. Y lo subjetivo se refiere como lo señalaba Kant: a nuestros sentimientos de convicción (de mayor a menor grado). Los sistemas teóricos se contrastan deduciendo de ellos enunciados de universalidad más bajo, que deben ser contrastables de manera análoga. Existen dos clases de enunciados: las Tautologías lógicas y los enunciados empíricos.

A pesar de todo lo antes mencionado, Popper señala que el conocimiento científico es el mejor conocimiento, pero que está muy lejos de considerarlo como único. Menciona que tiene problemas tanto teóricos como prácticos; un problema práctico es la lucha médica contra el sufrimiento inevitable que sólo ha generado una gran explosión demográfica. Es una forma que nuestros grandes éxitos generan grandes nuevos problemas. Un problema teórico es la tarea de proporcionar una explicación inteligible de un acontecimiento natural no explicado y en la comprobación de la teoría explicativa por medio de sus predicciones. “La ciencia no es la búsqueda de la certeza, errar es de humanos; todo conocimiento humano es falible y por lo tanto incierto. Combatir la equivocación y el error significa por lo tanto,

¹⁵⁷ Por medio del debate crítico

buscar la verdad objetiva y hacer todo lo posible por descubrir y eliminar falsedades. Esta es la tarea de la actividad científica “.¹⁵⁸

La comunidad científica piensa que una de las intenciones de la investigación es proporcionar explicaciones científicas a los fenómenos que nos aproximen a los conceptos que únicamente contribuyen a la identificación y delineación de las disciplinas dentro de las cuales la investigación es dirigida y estos deben ser exactos, precisos e informativos y, mediante los cuales, también, se observan y se entienden aspectos del medio ambiente, así como la comunicación con los demás.

De esta manera entienden al método científico como el que debe explicar el significado de los conceptos, las estrategias a seguir en cuanto a su definición, mismos que se desarrollarán y evaluarán, para luego poder decidir si el significado es acorde a nuestra comprensión del término utilizado y si tal significado tiene una acepción compartida en el universo de estudio.

Entonces, los tres periodos existentes en el proceso de investigación son: Identificar el objetivo, proponer los razonamientos para el fenómeno en cuestión, y por último definir el concepto que se utilizará para poder describir el fenómeno, estableciendo un sin número de hipótesis acerca del fenómeno, sus nexos e interacción.

Sin embargo para Popper, el conocimiento científico es por ello conocimiento hipotético, conocimiento por conjetura, es el método más crítico; el método de búsqueda y eliminación de errores al servicio de la verdad nunca preciso ni exacto como pretenden hacerlo ver los Ortodoxos del método científico. Simplemente un enunciado o teoría es verdadero si lo

¹⁵⁸ Karl, Popper. “En busca de un mundo mejor”. Barcelona. Edit. Paldos.1970. Colección Estado y Sociedad. Pág.18

que dice corresponde a la realidad. Hay que considerar 5 observaciones importantes:

1. Todo enunciado formulado sin ambigüedad es verdadero o falso, y si es falso su negación es verdadero.
2. Por ello existen tantos enunciados verdaderos como falsos.
3. Hay que distinguir entre verdad y certeza, la verdad es algo objetivo, la certeza es una apreciación subjetiva.
4. La verdad objetiva es un valor, es decir, un valor ético, quizá el mayor valor que exista y que la crueldad es el mayor mal.
5. La realidad se compone de: 1) *mundo físico* de cuerpos y estados físicos, acontecimientos y fuerzas; 2) el *mundo psicológico* experiencias y de acontecimientos mentales inconscientes; y 3) *el mundo de productos mentales o cultura*. El mundo 1 es el más real, sin embargo, es la interacción entre el mundo 1 con el mundo 2; y el mundo 3 es lo que puede considerarse como la configuración de la realidad. Esta interacción es la que actuamos utilizando el método de ensayo y de error, por lo tanto, la configuración de la realidad es labor nuestra, algo que no puede comprenderse sin rescatar esos 3 elementos o mundos y principalmente cómo interactúan entre ellos.

A continuación se presenta un cuadro sinóptico sobre como se compone la realidad según la visión de Karl Popper:

(CUADRO 1.1)

CUADRO SINOPTICO SOBRE VERDAD Y CONOCIMIENTO CIENTÍFICO
SEGÚN KARL POPPER

LA VERDAD ES UN VALOR, EL VALOR ETICO MAS IMPORTANTE		
Para interpretar la realidad se requiere tomar en cuenta los mundos de los Que ésta se compone.		
EL MUNDO FISICO	EL MUNDO PSICOLÓGICO	EL DE LOS PRODUCTOS MENTALES O CULTURALES
ESTOS SE COMPONEN DE		
Cuerpos y estados físicos, así como de Fuerzas naturales.	Experiencias y acontecimientos mentales inconscientes.	De interpretaciones humanas que se acercan a la realidad.
Es la interacción entre estos dos mundos donde se encuentra una realidad.		La configuración o interpretación de la realidad es labor del investigador.
La verdad objetiva no puede comprenderse sin rescatar estos tres elementos o mundos y cómo interactúan entre ellos.		

FUENTE: Karl Popper, interpretación y elaboración del sustentante.

Utilizando nuestro lenguaje, nuestro conocimiento y nuestra tecnología, podemos ser capaces de predecir las consecuencias futuras de nuestros sueños y nuestras invenciones, mejor que las plantas y los animales, pero con seguridad mucho mejor. La aparición del mundo 3 significa que la evolución de la cultura no violenta no es un sueño utópico; a menudo se afirma que la historia de los descubrimientos científicos depende sólo (o principalmente) de los inventos puramente técnicos de nuevos instrumentos. Por el contrario, creo que la historia de la ciencia es sustancialmente una historia de ideas.

Todo científico social por muy pretencioso que este puede ser debe dirigirse con cautela sobre el fenómeno de estudio que intenta conocer, el investigador cauteloso y humilde debe fijar su atención en denotaciones de los objetos de estudio y cuidarse de las engañosas connotaciones de la

realidad. Por lo tanto se hacen ciertas advertencias que consideraba Popper como fundamentales herramientas para entender fenómenos sociales:¹⁵⁹

PRIMERA :

Sabemos gran cantidad de casos que además de tener una considerable importancia práctica, nos procuran un profundo conocimiento teórico y una sorprendente comprensión del mundo.

SEGUNDA :

Nuestra ignorancia es ilimitada y decepcionante.

TERCERA :

Toda teoría del conocimiento tiene una tarea fundamentalmente importante, que incluso podemos considerar como una prueba crucial: debe hacer justicia a nuestras dos primeras tesis aclarando la relación entre nuestra notable sabiduría y la convicción cada vez mayor de que en realidad no sabemos nada.

CUARTA :

En la medida en que proceda en absoluto, habla de que la ciencia o el conocimiento comienza en algún punto, puede decirse lo siguiente: el conocimiento no parte de percepciones u observaciones o de la recopilación de datos o hechos, sino que empieza más bien a partir de los problemas.

QUINTA :

Al igual que todas las otras ciencias, también las ciencias sociales se ven acompañadas por el éxito o por el fracaso, son interesantes o triviales, fructíferas o infructíferas.

¹⁵⁹ Debido a su importancia en el desarrollo de nuestra investigación se consideró conservarlas textualmente, por la simple razón de que sería muy difícil mejorar en otras palabras su esencia.

SEXTA : (ADVERTENCIA PRINCIPAL)

- A. Al igual que al de las ciencias naturales, el método de las ciencias sociales radica en ensayar posibles soluciones para los problemas que intentan enfrentar nuestras investigaciones.
- B. Si la solución propuesta es susceptible de crítica objetiva, intentamos respetarla, pues toda crítica consiste en intentos de reputación.
- C. Si un ensayo de solución es refutado por nuestra crítica, busquemos otro.
- D. Si resiste la crítica, lo aceptamos provisionalmente y, desde luego, lo aceptamos principalmente como digno de seguir siendo discutido y criticado.
- E. El método de la ciencia es pues, el de la tentativa de solución, el del ensayo (o idea) de solución sometido al más estricto control crítico. No es sino una prolongación crítica del método del ensayo error.
- F. La llamada objetividad de la ciencia radica en la objetividad del método crítico; es decir, sobre todo el hecho de que ninguna Teoría esta exenta de crítica y de que los medios lógicos de los que se sirve la crítica y de que los medios lógicos de los que se sirve la crítica- contradicción lógica- son objetivas.

SEPTIMA :

La tensión entre el conocimiento y la ignorancia lleva a los problemas y a los ensayos de solución.

OCTAVA :

Antes de la II Guerra Mundial, la sociología se consideraba una ciencia social teórica de carácter general y la antropología social se consideraba una sociología de sociedades muy específicas, es decir, primitivas.

NOVENA :

La llamada especialidad científica, no es mas que un conglomerado delimitado de problemas y ensayos de solución, circunscrito de forma artificial; lo que realmente existe son los problemas y tradiciones científicas.

DECIMA :

El triunfo de la antropología es el triunfo de un método pretendidamente basado en la observación, descripción y pretende utilizar generalizaciones inductivas. Este método supuestamente más objetivo es el de las ciencias sociales.

UNDECIMA :

Es totalmente erróneo suponer que la objetividad de una ciencia depende de la objetividad del científico, y es totalmente erróneo pensar que la actitud del científico natural es más objetiva que la del científico social.¹⁶⁰

DUODECIMA :

La objetividad de la ciencia no es otra cosa del científico individual, sino más bien resultado social de la crítica recíproca.

DECIMA TERCERA:

La lógica deductiva es la teoría de la validez del razonamiento lógico o de la relación de la inferencia lógica, es a su vez, es la teoría de la transferencia de la verdad de las premisas a la conclusión.

DECIMA CUARTA :

En las ciencias trabajamos con teoría, es decir, con sistemas deductivos y ello por dos razones: en primer lugar una teoría o sistema deductivo es un intento de explicación, y por consiguiente un intento de solución de un

¹⁶⁰ "El científico objetivo" y "libre de valores", no es el científico ideal. Sin pasión no podemos conseguir nada, por lo menos en la ciencia pura". Tomado de "ibidem". Pág.103.

problema científico; en segundo lugar, una teoría puede criticarse racionalmente por sus consecuencias.

La verdad y la explicación, dan lugar al desarrollo lógico de nuevos conceptos que quizá sean aún más importantes para la lógica del conocimiento o para la metodología. El primero de estos conceptos es la aproximación a la verdad, a través de una interpretación de la realidad hipotética y el segundo, a la fuerza explicativa o contenido explicativo de una teoría, según Jon Elster¹⁶¹ "por medio de los mecanismos causales que determinan los nuevos enunciados que pueden dar soporte a las hipótesis de estudio que intentan comprender la realidad social".

4.3 La hipótesis como principal instrumento para conocer la realidad

Si bien es cierto que los mecanismos causales son fundamentales para ir tejiendo una realidad, también es cierto que las hipótesis causales son las más difíciles de determinar, porque su objetivo está en establecer la relación que existe entre las variables por causa y efecto, por consiguiente ,demanda un exhaustivo análisis de datos, el cual forma parte del proceso de medición constituyendo el puente entre las explicaciones propuestas y las del mundo empírico a explicar. "Conocimiento acerca de las causas de acontecimientos particularmente de un fenómeno podrán ser útiles en la formulación de manera más general de las ideas que se relacionan entre conceptos, pero la hipótesis intenta ampliar el alcance de nuestros conocimientos más allá de los casos individuales."¹⁶²

¹⁶¹ Elster, Jon. "Tuercas y tornillos". Editorial Gedisa. Barcelona, España. 1993.

¹⁶² Johnson, Janet. "Political Science Research Methods", D.C .Congresional Quartely. 1995. Pág. 59

Popper señala¹⁶³: Se podrían adoptar provisionalmente los problemas de la sociología puramente técnica; en primer lugar, el estudio de la lógica general de las situaciones; y en segundo lugar, la teoría de las instituciones y de las tradiciones.

Las instituciones no actúan: sólo actúan los individuos en ó para las instituciones. La lógica situacional general de estas acciones sería la Teoría de las concesiones de las instituciones.

Podemos formular una teoría de las consecuencias intencionadas y no intencionadas de la acción finalista. Esto debería ser una Teoría de la creación y desarrollo de las instituciones.

“La principal enfermedad filosófica de nuestra época, es el relativismo intelectual y moral..., si hay dos ó más teorías, no hay formas ni medios para decidir si una de ellas es mejor que la otra”.¹⁶⁴ Una proposición, enunciado o creencia, es verdadera sí, y sólo sí, corresponde con los hechos; el relativismo para el pensador alemán, se refiere en este tenor, no existen formas de contrastar los enunciados que se creen como una verdad. Sin embargo, es importante aceptar que nuestro conocimiento no genera una verdad, ya que la creencia de la certeza científica, es un mero deseo; la ciencia es falible, porque es humana, la idea de error implica la de verdad como un estándar de que podemos fracasar. Nosotros aprendemos mas por errores que por acumulación de datos.

Variables independientes son las medidas de un suceso, acciones que influncian, afectan o causan algún otro fenómeno.

Variables dependientes son aquéllas acciones que son causadas, dependen de o están en función de las variables independientes.

¹⁶³ Tomado de "Ibidem". Pág. 110

¹⁶⁴ Popper, Karl. "La sociedad abierta y sus enemigos". Barcelona, Paidós.1971. Pág.669.

Precedentes de las variables son las variables que se presentan previamente al resto de las variables y, que probablemente puedan influenciar a otras variables independientes.

Mediación de las variables (variables que intervienen), se refieren a las variables que ocurren más próximas en relación con el tiempo respecto de la variable dependiente, además de ser afectadas por otras variables independientes. Una de las fundamentales intenciones de la investigación científica es proporcionar explicaciones científicas de los fenómenos.

Los *conceptos* son las palabras que elegimos para describir conductas o atributos; Jhonson¹⁶⁵ dice; únicamente contribuyen a la identificación y delineación de las disciplinas científicas dentro de las cuales la investigación es dirigida. Estos deben ser exactos, precisos e informativos. La importancia de los conceptos radica en lo exitosos que puedan ser para el investigador, ya que éstos ayudan a observar y entender aspectos del medio ambiente, así como también en la comunicación con los demás.

Los conceptos se desarrollan a través de un proceso por el cual algún grupo social (tribu, nación, cultura, profesión) está de acuerdo en dar a un fenómeno o propiedad un nombre en particular.

Los conceptos son susceptibles de desaparecer cuando éstos no son necesarios; en consecuencia, van apareciendo nuevos conceptos como resultado de nuevos fenómenos o sucesos que se presente, los cuales adquieren acepciones, por tanto se les llaman *conceptos precisos*, en contraposición con los *abstractos*. Así pues, el *método científico* debe explicar el significado de los conceptos, estrategias a seguir en cuanto a su definición, los que se desarrollarán y evaluarán y posteriormente se puede decidir si el significado es acorde a nuestra comprensión del término

¹⁶⁵ Tomado de "Op. Cit". Jhonson, Janet. "Political Science Research Methods" Pág. 126-133

utilizado; si tal significado tiene una acepción compartida en el universo de estudio.

La definición de conceptos tiene un directo impacto en las cualidades del conocimiento producidos por los estudios de la investigación.

En el área de las ciencias sociales, muchos de los conceptos políticos y sociales necesitan ser estudiados a fondo y con extremo cuidado por lo abstracto que éstos puedan llegar a ser; por consiguiente, necesitan de una extensa y profunda elaboración, lo cual constituye un desafío al momento de su elaboración para un científico social. Otro camino que auxilia en la definición de conceptos es a través de la revisión minuciosa de conceptos anteriormente utilizados por otros, es decir, preservar, mejorar o anular, si es necesario, estas definiciones.

De acuerdo a lo anterior, existen tres periodos en el proceso de investigación: identificar el objetivo, proponer los razonamientos para el fenómeno en cuestión y, por último, definir el concepto que se utilizará para poder describir el fenómeno. Desde esta perspectiva, el investigador estará listo para establecer las hipótesis cualesquiera que sean.

Las hipótesis son suposiciones explícitas que indican cómo un investigador piensa acerca del fenómeno de su interés y como está relacionado. A partir de este seguimiento, la propuesta representada dará explicación para algunos fenómenos e indicará cómo una variable independiente afecta, influye o altera a la variable dependiente. Empero, si la hipótesis no está bien planteada, ésta se tornará equívoca en dirección de la investigación.

Estas se clasifican en: *nulas, correlativas, direccionales y causales.*

Las *hipótesis nulas* son aquéllas en las que no hay una relación entre dos o más variables y usualmente representan la oposición de la hipótesis que se trata de confirmar.

Las *hipótesis correlativas* se dan por la relación entre dos o más conceptos. No especifica la naturaleza de esta relación.

Las *hipótesis direccionales* surgen de la relación sobre la naturaleza o dirección entre conceptos. Este tipo de hipótesis contienen más información acerca de la relación propuesta. Por la naturaleza de la relación se distingue si las hipótesis direccionales guardan una relación *directa* o *inversa*.

Básicamente, la hipótesis direccional podrá ser traducida en términos de funciones matemáticas relacionando a las variables dependientes e independientes.

Por último, las *hipótesis causales* son las más difíciles de determinar. Establece la relación que existe entre las variables por *causa-efecto*, demandando un exhaustivo análisis de datos.

Los científicos políticos frecuentemente hacen alusión acerca de las hipótesis causales, construcción de modelos causales y realización de análisis causal, pero rara vez desarrollan un conocimiento causal.

Las hipótesis nulas, correlativa y direccionales se preocupan fundamentalmente de la relación, correlación y covariación entre las variables. Afirman la ausencia o presencia que existe (conexión) entre un fenómeno y otro.

1. Deben ser exposiciones empíricas,¹⁶⁶

¹⁶⁶ Tomado de "ibidem". Pág 187

2. Generales (no particular). En este sentido, una hipótesis general irá más allá de nuestro conocimiento y de casos individuales.
3. Plausibles. Debe ser lógica y que al pensarse sea factible su confirmación.
4. Específicas. Deben ser claramente definidas a través del proceso deductivo.
5. Consistente en concordancia con los datos existentes.
6. Comprobable. Esto es para saber si es correcta y no sea tautológica.

Una hipótesis que no puede ser desmentida no es una hipótesis por completo y no es conveniente para el análisis de datos empíricos.

4.4 Problemas que presenta la confiabilidad y validez en las medidas de la ciencia política.

La confiabilidad y la validez de las medidas usadas por los científicos políticos son rara vez demostrados satisfactoriamente a los demás. Esto es a causa de que un fenómeno no es por completo confiable o no confiable así como válido o inválido.¹⁶⁷

La confiabilidad y la validez no son la misma cosa. La medida puede ser confiable sin ser válida. Es más importante demostrar válidamente un fenómeno que lo confiable que pueda ser, pero la confiabilidad es usualmente más fácil y precisa para ser probada.

Las mediciones deben no sólo ser exactas, sino también contar con precisión, es decir, las medidas deben contener tanta información como sea posible sobre los atributos o conducta que estén siendo medidos. Mientras sean más precisas las medidas, lo más completas e informativas, constituirá la prueba de la relación entre dos o más variables.

¹⁶⁷ "Ibidem". Pág 245

El nivel de las medidas es cuando se considera la precisión de las medidas. El nivel de la medida implica el tipo de información que se piensa alrededor del contenido de las medidas y del tipo de comparación que puede ser hecha a través de un número de observaciones en la misma variable. También se refiere a la asignación de número que se considerarán en las medidas mismas.

Existen cuatro niveles de medición: *nominal, ordinario, intervalo y razón*.¹⁶⁸

1. *Nominal*. Implica los valores asignados a la variable y representa sólo diferentes categorías o clasificaciones. Las categorías son comúnmente exhaustivas y exclusivas; deben de incluir todas las posibilidades para la medición.

2. *Ordinario*. La variable puede ser medida más o menos y que una comparación puede ser hecha en cualquiera de las observaciones que tengan más o menos un atributo en particular. Los intervalos entre los números no tienen significado, toda vez que la importancia se localiza en lo más ascendente o descendente de los números que representen los atributos.

3. *Intervalo*. Representa los intervalos entre las categorías o valores asignados de las observaciones que tienen ya un significado. El valor de una observación en particular es importante no solamente en términos de si es más larga o pequeña al de otros valores (como en la medida ordinaria).

4. *Índice*. Esta posee de manera completa propiedades matemáticas de los números. Los valores de las categorías ordenan las categorías, dice los

¹⁶⁸ "Ibidem". Pág 244 (Se particulariza en aspectos Estadísticos-Técnicos).

intervalos entre éstas y afirma de modo preciso lo relativo a la cantidad de la variable que la categoría representa. (x vale tantas veces que otra).

Identificar el nivel de las medidas es importante para saber qué tanto afectan los tipos o clases de hipótesis que pueden ser probados y de las técnicas para analizar datos que se podrán usar.

En la investigación política comúnmente se usa el nivel ordinario. Los investigadores desarrollan una medida estratégica que permite capturar numerosos aspectos de un fenómeno complejo mientras representa la existencia del fenómeno dado en un caso particular con un singular valor representativo. Esto implica la construcción de los índices o escalas que representan diversas dimensiones de un fenómeno complejo. Estas medidas son útiles porque permite realzar la exactitud de la medida, simplificar los datos del investigador, siendo manejables en cuanto a la cantidad (reduciéndolos), e incrementa así el nivel de medición del fenómeno.

Es un método de acumulación de puntos en casos particulares que forma una medida de un fenómeno complejo. El índice es construido por la asignación de un rango de puntuación posible para un número de temas; determina la puntuación por cada observación a través de todos los temas. El resultado de la suma de los puntos es la medida representativa del fenómeno. Estos son usados frecuentemente en los cuestionarios para la opinión pública, que miden actitudes o tendencias de tipo político.

4.5 Diseño estadístico y experimental.

El diseño de la investigación es un plan que muestra cómo el investigador intenta alcanzar o realizar las metas del propósito en estudio. Indica qué observaciones serán hechas para proveer respuestas a las preguntas

planteadas por el investigador, cómo las observaciones serán hechas, y los procedimientos analíticos y estadísticos que serán usados una vez que la información esté reunida. Si el objetivo de la investigación es probar la hipótesis, la investigación sólo explicará como la prueba cumplió con los pasos. La prueba permite trazar las interferencias respecto de la cantidad de las relaciones causales de las variables bajo la investigación. La investigación diseña y define la generalidad del campo en que se actúa, es decir, si las interpretaciones obtenidas pueden ser generalizadas a la extensión de la población o a diferentes situaciones.

Muchos factores afectan la elección de una investigación. Uno es la intención de la investigación. Si la investigación es con la intención de ser exploratoria, descriptiva, explicatoria probablemente será influenciada de la elección que haga el investigador en el diseño de la misma.

El diseño de la investigación para probar hipótesis intentadas por los investigadores es: establecer una relación entre dos o más variables; demostrar que el resultado es generalmente verdadero en el mundo real; revelar si un fenómeno precede de otro en el tiempo y eliminar muchas explicaciones alternativas para un fenómeno.

El diseño de la investigación experimental discrepa de los diseños no experimentales y que permite al investigador tener más control de la variable independiente, unidades de análisis, y del medio ambiente en la cual la conducta se presenta. El diseño experimental permite a los investigadores establecer explicaciones causales para la conducta política más fácilmente que la no-experimental.

Un experimento tiene cinco características básicas:¹⁶⁹

¹⁶⁹ Tomado de "Ibidem". Pág. 322

1. Existen grupos experimentales que reciben un experimental o prueba de estímulo (la variable independiente en el desarrollo de las hipótesis) y control de los grupos que no lo hacen.
2. Determinar la composición del experimental y control grupal para escoger los sujetos y asignarlos a uno de los grupos.
3. El investigador tiene más control en la introducción del tratamiento experimental (estímulo).
4. El estudioso es capaz de medir la variable dependiente antes y después del estímulo experimental dado.
5. El investigador es capaz de controlar el medio ambiente de los sujetos para manejar o excluir factores ajenos que podrían afectar la variable dependiente.

Un experimento es ideal cuando el investigador puede hacer exposiciones causales y descartar alternativas de la explicación.

“La validez externa se refiere a la representatividad de las conclusiones de la investigación y si es posible generalizar éstos hacia otras situaciones. Un problema que pudiera presentarse es que los mismo efectos no serán encontrados al utilizar diferente población.”¹⁷⁰

Investigadores intentan excluir factores extraños para la asignación de sujetos para el control y grupos experimentales, en tres diferentes caminos: asignar sujetos de los grupos al azar bajo la suposición que los factores extraños afectarán a todos los grupos igualmente. La asignación al azar es la elección práctica cuando el investigador no es capaz de especificar

¹⁷⁰ Alcaide, Ángel. “Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales.” Edit . Pirámide, Madrid. 1976. Pág. 210

factores extraños por adelantado o cuando existen muchos y que no es posible asignar sujetos a lo experimental y grupos de control igualmente.

"Precisión de semejanza es otro camino para asignar sujetos de grupos para controlar factores extraños. Esta es usada si el investigador conoce ante de tiempo la certeza de los factores relacionados de diferencias en la variable dependiente. El investigador hace juego de pares de sujetos, siendo lo más similar que sea posible y designa uno del grupo experimental y de otro grupo de control."¹⁷¹

Otro es el control de distribución por frecuencia, es cuando el investigador hace seguro que el experimental y el control de grupos son idénticos en la distribución y promedio del valor de una variable extraña. Uno de los más grandes obstáculos de la experimentación en la investigación de las ciencias sociales es la inhabilidad del investigador en el control de la asignación de los sujetos del experimental y grupos de control.

Uno de los más sencillos experimentos en su diseño implica dos grupos y dos variables, una independiente y otra dependiente. Mientras son asignadas de uno o del otro de los dos grupos en cuestión, uno de los grupos es el experimental y expuesto a un procedimiento o estímulo que representa la variable independiente.

El otro grupo, grupo de control, no incluye lo anterior. Luego la variable dependiente es medida en cada grupo. La sencilla posprueba experimental asigna o designa el supuesto o asume qué designación al azar de los objetos de los grupos experimentales y de control crean dos grupos que son equivalentes en todos los caminos significativos previos a la introducción del estímulo experimental.

Las extramedidas de la dependiente variable antes del estímulo experimental refuerzan la validez interna del experimento por remover la

¹⁷¹ "Op. cit". Jhonson, Janet.. "Political Science Research Methods". Pág. 341

posibilidad de que los grupos podrían no haber sido equivalentes a pesar de la designación al azar de los objetos de los grupos. Más allá de, cualquier diferencia de la preprueba entre los grupos de control y experimental pueden ser considerados cuando se calcula el estímulo del efecto del experimento.

Si la confiabilidad de los instrumentos usados en la pre y posprueba es imperfecta, la confiabilidad de las medidas y sus diferencias entre dos medidas imperfectas serán aún más bajas y probablemente inaceptables para diseñar las conclusiones.

La preprueba, el diseño de la posprueba permite al investigador comparar cambios en los dos grupos que reciben procedimientos distintos.

La variable dependiente es medida por cada grupo, pero en vez de un grupo experimental y uno grupo de control, más experimentales o control de grupos son sumados. Esto es útil, "si la variable independiente puede suponer diferentes valores y si el investigador quiere ver los efectos posibles de manipular la variable dependiente en los distintos caminos diversos. Esto se realiza mediante la posprueba solamente o por ambas, pre y posprueba".¹⁷²

"Los campos de experimentación son diseños experimentales aplicados en un marco natural; de este modo, no están realmente una separación del tipo de diseño. En el campo de los experimentos, los investigadores tratan de controlar la selección de los objetos, sus designaciones o tareas de los grupos de procedimientos"¹⁷³ y la manipulación de la variable independiente. Al mismo tiempo, las conductas de intereses están observadas en un natural, o realista, marco.

¹⁷² "Ibidem". Pág. 350

¹⁷³ "Op. Cit". Alcaide, Angel. "Estadística Aplicada a las ciencias Sociales". Pág. 133

Existe una grande oportunidad para factores extraños (tal y como los eventos históricos), que pueden entrometerse y afectan los resultados experimentales. "Puede ser posible escoger marcos naturales que están aislados en algunos aspectos; es por ello que se puede aproximarse al medio ambiente controlado, pero el investigador amañadamente puede esperar que el medio ambiente permanezca para sacar ventaja en la demostración de su experimento".¹⁷⁴

El campo de los experimentos no debe necesariamente ser considerado inferior al laboratorio de experimentos. Este muestra un alta probabilidad de obtener los mismo resultados de la manipulación experimental del investigador según estaría obtenido en un marco del mundo real.

Algunos de los asuntos y problemas que enfrenta el campo del experimento son:

- ◆ *Acotamiento.*- Limitar posibles factores.
- ◆ *Dificultades de la Instrumentación como;*
- ◆ *Falta de control sobre el medio ambiente.*- En el campo de los experimentos, a diferencia del laboratorio de experimentos, los investigadores no tienen el control por completo de los objetos del medio ambiente.
- ◆ *Asuntos éticos.*- Complejidad de valores
- ◆ *Principales o importantes conclusiones.*

¹⁷⁴ "Op.Cit". Jhonson, Janet "Political science Research Methods". Pág.362

El diseño de correlación es usado más frecuentemente por los científicos políticos, en él, las medidas de las variables dependientes e independientes son llevadas al mismo punto en el tiempo y el investigador no tiene ningún control de la introducción de la variable independiente, la asignación de los sujetos del procedimiento o grupos de control, o de las condiciones bajo las cuales la variable independiente es experimentada.

El monto de los cambios en la variable dependiente podría ser asociada con la variable independiente, pero es con el diseño de series de tiempo. El valor de una metodología para el pronóstico como la del análisis de series de tiempo, que utiliza la información pretérita y presente como una guía para el futuro fue conocido y expresado con gran elocuencia hace más de dos siglos por el Estadista estadounidense Patrick Henry quien dijo :

“ Tengo una sola lámpara con la cual se guían mis pies y ella es la lámpara de la experiencia, la única forma que conozco de juzgar el futuro en el pasado. (Discusión en la Convención de Virginia (Richmond) Marzo 23, 1775).”¹⁷⁵

En el estudio de caso el investigador examina uno o pocos casos de un fenómeno detalladamente, típicamente usa un número de información recolectada metódicamente, tal y como entrevistas personales, análisis de documentos, y observaciones. Por muchos años el caso de estudio fue considerado ser inferior a la investigación estratégica, pero ahora es reconocida como una distintiva forma de investigación y un importante diseño para usar para el desarrollo y evaluación de las políticas públicas como también para desarrollar explicaciones para y probar teorías del fenómeno político. Este podrá ser usado para explorar, describir o explicar propósitos o intenciones.

¹⁷⁵ Berenson, Mark and Levine, David. “Estadística, Administración y Economía.” Edit. Interamericana. México, 1982. Pág. 619.

El resto de este apartado lo dedicaremos a los pasos finales del proyecto de investigación:

El análisis de los datos recolectados y presentados junto con el reporte de investigación, tienen el propósito de hacer observaciones empíricas para probar las hipótesis acerca del fenómeno y comportamiento político estudiado. "Esto requiere del análisis de las observaciones sobre dos o más variables, esta actividad es llamada análisis de datos univariados y las mediciones utilizadas para resumir los valores de una variables llamada Estadística Descriptiva".¹⁷⁶

Sin duda existe familiaridad con bastantes ejemplos de análisis de datos univariados y de estadísticas descriptivas. Los análisis univariados y las estadísticas descriptivas se encuentran frecuentemente en los periódicos. En dónde se aglutinan; " las puntuaciones típicas que indican la evaluación de una persona del grupo respecto a las otras...proporciona información o muestra que se estudia."¹⁷⁷

En varios de estos casos los investigadores presentan información sobre la distribución de los valores observados en una variable simple, antes de probar las hipótesis de la relación entre dos o más variables. Este tipo de presentación de datos es llamada Tabla Enumerativa, puesto que es básicamente una lista de valores de una variable para todos los casos. Esto no es una prueba de hipótesis representativa.

Los dos datos muestran sólo la discusión e incluyen un número relativamente pequeño de los casos y de los valores observados. Algunas veces sin embargo, el número de casos y los valores observados de una variable son por mucho muy largos para ser presentados de una forma

¹⁷⁶ Olguin, Fernando. "Estadística Descriptiva Aplicada a las Ciencias sociales". UNAM. México 1988. (Se destaca la aplicabilidad Estadística en datos de carácter social)

¹⁷⁷ M, Downe. "Métodos Estadísticos Aplicados." 5 Edición Edit. Harla México 1986. Pág. 7

enlistada en una tabla enumerativa. Consecuentemente, los investigadores muchas veces presentan las Frecuencias de Distribución de sus variables y utilizan una variedad de gráfica para representar los contenidos de la frecuencia de distribución. También algunas veces se utilizan las estadísticas descriptivas, las cuales son formas de resumir los valores observados en una forma clara y comprensible para representar una distribución de los valores de una variable.

El punto de partida de algún análisis de datos univariados es la frecuencia de distribución de los valores observados sobre una variable. La frecuencia de distribución es nada más que una tabla que muestra el número de observaciones de cada uno de los valores de una variable. El número de observaciones es llamada también la Frecuencia, la cual es representada frecuentemente con la "F".

Usualmente la frecuencia de distribución esta acompañada por una columna de números que transforman las frecuencias dentro de las proporciones o porcentajes del total de los números observados. Las proporciones son calculadas por la división de los números de las observaciones en cada categoría por el total de los números observados. Los porcentajes son calculados por la multiplicación de las proporciones por 100. Las proporciones y los porcentajes comunican la información que es más comprensible y más fácil de recordar, que una frecuencia de distribución.

Las proporciones y los porcentajes son frecuentemente preferidos a diferencia de una simple distribución de frecuencias, porque hace más fácil de comprender dos poblaciones de diferente tamaño. En muchas tablas sólo se muestran los porcentajes para cada categoría. Las frecuencias de distribución son omitidas, pero el número total de observaciones está dado y hacen lo posible para calcular la diferencia de distribución.

Usualmente los investigadores utilizan un programa de computación para recuperar la información sobre los valores observados de una variable y mostrar los contenidos en la frecuencia de distribución. Esta muestra la frecuencia de distribución que fue producida por un programa llamado SPSS. Este formato muestra el significado de cada valor (valor clasificado), el número asignado para cada valor (valor), el número de observaciones en cada categoría (frecuencia), el porcentaje del número total de las observaciones en cada categoría (porcentaje) y el porcentaje de las observaciones en cada categoría después de excluir las observaciones sin sentido (porcentaje válido). La columna final muestra el porcentaje de observaciones incluyendo los valores que hemos mostrado en las tablas de frecuencias (porcentaje acumulativo).

La gráfica de barras y los diagramas de pastel son otras formas de presentación de la información en una frecuencia de distribución. Una gráfica de barras es una serie de barras donde cada barra representa el número o porcentaje de observaciones que están en una categoría. Una diagrama de Pastel es una representación circular donde se ponen los valores observados y donde cada porción del círculo (o rebanada de Pastel) representa la proporción de los valores observados en cada categoría.

La frecuencia de distribución y la gráfica de barras muestran hasta qué punto contienen algunos valores relativos de cada una de las variables presentadas (por ejemplo, pudiera haber 3 categorías de votos en la denominación democrática de 1984 y cuatro categorías de cambio de opinión política y también se pudiera ver por ejemplo, doce categorías de duración en el poder de líderes.

Algunas variables, sin embargo, están medidas de tal forma que el número de valores es por mucho muy largo para ser presentado en una gráfica de barras, en un diagrama de Pastel o igual o en una frecuencia de distribución.

La mayoría de estas variables son intervalos o mediciones de unidad de proporción.

Una curva de frecuencia es una gráfica simple de frecuencias de distribución, en la cual los valores de las variables están a lo largo del eje de las X y el número de las observaciones está representado a lo largo del eje de las Y. Cada punto representa el número de observaciones para cada valor y los puntos son unidos para formar un diagrama lineal o una curva de frecuencias. Esto puede ser hecho por intervalos o mediciones de los niveles de proporción, porque tienen las propiedades matemáticas de los valores a ese nivel de mediciones. Los diagramas lineales son frecuentemente utilizados para presentar los valores de una variable que ha sido medida en diferentes tiempos.

Las curvas de frecuencia y los diagramas lineales llegan a tener un número ilimitado de formas: Una distribución simétrica tiene la misma forma en uno y otro lado del punto medio del rango de los valores observados. Las distribuciones asimétricas pueden ser desviadas positivamente (también llamadas desviación a la derecha <c>) o desviadas negativamente (también llamadas desviaciones a la izquierda <d>). Una distribución desviada positivamente tiene varias observaciones a la derecha del punto medio, pero algunas observaciones están más allá del punto medio. En una distribución desviada negativamente tiene algunas observaciones sobre la parte izquierda de la curva.

Como se ha visto hay un sin número de formas en las cuales la información contenida en una frecuencia de distribución pueden ser mostradas y presentadas. Algunas veces, sin embargo, la información en una frecuencia de distribución también es extensa para nosotros para suponer alguna

apreciación o nosotros queremos a un intérprete que compare los diversos contenidos de frecuencia de distribución simultáneamente.¹⁷⁸

El contenido de las descripciones de frecuencia puede ser resumido con las estadísticas descriptivas que según Stevens en 1969 dice : "Si no hubiera mediciones no habría ciencia estadística y si las medidas fueran exactas en todos los casos, habría una demanda mucho más reducida para evaluar la estadística".¹⁷⁹ Las estadísticas descriptivas son cálculos matemáticos que intentan capturar, precisar y eficientemente, los contenido de una frecuencia de distribución. Dos tipos diferentes de estadísticas descriptivas son usadas comúnmente para resumir la recolección de las mediciones: una de las mediciones en la tendencia central que es, cuál valor es más frecuente en la mitad o en la distribución central de los valores; la otra medición es la dispersión (que es cuán cercano o cuán remoto los valores están distribuidos alrededor del valor más frecuente, en el valor medio o central)

Resumiendo, los datos en las estadísticas descriptivas tienen una desventaja, empero, la información acerca de las mediciones simples es una pérdida inevitable.

Diferentes estadísticas descriptivas son apropiadas para diferentes niveles de medición. Por eso, discutiremos en torno a cuáles son apropiadas - nominal, ordinal, intervalo o niveles de medición de los cocientes (proporción).

Una medición de niveles nominales es una observación dividida dentro de categorías ordenadas arbitrariamente. Resumiendo, los datos de nivel nominal es totalmente recto. La medición de la tendencia central es llamada Media o Categoría Modal y en una categoría simple con la más grande

¹⁷⁸, Tomado de "Op. Cit". Jhonson, Janet. "Political Science Research methods". Pág. 398

¹⁷⁹ "Op. Cit". M. Downe. "Métodos Estadísticos Aplicados". Pág.7

frecuencia de observaciones. "La media es más común que la mediana y se define como la suma de las marcas por el número total de los casos comprendidos"¹⁸⁰.

Para los datos de nivel nominal, ocurre la más grande dispersión cuando las observaciones son distribuidas en cantidades iguales en las categorías. La medición de dispersión para las mediciones de niveles nominales es la proporción de los valores observados que son en la categoría modal. El número más pequeño de observaciones en la categoría modal, la dispersión más grande.

Las mismas estadísticas descriptivas utilizadas para los datos de nivel nominal, también pueden ser utilizadas para resumir datos de nivel ordinal. Los datos de nivel ordinal involucran categoría de observaciones que son ordenados, sin embargo (para más de algunos atributos es perder algunos atributos). Así, hay alguna estadísticas descriptiva adicional que resume la información acerca del ordenamiento de las mediciones. La media así como la moda es utilizada para indicar la Tendencia Central de una medición ordinal. La media es la categoría o valor en una distribución de valores sobre o debajo que la mitad de las frecuencias bajas. Dicho en otra forma, esta es una categoría que pertenece la mitad de las observaciones.

La dispersión de las mediciones ordinales pueden ser indicados por el Rango, la distancia entre la más alta observación y la más baja observación o el rango de las categorías dentro de las observaciones. Un extremos de las observaciones podría causar que el rango sea totalmente grande aun cuando muchas de las observaciones están incluidas en un sólo pequeño rango de categorías. Por esta razón, el rango "interquartile", el cual no es tan sensitivo a algunas observaciones del extremo final de la distribución, es la medición de dispersión preferida. El rango Interquartile refleja la mitad del

¹⁸⁰ Humbert, Blaock Jr. "Estadística Social". Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1978. Pág.104.

cincuenta por ciento de las observaciones: el 25% está arriba y el 25% está abajo. Para calcular el Rango Interquartile se quita el cuarto inferior y el cuarto superior de las observaciones.

Cabe hacer notar que en las estadísticas para mediciones de nivel ordinal son más informativas que aquellas mediciones de nivel nominal. Para las mediciones de niveles ordinales, la Tendencia Central de la frecuencia de distribución puede ser juzgado en ambas, moda y mediana, para las mediciones de nivel nominal, sólo la moda es apropiada. Para las mediciones de nivel ordinal, la dispersión de la frecuencia de distribución puede ser indicada con el Rango y el Rango Interquartile para las mediciones de nivel nominal, la dispersión puede ser juzgado sólo por el resultado del porcentaje de los casos dentro de la categoría modal.

Las mediciones de intervalo y de niveles de proporción pueden ser resumidas en formas que tomen ventajas de las propiedades matemáticas de los valores observados. Las mediciones de la Tendencia Central de intervalos y las mediciones de nivel de proporción son la moda, la mediana y la media aritmética. La media aritmética o promedio es la suma de los valores de la variable y divididos por el número total de los valores. Aunque, la media es comúnmente utilizada en estadística, puede ser un indicador engañoso de Tendencia Central si los valores observados están en el extremo de la frecuencia de distribución.

Los indicadores de dispersión para el intervalo y nivel de proporción incluyen desviación media, varianza y desviación estándar, así como el rango y el rango interquartile se discutieron tempranamente. Para los indicadores de intervalo y el nivel de proporción están representados por números simples, porque las propiedades matemáticas de los niveles de medición.

La Desviación Media es una medición de dispersión que está basada en la desviación de cada dato desde la mitad. Estos cálculos se pueden mostrar,

si tomamos cada dato y lo restamos de la mitad, calculamos la cantidad de datos desviados de la mitad. La suma de esta desviación es siempre 0 -una propiedad aritmética importante de la media- porque estamos interesados solamente en la cantidad de desviación y no la dirección o el signo de la desviación, podemos agregar arriba los valores absolutos de desviación. Después tomamos esta suma y dividida por el número de datos encontrados en la desviación media de datos de la mitad, se define como la Media Aritmética de las diferencias absolutas de cada marca con respecto a la Media¹⁸¹. Es la desviación media más larga, y la dispersión de datos más grande alrededor de la media.

¹⁸¹ "ibidem". Pág. 93.

ANALISIS Y CORRELACION ESTADÍSTICA ENTRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSA DE MUERTE Y LA INVESTIGACION EN SALUD

Objetivo General

Demostrar que las investigaciones de salud pública con asignación presupuestal, no son ni la mitad del total de las que se realizan en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos Específicos

1. Saber en qué porcentaje del presupuesto asignado se ejerce en materia de investigación al campo de la salud pública.
2. Qué cantidad de investigaciones se destinan para la mejora en la atención del derechohabiente.
3. Verificar de qué manera se ejerce el presupuesto si es centralizado o descentralizado.
4. Identificar la relación entre los protocolos de investigación aprobados por la Coordinación de Investigación Médica y las enfermedades que para 1999 fueran las principales causas de muerte, según el reporte epidemiológico.
5. Conocer con qué recursos cuentan las entidades estatales en donde existió un incremento en una enfermedad determinada.

□ Dependientes: son aquellos que afectan o causan algún otro fenómeno.

■ Proceso enseñanza- aprendizaje.

▲ Variables independientes: son aquellas acciones causadas por una variable independiente

- △ Currículas con fuerte enfoque en medicina restauradora, incluso en la Escuela Nacional de Salud Pública.
- △ Tecnología médica simplificadora de procesos médicos.
- △ Criterios en la selección de protocolos para la elaboración de la investigación.

▲ Centralización Administrativa

- △ Elaboración de presupuestos.
- △ Ejercicio del gasto.
- △ Aceptación de donaciones: -financieras o de mobiliario de cómputo.
- △ Deficiente atención al derechohabiente.
- △ Falta de coordinación institucional.

PROPUESTA TÉCNICA- METODOLOGICA

Las propuestas se basan en la unión de tres bases de datos (protocolos de investigación, incremento o decremento de enfermedades por Estados y datos de recursos materiales para la salud), se realiza primeramente a través de la estadística descriptiva para que posteriormente se tengan los elementos para llevar a cabo una correlación.

La técnica estadística utilizada se desarrolla con frecuencia en los Estados Unidos, su nombre es *Cross-sectorial* (que significa cruzamiento de información en base a datos independientemente analizados estadísticamente).

Su sustento se basa en que las medidas de las variables dependientes e independientes son llevadas al mismo lapso de tiempo y en donde el investigador no tiene ningún control en la introducción de una variable independiente y en ningún posible resultados.

LA MUESTRA:

Conforme al proceso enseñanza-aprendizaje-investigación, se seleccionó una promoción a Nivel Nacional por parte de la Coordinación de Investigación Médica. Del 100% el 90% recibiría una cantidad de \$ 75,000 (setenta y cinco mil pesos 00/100 m.n.) y el 10% restante una cantidad superior; llama la atención a primer vista que la cantidad de recursos financieros de este 10% es significativo en relación al 90%. El 100% lo representan 290 investigaciones de las cuales se recabaron los siguientes datos: Nombre del médico, nombre de la investigación, adscripción y monto asignado para la investigación (información que puede ser consultada en el anexo 1).

¿Porqué estudiar la investigación que se realiza en el Instituto Mexicano del Seguro Social?

En primera instancia porque el Instituto Mexicano tiene bajo su cobertura en salud aproximadamente al 43% de la población nacional, que a pesar de que jurídicamente no era concebida como una institución que desempeñara acciones de salud pública, ésta Institución asume el papel al instrumentar las primeras campañas de vacunación y de combate a enfermedades como el paludismo, y todo gracias a su fuerte sistema administrativo, superior en muchos ámbitos al de la Secretaría de Salud.

También si consideramos que esta Institución esta en la vanguardia de adelantos técnicos médicos en Latinoamérica y que por tal razón se asigna un importante presupuesto para la investigación. Para el año 2000 se asignó un total de \$ 20'400,000.00 (Veinte millones cuatrocientos mil pesos 00/100 m.n.) siendo una cantidad nada despreciable.

Por otra parte la investigación que se ha desarrollado en esta Institución ha incidido fuertemente en avances de la medicina restauradora , ejemplo de ellos tenemos innovaciones en el tratamiento del mal de Parkinson, trasplantes de corazón entre otras. Desgraciadamente todo relacionado con la medicina restauradora.

HIPÓTESIS TÉCNICA

La investigación en Salud Pública no representa un porcentaje significativo en la totalidad de las investigaciones que se realizan.

HIPÓTESIS VARIABLE INDEPENDIENTE (H.V.IND.)

I.- El proceso enseñanza-aprendizaje, esta dirigido a través de la investigación a la medicina restauradora.

V.D.

1.1- La currícula esta conformada por materias propias para la medicina de mercado

1.2- La tecnología sustituye la investigación clínica por una más detallada.

1.3- La anterior conforman los criterios para la selección de un protocolo.

II.- Existe una gran centralización en la asignación de recursos para la investigación.

V.D.

2.1- La mayor cantidad del presupuesto se asigna a proyectos cercanos a la Coordinación encargada a la investigación.

2.2- No existe un porcentaje representativo en la mejora de la atención al derechohabiente, tanto en clínicas, hospitales o centros médicos).

2.3- Se carece de relación alguna entre lo que se investiga con las principales enfermedades de muerte que reporta el Estado.

CLASIFICACION:

Los datos referentes a los incrementos y decrementos de las enfermedades por Estado, la realizó la Secretaría de Salud a través de boletín epidemiológico. Los referentes a los Recursos para la salud fueron procesados y los resultados aparecen en la Revista de Salud publicada en México/Vol.42, No.3, año 2000 (Ver anexo 1). Finalmente el tratamiento estadístico de los protocolos de investigación se realizó de la siguiente manera.

Para efectos de análisis y para ordenar los datos se concentraron en cinco grupos según la esencia en materia de salud de cada proyecto de investigación. Estos son los siguientes :

GRUPO I:

Se le denomina investigación en Salud Pública, estudios orientados a la medicina preventiva y fomento a la salud.

GRUPO II:

Se le llama investigación en salud biológica a los estudios referentes al comportamiento de agentes biológicos que son suministrados a organismos humanos, especialidad de las empresas farmacéuticas que a través de la

manipulación de fórmulas químicas contrarrestan efectos provocadas por virus o bacterias en el cuerpo humano.

GRUPO III:

Investigación centrada en el desarrollo de tecnología administrativa, contención de costos o reducción de los mismos.

GRUPO IV:

Se focaliza en el mejoramiento de la atención médica en los tres niveles de atención a los derechohabientes (Clínicas, Hospitales, y Centros Médicos), que buscan incrementar la calidad de la atención médica mediante la creación de sistemas administrativos más ágiles.

Ya conformados los grupos, con descripciones claras y planteadas las hipótesis, se procede al desarrollo estadístico de la información recolectada sobre los protocolos de investigación autorizados para financiamiento Institucional.

CONVOCATORIA 2000 EN EL IMMSS

INVESTIGACIONES ENFOCADAS

GRUPO

UNO	SALUD PUBLICA
DOS	SALUD BIOLÓGICA
TRES	REDUCCION DE COSTO
CUATRO	MEJORAMIENTO EN LA ATENCION

TIPO DE PROYECTO

N	NORMAL
E	ESTRATEGICO

BASE DE DATOS

N. DE PROYECTO	GRUPO	COSTO	
1301	2	75000	1
1302	2	75000	1
1303	2	75000	1
1304	2	75000	1
1305	2	75000	1
1306	2	75000	2
1307	4	75000	2
1308	2	75000	2
1309	1	75000	2
1310	2	75000	2
1311	1	75000	3
1312	1	75000	3
1313	2	75000	3
1314	1	75000	3
1315	1	75000	3
1316	3	75000	4
1317	4	75000	4
1318	1	75000	4
1319	4	75000	4
1320	4	75000	4
1321	2	75000	5
1322	2	75000	5
1051	1	75000	6
1052	2	75000	6
1053	1	75000	49
1054	2	75000	49
1055	2	75000	49
1056	2	75000	49
1057	2	75000	49
1058	2	75000	7
1059	2	75000	7
1060	1	75000	8
1061	1	75000	9
1062	2	75000	10
1063	1	75000	11
1064	2	75000	12
1065	2	75000	13
1066	2	75000	10
1067	2	75000	11
1068	2	75000	9
1069	2	75000	11
1070	2	75000	10
1071	2	75000	11
1072	2	75000	14
1073	2	75000	15
1074	2	75000	7

LISTA DE ADSCRIPCIONES

- 1 DIVISION DE INVESTIGACION BIOMEDICA
- 2 DIVISION DE INVESTIGACION CLINICA
- 3 DIVISION DE INV. EPIDEMIOLOGICA Y SERVS. DE SALUD
- 4 DIVISION DE INFORMATICA MEDICA
- 5 SECRETARIA PARTICULAR C.I.M.
- 6 DELEGACION ESTATAL VERACRUZ SUR
- 7 ENDOCRINOLOGIA C.M.N.
- 8 COORD. DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL
- 9 DELEGACION ESTATAL SAN LUIS POTOSI
- 10 CENTRO MEDICO LA RAZA
- 11 HOSPITAL DE PEDIATRIA C.M.N.
- 12 DELEGACION ESTATAL JALISCO
- 13 HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA CASTELAZO AYALA
- 14 COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO
- 15 COORDINACION DE EDUCACION MEDICA
- 16 DELEGACION ESTATAL VERACRUZ NORTE
- 17 DELEGACION ESTATAL TABASCO
- 18 DELEGACION ESTATAL QUINTANA ROO
- 19 HOSPITAL DE CARDIOLOGIA C.M.N.
- 20 DELEGACION ESTATAL DURANGO
- 21 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N.
- 22 DELEGACION ESTATAL NUEVO LEON
- 23 HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA MAGDALENA DE LAS SALINAS
- 24 U.M.F. NUMERO 41 MEXCO D.F.
- 25 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y REHABILITACION MEXCO DF
- 26 U.M.F. 33 MEXCO D.F.
- 27 DELEGACION ESTATAL NAYARIT
- 28 DELEGACION 2 NOROESTE D.F.
- 29 DELEGACION MEXCO ORIENTE
- 30 DELEGACION ESTATAL CHIHUAHUA
- 31 DELEGACION ESTATAL CHIAPAS
- 32 DELEGACION ESTATAL GUANAJUATO
- 33 DELEGACION ESTATAL SINALOA
- 34 H.G.Z 27 D.F.
- 35 DELEGACION ESTATAL GUERRERO
- 36 DELEGACION ESTATAL QUERETARO
- 37 DELEGACION ESTATAL PUEBLA
- 38 DELEGACION ESTATAL YUCATAN
- 39 DELEGACION ESTATAL BAJA CALIFORNIA SUR
- 40 COORDINACION DE SALUD COMUNITARIA

1077	2	75000	16
1078	2	75000	16
1079	2	75000	16
1080	2	75000	16
1081	2	75000	16
1082	2	75000	16
1083	2	75000	16
1084	2	75000	10
1085	1	75000	11
1086	2	75000	11
1087	2	75000	17
1088	1	75000	18
1089	2	75000	19
1090	2	75000	11
1091	1	75000	10
1092	2	75000	10
1093	2	75000	10
1094	2	75000	20
1095	2	75000	19
1096	2	75000	21
1097	2	75000	22
1098	2	75000	10
1099	1	75000	8
1100	2	75000	10
1101	2	75000	10
1102	2	75000	10
1103	2	75000	23
1104	2	75000	10
1105	3	75000	23
1106	4	75000	24
1107	2	75000	23
1108	2	75000	23
1109	2	75000	25
1110	2	75000	25
1111	2	75000	25
1112	2	75000	25
1113	1	75000	2
1114	4	75000	25
1115	2	75000	11
1116	2	75000	19
1117	4	75000	27
1118	2	75000	2
1119	4	75000	28
1120	2	75000	11
1121	2	75000	11
1122	2	75000	12
1123	2	75000	12
1124	4	75000	8
1125	1	75000	8
1126	1	75000	29
1127	2	75000	30
1128	2	75000	31
1129	2	75000	31
1130	2	75000	32
1131	4	75000	27
1132	2	75000	33
1133	2	75000	21
1134	2	75000	21
1135	2	75000	21
1136	2	75000	21
1137	2	75000	34
1138	2	75000	34
1139	2	75000	10
1140	2	75000	35
1141	4	75000	11

- 50 DELEGACION ESTATAL COLIMA
- 51 DELEGACION ESTATAL MICHOACAN
- 52 DELEGACION ESTATAL TAMAULIPAS
- 53 DELEGACION ESTATAL ZACATECAS

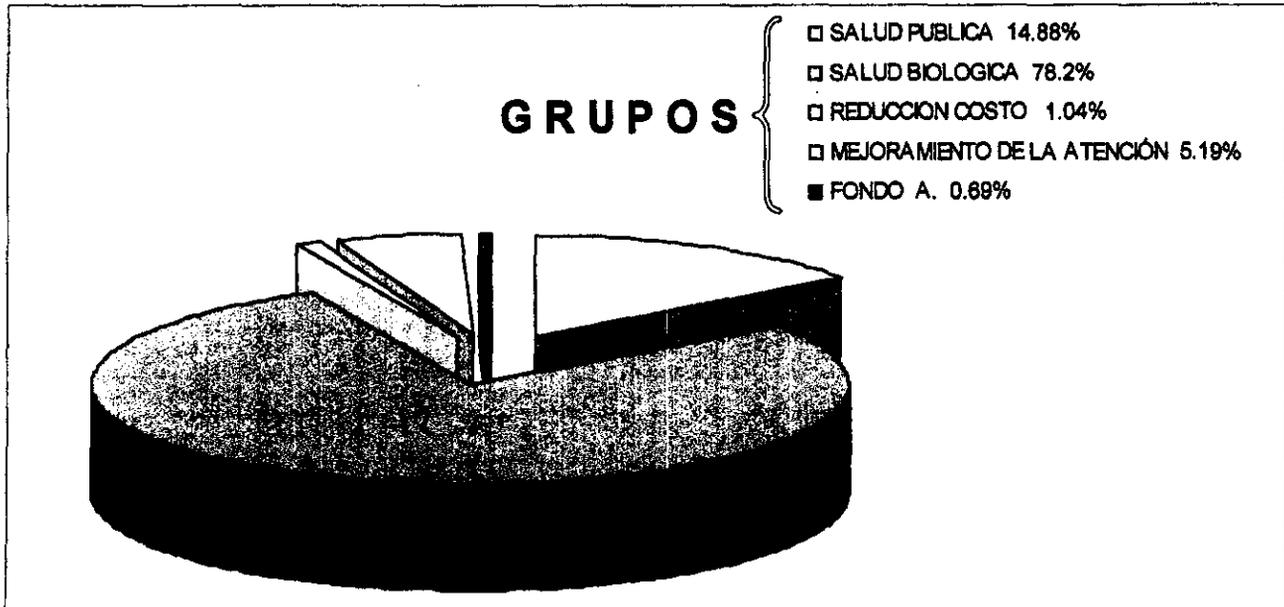
1142	2	75000	11
1143	2	75000	35
1144	2	75000	32
1145	2	75000	12
1146	2	75000	21
1147	2	75000	10
1148	1	75000	10
1149	2	75000	36
1150	2	75000	11
1151	2	75000	37
1152	4	75000	38
1153	2	75000	38
1154	2	75000	38
1155	1	75000	12
1156	4	75000	39
1157	1	75000	39
1158	2	75000	29
1159	2	75000	29
1160	2	75000	19
1161	1	75000	40
1162	1	75000	40
1163	2	75000	40
1164	1	75000	40
1165	2	75000	40
1166	1	75000	40
1167	2	75000	40
1168	2	75000	40
1169	1	75000	40
1170	1	75000	40
1171	1	75000	40
1172	4	75000	41
1173	2	75000	31
1174	2	75000	9
1175	2	75000	9
1176	2	75000	25
1177	2	75000	42
1178	2	75000	42
1179	4	75000	12
1180	2	75000	21
1181	2	75000	29
1182	2	75000	29
1183	2	75000	29
1184	2	75000	29
1185	2	75000	21
1186	2	75000	36
1187	2	75000	10
1188	2	75000	19
1189	2	75000	10
1190	2	75000	29
1191	2	75000	12
1192	2	75000	10
1193	1	75000	15
1194	2	75000	43
1195	2	75000	13
1196	2	75000	44
1197	2	75000	45
1198	2	75000	11
1199	2	75000	46
1200	2	75000	22
1201	2	75000	21
1202	2	75000	21
1203	2	75000	21
1204	2	75000	47
1205	2	75000	47
1206	2	75000	47

1207	2	75000	48
1208	2	75000	32
1209	2	75000	47
1210	2	75000	42
1211	2	75000	42
1212	2	75000	22
1213	2	75000	37
1214	2	75000	21
1215	2	75000	49
1216	1	75000	49
1217	2	75000	12
1218	2	75000	12
1219	2	75000	12
1220	2	75000	12
1221	2	75000	12
1222	1	75000	12
1223	2	75000	50
1224	2	75000	21
1225	1	75000	12
1226	2	75000	21
1227	2	75000	21
1228	2	75000	47
1229	2	75000	45
1230	2	75000	11
1231	2	75000	42
1232	2	75000	42
1233	2	75000	47
1234	1	75000	47
1235	2	75000	21
1236	2	75000	21
1237	2	75000	11
1238	2	75000	37
1239	2	75000	13
1240	2	75000	13
1241	2	75000	11
1242	2	75000	47
1243	1	75000	47
1244	2	75000	50
1245	2	75000	50
1246	2	75000	21
1247	2	75000	11
1248	2	75000	11
1249	2	75000	11
1250	2	75000	21
1251	2	75000	11
1252	2	75000	51
1253	2	75000	21
1254	2	75000	47
1255	2	75000	21
1256	2	75000	52
1257	1	75000	52
1258	2	75000	11
1259	2	75000	11
1260	2	75000	47
1261	2	75000	13
1262	2	75000	46
1263	2	75000	21
1264	2	75000	22
1265	2	75000	12
1266	2	75000	12
1267	2	75000	21
1268	2	75000	30
1269	2	75000	21
1270	2	75000	46
1271	2	75000	46

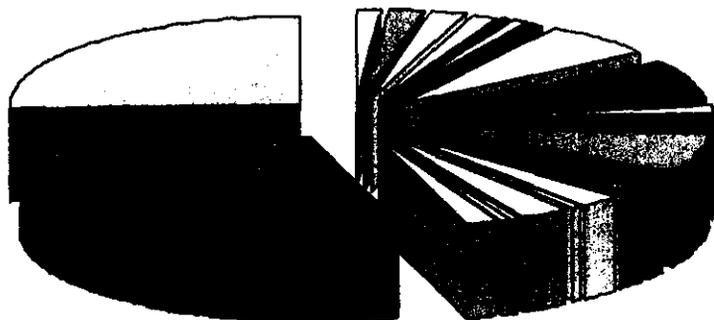
1272	2	75000	46
1273	2	75000	10
1274	2	75000	10
1275	2	75000	10
1276	1	75000	3
1277	2	75000	20
1278	2	75000	20
1279	2	75000	12
1280	2	75000	12
1281	2	75000	46
1282	2	75000	10
1283	2	75000	10
1284	2	75000	21
1285	2	75000	21
1286	2	75000	21
1287	1	75000	47
1288	2	75000	47
1289	2	75000	12
1290	2	75000	12
1291	2	75000	11
1292	2	75000	51
1293	1	75000	12
1294	2	75000	53
1295	1	75000	53
1296	2	75000	13
1297	2	75000	12
1298	2	75000	3
1299	2	75000	11
1300	2	75000	11
0038/1009	2	500000	47
0038/1810	1	84000	47
0038/1011	3	400000	47
0038/1012	2	195000	47
0038/1014	2	265000	47
0038/1026	1	800000	47
0038/1027	2	470000	47
0038/1032	2	400000	47
0038/1033	1	100000	47
0038/1034	2	295 519	47
0038/1037	2	144000	47
0038/1038	2	100000	47
0038/1327	1	483000	47
0038/1325	2	500000	47
0038/1330	2	334000	47
0038/1029	S/T	1000000	47
0038/1030	S/T	1000000	47

"ST": FONDO DE APOYO A PROGRAMAS ASIGNADOS A LA DIVISION PROVENIENTE DEL FONDO DE APOYO A PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE INVESTIGACION MEDICA

Grupo	Total (Abs)	Porcentaje
• SALUD PUBLICA	43	14.88
• SALUD RESTAURADORA	226	78.20
• REDUCCION COSTO	3	1.04
• MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN	15	5.19
• FONDO A INVESTIGACION NO ASIGNADO A PROYECTO, MANEJO DISCRECIONAL	2	0.69



FINANCIAMIENTO TOTAL POR ADSCRIPCION



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
 23 24 25 26

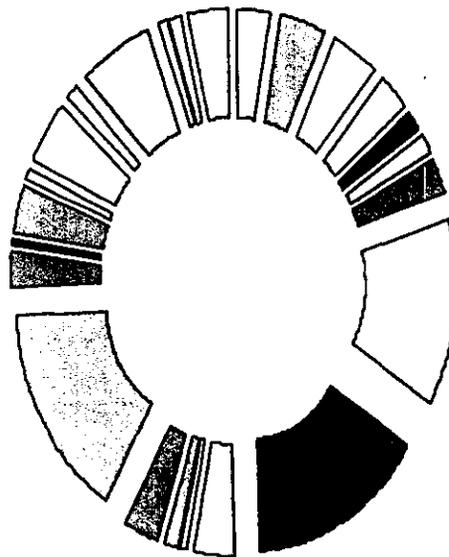
SUMA	SUM_EN %	ADSCRIP	NOMBRE_ADSCRIP
8045.519	29.29	47	COORD. INV. MED
2025	7.37	21	HOSP. ESP. C.M.N.
1950	7.1	11	PEDIATRIA C.M.N.
1725	6.28	10	C. MED. RAZA
825	3	40	COORD. S. COMUN.
600	2.18	29	DELG. MEX ORIENTE
525	1.91	2	DIV. INV. CLIN.
525	1.91	3	DIV. INV. EPID. Y S. S
450	1.64	13	HOSP. G. CASTELAZO
450	1.64	25	U.M.FAM. Y REAH. DF
450	1.64	46	HOSP. ONCO C.M.N.
375	1.37	4	
375	1.37	1	
375	1.37	19	
150	0.55	5	
225	0.82	7	
300	1.09	8	
300	1.09	23	
150	0.55	45	
150	0.55	15	
150	0.55	34	
75	0.27	14	
75	0.27	24	
75	0.27	28	
75	0.27	44	
20420.519	74.35		TOTAL DE EDOS.

EN MILES DE
PESOS

SUMA	SUM_EN %	ADSCRIP	NOMBRE_ADSCRIP
2025	7.37	21	HOSP. ESP. C.M.N.
1950	7.1	11	PEDIATRIA C.M.N
1725	6.28	10	C. MED. RAZA
825	3	40	COORD. S. COMUN.
600	2.18	28	DELG. MEX ORIENTE
525	1.91	2	DIV. INV. CLIN.
525	1.91	3	DIV. INV. EPID. Y S. S
450	1.64	13	HOSP. G. CASTELAZO
450	1.64	25	U.M.FAM. Y REAH. DF
450	1.64	46	HOSP. ONCO C.M.N.
375	1.37	4	
150	0.55	5	
225	0.82	7	
300	1.09	8	
375	1.37	1	
375	1.37	19	
300	1.09	23	
150	0.55	34	
150	0.55	45	
150	0.55	15	
75	0.27	14	
75	0.27	24	
75	0.27	28	
75	0.27	44	
12375	45.06		

EN MILES DE
PESOS

PRESUPUESTO ASIGNADO SOLO A ENTIDADES NO CENTRALIZADAS



□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 ■ 5 □ 6 ■ 7 □ 8 ■ 9 □ 10 □ 11 □ 12
□ 13 □ 14 ■ 15 ■ 16 □ 17 □ 18 □ 19 □ 20 □ 21 □ 22 □ 23 □ 24

RESULTADOS

Estadísticamente se demostró que:

1. La Salud Pública obtuvo solo el 14.88% de elección en la asignación de proyectos de investigación.
2. En contraparte, el 78.20% se otorgó a las investigaciones de corte biológico o de restauración.
3. El mejoramiento a la atención de los derechohabientes tiene solamente el 5.19%.
4. El 0.69% es asignado a las llamadas investigaciones estratégicas, a pesar que en apariencia es un porcentaje no relevante, en asignación de recursos financieros representa el 29%¹⁸² de la asignación total en tan solo 13 investigaciones. Obviamente todas de la Coordinación de Investigación Médica, mientras que para las investigaciones de salud pública no rebasa los \$2,850,000.00 (Dos millones ochocientos cincuenta mil pesos 00/100 m.n.) en 38 investigaciones.
5. Según el Sistema Clínico de Información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, de fecha 01/2000 (Ver Anexo 3), muestra las estadísticas de enfermedades que se incrementaron en algunos estados y que son esencialmente de salud pública, que a continuación mostraremos y se destacará que poco a poco encontrarán en los protocolos de investigación

¹⁸² La cantidad es de \$ 8,045,519.00 (Ocho millones cuarenta y cinco mil quinientos diez y nueve pesos 00/100 m.n.) es sólo para 13 investigaciones.

CORRELACIONES ENTRE EL INCREMENTO DE LA ENFERMEDAD Y RECURSOS MATERIALES

El paludismo en el Estado de Tabasco se incremento en un 50% de 1988 a 1999, sin embargo se le asignó menos de 1% a investigaciones y las aceptadas corresponden a otros temas. En cuanto a recursos materiales en clínicas el Estado cuenta con el 30% menos de laboratorios de análisis clínico con relación al D.F.

Veracruz tuvo un incremento del 31% en la detección de Seropositivos a VIH y los protocolos aprobados fueron para temas como: "neoplasias", "insuficiencia renal", entre otras, con un monto de \$ 600,000.00 (Seiscientos mil pesos 00/100 m.n.). En lo referente a camas censables de 78,000 y con el 1.41% de médicos especialistas, recursos insuficientes para atender la enfermedad.

La Diabetes Mellitus se considera la primera causa de muerte en nuestro país en el año pasado. Sólo en el caso de Michoacán se incrementó un 10.7% solo en el periodo de 1999-2000, empero se aprobaron protocolos para el Estado sobre "síndrome del alcoholismo fetal". Nada que ver. Es importante observar que la tendencia es a la alza en el Estado, sin embargo, en la atención médica el 60% es pasante de medicina y obviamente carecen de especialidad. Los médicos con especialidad el 80% estan en la Cd. De México.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La finalidad de los datos revelan que al menos en lo que corresponde a la investigación en Salud Pública, ésta no representa más allá del 20% de lo investigado en el IMSS, una entidad pública de investigación.

El 80% se destina a la investigación biológica o restauradora, porque la currícula en las escuelas de medicina se enfocan a la medicina restauradora, por ser más comercial y esnobista para los médicos y también porque indirectamente las empresas farmacéuticas persuaden protocolos de investigación a cambio de dar donativos financieros o en equipos (Anexo 2). A su vez, estos se convierten en los criterios para financiar los protocolos.

Administrativamente se observa una fuerte centralización del presupuesto a proyectos del D.F. y el Estado de México. Así como también se favorece a las Unidades de Investigación Médicas del Nivel Central del Instituto, simplemente porque es ahí, en donde se decide que proyecto se debe financiar.

Es prácticamente inexistente investigaciones dirigidas a mejorar la atención al derechohabiente, a pesar de que es uno de los principales reclamos de la sociedad desde por lo menos dos décadas.

COSTOS SOCIALES

Al investigar el casi 15% en acciones de salud pública a favor del 43% de la población, el deterioro de la población de los derechohabientes es creciente tanto en recursos como en tiempo de convalecencia. En el caso del tabaquismo un paciente que gasta en cigarrillos entre los 17 y 23 años, podría tener suficiente capital para iniciar un pequeño negocio, además de

CONCLUSIONES

Ciertamente la historia de la ciencia siempre será compleja, llena de ideas y errores. Estas ideas cada vez más serán complejas según se incremente el conocimiento, científico y tecnológico, así la ciencia siempre será una revolución permanente como lo expresa Karl Popper, a diferencia de Thomas Kuhn, cree que es la crítica de las teorías y no las crisis que permiten el incremento del conocimiento científico. Porque el cambio del conocimiento es racional y pertenece al dominio de la lógica de la investigación.

Popper a diferencia de Kuhn, que los cambios científicos son revolucionarios por excepción, que aprovechan los momentos de crisis de la teoría dominante para poner en entredicho el paradigma existente y aceptado convencionalmente por la comunidad científica. Por ello se coincide con lo que Popper señala: El mejor modo de estudiar el incremento del conocimiento, es estudiar el método científico, que en otras palabras es el método de la decisión racional, considerando como fundamental, una actitud racional y una actitud crítica sobre el fenómeno a estudiar.

El motor del incremento del conocimiento se centra en la contrastación de teorías y pruebas, casi siempre estas de carácter empírico, averiguando qué se ha planteado del tema en cuestión, porque se estudia, como lo estructuran y como se ha tratado de resolver. Para que en un enfrentamiento final de posiciones y argumentos, sean ellos los principales actores y lo más importante, que sean los resultados quienes señalen cual postura teórica es la menos falsa o la que se aproxima más a la realidad.

Se considera importante atender a la sugerencia pronunciada por Kuhn, al mencionar que existe siempre un falsacionismo ingenuo, que esta presente en los investigadores, sin embargo esta posición excluye cualquier

posibilidad de reconstruir racionalmente el crecimiento de la ciencia. En mi opinión, el paradigma desarrollado por Kuhn trae consigo una racionalidad completamente nueva previamente aceptada, esto invita a pensar que esta reflexión se orienta a estudiar la mente de la comunidad científica y no la mente del científico individual. Aquí valdría la pena recordar lo que expresa Stuard Mill, es el investigador cargado de sus valores, intereses e ideas quién elabora individualmente un trabajo de artesanía intelectual, para interpretar un fenómeno de estudio extraído de la realidad. Es decir, que cada investigador debe crear su propio universo.

Nuestro universo para explicar el fenómeno de estudio antes expuesto, se basa en los postulados de Popper, el método se estableció bajo un sistema de contrastación teórica entre; el estudio metodológico de las ciencias sociales, las posturas administrativas que tienen su ámbito de acción en la administración pública y las posturas de la teoría que se refiere a la salud pública. Que permitieron el estableciendo una estructura para delinear una prueba que a mi parecer es de suma importancia, considerando que la demarcación seleccionada fue la salud pública en el ámbito de una institución de seguridad social, plenamente identificada.

El sistema económico en el cual opera, la antes mencionada institución, tiene punto de comparación con otros sistemas semejantes, además, de tomar en cuenta que contiene sus particularidades . Por lo tanto los enunciados con los que se trabajo fueron contrastables con nuestros sentimiento de convicción, enfrentando problemas teóricos y prácticos, los primeros por la fortaleza de los argumentos de todas y cada una de las teorías estudiadas, los segundos, por la difícil tarea de establecer una adecuada prueba que hiciera evidente lo que se sustentaba.

Siempre se considero en la realización de la investigación, el valor de la verdad, como un valor ético irrenunciable para la elaboración de este tipo de trabajos, al menos esa ha sido la intención. Consideramos una realidad

compuesta por los tres mundos de análisis planteados por Popper; el mundo de los estados físicos, el psicológico o de las experiencias y el mundo de los productos mentales. En esta interacción es donde actuamos utilizando el método de ensayo error, así hasta configurar nuestra realidad. Por lo que nos disponemos dar a conocer.

Primeramente, partimos de la premisa que la administración pública nace en la incipiente formación del sistema económico capitalista, justo con el triunfo de la revolución Francesa en el siglo XVII, que surge dentro del estado liberal en donde quedaron consagrados los derechos del hombre y el ciudadano, que exigen el respeto y frenan el poder arbitrario del Estado feudal. El contrato social - sustento del Estado democrático- se opone al absolutismo, propone crear un Estado que garantice el orden y la igualdad entre todos y cada uno de los ciudadanos que lo componen. Es la administración pública el brazo ejecutor que sirve para dotar de los servicios y recursos que deben beneficiar equitativamente a los ciudadanos, para el óptimo desarrollo del individuo social.

Es precisamente en esta época que el avance de las técnicas administrativas tendientes a la maximización de la producción y las ganancias, encuentran el habitat propicio para desarrollarse rápidamente en todos los ámbitos del naciente Estado-nación. Desde la administración científica de Taylor, pasando por las teorías de Fayol, Mayo hasta la visión general de Weber en el tipo de dominación racional por medio de norma y la eficiencia de la burocracia capitalista, estas teorías fueron adaptadas de menor a mayor medida en los países que desarrollaron el capitalismo.

Ya para fines del siglo XIX, el desarrollo capitalista había alcanzado su punto máximo como el sistema económico preponderante en la faz de la tierra, con el avance de principalmente de las economías capitalistas anglosajonas, gracias a la administración racional de sus recursos y a la ampliación de sus mercados alrededor del mundo. El capital estaba

concentrado en pocos países a nivel mundial, en las potencias económicas gracias a la explotación de sus colonias y básicamente en la fuerza de trabajo que en ellas encontraban. La salud de aquella etapa de la historia universal, estuvo inmersa en esta dinámica.

La división del trabajo en la atención médica se presenta al separar el trabajo intelectual, con médicos especialistas y el trabajo manual de los médicos practicante y enfermeras, se establece entre ellos el principio administrativo de la jerarquía. La atención era estrictamente de asistencia pública para la población en general, con el nombre de política sanitaria mientras que, para la población pudiente existe una alternativa más para su salud, la medicina restaurativa o curativa. Debido principalmente a la comercialización de productos patentizados de carácter médico que en el mercado estaban al alcance de unos pocos.

Empero las políticas nacionales de salud la presentan de sentido sanitaria y pública, prueba de ello es el hecho de que en el contenido de la enseñanza de las escuelas de disciplinas sanitarias estuvo francamente enfocada a la restauración del daño y se refirió exclusivamente a la enfermedad. El personal médico, desde aquellos años no se encuentra capacitado para evitar la enfermedad de la población, no se contaba con alternativas para prevenirla o de fomentar las medidas higiénicas pertinentes que dieran paso a un verdadero desarrollo de todas las potencialidades del ser humano.

Desde los finales del siglo pasado, la actitud altruista de la ética de la medicina no se presenta gracias a un trasfondo económico-social del sistema capitalista imperante, la salud se entiende como un valor económico, político y de legitimación del Estado. Por lo tanto se observan dos hechos relevantes que fortalecen esta premisa; Por una parte, y a manera de ser más explícitos, la formación del personal de la salud fue enfocado a la medicina individual, es decir, a la relación médico individual - paciente individual donde el médico tenía un trabajo independiente en

relación a enfermedades que pudieran ser colectivas, su interés no estaba en percatarse de ello. Posteriormente con la inclusión de programas de carácter sanitario general los estudiante preparados en la materia al egresar de las escuelas, se enfrentan a un nulo campo de acción para aplicar sus conocimientos, por lo que son absorbidos y remodelados por el sistema, a fin de revalorar sus propios intereses individuales.

El segundo hecho relevante se refiere a que uno de los sectores productivos más desarrollados del sistema capitalista es la industria farmacéutica, su principal mercancía -categoría de análisis central del capitalismo- es el medicamento químicamente procesado, que en la mayoría de las ocasiones son productos de exclusividad diseñados por los laboratorios de las empresas, que sirven para la medicina curativa o restauradora. Así la investigación en el campo de la medicina denota su gran importancia al ser el detonante fundamental para abrir mercados, aspecto esencial para el desarrollo de la carrera consumista internacional.

Estos hechos son esenciales para entender que en las sociedades capitalistas dependientes, como es el caso de los países subdesarrollados que a pesar de que desde sus orígenes intentaron implementar un sistema de salud gubernamentalmente organizada, no pueden quedar al margen de estos hechos y que principalmente al no contar con el desarrollo de tecnología para la creación de medicamentos quedan supeditados a los designios del mercado internacional para abatir una gran gama de enfermedades generada por la pobreza que los caracteriza. Además son estas naciones quienes sufren las consecuencias colaterales o secundarias de medicamentos que fueron sacados del mercado de las potencias económicas por no tener los resultados esperados y que a la postre se desplazan a los mercados de las naciones subdesarrolladas.

En México la administración pública se encargó de insertar en el país el papel modernizante, a través de instituciones administrativas con el objetivo

de coadyuvar al desarrollo capitalista, pero también considero instituciones de carácter popular para minimizar las demandas que originaron la revolución mexicana. De esta manera se gestó un tipo *sui generis* de Estado, no era totalmente de bienestar pero tampoco de la explotación irracional, así gracias a las circunstancias se dio un justo medio en la operación del gobierno que estuvo a cargo del Estado y que duró aproximadamente setenta años.

De esta manera el estado mexicano se convirtió en el mayor empresario que conduciría el desarrollo económico, evento que fue conocido para muchos estudiosos como "capitalismo de estado" implementado aproximadamente por seis décadas. En el ámbito de la salud se establece como el jerarca principal en materia de regulación y a través de la administración pública como ente de materialización política que intenta crear un sistema de salud pública, la participación del Estado se hizo evidente, al integrar en sus programas de gobierno la práctica de la medicina social con su participación directa en la distribución de los servicios de salud pública así como de la atención médica.

La administración pública en México en lo referente a la salud desde la colonia se orientó hacia los aspectos de salud pública, gracias a la aportación de la cultura administrativa española, creando instituciones en materia de salud como el Protomedicato y otras instancias que desarrollaron medidas preventivas tanto para españoles como indígenas, la atención individual se desarrollaba en organismos de carácter privado y religioso. A diferencia de las naciones precapitalistas en donde el Estado no interviene directamente en la prestación del servicio.

En la época posrevolucionaria, el gobierno retoma más que nunca esta preocupación social, y crea a través de la administración pública una institución encargada de la regulación en materia de salud, con el propósito de que fuera la responsable de satisfacer las necesidades de la población

nacional, por medio del control las causas de la enfermedad- salud pública-, a pesar de ello la realidad de la época señalaba que primero era primordial atender el gran déficit de enfermedades generadas por la lucha revolucionaria y por la deteriorada situación económica a la que se enfrentaron muchas poblaciones del país..

El Estado mexicano basa el sistema nacional de salud en un proyecto de índole asistencial en un principio, posteriormente y gracias al desarrollo industrial que comienza a vivir el país y a la lucha de la clase trabajadora en 1943 se crea el sistema de seguridad social, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social que garantizaba protección a los trabajadores y sus familias contra enfermedades, además de dotarles de una pensión por accidente o por edad avanzada. Sin embargo, el Instituto también desarrollo actividades de salud pública, como fue en el combate y erradicación del paludismo a nivel nacional.

En el periodo del desarrollo estabilizador, México llegó a ser modelo en el campo de los servicios de salud y de seguridad social, porque ese momento se llevaron a cabo importantes programas preventivos con gran efecto en la disminución de importantes padecimientos transmisibles como la viruela y la fiebre amarilla. En lo referente a la seguridad social pasantes de la carrera de medicina se trasladaron a lugares remotos para asistir a la comunidad de trabajadores de aquellas poblaciones. Hasta finales del a década de los setentas, eran evidentes los avances en materia de salud, debido a programas preventivos exitosos y a la creación de una enorme infraestructura medica en el sector público.

El parteaguas en el ritmo de crecimiento del área de la salud, se origina con la llegada al poder del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, porque esta administración comienza a aplicar las políticas de austeridad dictadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, razón por la cual los programas de salud se ven como un barril sin fondo, es decir, nada

rentables. A partir de entonces también se da una fractura en la posición ideológica revolucionaria, situación que llevo a declarar al expresidente José López Portillo que él fue el último Presidente con el ideario de la revolución mexicana.

A partir de mediados de los años ochenta arriban a la élite política y administrativa gubernamental personajes que habían realizado estudios de posgrado en el extranjero, con una fuerte formación económica sobre la teoría monetarista, baste mencionar que uno de los Secretarios más importantes en la asignación de los presupuestos para el desarrollo era Carlos Salinas de Gortari, quien saldría electo como Presidente de la República en la siguiente administración sexenal y que durante su administración fuera el principal impulsor del Tratado de Libre Comercio.

Con la llegada del Presidente Ernesto Zedillo, se argumentaba - desde una perspectiva gerencial- que en el pasado las instituciones del sector salud se desarrollaron carentes de calidad y eficiencia en los servicios además de una deficiente organización administrativa. Sin embargo y a razón de decir verdad, el análisis que hemos realizado durante el recorrido histórico de la salud nos demuestra lo contrario. En primer momento el gobierno desde la época virreynal ha participado directamente en los servicios de salud con propósitos bien claros y definidos que hoy día los vemos materializados, posteriormente hay que reconocer que el gobierno posrevolucionario creo un basta infraestructura médica que hoy en día subsiste.

En el aspecto administrativo, el aparato burocrático gubernamental constituyó una creación pilar en el viejo sistema político, su orientación era el servicio público en donde se instrumentaban acciones con el amparo de la política social a través de las estructuras burocráticas. El objetivo era redistribuir la riqueza para favorecer a la colectividad, resaltando en todo momento la eficacia sobre la eficiencia, se pensaba que el fin ultimo era conseguir el objetivo en favor de la población, a pesar que en la mayoría de

las ocasiones los costos fueron elevados. La razón era que se buscaba lo éticamente viable para subsanar las carencias de la población.

Sin embargo actualmente el pensamiento administrativo gubernamental es de tendencia neo-liberal o como ellos gustan llamarle Posmoderna, amparados por la modernidad proponen revitalizar las estructuras administrativas del gobierno, la razón es sencilla según argumentan ellos, el país necesita verse como una empresa que sea fortalecida y que a su vez esta tenga la capacidad para adaptarse al contexto de cooperación comercial internacional con otras naciones. Desde el punto de vista político se argumenta que en nuestro país ya existe mayor participación organizada e ilustrada de la sociedad civil, por lo que es tiempo que tome decisiones a la par con las instancias públicas, intentan ver un México desarrollado y no quieren ver que un país con una gran herencia autoritaria aún le cuesta trabajo caminar solo.

Ahora podemos decir que esa visión de Estado-Nación conformada en el Siglo XIX ahora es obsoleta para las tendencias internacionales ante la globalización financiera, en donde la regla del juego es que todas las naciones del mundo participen mediante el libre comercio, porque el mundo se ha reducido gracias a la tecnología moderna de las telecomunicaciones; por ello es necesario que los gobiernos retomen modernos modelos administrativos que les permitan insertarse en el comercio mundial, desgraciadamente para el caso de México estos esquemas administrativos aún no están acordes a la realidad gracias a las viejas costumbres que nos dejó la administración del viejo sistema político mexicano.

Nos referimos a los esquemas gerenciales que el actual gobierno del Presidente Vicente Fox ha tratado de llevar a cabo dentro de la administración pública federal. Ahora se piensa que los modelos de reinvencción del gobierno, la planeación estratégica bajo misión, la mejora continua, los círculos de calidad y la atención a cliente serán la panacea

para revitalizar la vieja e inoperante burocracia mexicana. Se considera que la participación del Estado en las estructuras gubernamentales no debe ser robusta ni centralizada, pero desde nuestro punto de vista, éstas posturas administrativas no dejan de ser mas que visiones simplemente optimistas y poco aplicables a la administración pública federal.

La mayoría de estas teorías administrativas se desarrollan en los Estados Unidos, pero pareciera ser que los estudiosos en ese país de la administración pública han relegado aspectos importantes que en la administración estatal deben considerarse como son; la ética, el civismo y los valores democráticos, prefieren destacar modelos que se orientan hacia los enfoques empresariales y pragmáticos que contienen una gran dosis de una carga psicológica relacionada con las ciencias del comportamiento. Que quede claro que, la administración empresarial no es mejor que la pública, son simplemente distintas, la filosofía cliente-proveedor, no se aplica cuando los clientes somos cautivos de un proveedor único durante seis años.

En esencia el intento de reformar el Estado al pretender adelgazar sus funciones en relación a las necesidades sociales es un simple pretexto para librar recursos en favor de empresas privadas. Una muestra de ello es la propuesta de reestructurar los servicios de salud del actual gobierno Foxista, él propone que toda la población adquiera un seguro médico a través de aseguradoras ya existentes en el país que operan en otro giro comercial, por cierto es importante señalar que ya se han repartido la cobertura del mercado y que solo están en espera de que la Ley sea aprobada, pero ante esta propuesta las críticas no se han dejado esperar.

Se piensa que actualmente la salud es vista desde un aspecto estrictamente financiero y no con un criterio médico, se corre el riesgo que esta propuesta de ser aceptada, deje al margen a la población con un bajo poder adquisitivo, además de que la idea no es viable si consideramos que la estructura privada en la atención de la salud no se equipara con

infraestructura con la que se cuenta en la administración de los servicios de salud del gobierno, además de que no cuentan con experiencia en materia preventiva. A fin de cuentas lo único que se produciría sería una mayor inequidad en los servicios, se amenazaría el derecho a la salud y sólo se beneficiarían a las aseguradoras, que según la experiencia mundial las reformas de este tipo inspiradas en la libre competencia muestran que la salud es considerada como un negocio simplemente

El connotado investigador Julio Frenk, actual Secretario de Salud, quién en otro momento señalaba que : Es el Estado quién básifica su relación con la población y sus organizaciones por medio de los principios que él mismo establece en la regulación al acceso de distintos grupos a los servicios de salud, que existe una crisis en la salud pública porque esta se ha visto envuelta en la debilidad de la producción científica, que existe baja calidad académica, por la desvinculación entre las teorías y las prácticas o por la dependencia académica que en muchas de las ocasiones obedecen más a las precisiones coyunturales o de preferencias ideológicas más que la evidencia científica, ahora apoye el nuevo sistema de salud.

Si tomamos en cuenta que señalo que una política social de salud no puede ignorar a la pobreza y a la discriminación racial, pero que esto puede resolverse a través de una reestructuración económica como se ha comprobado con algunos milagros económicos en donde se ha favorecido la salud. Sin embargo, la salud en estos términos más que un impulso para el desarrollo económico se ha convertido en una causa de empobrecimiento, por lo que el funcionario no ve que es más fácil que se incremente la pobreza.

Un hecho preocupante el que percatamos a lo largo de la investigación, es que las empresas farmacéuticas, han penetrado a los centros de investigación de carácter público por la vía donativos de equipo y financiamientos de investigación, nada altruistas, al tomar en cuenta que

muchos de los proyectos de investigación son inducidos en favor de sus intereses. Si consideramos que el IMSS, ha cubierto aproximadamente alrededor del 43% de la atención de la salud en el país desde su creación, se creería que en esta instancia pública se aportarían mediante la investigación, grandes estudios en favor de la salud pública, pero tristemente vemos que sólo un porcentaje muy bajo se dedica a este tipo de investigaciones. Inicialmente la idea preconcebida al iniciar esta investigación era que el gobierno tenía la obligación de proporcionar la salud a la población mexicana, primero por el derecho a la protección de la salud, después por la enorme infraestructura administrativa relacionada con los servicios de salud que esta al servicio de la sociedad, sin embargo, se concluye que el Estado y la Administración Pública al originarse dentro del sistema capitalista no tiene porque ser altruista en ningún momento. Queda claro que por las condiciones históricas, el Estado Mexicano intentó fortalecer la atención en la materia, empero, por la fortaleza actual del capitalismo en el nuevo contexto internacional económico esta mostrando que la salud es solo un valor económico, político y legitimación del Estado.

ANEXO 1

**RELACION DE MEDICOS DE TIEMPO COMPLETO QUE OBTUVIERON FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00
A PROYECTOS DE INVESTIGACION EN LA CONVOCATORIA 2000**

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1051	DOCTOR ANTONIO CALIXTO SALAZAR HERNANDEZ	"Factores asociados y características sociodemográficas de los niños con insuficiencia renal crónica en los hospitales de la Delegación Veracruz Sur del IMSS"	Departamento de Pediatría Hospital Regional No. 2, Orizaba Delegación Veracruz Sur	75 000.00
2 1052	DOCTORA LETICIA HERNANDEZ CRUZ	"Factores asociados a neoplasias malignas en niños derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social"	Delegación Veracruz Sur	75 000.00
3 1053	DOCTOR VICTOR MANUEL VELASCO RODRIGUEZ	"Factores asociados al fracaso del tratamiento de tuberculosis pulmonar en la Comarca Lagunera del Estado de Coahuila"	Coordinación Delegacional de Investigación Médica Coahuila	75 000.00
4 1054	DOCTORA ELISA COBOS GONZALEZ	"Hiperinsulinismo, resistencia a la insulina y niveles de hemoglobina glucosilada en niños obesos"	Departamento de Endocrinología Pediátrica Hospital General de Zona No. 16 Torreón, Coah.	75 000.00
5 1055	DOCTORA IRMA ORTUÑO BRAVO	"Incidencia de eventos isquémicos cardiovasculares en pacientes con apnea obstructiva del sueño con y sin tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea"	Departamento de Neurología Hospital de Especialidades No. 71 Centro Médico Nacional de Coahuila, Coah.	75 000.00
6 1056	DOCTOR JORGE PRIETO FIERRO	"Uso de insulina intraperitoneal en pacientes diabéticos tipo 2 en DPAC"	Departamento de Nefrología Hospital de Especialidades No. 71 Centro Médico de Coahuila, Coah.	75 000.00
7 1057	DOCTOR ALFREDO GUITRON CANTU	"Estudio comparativo de la eficacia de mucosectomía vs. Argón plasma en la eliminación del esófago de Barrett"	Hospital de Especialidades No. 71 Centro Médico Nacional de Coahuila, Coah.	75 000.00
8 1058	DOCTORA IRMA HERNANDEZ GARCIA	"Tiempo óptimo para valorar la adecuada elevación de tirotrina (igual > 30 µU/mL) en pacientes con tiroidectomía por carcinoma diferenciado de tiroides"	Endocrinología Hospital de Especialidades CMN S XXI	75 000.00
9 1059	DOCTORA VICTORIA MENDOZA ZUBIETA	"Asociación de los niveles de citocinas inflamatorias y factor de crecimiento insulinoide tipo 1 con el recambio óseo antes y después del tratamiento"	Endocrinología Hospital de Especialidades CMN S XXI	75 000.00
10 1060	DOCTOR SAMUEL FLORES HUERTA	"Efecto de la leche humana final sobre el crecimiento corporal de niños pretérmino"	Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil	75 000.00
11 1061	DOCTORA MARTHA SANCHEZ DE LA BARQUERA	"Impacto en salud con tratamiento masivo antihelminfos en una comunidad IMSS-Solidaridad"	Unidad de Medicina Familiar No. 7 San Luis Potosi, S.L.P.	75 000.00
12 1062	DOCTORA YOLANDA LUNAS SANCHEZ	Antígenos de histocompatibilidad asociados con lupus eritematoso sistémico en niños mexicanos	Departamento de Medicina Interna Pediátrica Hospital "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico La Raza	75 000.00
13 1063	DOCTORA MA. ELENA YURIKO FURUYA MEGURO	"Eficacia de los esquemas de tratamiento para asma bronquial agudizada en hospitales de segundo nivel de atención"	División de Especialidades Médicas Pediátricas Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				975 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1064	DOCTOR MIGUEL ANGEL MACIAS ISLAS	"Perfil cognoscitivo de pacientes con esclerosis múltiple correlación entre test neuro-psicológicos, atrofia bicaudada y del cuerpo calloso por imagen de resonancia magnética"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente Guadalajara, Jal.	75 000.00
1065	DOCTOR JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ	"Correlación de los hallazgos citológicos, colposcópicos, histológicos y por captura de híbridos en pacientes con metaplasia, infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical grado I"	Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
1066	DOCTOR JUAN MANUEL MIRANDA LIMON	"Ensayo clínico controlado abierto sobre la eficacia y seguridad de la combinación ciclosporina-A más dosis bajas de ciclofosfamida endovenosa contra ciclofosfamida endovenosa sola a dosis habituales en nefropatía lúpica"	Departamento de Reumatología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
1067	DOCTORA MARGARITA DEHESA VIOLANTE	Somatostatina vs octreotido en el manejo agudo de la hemorragia por ruptura de várices esofágicas	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1068	DOCTOR OSCAR PEREZ RAMIREZ	"El inmunofenotipo como factor pronóstico en la respuesta temprana de la leucemia aguda linfoblástica en niños"	Hospital General de Zona No. 1 San Luis Potosí, S.L.P.	75 000.00
1069	DOCTOR HUGO RIVERA MARQUEZ	"Influencia del estado nutricional, nivel socioeconómico y alteraciones genéticas sobre la supervivencia en pacientes pediátricos con sarcoma osteogénico"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1070	DOCTOR RAUL ARIZA ANDRACA	"Relación entre la hiperhomocisteinemia y el síndrome de resistencia a la insulina"	Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza	75 000.00
1071	DOCTOR AGUSTIN MERCADO ARELLANO	Cambios en el flujo sanguíneo cerebral con la administración de dexametasona en el paciente recién nacido	Jefatura de Educación Médica Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1072	DOCTOR PABLO LOPEZ ROJAS	"Eficacia del sistema de reducción, estabilización y fijación contra el procedimiento quirúrgico habitual en el tratamiento de los pacientes con fracturas de rótula"	Coordinación de Salud en el Trabajo	75 000.00
1073	DOCTOR CARLOS LAVALLE MONTALVO	"Eficacia del tratamiento empírico oral con cefixime vs intravenoso con ceftazidima/amikacina en pacientes con linfoma o leucemia con fiebre y neutropenia de bajo riesgo"	Coordinador de Educación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1074	DOCTOR FERNANDO MENDOZA MORFIN	Estudio piloto comparativo de la cuantificación de anticuerpos anti IA-2 en niños con diabetes mellitus tipo 1 y en niños sanos	Departamento de Endocrinología Pediátrica Hospital "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
1075	DOCTORA ELIZABETH SOLER HUERTA	"Evolución clínica de las derechohabientes adscritas a la UMF66, de Xalapa, Ver. que fueron reportadas como displasia cervical"	Unidad de Medicina Familiar No. 66 Veracruz Norte	75 000.00
1076	DOCTORA ELIZABETH SOLER HUERTA	"Asociación entre la multiparidad y cáncer cervicouterino en la UMF 66 del IMSS en Xalapa Veracruz"	Unidad de Medicina Familiar No. 66 Veracruz Norte	75 000.00
1077	DOCTORA ROSA MARIA TORRES ANDRES	"Control de la tensión arterial durante la anestesia en pacientes tratados crónicamente con enalapril o metoprolol"	Hospital General de Zona No. 36 Veracruz Norte	75 000.00
1078	DOCTORA NORMA GARCIA SOTO	"Efecto del alendronato en tratamiento de la osteoporosis columna lumbar con marcadores bioquímicos negativos para resorción ósea"	Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" Veracruz Norte	75 000.00
SUBTOTAL				1'125 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
29 1079	DOCTORA MERCEDES HERNANDEZ JACOME	"Pruebas inmunoquímicas en líquido cefalorraquídeo en el diagnóstico de alteraciones neuropatológicas de pacientes con Sida"	Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" Veracruz Norte	75 000.00
30 1080	DOCTORA ANA SILVIA SABIDO SIGLHER	"Riesgo de neurotoxicidad por exposición ocupacional baja y alta a tolueno"	Unidad de Medicina Familiar No. 57 Veracruz Norte	75 000.00
31 1081	DOCTORA MERCEDES HERNANDEZ JACOME	"Adherencia al tratamiento, ingresos a hospitalización y efectos adversos en pacientes con zidovudina/lamivudina/indinavir comparado con zidovudina/lamivudina/saquinavir"	Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" Veracruz Norte	75 000.00
32 1082	DOCTORA SONIA RIMA ROJAS CARRERA	"Factores relacionados con la persistencia de peritonitis en pacientes con diálisis transitoria en el Hospital de Especialidades No. 14"	Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" Veracruz Norte	75 000.00
33 1083	DOCTORA ANA SILVIA SABIDO SIGLHER	"Progresión de la retinopatía en pacientes diabéticos tipo 2 llevados a la normoglicemia con insulínoterapia"	Unidad de Medicina Familiar No. 57 Veracruz Norte	75 000.00
34 1084	DOCTOR MARCO ANTONIO RAMOS CORRALES	"Los niveles de hierro sérico como un factor de riesgo para la presentación del infarto del miocardio"	Hospital de Especialidades "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
35 1085	DOCTORA IRINA E. JUAREZ MUÑOZ	"Asociación de dislipidemias y obesidad en un grupo de adolescentes"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
36 1086	DOCTORA IRINA E. JUAREZ MUÑOZ	"Asociación de los niveles plasmáticos de homocisteína y los niveles plasmáticos de lípidos en adolescentes"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
37 1087	DOCTOR JORGE LUIS BLE CASTILLO	"Efecto antioxidante de alfa tocoferol y ácido ascórbico sobre marcadores de estrés oxidativo en diabéticos tipo 2 con complicaciones crónicas"	Hospital General de Zona No. 1 Tabasco	75 000.00
38 1088	DOCTORA ZOILA INES CEVALLOS MARTINEZ	"Estudio multicéntrico de incidencia y prevalencia de asma bronquial y crisis asmática en niños menores de 5 años, en Cancún Quintana Roo"	Hospital de Gineco Obstetricia y Pediatría No. 7 Cancún, Quintana Roo	75 000.00
39 1089	DOCTOR GUILLERMO CAREAGA REYNA	"Estudio de la remodelación arterial coronaria y la respuesta inflamatoria, antes y después de angioplastia coronaria transluminal percutánea guiada por ultrasonido intravascular, en pacientes con angina inestable"	Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
40 1090	DOCTOR ARMANDO MADRAZO DE LA GARZA	"Evaluación de la asociación entre erradicación del helicobacter pylori y el desarrollo de esofagitis: Estudio en población pediátrica"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
41 1091	DOCTORA MARGARITA TORRES TAMAYO	"Desarrollo físico y psicomotriz en el hijo de la madre adolescente, diferencias con el hijo de madre no adolescente"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
42 1092	DOCTORA MIRIAM AMERICA GARCIA RUIZ ESPARZA	"Efecto de la cafeína sobre la calciuria"	Hospital de Especialidades "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
SUBTOTAL				1'050 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
43 1093	DOCTOR JORGE VELA OJEDA	"Tratamiento profiláctico de enfermedad por citomegalovirus con aciclovir I.V. + ganciclovir oral contra ganciclovir I.V. + ganciclovir oral en pacientes sometidos a trasplante alogénico de médula ósea"	Departamento de Hematología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
44 1094	DOCTOR JUAN MANUEL QUIÑONES PEREZ	"Deficiencia de folatos como factor de riesgo de neoplasias cervicales"	Hospital General de Zona No. 46 Durango, Dgo.	75 000.00
45 1095	DOCTOR ADOLFO CHAVEZ NEGRETE	"Estudio de asociación de variantes moleculares del gen del angiotensinógeno con hipertensión primaria en pacientes mexicanos"	Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
46 1096	DOCTORA BLANCA CHONG MARTINEZ	"Hipertensión arterial sistémica y viscosidad sanguínea"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
47 1097	DOCTOR ANTONIO HEREDIA DELGADO	"Homoinjerto valvular aórtico en un Hospital de Especialidades en la Ciudad de Monterrey N.L. Sep 2000 – Ago 2005"	Hospital de Especialidades No. 34 Monterrey, Nuevo León	75 000.00
48 1098	DOCTOR ENRIQUE CARLOS HERMIDA ESCOBEDO	"Valor diagnóstico de la determinación del antígeno 2,3-di-O-acil-terehalosa (DAT), en orina, para el diagnóstico de tuberculosis renal"	Hospital de Infectología Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
49 1099	DOCTOR SAMUEL FLORES HUERTA	"Encuesta simplificada de evaluación operativa de salud infantil "ESEO"	Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil	75 000.00
50 1100	DOCTORA MARIA DE LOURDES LIZALDE ISUNZA	"Medición del gasto cardíaco en pacientes pediátricos postoperados de corazón; Comparación entre bioimpedancia eléctrica torácica y termodilución"	Hospital General "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
51 1101	DOCTORA ROSARIO VELASCO LAVIN	"Anticuerpos anti gliadina Ig A e Ig G y anticuerpos anti endomisio en pacientes pediátricos con riesgo de enfermedad celiaca"	Hospital General "Gaudencio González Garza" Centro Médico La Raza	75 000.00
52 1102	DOCTOR HUGO RIVERA MARQUEZ	"Respuesta al tratamiento y sobrevida en pacientes con hepatoblastoma en el Hospital de Pediatría del C.M.N. SXXI"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
53 1103	DOCTOR HUGO VERA JIMENEZ	"Análisis de los resultados de la atención de pacientes con traumatismo craneoencefálico en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Seguridad Social"	Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" México, D.F.	75 000.00
54 1104	DOCTORA HERMINIA BENITEZ ARANDA	"Asociación de la exposición a medicamentos, virus o derivados del benceno como factores de riesgo para el desarrollo de anemia aplásica adquirida en niños"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
55 1105	DOCTOR JESUS ANTELMO CUENCA PARDO	"Costo beneficio de la cirugía precoz del paciente quemado comparado con la cirugía tardía"	Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" México, D.F.	75 000.00
56 1106	DOCTORA MARIA REYNA PEREZ SANCHEZ	"Evaluación del programa de cita previa en U.M.F. No. 41 Delegación 1 Noreste del D.F."	Unidad de Medicina Familiar No. 41 México, D.F.	75 000.00
57 1107	DOCTOR JAIME ACOSTA GARCIA	"Manejo quirúrgico de la sección traumática aguda del tendón flexor profundo en el área II de la mano con técnica de incisiones mínimas y técnica convencional"	Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" México, D.F.	75 000.00
SUBTOTAL				1'125 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
58 1108	DOCTOR JESUS A. CUENCA-PARDO	"Impacto de la evolución clínica de los pacientes con sección medular toracolumbar tratados con anastomosis de nervio periférico"	Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas", México, D.F.	75 000.00
59 1109	DOCTORA MARIA DE LA LUZ MONTES CASTILLO	"Comparación de la eficacia de los potenciales evocados somatosensoriales dermatomales y la electromiografía clínica convencional en el complemento diagnóstico de radiculopatía lumbar"	Unidad de Medicina Familiar y Rehabilitación Región Norte México, D.F.	75 000.00
60 1110	DOCTORA MARIA DE LA LUZ MONTES CASTILLO	"Potenciales evocados multimodales (P.E.M.) en niños con alto riesgo para daño neurológico"	Unidad de Medicina Familiar y Rehabilitación Región Norte México, D.F.	75 000.00
61 1111	DOCTORA GUADALUPE GARCIA VAZQUEZ	"Valoración de los músculos de la columna lumbar con la utilización de pruebas funcionales isocinéticas en trabajadores con dolor lumbar crónico para determinar la presencia de simulación de ganancia secundaria"	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte México, D.F.	75 000.00
62 1112	DOCTOR ALBERTO PEREZ ROJAS	"Uso de la biorretroalimentación electromiográfica y una técnica de relajación para el manejo de pacientes con cervicalgia crónica"	Unidad de Medicina Familiar y Rehabilitación Región Norte México, D.F.	75 000.00
63 1113	DOCTORA LETICIA SANCHEZ FLORES	"Disfunción familiar en pacientes seropositivos al virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y con diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en una Unidad de Primer Nivel de Atención"	Unidad de Medicina Familiar No. 33 México, D.F.	75 000.00
64 1114	DOCTOR VICTOR MANUEL AGUILAR	"Validación de un instrumento para evaluar el desempeño docente"		75 000.00
65 1115	DOCTORA IRMA MARTINEZ MUÑIZ	"Estudio clínico doble ciego comparando la seguridad, tolerancia y eficacia del toversol vs lopamidol en tomografía axial computada de cráneo en niños"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
66 1116	DOCTOR GUILLERMO CAREAGA REYNA	"Comparación de tres dosis de aprotinina y su efecto en las alteraciones de coagulación y sangrado perioperatorio en pacientes pediátricos sometido a cirugía de corazón con derivación cardiopulmonar"	Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
67 1117	DOCTORA YOLANDA CALOCA WOO	"Recurrencia del derechohabiente a la consulta de ginecología"	Hospital General de Zona No. 1 Nayarit	75 000.00
68 1118	DOCTORA DOLORES MINO LEON	"Valor de la colangiocentelleografía con Isosorbide en el diagnóstico de la disfunción del esfínter de oddi tipo II, III"	División de Investigación Clínica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
69 1119	DOCTORA GRISELDA GOMEZ ORTEGA	"Características y factores del personal de nutrición y dietética de unidades hospitalarias de la Delegación No. 2 Noreste del D.F. que presentan ausentismo programado"	Coordinadora Delegacional de Investigación Médica, Delegación 2 Noreste del D.F. México, D.F.	75 000.00
70 1120	DOCTOR MARTIN PENAGOS PANIAGUA	"Eficacia y seguridad de la terapia antimicrobiana empírica con ciprofloxacina por vía bucal comparada con ceftazidima/amikacina intravenosa en el niño con cáncer, neutropenia de bajo riesgo y fiebre"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
71 1121	DOCTOR HECTOR GONZALEZ CABELLO	"Frecuencia y factores asociados a la infección por virus sincicial respiratorio en niños con displasia broncopulmonar"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				1'050 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
72 1122	DOCTOR FEDERICO GALVAN VILLEGAS	"Función autonómica en artritis reumatoide: La influencia del tiempo de evolución de la enfermedad"	Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
73 1123	DOCTOR SALVADOR HERNANDEZ HIGUERA	"Cultivo de tejidos en el diagnóstico de corioamnioitis en embarazos pretérmino con RPM"	Hospital de Gineco-Obstetricia C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
74 1124	DRA. LETICIA DE LA CRUZ MEJIA	"Niveles de mortalidad y fecundidad de la población derechohabiente del IMSS"	División de Informática Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil	75 000.00
75 1125	DOCTORA ALMA GLORIA NAJERA AHUMADA	"Violencia intrafamiliar, sexualidad y crianza de los hijos y sus relaciones con la salud reproductiva"	División de Informática Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil	75 000.00
76 1126	DOCTORA MARIA LUISA PERALTA PEDRERO	"Ocupación, estrés y actividad física usual, como factores de riesgo para preeclampsia y eclampsia"	Unidad de Medicina Familiar No. 93 Estado de México Oriente	75 000.00
77 1127	DOCTOR SALVADOR PIZARRO CHAVEZ	"Comportamiento de dehidroepiandrosterodiona en lupus eritematoso sistémico"	Coordinación Delegacional de Investigación Médica Chihuahua, Chih.	75 000.00
78 1128	DOCTOR SERGIO FLORES FUENTES	"Microalbuminuria en pacientes diabéticos tipo 2 con cinco a diez años de evolución"	Unidad de Medicina Familiar No. 11 Chiapas	75 000.00
79 1129	BIOLOGA EVELIA CHAVEZ QUIÑONES	"Taxonomía y etnobotánica culinaria de plantas comestibles en Chiapas"	Unidad Deportiva Panchón Contreras, Tuxtla Gutiérrez Chiapas	75 000.00
80 1130	DOCTOR LEONEL DAZA BENITEZ	"Efecto del Captopril sobre la proteinuria, tasa de filtración glomerular, prostaglandinas PGE2, tromboxano B2 urinarios y fracción excretada de sodio en pacientes con LES"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional en León, Gto.	75 000.00
81 1131	DOCTOR LEOPOLDO MEDINA CARRILLO	"Participación de enfermería en el autocuidado del paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del H.G.Z. No. 1 Tepic Nayarit"	Coordinación Delegacional de Investigación Médica Nayarit	75 000.00
82 1132	DOCTOR RAMON EMILIANO MEDINA ZAZUETA	"Eficacia de un índice clínico electromiográfico en radiculopatía L5 y S1 secundaria a hernia de disco"	Hospital General Regional No. 1 Culiacan, Sin.	75 000.00
83 1133	DOCTORA PETRA ISIDORA VAZQUEZ MARQUEZ	"Efecto del rocuronio versus vecuronio sobre la estabilidad cardiovascular y la presión intraocular en los pacientes con hipertensión arterial sometidos a anestesia general"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
84 1134	DOCTORA PETRA ISIDORA VAZQUEZ MARQUEZ	"Analgésia anticipada en pacientes sometidos a cirugía abdominal"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
85 1135	DOCTOR ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES	"Efectividad del esmolol vs nifedipina para mantener la estabilidad hemodinámica del paciente con hipertensión arterial sometido a cirugía"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
86 1136	DOCTOR ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES	"Impacto de la fisioterapia respiratoria sobre la prevalencia de complicaciones pulmonares postoperatorias"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				1'125 000.00

Cons	investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
87 1137	DOCTORA ROSA MARIA CORTÉS GONZALEZ	"Eficacia del tratamiento con rayos infrarrojos y corrientes interferenciales en el adulto mayor con polineuropatía diabética"	Hospital General de Zona No. 27 "Tlatelolco" México, D.F.	75 000.00
88 1138	DOCTOR NOE SALVADOR SUAREZ DURAN	"Hallazgos ecocardiográficos relacionados con cardioembolia en adultos mayores con fibrilación auricular crónica"	Hospital General de Zona No. 27 "Tlatelolco" México, D.F.	75 000.00
89 1139	DOCTOR PEDRO LUNA PEREZ	"Determinación de la actividad de angiogénesis como predictor de respuesta los tratamientos de inducción con radioterapia y quimioterapia en adenocarcinomas de recto"	Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
90 1140	DOCTORA ARACELI OLEA MARTINEZ	"Prevalencia de leptospirosis en el municipio de Acapulco, Guerrero"	Hospital General Regional No. 1 Acapulco, Gro.	75 000.00
91 1141	DOCTORA HELADIA GARCIA	"Comparación de dos sistemas de evaluación de la gravedad de la enfermedad en recién nacidos críticamente enfermos (SNAPPE vs IPMN)"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
92 1142	DOCTORA HELADIA GARCIA	"Sobrevida en el primer año de vida en recién nacidos con cardiopatías congénitas"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
93 1143	DOCTOR JUAN MANUEL GUIZAR MENDOZA	"Eficacia de la administración de hierro dextrán en niños con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis"	Coordinación Delegacional de Investigación Médica León, Gto.	75 000.00
94 1144	DOCTOR ARTURO VARGAS ORIGEL	"Utilidad de dopamina a dosis habitual, contra dopamina y dobutamina a dosis bajas, en la hipotensión del recién nacido pretérmino, valorada por ecocardiograma"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Gineco-Pediatría C.M.N. León, Gto.	75 000.00
95 1145	DOCTOR OSCAR DURAN RAMOS	"Reducción en la concentración de fibrinógeno de un sello de fibrina para el manejo de fistulas perianales"	Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
96 1146	DOCTOR NOE BARROSO RODRIGUEZ	"Alteraciones en el proceso de percepción visoespacial en pacientes con evento vascular cerebral isquémico"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
97 1147	DOCTORA ELENA VILCHIS	"Comparación del gasto cardíaco en el recién nacido entre el método de la diferencia arteriovenosa de oxígeno de sangre de la aurícula derecha y el ecocardiograma doppler color"	Hospital General "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
98 1148	DOCTOR SAUL VITAL	"Apoptosis folicular en mujeres en edad reproductiva y baja reserva ovárica"	Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
99 1149	DOCTORA MIGUEL FRANCISCO LLORET RIVAS	"Efecto de fracciones proteicas de jalea real de abejas apis mellifera L. Sobre la reepitelización en un modelo animal"	Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Gro.	75 000.00
100 1150	DOCTORA MARINA TORRES	"Respuesta inmunológica de trabajadores de la salud a la vacuna antihepatitis B con 4 dosis de vacuna recombinante"	Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
101 1151	DOCTOR MARTIN VEGA SIMONT	"Impacto del etiquetamiento en el apego al tratamiento en pacientes con ceterioro de la tolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2"	Unidad de Medicina Familiar No. 6 Puebla, Pue.	75 000.00
102 1152	DOCTOR JOSE ALVAREZ NEMEYEGI	"Ensayo clínico controlado sobre la eficacia de un programa educativo sobre la calidad de vida, satisfacción con la atención recibida y la demanda de servicios médicos en pacientes con osteoartritis de rodilla"	Hospital de Especialidades C.M.N. "Lic. Ignacio Garcia Téllez" Mérida, Yuc.	75 000.00
SUBTOTAL				1'200 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
103 1153	DOCTOR FELIPE ALONZO VAZQUEZ	"Eficacia de la nutrición parenteral con incremento en el aporte de nutrientes por controles bioquímicos, hasta el máximo establecido en neonatos pretérmino con peso menor de 1500 gramos"	Hospital General de Zona No. 12 "Lic. Benito Juárez García" Mérida, Yuc.	75 000.00
104 1154	DOCTOR FELIPE ALONZO VAZQUEZ	"Calidad de vida en pacientes escolares y adolescentes con enfermedad crónica atendidos en el Centro Médico Nacional "Lic. Ignacio García Téllez", Mérida, Yucatán, México"	Hospital de Especialidades C.M.N. "Lic. Ignacio García Téllez" Mérida, Yuc.	75 000.00
105 1155	DOCTORA CECILIA VIVAS ARCEO	"Transmisión sexual del virus de la hepatitis "C""	Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
106 1156	DOCTORA MARTHA LAURA HERNANDEZ OROZCO	"Efectos de una estrategia educativa promotora de la participación, enfocada en las áreas de problemas percibidas por el paciente diabético tipo 2"	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1. La Paz La Paz, B.C.S.	75 000.00
107 1157	DOCTORA OLIVA ORTIZ ALVAREZ	"Factores de riesgo que se asocian con las infecciones intrahospitalarias en el HGZMF No. 1 de La Paz, B.C.S."	Coordinación Delegacional de Investigación Médica La Paz, B.C.S.	75 000.00
108 1158	DOCTOR JOSE LUIS HERNANDEZ SANTIAGO	"Efectividad de la detección del BAAR en orina como prueba diagnóstica en pacientes con sospecha de tuberculosis renal"	Hospital General Regional No. 72 "Lic. Vicente Santos Guajardo" Tlalnepanitla de Baz, Edo. de Mex.	75 000.00
109 1159	DOCTOR JOSE LUIS HERNANDEZ SANTIAGO	"Inserción baja de catéter de tenckhoff para el programa de diálisis peritoneal ambulatoria"	Hospital General Regional No. 72 "Lic. Vicente Santos Guajardo" Tlalnepanitla de Baz, Edo. de Mex.	75 000.00
110 1160	DOCTOR MARTIN HORACIO GARRIDO GARDUÑO	"Procolágeno III y su respuesta a espironolactona en pacientes con daño miocárdico uni o biventricular manejados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina"	Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
111 1161	DOCTORA JUANA INES DE LA CRUZ MORALES GARCIA	"Seroprevalencia de brucelosis y factores de riesgo asociados en la población solidariohabitante del universo de trabajo del Hospital Rural de Solidaridad de Charcas, S.L.P."	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
112 1162	DOCTOR ARMANDO LOPEZ PORTILLO	"Seroprevalencia de leptospirosis y factores de riesgo asociados en Mapastepec, Chiapas"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
113 1163	DOCTORA GABRIELA RODRIGUEZ ABREGO	"Incidencia de fracaso de tratamiento antifímico y su asociación con cepas farmacorresistentes de <i>Micobacterium tuberculosis</i> "	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
114 1164	DOCTOR JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA	"Prevalencia de dolor abdominal recurrente y su asociación con <i>Helicobacter pylori</i> y parasitosis intestinal"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
115 1165	DOCTOR JUAN CARLOS BRAVO ORTIZ	"Factores de riesgo asociados para glaucoma primario de ángulo abierto en población derechohabitante del IMSS"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
116 1166	DOCTORA EVANGELINA GONZALEZ FIGUEROA	"Artritis reumatoide y factores de riesgo asociados"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
117 1167	DOCTORA MARIA FLAVIA MARQUEZ FLORES	"Incidencia de bacteremia en pacientes hemodializados"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
SUBTOTAL				1'125 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
118 1168	DOCTOR FABRIELA PEREZ PEREZ	"Enfermedad periodontal asociada al control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
119 1169	DOCTOR JUAN GERARDO ARANDA ALVAREZ	"Cáncer pulmonar y su relación con tabaquismo pasivo y otros factores de riesgo"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
120 1170	DOCTOR JOEL NAVARRETE ESPINOSA	"Letalidad por dengue hemorrágico"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
121 1171	DOCTORA GEORGINA MARTINEZ MONTANEZ	"Factores pronósticos de sobrevida y periodo libre de enfermedad en mujeres derechohabientes con cáncer mamario"	Coordinación de Salud Comunitaria México, D.F.	75 000.00
122 1172	DOCTORA GUADALUPE MALDONADO ISLAS	"Influencia de un programa educativo integral en el control del paciente diabético tipo 2 en el Centro de Día del HGZ/MF 2 de Apizaco, Tlax."	Coordinación Delegacional de Investigación Médica Tlaxcala, Tlax.	75 000.00
123 1173	DOCTOR SERGIO EMILIO FLORES FUENTES	"Titulo de anticuerpos anti-helicobacter pylori en pacientes con enfermedad ácido-péptica y en sujetos aparentemente sanos mediante un análisis inmunoenzimático"	Unidad de Medicina Familiar No. 11 Tapachula, Chis.	75 000.00
124 1174	DOCTOR GILDARDO VIDAL MORALES	"Utilidad de la ecocardiografía de contraste miocárdico en la detección de defectos de perfusión del ventrículo derecho en pacientes con infarto agudo del miocardio posteroinferior"	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 San Luis Potosí, S.L.P.	75 000.00
125 1175	DOCTOR VICENTE JAVIER GALVEZ GUDIÑO	"Eficacia de los liofilizados bacterianos en niños de guardería con infecciones recurrentes de las vías respiratorias"	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 San Luis Potosí, S.L.P.	75 000.00
126 1176	DOCTORA BEATRIZ GONZALEZ CARMONA	"Tratamiento rehabilitatorio en el paciente con tendinitis crónica del bicipital mediante la aplicación de rayo láser en comparación con el manejo del ultrasonido"	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación "Siglo XXI" México, D.F.	75 000.00
127 1177	DOCTORA GUADALUPE MIREYA PICHARDO	"Uso del tratamiento hormonal sustitutivo en el climaterio natural"	Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 Cuernavaca, Mor.	75 000.00
128 1178	DOCTOR ADRIAN ESTRADA NAJERA	"Prevalencia de cardiopatía isquémica silenciosa en población mayor de 35 años de la cohorte de trabajadores IMSS Morelos"	Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 Cuernavaca, Mor.	75 000.00
129 1179	DOCTORA PATRICIA LOPEZ PEREZ	"Estudio costo efectividad de la clínica de día en el manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 2"	Unidad de Medicina Familiar No. 2 Guadalajara, Jal.	75 000.00
130 1180	DOCTORA NORA HILDA SEGURA MENDOZ	"Evaluación de la concordancia diagnóstica y de tratamiento de sinusitis entre medicina familiar, otorrinolaringología y alergia e inmunología, y su impacto sobre los costos de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
131 1181	DOCTOR JUAN MANUEL LOPEZ CARMONA	"Estudio comparativo de la efectividad terapéutica de ciprofloxacina, trimetoprim con sulfametoxazol y nitrofurantoina en la infección de vías urinarias bajas, no complicadas, en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2"	Unidad de Medicina Familiar No. 91 Estado de México Oriente	75 000.00
SUBTOTAL				1'050 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
132 1182	DOCTOR JOSE RAYMUNDO RODRIGUEZ MOCTEZUMA	"Disminución de la resistencia a la insulina medida por modelo mínimo en sujetos con factores de riesgo para DM 2 con el uso de metformin"	Hospital General Regional No. 72 "Lic. Vicente Santos Guajardo" Tlalnepanitla de Baz, Edo. de Mex.	75 000.00
133 1183	DOCTOR JOSE RAYMUNDO RODRIGUEZ MOCTEZUMA	"Una estrategia de educación interactiva para mejorar el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2"	Hospital General Regional No. 72 "Lic. Vicente Santos Guajardo" Tlalnepanitla de Baz, Edo. de Mex.	75 000.00
134 1184	DOCTOR JOSE RAYMUNDO RODRIGUEZ MOCTEZUMA	"Efecto de la glicina sobre la glicación de hemoglobina en pacientes con diabetes tipo 2"	Hospital General Regional No. 72 "Lic. Vicente Santos Guajardo" Tlalnepanitla de Baz, Edo. de Mex.	75 000.00
135 1185	DOCTOR PEDRO TRINIDAD RAMOS	"Efectos del calcitriol en la relación calcio-calcitonina de pacientes con hiperparatiroidismo secundario en hemodiálisis"	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
136 1186	DOCTOR JORGE VELAZQUEZ TLAPANCO	"Evolución clínica de la enfermedad diarreica aguda sin sangre con tratamiento antibiótico contra el manejo recomendado por PRONACED, en niños menores de 5 años adscritos a la UMF 16"	Unidad de Medicina Familiar No. 16 Querétaro, Qro.	75 000.00
137 1187	DOCTORA EDITH ALVA MONCAYO	"Concentración de neuroesteroides y cortisol en líquido cefalorraquídeo y plasma en pacientes con espasmo masivo infantil con y sin respuesta a esteroides"	Hospital General "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
138 1188	DOCTOR ARTURO ABUNDES VELASCO	"Estudio multicéntrico de la aplicación de un stent de platino"	Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
139 1189	DOCTORA BEATRIZ REA CHAVEZ	"Asociación entre la presencia de recurrencia de estenosis subvalvular aórtica y la edad de corrección quirúrgica"	Hospital General "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
140 1190	DOCTOR MARIO VARGAS BECERRA	"Efectos de la inhibición de la síntesis de leucotrienos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva"	Hospital General de Zona No. 76 Xalostoc, Estado de México Oriente	75 000.00
141 1191	DOCTOR JULIO RAMOS REMUS	"Administración crónica de prednisona sobre el aprendizaje espacial, memoria, reactividad de astrocitos, microglia y daño neuronal cerebral en ratas adultas"	Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
142 1192	DOCTOR DAVID GONZALEZ BARCENA	"Estabilización de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con infarto agudo al miocardio a través de un control metabólico estrecho"	Hospital de Especialidades "Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
143 1193	DOCTOR SERGIO FLORES HERNANDEZ	"Eficacia de una intervención educativa prenatal para mejorar el cuidado del niño en el hogar, del nacimiento a los dos meses de edad"	Unidad de Investigación en Epidemiología Nutricional Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
144 1194	DOCTORA JULIA MORA ALTAMIRANO	"La visita de profesores como modalidad formativa en un programa de Educación Médica Continua. Un estudio e caso"	Unidad de Medicina Familiar No. 32 Ensenada, B.C.N.	75 000.00
145 1195	DOCTORA SEBASTIAN CARRANZA LIRA	"Modificaciones funcionales de la FSH humana durante la perimenopausia"	Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
146 1196	DOCTOR ENRIQUE ESPINOSA URRUTIA	"Dismorfogénesias del pie. Epidemiología y tratamiento con una endortesis crónica"	Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" México, D.F.	75 000.00
SUBTOTAL				1'125 000.00
TOTAL FINAL				10'950 000.00

RELACION PARA FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00 A PROYECTOS DE LA DIVISION DE INVESTIGACION BIOMEDICA

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1301	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Eficacia terapéutica de un fitofármaco de Hibiscus sabdariffa (Flor de Jamaica) en pacientes con hipercolesterolemia"	División de Investigación Biomédica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1302	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Estandarización (Flor de Jamaica) Toxicología y desarrollo farmacéutico"	División de Investigación Biomédica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1303	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Valoración de productos naturales en un modelo experimental para medir efectos neuroinmunoreguladores"	División de Investigación Biomédica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1304	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Desarrollo de un fitofármaco a partir de raíces de Piper sanctum"	División de Investigación Biomédica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
1305	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Procedimiento experimental para determinar principios activos en plantas medicinales mediante la combinación de técnicas histoquímicas y microscopía confocal"	División de Investigación Biomédica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				375 000.00

RELACION PARA FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00 A PROYECTOS DE LA DIVISION DE INVESTIGACION Clínica

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1306	DOCTOR SALVADOR MARTÍNEZ-CAIRO CUETO	"Estudio multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado, de la eficacia del inhibidor de la neuraminidasa en el tratamiento de la infección por influenza"	División de Investigación Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
2 1307	DOCTOR SALVADOR MARTÍNEZ-CAIRO CUETO	"Evaluación de Uso de Recursos para el Tratamiento del Asma Infantil"	División de Investigación Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
3 1308	DOCTOR SALVADOR MARTÍNEZ-CAIRO CUETO	"La determinación de los anticuerpos: Factor Reumatoide, AntiDNA, anticentrómero, antimitocondria y antilinfocítico, como predictores del estado avanzado del cáncer de mama"	División de Investigación Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
4 1309	DOCTOR SALVADOR MARTÍNEZ-CAIRO CUETO	"Índice pronóstico espirométrico de edad pulmonar y cronológica en paciente con asma bronquial"	División de Investigación Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
5 1310	DOCTOR SALVADOR MARTÍNEZ-CAIRO CUETO	"Efecto del naproxen en las concentraciones séricas del IL-1, IL-6 y TNF en pacientes con osteoartritis"	División de Investigación Clínica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				375 000.00

**RELACION PARA FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00 A PROYECTOS DE LA DIVISION DE INVESTIGACION
EPIDEMIOLOGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD**

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1311	DOCTOR LEONARDO HOMERO MARTÍNEZ SALGADO	"Percepción materna sobre el llanto infantil y sus efectos sobre las elecciones en la alimentación infantil"	División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
2 1312	DOCTOR LEONARDO HOMERO MARTÍNEZ SALGADO	"Selección de sabores y alimentos de las madres para sus hijos durante el periodo de ablactación"	División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
3 1313	DOCTOR LEONARDO HOMERO MARTÍNEZ SALGADO	"Asociación entre patrones de ablactación y obesidad en el niño menor de 2 años, en la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 35, Toluca"	División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
4 1314	DOCTOR LEONARDO HOMERO MARTÍNEZ SALGADO	"Patrones de ablactación en niños menores de 1 año atendido por el IMSS en la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar NO. 35 Toluca"	División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
5 1315	DOCTOR LEONARDO HOMERO MARTÍNEZ SALGADO	"Reconocimiento por las madres de signos de desnutrición en el niño"	División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				375 000.00

RELACION PARA FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00 A PROYECTOS DE LA DIVISION DE INFORMATICA MEDICA

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1316	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Costos de la Investigación en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social"	División de Informática Médica y Desarrollo Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
2 1317	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Calidad de la atención médica en pacientes con trauma cráneo encefálico grave en las unidades de cuidados intensivos traumatológicos"	División de Informática Médica y Desarrollo Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
3 1318	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"El impacto económico del VIH/SIDA sobre el Instituto Mexicano del Seguro Social"	División de Informática Médica y Desarrollo Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
4 1319	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Identificación de atención médica innecesaria en casos con incapacidad prolongada en una unidad de medicina familiar con hospital general de zona"	División de Informática Médica y Desarrollo Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
5 1320	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Determinantes de la demanda de atención odontológica en familias de la Ciudad de México"	División de Informática Médica y Desarrollo Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				375 000.00

**RELACION PARA FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00 A PROYECTOS DE LA SECRETARIA PARTICULAR
DE LA COORDINACION DE INVESTIGACIÓN MEDICA**

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1321	DOCTOR ALEJANDRO GOMEZ DELGADO	"Epidemiología de la infección intrafamiliar por Helicobacter pylori en una cohorte de niños menores de cinco años de edad"	Secretaría Particular de la CIM Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
2 1322	DOCTOR ALEJANDRO GOMEZ DELGADO	"Prevalencia de lesiones gástricas precancerosas en niños infectados por Helicobacter pylori"	Secretaría Particular de la CIM Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				150 000.00
TOTAL FINAL				1'650 000.00

RECURSOS ASIGNADOS A FINANCIAMIENTOS DE LA CONVOCATORIA 2000

INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO	7'800,000.00
MÉDICOS DE TIEMPO COMPLETO	10'950,000.00
DIVISIONES DE INVESTIGACION Y SECRETARIA PARTICULAR	1'650,000.00
TOTAL GENERAL	20'400,000.00

**RELACION DE INVESTIGADORES DE TIEMPO COMPLETO QUE OBTUVIERON FINANCIAMIENTO DE \$ 75 000.00
A PROYECTOS DE INVESTIGACION EN LA CONVOCATORIA 2000**

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
1 1197	DOCTOR ABRAHAM MAJLUF CRUZ	"Prevalencia de hiperhomocistinemia asociada a infarto agudo del miocardio en pacientes mexicanos jóvenes"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica H.G.R. No. 1, "Gabriel Mancera"	75 000.00
2 1198	DOCTORA MARIA GUADALUPE RICO ROSILLO	"Obtención, purificación y caracterización del factor inhibidor de la locomoción de fagocitos mononucleares humanos producido por Entamoeba dispar"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
3 1199	DOCTOR AGUSTIN AVILES MIRANDA	"Tratamiento de linfomas refractarios de bajo grado con un anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20 (IDEC C2B8)"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas H. de Oncología, C.M.N. Siglo XXI	75 000.00
4 1200	DOCTOR SALVADOR SAID FERNANDEZ	"Aislamiento y caracterización de epitopos de antígenos de Entamoeba histolytica, capaces de inducir activación de macrófagos humanos mediada por linfocitos T"	Centro de Investigación Biomédica del Noreste Monterrey, N.L.	75 000.00
5 1201	DOCTOR ARTURO ZARATE TREVIÑO	"Efecto de la estrogénoterapia sobre los factores hemostáticos que determinan el riesgo de trombosis venosa en la menopausia"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
6 1202	DOCTOR ARTURO ZARATE TREVIÑO	"Resistencia a la proteína C activada (RPCa) en pacientes con Diabetes Mellitus 2"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
7 1203	DOCTOR GABRIEL MANJARREZ GUTIERREZ	"Cambio postranscripcional de la triptófano-5-hidroxilasa en el cerebro de rata desnutrida in útero"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Neurológicas H. de Especialidades, C.M.N. Siglo XXI	75 000.00
8 1204	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Estudio morfológico y de cuantificación de los principios activos de las células cultivadas de Mimosa tenuiflora Poir. Parte II: Identificación de compuestos bioactivos por microscopía confocal láser de barrido"	División de Investigación Biomédica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
9 1205	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Cultivos celulares de Mucuna sloanei, planta medicinal productora de L-dopa"	División de Investigación Biomédica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
10 1206	DOCTOR XAVIER LOZOYA LEGORRETA	"Cuantificación y purificación del fármaco antidepresivo hipericina y propagación de la especie Hypericum perforatum, con propósitos farmacológicos"	División de Investigación Biomédica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
11 1207	DOCTORA OLGA ROSA BRITO ZURITA	"El reto ortostático en mujeres diabéticas posmenopáusicas antes y después de terapia de remplazo hormonal"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades No. 2 C.M.N. del Noroeste, Cd. Obregón, Son.	75 000.00
SUBTOTAL				675 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
12 1208	DOCTOR ARTURO VARGAS ORIGEL	"Eficacia y toxicidad de la amikacina administrada cada 24 hrs en recién nacidos pretérmino infectados"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Gineco Pediatría No. 48 Guanajuato, Gto.	75 000.00
13 1209	DOCTORA HORTENSIA REYES MORALES	"Evaluación del cultivo cuantitativo y la coagulación para Streptococcus Pneumoniae en exudado faríngeo de niños menores de dos años con neumonía"	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
14 1210	DOCTORA LIDIA TERESA OSUNA TORRES	"Evaluación antibacteriana y antiprotozoaria de plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de padecimientos gastrointestinales infecciosos"	Centro de Investigación Biomédica del Sur Xochitepec, Mor.	75 000.00
15 1211	DOCTOR JAIME TORTORIELLO GARCIA	"Estudio de la variación ontogénica y estacional en el contenido de saponinas antifúngicas en un cultivo controlado de Solanum chrysotrichum"	Centro de Investigación Biomédica del Sur Xochitepec, Mor.	75 000.00
16 1212	DOCTOR JOSE JUAN SEGURA LUNA	"Actividad citotóxica in vitro de inhibidores metabólicos sobre cultivos de células neoplásicas"	Centro de Investigación Biomédica del Noreste Monterrey, N.L.	75 000.00
17 1213	DOCTORA MARIA ALICIA DIAZ Y OREA	"Estudio de la respuesta inmune humoral y celular contra la cisticercosis porcina por Taenia solium inducida por la inmunización con tres péptidos sintéticos"	Centro de Investigación Biomédica de Oriente Puebla, Pue.	75 000.00
18 1214	DOCTOR ISRAEL GRIJALVA OTERO	"Efectividad del tratamiento con sulfato de magnesio en los pacientes con hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma intracraneal"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Neurológicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
19 1215	DOCTOR JOSE ROIZ HERNANDEZ	"Morbilidad materna y fetal en preeclampsia severa y manejo con trinitrato de glicerilo"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades No. 71 Centro Médico Nacional en Torreón, Coah.	75 000.00
20 1216	DOCTORA VERONICA ARACELI MARTINEZ ORDAZ	"Factores predictores de la respuesta al tratamiento de asma bronquial aguda en las salas de urgencias"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades No. 71 Centro Médico Nacional de Torreón, Coah.	75 000.00
21 1217	DOCTOR ALFONZO M. CUETO MANZANO	"Efecto de diferentes medicamentos antihipertensivos orales en el transporte peritoneal de solutos y líquido en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
22 1218	DOCTOR JORGE IVAN GAMEZ NAVA	"Estudio de costo efectividad de tres distintos métodos de determinación de anti ADN nativo para la predicción de recaídas en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
SUBTOTAL				975 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
23 1219	DOCTORA LAURA DEL C. GONZALEZ LOPEZ	"Efecto del enalapril y la ciclofosfamida en los niveles séricos de los péptidos aminoterminales de procolágena tipo I y tipo II en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
24 1220	DOCTOR MARIO SALAZAR PARAMO	"Niveles de lipoproteína (a) e isoformas de apolipoproteína (a) en pacientes con lupus eritematoso sistémico"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
25 1221	DOCTOR MANUEL GONZALEZ ORTIZ	"Efecto de la inulina sobre la sensibilidad a la insulina y perfil de lípidos en pacientes con dislipidemia y obesidad"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
26 1222	DOCTORA ESPERANZA MARTINEZ ABUNDIS	"Efecto del consumo de alcohol en forma aguda o crónica sobre la sensibilidad a la insulina y la concentración de leptina"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
27 1223	DOCTORA REBECA O. MILLAN GUERRERO	"Eficacia de isosorbide en aerosol comparado contra nifedipina sublingual en el manejo de la crisis hipertensiva de la preclampsia severa"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Colima, Col.	75 000.00
28 1224	DOCTOR HECTOR PONCE MONTER	"Efecto del Gingko biloba 761 sobre la peroxidación lipídica y el perfil oxidativo en pacientes diabéticos tipo 2"	Unidad de Investigación Médica en Farmacología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
29 1225	DOCTOR CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL	"Factores socioepidemiológicos y de la organización de los servicios asociados con la operación cesárea"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
30 1226	DOCTOR JESUS KUMATE RODRIGUEZ	"Participación de la molécula p53 durante la muerte de las células pancreáticas de ratas con diabetes experimental"	Unidad de Investigación Médica en Bioquímica Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
31 1227	DOCTOR ALEJANDRO NAVA OCAMPO	"Estudio de dosis-respuesta de ropivacaína en pacientes pediátricos sometidos a cirugía con bloqueo caudal"	Unidad de Investigación Médica en Farmacología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
32 1228	DOCTOR JORGE SALMERON CASTRO	"Estudio meta analítico para la evaluación de las diferencias en los tiempos de recuperación espontánea entre el vecuronio y el rocuronio"	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
33 1229	DOCTORA RUTILA CASTAÑEDA LIMONES	"Prevalencia de componente angiopático, neuropático y ortopédico en el pie del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 1 "Gabriel Mancera"	75 000.00
SUBTOTAL				825 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
34 1230	DOCTORA LILIA AMELIA ALVARADO	"Expresión del gen cpgm1 de Giardia muris que codifica para una cistein proteasa y caracterización del producto de expresión"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
35 1231	DOCTOR VICTOR MANUEL NAVARRO GARCIA	"Estudio antifúngico y fitoquímico de Cuscuta obtusifolia planta medicinal mexicana"	Centro de Investigación Biomédica del Sur Xochitepec, Mor.	75 000.00
36 1232	DOCTOR VICTOR MANUEL NAVARRO GARCIA	"Aislamiento, purificación y elucidación estructural de metabolitos hepatoprotectores de la planta mexicana Cochlospermum vitifolium"	Centro de investigación Biomédica del Sur Xochitepec, Mor.	75 000.00
37 1233	DOCTOR MANUEL SIGFRIDO RANGEL FRAUSTO	"Validación de una escala del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales para Neurocirugía en México"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Hospitalaria Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
38 1234	DOCTOR JORGE SALMERON CASTRO	"Factores asociados a densidad mineral ósea en mujeres trabajadoras del IMSS en Morelos"	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
39 1235	DOCTOR CONSTANTINO LOPEZ MACIAS	"Evaluación de la inmunogenicidad y capacidad protectora contra Salmonella typhi, de los epitopos inmunodominantes de la porina OmpC de esta bacteria expresados en el virus de mosaico de la papaya"	Unidad de Investigación Médica en Inmunoquímica Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
40 1236	DOCTOR ARMANDO ISIBASI ARAUJO	"Expresión de las porinas OmpC y OmpF de Salmonella typhi en Bacilovirus y su evaluación de las respuestas celular y humoral en un modelo murino"	Unidad de Investigación Médica en Inmunoquímica Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
41 1237	QUÍMICA MARIA TERESA ALVAREZ Y MUÑOZ	"Determinación de la proteína pp67 por medio de amplificación de secuencias de bases del ácido nucleico (NASBA) para el Dx de Enfermedad por citomegalovirus en pacientes pediátricos con trasplante de órganos sólidos y médula ósea"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
42 1238	DOCTOR JOSE ARTURO VILLEGAS NAVARRO	"Efecto del óxido nítrico en el daño renal inducido por ciclosporina"	Centro de Investigación Biomédica de Oriente Puebla, Pue.	75 000.00
43 1239	DOCTOR JOAQUIN HERRERA MUÑOZ	"Efecto de los cambios estructurales de la hormona luteinizante en la interacción y en la activación de su receptor en las células de Leydig"	Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
44 1240	DOCTOR JOAQUIN HERRERA MUÑOZ	"La sobreexpresión de la actividad de aromatasa en células de Leydig de rata adulta como posible causa del desarrollo de tumorigénesis testicular"	Unidad de Investigación en Medicina Reproductiva Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
45 1241	DOCTOR SALVADOR VILLALPANDO HERNANDEZ	"Plasticidad de la secreción láctea en el periodo de lactancia. Efectos sobre la producción de nutrimentos y el crecimiento de los lactandos"	Unidad de Investigación Médica en Nutrición Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				900 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
46 1242	DOCTOR HOMERO MARTINEZ SALGADO	"Patrones de ablactación y su correlación con el estado nutricional en los lactantes menores de dos años derechohabientes del IMSS, Delegación Morelos"	División Investigación Epidemiológica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
47 1243	DOCTOR HOMERO MARTINEZ SALGADO	"Evaluación del efecto preventivo de la administración intermitente de hierro sobre la disminución de la reserva de hierro sobre la disminución de la reserva de hierro y el neurodesarrollo en lactantes"	División Investigación Epidemiológica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
48 1244	DOCTOR CARLOS ENRIQUE TENE PEREZ	"Asociación entre niveles de proteína C reactiva y sensibilidad a la insulina en Diabetes mellitus tipo 2"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Colima, Col.	75 000.00
49 1245	DOCTOR BENJAMIN TRUJILLO HERNANDEZ	"Utilización de sellos de fibrina en la prevención de la formación de adherencias en la reparación de las hernias de la pared abdominal"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Colima, Col.	75 000.00
50 1246	DOCTOR NIELS WACHER RODARTE	"Caracterización clínica y bioquímica de los diabéticos tipo 2 con falla primaria al tratamiento dietético"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
51 1247	DOCTOR DIEGO JULIO ARENAS ARANDA	"Correlación de la etapa clínica y la pérdida de heterocigocidad en cáncer de mama en una muestra de la población mexicana"	Unidad de Investigación Médica en Genética Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
52 1248	DOCTOR DIEGO JULIO ARENAS ARANDA	"Expresión diferencial de genes de tumores mamaros mediante análisis serial de expresión génica y microarreglos de cDNA"	Unidad de Investigación Médica en Genética Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
53 1249	DOCTOR J. ALVARO AGUILAR SETIEN	"Presencia de Ac contra lentivirus caprino en cabras lecheras y personal que trabaja con estos animales"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
54 1250	DOCTOR MOISES MERCADO ATRI	"Influencia del eje somatotrópico en la hiperplasia y el Ca de próstata"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
55 1251	DOCTOR HOMERO HERNANDEZ MONTES	"Efecto de una dieta marginal sobre la actividad proteolítica (sistema ubiquitina-proteasomas) en los tejidos de la rata lactante, su composición corporal y la producción de leche"	Unidad de Investigación Médica en Nutrición Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
56 1252	DOCTOR IGNACIO GONZALEZ BURGOS	"Evaluación de la conducta exploradora de la progenie de ratas en un modelo de síndrome alcohólico fetal"	Centro de Investigación Biomédica de Michoacán Morelia, Mich.	75 000.00
57 1253	DOCTORA MARIA GUADALUPE CAMPOS LARA	"Evaluación de la actividad antiasmática de las fracciones fitoquímicas de Galphimia glauca en las vías aéreas de un modelo experimental de asma"	Unidad de Investigación en Farmacología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				900 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
58 1254	DOCTORA ANA LUISA VELASCO MONROY	"Correlación de la actividad electroencefalográfica ictal de profundidad con los hallazgos histopatológicos en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal"	Unidad de Investigación Médica en Neurofisiología Hospital General de México	75 000.00
59 1255	DOCTOR MOISES MERCADO ATRI	"Identificación de mutaciones del gen del receptor de Hormona Liberadora de Hormona del Crecimiento en tumores hipofisarios productores de Hormona del Crecimiento"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
60 1256	DOCTORA MARIA DE LOS ANGELES VILLANUEVA CARRETO	"La infección por Helicobacter pylori como factor de riesgo en el desarrollo de Cáncer gástrico"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 6 Ciudad Madero, Tamps.	75 000.00
61 1257	DOCTOR HECTOR RAFAEL SANCHEZ NUNCIO	"Estudio sobre la calidad de vida en el tratamiento antirretroviral y antiproteásico de pacientes con SIDA"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 6 Ciudad Madero, Tamps.	75 000.00
62 1258	DOCTOR JUAN PABLO MENDEZ BLANCO	"Estudio de mutaciones en el gen INSL3 en pacientes con criptorquidia"	Unidad de Investigación Médica en Biología del Desarrollo, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
63 1259	DOCTOR FERNANDO CALZADA BERMEJO	"Aislamiento y elucidación estructural de los compuestos con propiedades antiprotozoarias in vitro contra Entamoeba histolytica y Giardia lamblia presentes en las partes aéreas de Teloxys graveolens Willd"	Unidad de Investigación Médica en Farmacología de Productos Naturales Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
64 1260	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Locus de control, adherencia, adquisición y costo del tratamiento farmacológico prescrito y no prescrito en pacientes con Diabetes Mellitus 2"	División de Informática Médica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
65 1261	DOCTOR ALFREDO ULLOA AGUIRRE	"Estudios sobre la potencia biológica in vitro de la Hormona Estimulante del Folículo Humana Circulante. Cambios durante el ciclo menstrual"	Unidad de Investigación en Medicina Reproductiva, H. de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
66 1262	DOCTOR LUIS BENITEZ BRIBIESCA	"Estudio de la impronta genómica del gen Rb como mecanismo de susceptibilidad en familias con agregación neoplásica"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
67 1263	DOCTOR ARTURO ZARATE TREVIÑO	"Efecto de la androgenoterapia sobre la remodelación ósea en hombres con hipoandrogenismo de edad avanzada"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
68 1264	DOCTOR JAVIER VARGAS VILLARREAL	"Comparación de la actividad hemolítica, fosfolipásica y producción de abscesos hepáticos de Entamoeba histolytica crecidas en presencia y ausencia de vitaminas 107 de Diamond"	Centro de Investigación Biomédica del Noreste Monterrey, N.L.	75 000.00
69 1265	DOCTOR ALEJANDRO GONZALEZ OJEDA	"Nutrición parenteral total en el manejo de la peritonitis secundaria: comparación de la NPT enriquecida con la L-Alanin-L-Glutamina versus NPT no enriquecida"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
SUBTOTAL				900 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
70 1266	DOCTOR ALEJANDRO GONZALEZ OJEDA	"El donador del óxido nítrico nitroprusiato de sodio en la respuesta inflamatoria hepática posterior a choque hemorrágico no controlado"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
71 1267	DOCTORA MARIA CRISTINA REVILLA MONSALVE	"Efecto de la Diabetes inducida en ratas gestantes sobre la morfofisiología de los ovarios y testículos de sus crías"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Metabólicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
72 1268	DOCTORA MARGARITA LEVARIO CARRILLO	"Relación entre la exposición subcrónica a plaguicidas inhibidores de colinesterasas y el retardo en el crecimiento intrauterino"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 1 Chihuahua, Chih.	75 000.00
73 1269	DOCTOR GABRIEL MANJARREZ GUTIERREZ	"Mecanismos de activación de la biosíntesis de serotonina cerebral en ratas con Diabetes Mellitus: cinética de la triptófano-5-hidroxilasa"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Neurológicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
74 1270	DOCTOR MAURICIO SALCEDO VARGAS	"La infección del virus del papiloma humano de alto riesgo promueve la expresión de proteínas de adhesión CD44 específicas en lesiones invasoras del cérvix"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
75 1271	DOCTOR MAURICIO SALCEDO VARGAS	"Perfiles de expresión génica y alteraciones cromosómicas en el cérvix uterino humano y sus cambios durante la progresión hacia el carcinoma invasor"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
76 1272	DOCTORA RAQUEL TREJO ALBARRAN	"Quimiosensibilidad versus quimioresistencia en cáncer testicular de células germinales: expresión de p53, Bcl-2 y actividad de MDR-1"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
77 1273	DOCTOR CESAR RAUL GONZALEZ BONILLA	"Microambiente inmunológico en los granulomas de la tuberculosis cutánea"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología e Infectología Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
78 1274	DOCTOR CESAR RAUL GONZALEZ BONILLA	"Comportamiento del macrófago alveolar de niños con infección por el VIH, VIH y tuberculosis pulmonar en comparación con macrófagos alveolares de niños sanos"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología e Infectología Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
79 1275	DOCTORA MARGARITA TORRES TAMAYO	"Insulinemia en ayuno y su asociación con el tamaño y la susceptibilidad a la oxidación de LDL en adolescentes"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
SUBTOTAL				750 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
80 1276	DOCTORA HORTENSIA REYES MORALES	"Predicción del estado de nutrición en el recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio de casos y controles anidado en una cohorte"	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
81 1277	DOCTOR JESUS FERNANDO GUERRERO ROMERO	"Predictores de resistencia a la insulina en sujetos hispano-mexicanos. Determinación del papel de la hipomagnesemia"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 1 Durango, Dgo.	75 000.00
82 1278	DOCTORA MARTHA RODRIGUEZ MORAN	"Efecto de la pentoxifilina en el patrón de excreción urinaria de proteínas en pacientes con diabetes tipo 2 y microalbuminuria"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General Regional No. 1 Durango, Dgo.	75 000.00
83 1279	DOCTOR JOSE SANCHEZ CORONA	"Determinación de polimorfismos en el gen de glucocinasa en hermanos con Diabetes Mellitus tipo 2"	Centro de Investigación Biomédica de Occidente Guadalajara, Jal.	75 000.00
84 1280	DOCTOR ALFREDO LARROSA HARO	"Alimentación enteral con una dieta elemental en infusión continua vs alimentación parenteral periférica en el soporte nutricional de niños con pancreatitis aguda"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Especialidades C.M.N. de Occidente, Guadalajara, Jal.	75 000.00
85 1281	DOCTOR LUIS BENITEZ BRIBIESCA	"Determinación de tipos de papilomavirus en pacientes con papilomatosis respiratoria recurrente"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Oncológicas Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
86 1282	DOCTOR FELIPE GONZALEZ VELAZQUEZ	"Proteína recombinante de las adhesinas de unión a la colina (CBPs) como inmunógenos candidatos a vacuna contra Streptococcus pneumoniae"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología e Infectología Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández" Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
87 1283	DOCTORA GLORIA MARIA CALDERON RODRIGUEZ	"Participación de la vía del NFkB en la inducción de apoptosis en células cebadas tratadas con la toxina de C. difficile"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología e Infectología H. de Infectología "Dr. Daniel Méndez H." Centro Médico Nacional La Raza	75 000.00
88 1284	DOCTOR JOSE RAMON PANIAGUA SIERRA	"Chlamydia pneumoniae como factor de riesgo cardiovascular de pacientes en un programa de diálisis"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
89 1285	DOCTOR JOSE RAMON PANIAGUA SIERRA	"Efecto protector de pentoxifilina en la nefrotoxicidad inducida por ciclosporina A en ratas uninefrectomizadas"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
90 1286	DOCTORA SANDRA OROZCO SUAREZ	"Efecto de una dieta hipoproteica (maíz y purina) sobre la expresión posnatal del sistema serotoninérgico cerebral de la rata"	Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Neurológicas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				825 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
91 1287	DOCTOR JUAN GARDUÑO ESPINOSA	"Prevalencia, incidencia y factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión en niños hospitalizados en un tercer nivel de atención y su relación con depresión de sus padres"	División de Informática Médica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
92 1288	DOCTORA MARIA DEL CARMEN MARTINEZ GARCIA	"Utilidad de la música de Mozart como coadyuvante de un programa de estimulación múltiple temprana para disminuir la frecuencia de parálisis cerebral infantil en lactantes con antecedentes de prematuridad y hemorragia intraventricular"	División de Investigación Clínica Coordinación de Investigación Médica Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
93 1289	DOCTOR JOAQUIN GARCIA ESTRADA	"Regeneración del nervio facial en conejos por la influencia in situ de neuroesteroides liberados desde una prótesis de quitosana"	Centro de Investigación Biomédica de Occidente Guadalajara, Jal.	75 000.00
94 1290	DOCTORA ALICIA NAVARRO RUIZ	"Restricción de ácidos grasos esenciales precursores de ácido lipoico durante el desarrollo y efectos sobre el aprendizaje, ansiedad y población neuronal en hipocampo y corteza cerebral de ratas"	Centro de Investigación Biomédica de Occidente Guadalajara, Jal.	75 000.00
95 1291	DOCTOR MARIO ENRIQUE RENDON MACIAS	"Mecano fonografía del proceso de succión-deglución-respiración en el diagnóstico de trastornos de la succión en lactantes menores de seis meses"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
96 1292	DOCTORA MARIA ESTHER OLVERA CORTES	"Participación serotoninérgica en la organización estriatal del aprendizaje egocéntrico"	Centro de Investigación Biomédica de Michoacán Morelia, Mich.	75 000.00
97 1293	DOCTORA MARTHA VILLASEÑOR FARIAS	"Conceptos y significados de adolescentes escolarizados de Guadalajara sobre términos utilizados en la prevención de ITS/SIDA por los servicios de salud"	Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente Tonalá, Jal.	75 000.00
98 1294	DOCTOR JORGE LUIS GIRON CARRILLO	"Prevención de la anemia del prematuro con eritropoyetina recombinante humana, multivitámicos y optimización de las muestras de laboratorio"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Zacatecas, Zac.	75 000.00
99 1295	DOCTOR ARNULFO JOEL CORREA CHACON	Programa educativo en el control del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 en un centro de día. Un estudio de intervención"	Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Zacatecas, Zac.	75 000.00
100 1296	DOCTORA MARIA EUGENIA CHAVARRIA OLARTE	"Estudio de la frecuencia de mutaciones en los genes del factor V de la coagulación, de la metileno tetrahidrofolato reductasa y del angiotensinógeno en mujeres derechohabientes del IMSS con y sin preeclampsia-eclampsia"	Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"	75 000.00
101 1297	DOCTOR GERARDO VACA PACHECO	"Caracterización molecular de mutaciones en el gen G-6-PD en individuos G-6-PD deficientes y de polimorfismos en el gen G-6-PD y en el promotor del gen UGT1A1 en individuos G-6-PD normales y G-6-PD deficientes"	Centro de Investigación Biomédica de Occidente Guadalajara, Jal.	75 000.00
102 1298	DOCTOR LEONARDO VINIEGRA VELAZQUEZ	"Desarrollo de la prescripción apropiada en enfermedades cardiovasculares por estudiantes de Medicina de pregrado"	Unidad de Investigación Educativa Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				900 000.00

Cons	Investigador	Nombre del Proyecto	Adscripción	Financ
103 1299	DOCTOR FRANCISCO BLANCO FAVELA	"Papel del receptor de prolactina en la activación de linfocitos T y B en la respuesta inmune de personas sanas y pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico"	Unidad de Investigación Médica en Inmunología Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
104 1300	DOCTORA ROSENDA ISABEL PEÑALOZA ESPINOSA	"Correlación entre haplotipo de pacientes con anemia de células falciformes e infecciones recurrentes y su respuesta a hidroxiurea"	Unidad de Investigación Médica en Genética Humana Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI	75 000.00
SUBTOTAL				150 000.00
TOTAL FINAL				7'800 000.00



PROYECTOS ESTRATEGICOS 2000

TITULO	No. PROYECTO	PRESUPUESTO ASIGNADO
"Epidemiología molecular de la tuberculosis pulmonar en el norte de México. I: Validación del método de hibridación en línea-PCR".	FP-0038/1009	500,000
"Necesidades de salud y utilización de carencias de salud por los derechohabientes del IMSS mayores de 60 años"	FP-0038/1810	84,000
"Costos asociados a hospitalización por diarrea en niños menores de 5 años de edad: Impuesto económico sobre sus familiares y los servicios de salud"	FP-0038/1011	400,000
"Angiogénesis del cáncer de colon"	FP-0038/1012	195,000
"Estimulación eléctrica crónica del hipocampo: desarrollo de un procedimiento neuroquirúrgico para el control de las crisis del lóbulo temporal, medicamento intratable"	FP-0038/1014	265,000
"Evaluación de una intervención comunitaria para la prevención del cáncer cérvico-uterino en la Delegación de Morelos"	FP-0038/1026	500,000 y 300,00
"Caracterización y expansión in vitro de las células hematopoyéticas humanas presentes en la sangre de cordón umbilical"	FP-0038/1027	470,000
"Epidemiología intro-familiar de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> en niños y consecuencias clínicas de la infección"	FP-0038/1032	400,000
"Evaluación de la respuesta al tratamiento triple antirretroviral en pacientes pediátricos con infección por VIH-SIDA"	FP-0038/1033	100,000
"Cambio en la frecuencia de anemia y deficiencia de hierro como respuesta a dos esquemas diferentes de suplementación semanal con hierro y vitaminas y su relación con la infección por <i>Helicobacter pylori</i> "	FP-0038/1034	295,519
"Eficacia de una terapia de rescate guiada mediante pruebas fenotípicas de resistencia en pacientes pediátricos infectados por VIH-1 que recibieron tratamiento antirretroviral combinado"	FP-0038/1037	144,000

"Identificación de ácidos nucleicos del virus de la Hepatitis C, mediante la técnica de RT-PCR hibridación "in situ" en biopsias hepáticas de pacientes sometidos a terapia antiviral"	FP-0038/1038	100,000
"Evaluación de una intervención de farmacovigilancia a médicos de atención primaria y de la frecuencia e incumplimiento terapéutico en una cohorte de pacientes con hipertensión arterial sistemática"	FP-0038/1327	483,000
"La Diabetes Mellitus tipo 2 en México, tratamiento, historia natural y sus complicaciones. Estudio de una cohorte"	FP-0038/1325	500,000
"Desarrollo de métodos para el diagnóstico de la neurocisticercosis humana, usando proteínas recombinantes de la larva de taenia solium"	FP-0038/1330	334,000
	<p><i>"Fondo de apoyo a programas asignados a la División, proveniente del fondo de apoyo a programas institucionales de Investigación Médica" (FP-0038) en la partida a Proyectos Estratégicos</i></p>	<p>FP-0038/1029 : 500,000 el 29 Marzo y 500,000 el 25 Mayo</p> <p>FP-0038/1030 : 500,000 el 29 Marzo y 500,000 el 31 Mayo</p>



Cuadro I
RECURSOS MATERIALES EN LAS UNIDADES MEDICAS. SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO, 1999

Entidad federativa	Unidades médicas				Con- tulor- nas	Cama- s		Incu- bado- ros	Salos de Quar- fanos	Salos de expulsi- ón	Laboratorios			Equipos		Unidad dental
	Total	Consulta externa	Hospitalización Gene- ral	Especia- lizada		Cen- sables	No censables				Aná- lisis clínicos	Pato- logía	Ultra- sono- grafía	Rayos X	Electro- cardio- grafía	
Estados Unidos Mexicanos	10 493	10 008	310	95	22 202	31 252	31 986	2 361	1 085	5 708	893	120	389	1 107	842	3 396
Aguascalientes	84	77	4	3	249	394	334	33	14	52	6	1	6	18	17	40
Baja California	113	110	3	0	307	365	168	36	13	37	5	3	3	10	16	49
Baja California Sur	75	70	3	2	140	220	201	20	10	35	7	2	3	15	12	14
Campeche	144	133	9	2	281	352	352	33	15	46	12	2	6	15	16	24
Coahuila	182	169	10	3	429	465	442	37	20	57	20	0	11	27	15	89
Colima	116	112	4	0	219	201	392	19	7	59	7	1	3	9	7	24
Chiapas	328	314	14	0	795	724	824	63	41	149	40	1	8	39	15	148
Chihuahua	265	247	14	4	463	838	716	70	29	125	27	4	12	29	22	47
Distrito Federal	368	326	11	31	2 523	4 977	1 588	408	181	40	118	20	62	199	124	454
Durango	186	178	7	1	353	490	844	41	18	103	23	2	5	17	12	33
Guanajuato	491	478	11	2	888	988	1 856	81	30	378	29	4	14	54	24	81
Guerrero	878	864	14	0	1 254	830	2 156	77	40	613	54	2	15	46	24	111
Hidalgo	405	397	7	1	618	720	1 352	61	17	359	27	1	9	16	14	78
Jalisco	717	700	13	4	1 444	2 463	2 779	156	99	477	47	6	26	55	39	202
México	971	937	29	5	2 290	4 285	3 038	246	82	369	69	12	26	89	100	523
Michoacán	395	380	12	3	690	884	1 567	74	35	209	31	3	13	45	24	120
Morelos	212	206	5	1	427	340	698	32	12	115	11	3	3	15	15	57
Nayarit	195	191	4	0	298	308	472	22	15	100	13	1	2	14	9	40
Nuevo León	443	434	6	3	845	625	637	36	22	43	35	2	18	25	12	147
Oaxaca	576	562	13	1	713	774	1 134	58	24	396	22	2	12	23	28	77
Puebla	471	448	22	1	925	1 201	1 614	78	34	343	26	3	17	44	37	235
Queretaro	236	231	4	1	336	374	722	38	13	142	10	2	8	16	10	48
Quintana Roo	166	161	4	1	279	248	356	29	14	85	20	1	2	10	8	29
San Luis Potosí	259	253	4	2	377	597	610	65	18	111	13	3	6	11	14	101
Sinaloa	207	199	7	1	409	480	763	27	22	154	14	3	9	19	17	46
Sonora	228	210	15	3	561	1 022	978	56	32	178	25	3	6	39	27	51
Tabasco	503	488	13	2	824	820	1 279	50	35	273	38	3	10	25	23	176
Tamaulipas	245	231	12	2	540	1 122	690	80	35	87	24	7	13	30	23	51
Tlaxcala	168	163	4	1	308	253	596	26	11	144	0	1	4	12	8	45
Veracruz	543	513	26	4	1 192	1 627	1 382	110	73	231	43	7	19	45	36	165
Yucatán	155	150	3	2	311	488	432	25	14	68	9	2	3	10	11	31
Zacatecas	159	156	3	0	265	288	559	51	18	126	17	2	3	10	7	31
Institutos nacionales	9	0	0	9	649	1 489	455	123	42	4	43	11	32	76	76	29

Fuente: Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadística e Informática (DGEI), Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS)

CUADRO 9.1 Casos nuevos de enfermedades no transmisibles seleccionadas por entidad federativa hasta la semana 50 de 1999

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETO			CÁNCER CEREBRO			CERNEJAS HEPÁTICA		
	MILLAS DE 10 ³ Ref. E10-E16			UTERINO DE 10 ³ Ref. C24, D04			UT-10 ³ Ref. K70A, K74A		
	1999	1998	1997	1999	1998	1997	1999	1998	1997
SEMANAL	ACUMULADO	ACUMULADO	SEMANAL	ACUMULADO	ACUMULADO	SEMANAL	ACUMULADO	ACUMULADO	
Aguascalientes	n.a.	3 018	4 473	n.a.	42	82	n.a.	42	73
Baja California	n.a.	9 243	9 946	n.a.	232	174	n.a.	296	291
Baja California Sur	3	1 801	2 280	-	27	15	-	34	66
Campeche	27	1 777	1 650	3	93	67	4	99	127
Coahuila	70	5 952	14 153	1	91	151	1	104	267
Colima	9	877	730	-	26	43	1	44	113
Chiapas	18	7 143	9 444	-	448	354	-	539	617
Chihuahua	64	6 822	12 096	6	401	489	3	170	279
Distrito Federal	106	27 471	39 268	2	138	186	7	1 091	1 976
Durango	43	6 517	10 809	4	138	154	2	225	311
Guanajuato	77	5 258	15 891	4	137	235	-	157	434
Guerrero	n.a.	7 733	11 017	n.a.	186	275	n.a.	136	294
Hidalgo	71	4 353	4 487	-	108	97	12	472	612
Jalisco	n.a.	10 863	28 820	n.a.	379	520	n.a.	432	925
México	342	25 474	30 112	3	227	149	20	1 952	1 925
Michoacán	206	13 232	11 659	6	255	130	6	241	297
Morelos	82	6 567	10 187	-	74	85	6	372	309
Nayarit	41	3 108	2 799	1	149	73	2	135	127
Nuevo León	72	7 814	10 789	16	674	432	13	670	524
Oaxaca	20	3 250	7 421	3	91	133	5	218	419
Puebla	107	10 476	16 092	1	374	255	5	826	884
Querétaro	53	3 265	4 572	1	42	30	4	191	330
Quintana Roo	18	2 007	2 354	-	49	80	3	186	244
San Luis Potosí	64	5 533	7 446	-	129	156	3	174	226
Sinaloa	45	5 526	7 351	1	123	209	1	194	261
Sonora	18	5 729	7 777	1	148	226	-	157	174
Tabasco	n.a.	4 964	7 833	n.a.	96	118	n.a.	106	185
Tamaulipas	162	11 392	16 804	3	211	213	6	391	422
Tlaxcala	28	1 679	2 157	-	32	143	3	123	119
Veracruz	n.a.	13 867	18 911	n.a.	393	420	n.a.	1 022	1 037
Yucatán	92	4 116	5 740	-	47	45	14	565	497
Zacatecas	10	2 747	3 711	-	26	34	-	42	41
TOTAL	1 884	229 556	331 345	82	5 826	5 881	122	13 458	14 434

Sistema de vigilancia epidemiológica de *Potomomeltis* y *Paradisis Flicida* Agua
Clasificación de casos hasta la semana 52 de 1999 e indicadores de evolución de la semana 1 a la 52 de 1999

ENTIDAD	Causa Cód.	Ausc. p. vic.	Clasificación de casos			En estudio ≥ 30 días	En estudio < 30 días	Casos con monitoreo	Laboratorio		Quem. enteros
			Crediti- medios	Comple- tados	Discar- tados				Positiv. %	Seg. %	
Aguascalientes	14	4	4	4	0	0	0	0	0	0	
Baja California Sur	5	2	2	2	0	0	0	0	0	0	
Campeche	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	
Coahuila	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	
Chiapas	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	
Chihuahua	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	
Distrito Federal	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	
Durango	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	
Guerrero	18	18	18	18	0	0	0	0	0	0	
Hidalgo	17	17	17	17	0	0	0	0	0	0	
Jalisco	19	19	19	19	0	0	0	0	0	0	
México	17	17	17	17	0	0	0	0	0	0	
Michoacán	12	12	12	12	0	0	0	0	0	0	
Nuevo León	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	
Oaxaca	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	
Quintana Roo	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	
San Luis Potosí	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
Sinaloa	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
Sonora	18	18	18	18	0	0	0	0	0	0	
Tabasco	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	
Tamaulipas	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
Veracruz	31	31	31	31	0	0	0	0	0	0	
Yucatán	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	
Zacatecas	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	341	341	341	341	0	0	0	0	0	0	
SA	193	193	193	193	0	0	0	0	0	0	
SAE	14	14	14	14	0	0	0	0	0	0	
SAF	37	37	37	37	0	0	0	0	0	0	
Otros	281	281	281	281	0	0	0	0	0	0	

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Investigación Médica

Julio de 2000

Ref. 09 B5 61 2800

C I R C U L A R

A los Directores de Centros de Investigación Biomédica y a los Jefes de Unidades de Investigación Médica, Unidades de Investigación en Epidemiológica Clínica, Unidades de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud y Unidades de Investigación Educativa e Investigadores Clínicos.

Muy señores nuestros:

Atendiendo a la importancia que la investigación médica tiene en la actualidad y conociendo las demandas de los investigadores, de contar con apoyos económicos más amplios, que permitan captar recursos de la Industria Farmacéutica, la iniciativa Privada, así como de Instituciones Nacionales o Extranjeras, informamos a ustedes que el **Fondo para el Fomento de la Investigación Médica**, ya cuenta con el apoyo Fiscal e Institucional para la **recepción de donativos**, tanto en dinero como en especie (equipo de laboratorios, reactivos y materiales, mobiliario y equipo).

Por este propósito, se requiere solicitar al FOFOM el formato especial para la **recepción de donativos y se les enviará el comprobante fiscal correspondiente** (recibo de donativos), para que ustedes puedan tramitar ante el donante la aceptación de recursos.

Este trámite adicional que realizó la Coordinación de Investigación Médica, es un esfuerzo más de apoyo a las crecientes actividades de investigación en salud.

Aprovecho la ocasión para enviarles un afectuoso saludo.

Atentamente

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
Coordinador de Investigación Médica

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



COMPROBANTE FISCAL
 R.F.C. IMS-421231-145
 Paseo de la Reforma No. 476 Col Juárez
 Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600 México, D.F.

SERIE	FOLIO
D	0001

FECHA		
DIA	MESES	AÑO

LUGAR: _____

RECIBI DE: _____						
NOMBRE O RAZON SOCIAL						
R.F.C.:		DOMICILIO:			CALLE	
No	COLONIA	C.P.	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	

LA CANTIDAD DE: \$ _____
NUMERO

EN LETRA: _____

POR CONCEPTO DE DONATIVO

RECIBIDO EN: EN EFECTIVO \$ _____

EN ESPECIE \$ _____

ANOTESE LA CANTIDAD Y DESCRIPCION DE LOS BIENES RECIBIDOS EN ESPECIE:

TOTAL \$ _____

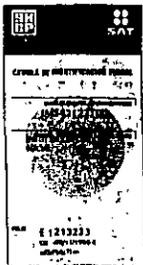
LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES

IMPRESO EN: TIPOGRAFICA INDUSTRIAL HELIOS S.A. DE C.V. Ctn. 502026 253 NORTE 27 No. 17, IVA VALLEJO, OTTUMBA, MICHOACAN DE TULI. SAN JUAN AULT. S/NOP 005 24 03 97. P.O. BOX 0 001 AL 0 1000

RECIBI

FIRMA Y SELLO

HOMBRE Y CARGO



LA EXPEDICION DEL PRESENTE SE ENCUENTRA SUSTENTADO EN LA ORDEN DE INGRESO No. _____ EXPEDIDA EN _____ CON FECHA _____ LA CUAL SE SUSTITUYE CON LA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO

ORIGINAL INTERESADO

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Ackoff L, Russell. "Administración en pequeñas dosis". Ed. Limusa. México, 1994.
- ◆ Alcaide, Angel. "Estadística aplicada a las ciencias sociales". Edit. Piramide Madrid. 1976.
- ◆ Ayala Espino, José L. "Límites del mercado - límites del estado". INAP. México, 1991.
- ◆ Ayer. "Lenguaje, lógica y verdad". Ed. Planeta, México, 1994.
- ◆ Baena de alcazar, Mariano. "Curso de ciencia de la administración". Madrid. Edit. Tecnos, 1992.
- ◆ Barnard, Chester. "The functions of executive". Harvard University Press. 1975
- ◆ Barquin, C.M. "Historia de la medicina". Su problemática actual. 6ª Ed. F.Méndez Oteo. México, 1984.
- ◆ Barquin C.M. "Medicina social". 2ª Ed. México, Mendez Oteo. 1981.
- ◆ Berensan, Mark ; Levine, David. "Estadística, administración y economía". Edit. Interamericana. México 1986.
- ◆ Breilh, Jaime. "Epidemiología, economía, medicina y política". Ed. Fontamara. México 1988.
- ◆ Caiden, Gerald. "Revitalización de la administración pública". Revista de Administración Pública No. 91.
- ◆ Carl, G.Hempel. "Explanation in science and in history". Artículo 1966.
- ◆ Caro, Guy. "La medicina impugnada; la práctica social de la medicina en la sociedad capitalista". Ed. Baisino. México, 1969.
- ◆ Chávez, Ignacio. "México en la cultura médica". México y cultura. SEP. México, 1946.
- ◆ Croizer, Michel. "Estado modesto, estado moderno; estrategia para el cambio". FCE. México, 1992.
- ◆ Das, Granda D. Et al. "Salud comunitaria y participación de la comunidad". 1ª Ed. Sto. Domingo. Rep. Dominicana. SESPAS 1980.

- ♦ Donabedian, A. "Los Espacios de la Salud: aspectos fundamentales de la Organización de la Atención Médica". D.F. Fondo de Cultura Económica. 1988.
- ♦ Donahue, John. "La decisión de privatizar". Buenos Aires. Edit. Paidós. 1991.
- ♦ Dubos, R. "El espejismo de la salud". México, Fondo de Cultura Económica. 1975.
- ♦ Eco, Umberto. "Cómo se hace una tesis". Ed. Gedisa. México, 1992.
- ♦ Eisenstadt, S.N. "Ensayos sobre el cambio social y la modernización". Madrid, Editorial Tecnos. 1970.
- ♦ Elster, John. "Justicia local". Edit. Gedisa. España, 1994.
- ♦ Fajardo, O.G. Atención Médica: "Teoría y prácticas administrativas". 1ª Ed. México. Prensa Médica Mexicana. 1983.
- ♦ Frenk, Julio. "La salud de la población: hacia una nueva salud pública". Fondo de Cultura Económica. México, 1997
- ♦ Frenk, J.E. Ruelas y A. Donabedian. "Staffing an training aspects of hospital management: some issues for research". Medical care review. 1989.
- ♦ García de Enterría Eduardo. "Revolución francesa y administración contemporánea", Madrid.Edit. Taurus.1981.
- ♦ Garrison, F.H. "Historia de la medicina". 4ª Ed. México Interamericana. 1929
- ♦ Gersain Lima Ramírez. "Política y administración: los nuevos retos". Revista prospectiva. Agrupación Política Nueva, A.C. Año 3, número 8, Noviembre 1997.
- ♦ Giddens, Antony, "Consecuencias de la modernidad". Edit. Alianza, 1993.
- ♦ Guerrero, Omar. "El estado y la administración pública en México". INAP, 1989.
- ♦ Guerrero Orozco, Omar. "La teoría de la administración pública". México. Edit. Harla.1986
- ♦ Guerrero, Omar. El management público: "Una torre de babel".México 1998.
- ♦ Hanlon, J.H. "Principios de administración sanitaria". 3ª Ed. México. La Prensa Médica Mexicana 1973.
- ♦ Humbert, Blaock Jr. "Estadística social". Edit. FCE. México 1978.
- ♦ Justi, Juan Enrique. "Ciencia del estado". Toluca, Edo. De México. CM, AECI, MAP, INAP, IAPEM. 1996.

- ◆ Kast and Rozenberg. "Administración en las organizaciones; enfoque de sistemas y de contingencias". Ed. Mc Graw Hill. México, 1988.
- ◆ Kédrov, M.B. y Spirkin, A. "La ciencia". Edit. Grijalbo. México, 1968.
- ◆ Klizberg, Bernardo. "Cómo transformar el estado?, más allá de mitos y dogmas". FCE. México, 1989.
- ◆ Lakatos, Imre. "Falsification and the methodology of scientific research". México, 1995.
- ◆ León Portilla, Miguel. "La filosofía náhuatl estudiada en fuentes". Instituto Indigenista Interamericano. México, 1956.
- ◆ Lyons, A.S. Petrucelli, R.S. "Historia de la medicina". 1ª Ed. España, Doyma. 1981.
- ◆ M-Downe. "Métodos estadísticos aplicados". Edit. Huerta. México 1986.
- ◆ Martínez, Fernando. "Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad". SSA. México 1993.
- ◆ Mc Keown, T. Y Lowe, C.R. "Introducción a la medicina social". México. Siglo XXI. 1981.
- ◆ Mejía Lira, José. "El control en la implantación de la política pública". Edit. Plaza y Valdes. México, 1993.
- ◆ Merino, Huerta, Mauricio. "Cambio político y gobernabilidad". Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. CONACYT, México, 1992..
- ◆ Merton, Robert. "Bureaucratic structure and personality, the free". 1957.
- ◆ Mills C, Wright. "La imaginación sociológica". Ed. FCE. México, 1986.
- ◆ Miranda, José. "Las ideas y las instituciones políticas mexicanas, primera parte". UNAM. México, 1978.
- ◆ Mises, Ludwig Von. "Bureacracy". Nuw Haven, Yale University Press. 1962 U.S.A
- ◆ Mora, C. Hersch P. "Introducción a la medicina social y salud pública". 1ª Ed. México Terranova UAM. 1981.
- ◆ Moreno, Roberto. "La administración territorial en México". Antecedentes históricos". Toluca, Edo. De México. UAEM-IAPEM, 1995.

- ♦ Narro, R.J. La medicina familiar en México. En ¿Qué es la medicina familiar?. 1ª Ed.. Venezuela. Ceitlin Editor. FEPAFEM/KELLOG. 1982.
- ♦ Narro Robles; Moctezuma, Javier. "La seguridad social y el estado moderno". IMSS, ISSSTE, FCE. México, 1992.
- ♦ Navarro, Vicente. "La medicina bajo el capitalismo; una alternativa de la sanidad en los países capitalistas". Ed. Grijalbo. México, 1978.
- ♦ Olguín, Fernando. "Estadística aplicada a las ciencias sociales". UNAM. México, 1988.
- ♦ "Planeación estratégica, control total de la calidad: Un caso real en México". Ed. Grijalbo. México, 1990.
- ♦ Poder Ejecutivo Federal. "Programa nacional de salud. 1984-1988". Síntesis Ejecutiva. Pág- 1-3.
- ♦ Popper, Karl. "En busca de un mundo mejor. Barcelona" Edit. Paidós. Colección Estado y Sociedad. Barcelona. 1990.
- ♦ Popper Karl. "La sociedad abierta y sus enemigos. Barcelona". Edit. Paidós. 1990.
- ♦ Popper, Karl. "The logic of scientific discovery". Ed. Iberoamericana. México, 1959.
- ♦ Roenier I. Milton. "Perspectiva mundial de los sistemas de salud". Ed. Siglo XXI. México, 1980.
- ♦ "Salud, medicamentos y tercer mundo". Coord. De Organizaciones no Gubernamentales para el desarrollo. México, 1989.
- ♦ San Martín, H. "Salud y enfermedad". 4ª Ed. México. La Prensa Médica Mexicana. 1981.
- ♦ Savas, E.S. "Privatización: la clave para un gobierno mejor". México. Ediciones Gernika, 1989.
- ♦ Sigerist, H. "Hitos en la historia de la salud pública". 1ª Ed. México, Siglo XXI, 1981.
- ♦ Somolinos, D'A.G. "Medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista"., Sociedad Mexicana. Hist. Filos. Méd. México 1970.

- ◆ Terris. M. "La revolución epidemiológica y la medicina social". 2ª Ed. México Siglo XXI. 1982..
- ◆ Tocqueville, Alexis. "El antiguo régimen y la revolución". Madrid, Alianza Ed. Tomo 1, 1982.
- ◆ Tollfer, Alwin. "El shock del futuro". Plaza y Janes Editores. 1993.
- ◆ Uvalle Berrones, Ricardo. "La teoría del estado y la administración pública". México. Plaza y Valdes Editores. 1992.
- ◆ Valades, Diego. "Derecho constitucional a la protección de la salud". Edit. Miguel Angel Porrúa. 1983.
- ◆ Waldo, Dwight. "The study of public administration". New York. Random House. 1967.
- ◆ Weber, Marx. "Economía y sociedad". México. FCE. 1984.
- ◆ Wittfogel, Karl A. "Despotismo oriental". Estudio comparativo, poder totalitario. De. Guadarrama. Madrid, 1966.
- ◆ Uvalle, Ricardo. "Las transformaciones del estado y la administración pública en la sociedad contemporánea". IAPEM, México. 1997.
- ◆ Uvalle, Ricardo. "Los nuevos derroteros de la vida estatal". Instituto de Administración Pública del Estado de México. UAEM, 1994.
- ◆ Varios. "Medicina ¿Para quién?". Ed. Nueva Sociología. México, 1988.
- ◆ Villarreal, René. "Liberalismo Social y Reforma del Estado". Nacional Financiera, FCE. México, D.F.

OTRAS FUENTES

- ◆ Editorial. "The distinction Between Public Health and Community, social, preventive medicine". J.O.Public Health Policy . 1985.
- ◆ Editorial "Feedbacks in Economic and Demographic Transition. Science". 1969. Government U.S.A.
- ◆ Johnson, Janet by R.A.I Joslyn. "Political science research methods". Washington, D.C. Congressional Quartely. 1995.
- ◆ Lindblom, Charles. "La investigación social para la elaboración de políticas: quién necesita y para qué". Revista, Gestión y Política Pública. CIDE. México, Vol. III. N.2.

- ◆ Lorino, Philippe. "Etre citoyen dans L'entreprise". Le Monde Diplomatique.
- ◆ Moe, Ronald. "United States, Public Administration" Review. Vol. 47. Núm.6, 1987.
- ◆ Moon, Donald. "The logic of political inquiry Howbook of political science". Vol. 1, 1994.
- ◆ Medicare and medical problems, issues and alternatives. "Informe del personal del Comité de Finanzas". U:S: Senate 91st. Congress 1st. Session, Waschington, D.C. Government Printing, 1970.
- ◆ Omran, A.R. "Epidemiological, transition, theory. International Encyclopedia of Population". New York. The free press. 1982.
- ◆ Pérez López Pulido, Joan. "El gerente municipal: una aproximación al cambio en la acción de gobierno y gestión pública". Madrid. Revista de Estudios de la Administración Local y Autónoma. 1994.
- ◆ "Primera reunión nacional de salud comunitaria". Dirección de prestaciones médicas. IMSS. México, 1995.
- ◆ Revista de Administración Pública No. 91. "Ensayos sobre la nueva administración pública". INAP México, D.F. 1996.
- ◆ Weber, Marx. "The theory of social and economic organization". The free press, New York, 1964.
- ◆ Wengert, Egbert. "Public Administration". United States. The American Political Science Review. Vol. 36, 1942.
- ◆ Walter, Alan Refus. "Las técnicas de privatización". México. Perspectivas Económicas. 1987.
- ◆ White, Leonard. "Introduction to the study of public administration". New York. The McMillan Co. 1926.

LEGISLACIÓN

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Porrúa. México. 1997
- ◆ Acuerdo por el que las entidades de la administración Pública Federal se agrupan por sectores, Diario Oficial de la Federación, México, 2 de septiembre de 1982.