



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
CENTRO PENINSULAR EN HUMANIDADES Y EN CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "MANUEL VELAZCO SUÁREZ"**

**LA ATENCIÓN PÚBLICA DE SALUD EN MÉXICO.
DE LA FRAGMENTACIÓN EN SUS INICIOS AL PROPÓSITO DE LA
INTEGRACIÓN EN SUS INSTITUCIONES.
"UN ENFOQUE DESCRIPTIVO"**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:
MIGUEL ANGEL ZAMARRÓN SERRATOS**

**ASESOR
MTRO. CARLOS ARTEAGA BASURTO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**LA ATENCIÓN PÚBLICA DE SALUD EN MÉXICO. DE LA FRAGMENTACIÓN EN SUS
INICIOS AL PROPÓSITO DE LA INTEGRACIÓN EN SUS INSTITUCIONES.
“Un enfoque descriptivo”**

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social**

**Miguel Angel Zamarrón Serratos
miguel_zamarron@hotmail.com**

Ciudad Universitaria, México, 2016

ASESOR DE TESIS

MTRO. CARLOS ARTEAGA BASURTO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

SINODALES

DR. JAVIER CARREÓN GUILLÉN
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DR. ENRIQUE CONTRERAS SUÁREZ
CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y
HUMANIDADES

MTRA. NORMA CRUZ MALDONADO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL
VELAZCO SUÁREZ”

MTRO. OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE
FACULTAD DE MEDICINA

| Contenido | Pág. |
|---|-------------|
| Introducción | 8 |
| Capítulo I. Marco teórico para el análisis institucional de la salud | 22 |
| 1.1 Teoría Institucional | 22 |
| 1.2 Análisis por medio de la construcción teórica de los sistemas sociales | 28 |
| 1.3 Perspectiva emergente de la exclusión social | 37 |
| 1.4 Enfoque de Salud Pública | 50 |
| Capítulo II. La salud: una responsabilidad social del Estado | 58 |
| 2.1 Origen de los servicios de salud en la administración del interior del Estado moderno | 58 |
| 2.2 Reconocimiento de la seguridad social y del derecho a la salud | 68 |
| 2.3 El estudio de los servicios de salud en el contexto de las ciencias sociales y el Trabajo Social | 76 |
| Capítulo III. Los servicios de salud en México. De una atención caritativa y asistencial a la institucionalización gubernamental | 84 |
| 3.1 Surgimiento de los hospitales religiosos en la colonia y su concepción sobre la medicina indígena | 84 |
| 3.2 Diseño normativo de los servicios de salud como nación independiente | 91 |
| 3.3 Crisis sanitaria en la revolución mexicana | 103 |
| 3.4 La autoridad de salubridad general, un mandato constitucional correspondiente a la función ejecutiva | 112 |
| 3.5 Protección a la salud mediante la cobertura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) | 123 |

| | Pág. |
|---|------|
| Capítulo IV. Retos de los servicios públicos de salud. De un dominio federal a una participación estatal | 134 |
| 4.1 Concentración federal de infraestructura hospitalaria | 134 |
| 4.2 Integración administrativa del sector salud | 142 |
| 4.3 Proceso de descentralización de los servicios federados de salud hacia los estados de la República | 148 |
| 4.4 Los cambios en el perfil epidemiológico de la población mexicana | 156 |
| | |
| Capítulo V. Hacia una integración funcional de los servicios públicos de salud en la federación | 169 |
| 5.1 Tendencias del modelo actual de los servicios públicos de salud | 169 |
| 5.2 Procesos de rectoría de la Secretaría de Salud en salubridad general | 181 |
| 5.3 Surgimiento de nuevos actores en la prestación de servicios públicos de salud | 189 |
| 5.4 Integración de los servicios públicos de salud por medio del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) | 195 |
| | |
| Conclusiones | 211 |
| Referencias | 222 |
| | |
| Anexos | |
| I. Comparativos de Programas Nacionales de Salud | 240 |
| II. Principales indicadores de los componentes del Sistema de Protección Social en Salud (SPSSS) | 250 |
| III. Composición del Sistema Nacional de Salud | 252 |

| | |
|--|------------|
| FIGURA 1. Elementos de Teoría Institucional | 24 |
| FIGURA 2. Subsistemas que integran la seguridad social | 46 |
| FIGURA 3. Componentes del Sistema Nacional de Salud en México | 124 |
| CUADRO I. Elementos metodológicos de la tesis | 14 |
| CUADRO II. Recursos de atención hospitalaria (2003 y 2015) | 158 |
| CUADRO III. Las 20 principales causas de muerte prematura en todo el mundo de 2012. | 159 |
| CUADRO IV. Esperanza de vida al nacer, 1940 a 2030 | 160 |
| CUADRO V. Cambios en las principales causas de muerte de menores de 5 años a nivel mundial, 2000-2012 | 161 |
| CUADRO VI. Tasa global de fecundidad, 1990, 2012 | 162 |
| CUADRO VII. México. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad. 1910-2050 | 163 |
| CUADRO VIII. Evolución de las principales causas de muerte por grandes grupos de edad 2015 | 164 |
| CUADRO IX. Médicos por cada 1,000 habitantes, países de la OCDE, 2000 y 2012 (o último año) | 165 |
| CUADRO X. Porcentaje gasto PIB en salud mundial | 166 |
| CUADRO XI. Presupuesto asignado al SPSS 2004-2015 (Millones de pesos) | 177 |
| CUADRO XII. Relación entre tipos de bienes y fondos en el Sistema de Protección Social en Salud. México | 198 |
| CUADRO XIII. Intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) | 204 |
| CUADRO XIV. Intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos | 205 |
| CUADRO XV. Intervenciones del seguro médico siglo XXI. 2015 | 208 |

Dedicatorias

A Dios por darme la dicha de construir un escalón más en este bello camino.

*A Claudia mi compañera de vida, gracias por caminar junto a mí y
compartirme tu amor, cariño y apoyo.*

*A mi hijo Mateo por enseñarme desde su llegada a contemplar la
belleza de la vida.*

*A mi papá Amado, por enseñarme en todo momento a caminar por la vida con
rectitud, fortaleza y amor.*

*A mi mamá Cuca, por su inagotable amor y guía.
Los amo.*

*A mis hermanos (as) José Luis, Joel, German Amado, Jazmín y Nayeli por su apoyo,
compañía y amor fraterno.*

*A mis sobrinos (as) Edson, Emily, Andru, Emiliano, Román, Sofía, Aldo y Camila
deseo que este camino, también sea el suyo.*

A mis cuñadas (os) Lucy, Renata, Estela y Juan por formar parte de esta hermosa familia.

*A todos ustedes, con el corazón
muchas gracias.*

Agradecimientos

A la Mtra. Leticia Cano por su motivación, apoyo y confianza para iniciar el noble camino de la docencia.

Al mi asesor de tesis, Mtro. Carlos Arteaga, gracias por sus enseñanzas en clase y acompañamiento en este proceso de titulación.

Al Dr. Roberto Rives mi eterno agradecimiento por sus años de sincera amistad y ser una guía en mi formación profesional.

A mi Comité Tutoral: Dr. Enrique Contreras, Dr. Javier Carreón, Mtra. Norma Cruz y Mtro. Omar Ramírez por sus comentarios y correcciones para la mejora del presente manuscrito.

A todos mis compañeros que he conocido en la Escuela Nacional de Trabajo Social, por compartir su tiempo, amistad y conocimientos.

Introducción

La salud es el estado máspreciado del individuo y su conservación requiere de la participación del Estado, la familia y la propia sociedad, hoy los servicios públicos de salud a nivel mundial, se encuentran ante un proceso de reconocimiento como obligación estatal donde los avances científicos y las reivindicaciones sociales han permitido su progresivo e imparable acceso, llegando a considerarse un derecho social (universal), por lo tanto, su estudio requiere desde cualquier disciplina, entenderse en función de la estructura política-administrativa, social y económica de cualquier país.

La presente tesis, centra su interés en la descripción y discusión teórica e histórica del Sistema Público de Salud en México, ubicando su problemática en la estructura orgánica con respecto a la rectoría de sus instituciones, expone la estrategia de integración por funciones que en los últimos años el gobierno ha implementado cómo mecanismo de administración para incluir socialmente a la población (económicamente no activa), por medio del Sistema de Protección Social en Salud [SPSS] mejor conocido como seguro popular.

De esta manera, abordar la construcción y desarrollo de nuestras instituciones públicas de salud, hacen revisar cómo a lo largo de su vida, transitan de esquemas fragmentados en su organización a procesos de institucionalización, donde por medio de la integración de sus funciones tratan de promover una solución de accesibilidad para la población que no cuenta con los servicios de salud garantizados en nuestra constitución.

Para ésta investigación, el fijar las funciones de acceso a la salud dentro del acontecer de las instituciones del propio gobierno como una responsabilidad, hacen replantear el acceso que se ha tenido de los servicios de salud en su vertiente pública desde su surgimiento hasta conformar el modelo que actualmente conocemos, siempre teniendo en cuenta las transiciones económicas,

demográficas, epidemiológicas y hasta democráticas por la que nuestro país ha pasado.

Lo cual, nos lleva a reflexionar desde nuestra disciplina el Trabajo Social, la gran oportunidad que tiene el Estado mexicano de promover un cambio responsable donde se apliquen políticas orientadas al desarrollo social y se eviten espacios de exclusión para los millones de individuos que se encuentran al margen de los servicios de salud en nuestro país, encontrando en todo momento los puntos de convergencia entre la sociedad civil y las estructuras gubernamentales para la protección social en salud.

Bajo un contexto donde el cambio de modelo económico, llevado a cabo en la década de los ochenta en nuestro país (de un régimen estatista a uno de libre mercado), brinda el marco sobre el actuar gubernamental en el acceso a los servicios de salud, tratando de comprender por qué se ha dado la atención desde acciones asistencialistas con impacto focalizado, atendiendo solo a los grupos en situación de marginación o de exclusión social por medio de la Secretaría de Salud, los sistemas estatales y dejando de lado una atención que sume factores como (prevención, curación, rehabilitación y seguimiento) cómo modelo a seguir, a cambio vemos un apresurado desmantelamiento del sistema público de salud que transita hacia un esquema compartido público-privado que sin duda incluye el acceso limitado a los servicios de salud, con una estrategia de integración funcional y orgánica de los servicios de salud en toda la República, con el fin de solo satisfacer los estados esenciales de enfermedad de cada individuo y su familia de manera focalizada y con criterios de acceso de mercado, como lo es -el reciente instrumento financiero, denominado Sistema de Protección Social en Salud (Seguro popular).

Por estas circunstancias, justificamos la necesidad de analizar la atención de los servicios públicos de salud desde sus orígenes, tratando de develar o dar las pistas del porqué hoy, aún con las modificaciones en la constitución de 1917, 1983

y las reformas a la Ley General de Salud de 2003, así como los ajustes diseñados en las tres últimas administraciones (incluida la presente) del Partido Revolucionario Institucional, el acceso a los servicios públicos de salud, sigue siendo un reclamo de mejores condiciones que se percibe como fragmentado y que aún genera un costo alto en los bolsillos de millones de mexicanos.

La necesidad de generar nuevos enfoques de investigación en nuestro programa de Maestría en Trabajo Social (en materia de salud), hace que nuestra investigación tome relevancia, centrando su estudio desde la construcción y definición de las diversas variables para comprender la complejidad social, así como los grandes principios teóricos que parten del análisis de las estructuras sociales hasta la incorporación de análisis más detallados que retoman al individuo como categoría central de análisis.

Una de las razones de importancia que encontramos para el estudio de los servicios públicos de salud, es la tendencia que muestran de integrarse en un sistema público que pretende sumarse al piso básico de derechos sociales que el Estado mexicano ha reconocido para el pleno uso de capacidades y oportunidades de desarrollo que necesitamos para impulsar el crecimiento económico.

El análisis de las diversas etapas que nuestras instituciones de salud han presentado hasta el ahora creado Sistema de Protección Social en Salud (Seguro popular), para dar protección financiera y acceso a los servicios personales de salud de una manera restringida, nos brinda la oportunidad para analizar el sistema público de salud en su conjunto, viendo sus alcances y limitaciones.

Por lo cual, se hace necesario que estudiosos de las ciencias sociales reorienten y abran el debate a nivel nacional sobre la pertinencia de enfocar nuevas dinámicas dirigidas a estudiar y aportar nuevas ideas en el repensar de nuestro sistema público de salud desde una vertiente integral, contemplando la

cobertura e inclusión desde un protagonismo de carácter político, económico y social por parte del Estado mexicano.

Metodología

El planteamiento de las preguntas que se formularon para ésta investigación, giran en torno a describir ¿Cómo se ha construido el sistema público de salud en nuestro país?, volviéndose el eje que guía el desarrollo de cada uno de sus apartados, por ello, el saber 1.- Que posturas teóricas permiten un análisis institucional de la salud? 2.- ¿Cómo se ha construido y de quien es responsabilidad garantizar el acceso a la salud? 3. ¿Cuáles son los principales cambios normativos que han definido el acceso público a la salud? 4.- ¿Cuáles son los retos y características que tienen las actuales instituciones públicas de salud?, además recientemente con la creación del Seguro Popular, nos preguntamos 5.- ¿Hacia dónde se ha dirigido la acción gubernamental en materia de salud en los últimos años?

A partir de las anteriores interrogantes, se plantea el siguiente supuesto hipotético, según el cual, la estructura política – institucional del Estado mexicano en materia de servicios públicos de salud, es fragmentada, lo que genera exclusión y falta de acoplamiento entre los diferentes organismos de salud pertenecientes a las entidades federativas y el gobierno federal, en un contexto donde la acción gubernamental propone para su solución, la integración de un solo modelo de atención. Derivado del anterior planteamiento, se proponen los siguientes objetivos.

Objetivo general

Comprender como se ha dado la atención pública de los servicios públicos de salud en México.

Objetivos particulares

1. Exponer las categorías conceptuales para analizar institucionalmente los servicios de salud.
2. Señalar la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar el acceso a la salud en México.
3. Describir los cambios normativos que han habilitado el acceso público a la salud en nuestro país.
4. Revelar los retos y características que tienen las actuales instituciones públicas de salud.
5. Hacer visibles las recientes tendencias de integración institucional sobre los servicios públicos de salud en nuestro país.

Por lo tanto, la presente investigación se realiza bajo un enfoque de corte cualitativo, donde hay una correspondencia con el paradigma interpretativo, porque se conceptualiza que las realidades son múltiples y holísticas para su comprensión como fenómenos sociales, donde hay posibilidades de generalizar los fenómenos, siempre comprendidos bajo un contexto (González, 2001, p. 229). Por lo tanto, la relación entre teoría e investigación es abierta e interactiva, es decir, corrobora simultáneamente los conceptos que le dan explicación a la naturaleza del objeto estudiado (Corbetta, 2007, p.41 y 42).

Se utilizará un método de la investigación descriptivo, que privilegia el análisis de los hechos sociales de carácter estructural, mediante una revisión teórico-histórico, que nos ayudará a comprender de modo sistemático las características de la atención pública de salud en nuestro país, pues su objetivo *“es llegar a conocer actitudes predominantes para la predicción o identificación del objeto a estudiar”*. (Ávila, 1999, p. 48) es decir, definir, clasificar, catalogar o caracterizar el objeto de estudio.

Nos apoyaremos de las técnicas de análisis de contenido e investigación documental, que consisten en analizar determinada realidad, a partir del material, por lo general escrito, que la propia sociedad ha producido y produce, a través de los individuos y sus instituciones (Corbetta, 2007, p.376), mientras la investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos (Baena, 1985, p. 72). Lo anterior, sobre la base de estudio de las realidades actualmente válidas y existentes de los servicios públicos de salud.

Por lo tanto, nos centraremos en el análisis de documentos de la exposición detallada de los antecedentes históricos, aparición y momentos posteriores de los servicios de salud, para considerar aquellos factores que pudiéramos calificar de permanentes en nuestro objeto de estudio.

- Análisis de documentos de autores destacados en la materia.
- Estudios legales e históricos del ámbito nacional e internacional.
- Revisión de los resultados institucionales sobre los servicios públicos de salud.
- Análisis de leyes, reglamentos, documentos y demás información legal en materia de salud.

Para ello, se han construido cinco momentos o categorías de análisis en la atención de los servicios públicos de salud, la primera corresponde a su comprensión desde el ámbito teórico, la segunda desde la colonia y el México independiente. La tercera aborda la institucionalización de los servicios de salud como responsabilidad del Estado, la cuarta el tránsito de un dominio federal a una participación estatal y finalmente la quinta se ubica desde el actual modelo de acceso a los servicios de salud y su tendencia a integrarse en un modelo único en México, todo ello pensando en poder responder cada una de las preguntas formuladas que guían la investigación, así como el supuesto hipotético planteado.

CUADRO I.
Elementos metodológicos de la tesis

| Apartados | Problema de investigación | Momentos o categorías de análisis | Pregunta principal | Preguntas de investigación | Objetivo General | Objetivos particulares | Método de trabajo | Supuesto hipotético |
|---------------------|--|---|---|--|--|--|---|---|
| Uno | Desconocimiento sobre la organización y funcionamiento de los servicios públicos de salud en México. | Teórico | ¿Cómo se ha construido el sistema público de salud en nuestro país? | 1.- ¿Qué posturas teóricas permiten un análisis institucional de la salud? | Comprender como se ha dado la atención pública de los servicios públicos de salud en México. | 1.Exponer las categorías conceptuales para analizar institucionalmente los servicios de salud. | Se utiliza en ésta investigación un enfoque cualitativo donde hay una correspondencia con el paradigma interpretativo, se eligió el método descriptivo, privilegiando el análisis de los hechos sociales de carácter estructural, mediante una revisión teórica - histórica. Se utilizaron las técnicas de análisis de contenido e investigación documental. Desde una reflexión transdisciplinaria que implica la eliminación de las fronteras disciplinarias y una genuina integración entre las disciplinas. | La estructura política – institucional del Estado mexicano en materia de servicios públicos de salud, es fragmentada, lo que genera exclusión y falta de acoplamiento entre los diferentes organismos de salud pertenecientes a las entidades federativas y el gobierno federal, en un contexto donde la acción gubernamental propone para su solución, la integración de un solo modelo de atención. |
| Dos | | Colonia y México independiente | | 2.- ¿Cómo se ha construido y de quien es responsabilidad garantizar el acceso a la salud? | | 2.Señalar la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar el acceso a la salud en México. | | |
| Tres | | Institucionalización de los servicios de salud cómo responsabilidad de Estado | | 3. ¿Cuáles son los principales cambios normativos que han definido el acceso público a la salud? | | 3. Describir los cambios normativos que han habilitado el acceso público a la salud en nuestro país. | | |
| Cuatro | | De un dominio federal a una participación estatal | | 4.- ¿Cuáles son los retos y características que tienen las actuales instituciones públicas de salud? | | 4. Revelar los retos y características que tienen las actuales instituciones públicas de salud. | | |
| Cinco | | Actual modelo de acceso a los servicios de salud | | 5.- ¿Hacia dónde se ha dirigido la acción gubernamental en materia de salud en los últimos años? | | 5. Hacer visibles las recientes tendencias de integración institucional sobre los servicios públicos de salud en nuestro país. | | |
| Elaboración propia. | | | | | | | | |

Lo anterior, en un contexto donde se privilegie una reflexión transdisciplinaria que implica la eliminación de las fronteras disciplinarias y una genuina integración entre las disciplinas (Arteaga, 2014, p. 4) desde el campo del Trabajo Social, jugando la función de cerebro integrador que sintetice los esfuerzos disciplinarios para actuar, en este caso en (la atención pública de los servicios de salud), donde se entrelacen los esfuerzos de rectoría y atención médica por parte de la Secretaría de Salud cómo principal institución encargada de coordinar el sistema público de salud en nuestro país.

Al respecto, consideramos tener en cuenta que el desarrollo de las ciencias sociales en los procesos de investigación, tradicionalmente han sido eminentemente desde un enfoque disciplinario (mono o unidisciplinario) con eventuales intercambios de recursos teóricos, metodológicos o técnicos para el desarrollo de las respectivas investigaciones (interdisciplinar), o bien registrando esfuerzos disciplinarios conjuntos para atender alguna problemática social determinada (multidisciplinar).

Por lo tanto, nos encaminaremos a utilizar, el enfoque transdisciplinario contrastando las diferencias con la multi y la interdisciplina, para ubicar mejor nuestra visión para esta investigación.

La multidisciplinariedad se ocupa del estudio de un tema desde una perspectiva disciplinaria particular, pero con la adición de aportaciones de otras disciplinas, dando un enriquecimiento en el análisis de los temas por la combinación de las perspectivas de varias disciplinas. Con respecto a la interdisciplina, se sostiene que es similar a la anterior, pero tiene una meta diferente, nominalmente “transferir métodos de una disciplina a otra” y puede incluir la aplicación de métodos de una disciplina al dominio de otra, mientras que la transdisciplinariedad *“se ocupa de aquello que está ahora entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de todas las disciplinas. Su meta es el entendimiento del mundo presente, del cual uno de los imperativos es la unidad*

del conocimiento” Nicolescu (1977) citado por (Arteaga, 2014, p. 2 y 6). Para nuestro caso, la atención pública de los servicios de salud pretende ser ese objeto de estudio.

Finalmente, la temporalidad la determinará la reorganización de las estructuras administrativas de la Secretaría de Salud federal y de las Entidades, siendo una constante por las recientes actualizaciones de la legislación en la materia, desde su incorporación como responsabilidad estatal a nivel constitucional en (1917) y después en su reconocimiento como derecho a todos los mexicanos (1983), hasta la última modificación en 2003 donde la Ley General de Salud, propone la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro popular), teniendo como propósito integrar los servicios esenciales de salud de las entidades con los servicios de acceso especializado que presta el ejecutivo federal, para brindar protección social en salud a toda la población que no cuente con un acceso formal a este derecho, contenido en nuestra constitución.

Resumen capitular

El contenido de la presente investigación está dividido en cinco capítulos que responden a cada una de las preguntas y objetivos que se generaron para esta investigación y en su conjunto nos llevan a responder al planteamiento hipotético.

En el primero se presenta, el marco teórico para abordar desde un análisis institucional la salud, definiendo los conceptos clave vinculados a su reconocimiento dentro de la estructura gubernamental del Estado moderno, describiéndose la teoría institucional, cómo un referente de análisis para explicar, la sociedad a partir de sus limitaciones formales e informales, en un segundo momento se describe la concepción de sistemas sociales dentro de los términos del marco de referencia de la acción social, exponiendo las bases teóricas de las que se ha apoyado nuestra disciplina el Trabajo Social para el estudio del ámbito social, sobre éste tema encontramos generalizaciones metodológicas a partir de

un esquema que muestra categorías de análisis que nos permiten comprender la organización de nuestras instituciones para el acceso público a la salud, bajo una perspectiva de análisis como derecho social, reconocido desde nuestra Constitución y donde el gobierno mediante una campaña de inclusión ha desarrollado una política pública que tiene por objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud de todas las personas excluidas de este derecho, para lo cual, nos apoyaremos en la vertiente teórica de la exclusión social, surgida en Europa y utilizada para describir los procesos de incorporación que las estructuras de gobierno han utilizado para integrar a los grupos en desigualdad laboral y que el Estado utiliza para legitimar la permanencia en el poder.

También nos apoyaremos de las variables salud y enfermedad que dan cuerpo a la vertiente teórica de la salud pública, encargada de la protección de salud en la población, a través de las estructuras gubernamentales destinadas para ello, para lo cual, se enuncian diferentes conceptualizaciones que van desde un enfoque de higiene pública, biologista (relación agente–huésped-ambiente) y el modelo psicosocial en salud (que describe los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad).

Por último, en constante entendimiento recurriremos a los principios que la teoría política, económica y la ciencia administrativa, nos aportan para el abordaje del reconocimiento de los derechos sociales en los estados- nación y sus instituciones como es para este caso el acceso público de la salud.

En el segundo capítulo, se conceptualiza el origen de los servicios de salud en la administración del interior del Estado moderno, veremos por medio de su entramado institucional, su reconocimiento como una función pública del ejecutivo, señalándose las diferencias entre teoría y organización real que permite distinguir su integración y funcionamiento administrativo.

Se describe cómo se fue gestando el reconocimiento de los sistemas de seguridad social y del derecho a la salud, para ofrecer una respuesta institucionalizada a los cambios sociales que demandaban mejores condiciones de los grupos obreros en las nacientes sociedades industriales.

Además, en este punto, se visualiza como el reconocimiento de la seguridad social y del derecho a la salud se constituyen como elementos que van de la mano en la conformación del Estado moderno, volviéndose la expresión contemporánea de un esfuerzo estatal por alcanzar la plena dignidad del ser humano en la promoción de su desarrollo social, bajo los principios de derechos humanos y justicia social, principios que concordamos como disciplina.

Finalmente, se examina cómo las diferentes disciplinas que estudian la salud en su vertiente social, incluido el Trabajo Social plantean que deben integrar el estudio y reconocimiento de los derechos sociales y políticos dentro de sus objetos de estudio, en este sentido, la salud, derecho de reconocimiento progresivo a nivel mundial, toma interés en el desarrollo de la presente investigación.

En el tercer capítulo, se refiere cómo nuestro país ha transitado en el acceso público a la salud desde una atención primaria y asistencial a una institucionalización de los servicios, caracterizados por un gran dinamismo, que ha implicado oportunidades y retos sobre la estructura de poder durante toda su historia.

Conceptualizando cómo desde la etapa de la colonia surgen los hospitales religiosos teniendo que retomar los principios de la medicina indígena, pero también los principios caritativos de una lógica cristiano –católicos, durante un proceso de mestizaje y surgimiento de un sistema económico propio que fue consolidando la idea de atender a los más necesitados, desde una visión de

instituciones formales ancladas a la organización de la monarquía en la nueva España.

También se puede visualizar la conformación de un nuevo diseño normativo y de responsabilidad gubernamental que se dio bajo una constante lucha entre conservadores y liberales para brindar atención médica a la nueva clase criolla en el México independiente, combatiendo fundamentalmente las enfermedades de los más desprotegidos, por medio de hospitales de asistencia primaria y campañas de prevención para enfermedades de transmisión, idea que predominó antes y durante el movimiento de independencia, donde la iglesia figuraba por encima del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Posteriormente, se plantea cómo las condiciones de inestabilidad política y social que se suscitaron durante la revolución, repercutieron en una crisis de la atención médica que variaba de acuerdo a las condiciones económicas de los usuarios y a las condiciones geográficas de su ubicación, así como al origen de los hospitales (religioso, privado, militar y gubernamental).

Por último, se describe la reorganización hospitalaria después de la revolución, donde se emprendieron políticas sanitarias de acuerdo al mandato constitucional donde se facultó dictar leyes por medio de un Consejo Salubridad General para toda la República recayendo la autoridad sanitaria en un Departamento que posteriormente se convirtió en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo que permitió una institucionalización formal de los servicios públicos de salud en México.

En el cuarto capítulo, se describen los retos de las instituciones públicas de salud, analizando cómo su responsabilidad pasó de un dominio federal a una participación estatal donde la concentración de infraestructura hospitalaria de control federal, se orientaba de manera fragmentada al acceso de los servicios de salud de acuerdo a su función de creación, pero sin una lógica de integración en el

DF y áreas conurbadas, lo anterior, es consecuencia de un crecimiento económico originado después de la década de los cuarenta, diferenciándose del modelo de atención de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social Para las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos), que han brindado atención a la clase corporativizada en nuestro país.

Posteriormente, se detalla cómo a partir de la administración de José López Portillo (1976-1982) con un nuevo programa de gobierno, la estructura administrativa en materia de salud, se integra en un solo sector que agrupa los servicios de salud dependientes del presidente de la República.

También se menciona cómo se efectuó el tránsito de responsabilidades en materia de salud de la federación a los estados con el proceso de descentralización, producto de la excesiva centralización que ha caracterizado al sistema de salud. Por lo cual, en la década de los ochenta se crea el Programa Nacional de Salud, por medio del cual, se busca revertir el proceso centralizador en materia sanitaria mediante una adecuada redistribución de competencias, entre los tres niveles de gobierno, la integración programática de sistemas estatales de salud, así como la integración orgánica de dichos sistemas de atención a población abierta bajo la gestión de los gobiernos locales.

Por último, se puntualizan los retos que provocan los cambios del perfil epidemiológico de la población en las instituciones públicas de salud, enfatizando porqué se tienen que adaptar las estructuras en la atención de enfermedades crónico degenerativas que generan altos costos para nuestro país.

En el quinto y último capítulo, se presenta la organización actual del modelo de atención de los servicios públicos de salud, donde se expone su funcionamiento y tendencias de integración. Lo anterior para comprender la composición a nivel

nacional de los establecimientos públicos de atención médica de que tratan dar cumplimiento al derecho de protección social en salud, mandado en nuestra constitución política.

Para lo cual, se describen las dos dimensiones en su actuar, -la federal que implica la acción rectora de la Secretaría de Salud [SSA] como autoridad única en materia de salubridad general y la estatal que permite el acceso a los servicios médicos en su vertiente pública, por medio de un instrumento de protección financiera que ocupa a los servicios estatales de salud en la creación de la reciente figura del Sistema de Protección Social en Salud mejor conocido como seguro popular que después de una continuidad de las políticas de salud que las últimas administraciones en el poder han propuesto, se integran los servicios públicos de salud de las entidades en un solo sistema de atención pública para toda la federación en colaboración de nuevos actores, viendo sus alcances y limitaciones.

Capítulo I. Marco teórico para el análisis institucional de la salud

1.1 Teoría Institucional

El comienzo de un trabajo requiere de un esfuerzo de definición de los principales conceptos estructurales que en el ámbito teórico le dan sentido, en este esfuerzo advertimos el marco referencial de la teoría institucional, como una categoría de análisis para explicar, el funcionamiento de los servicios de salud y la función pública del Estado en el reconocimiento de los derechos sociales, evitando confusiones sobre su uso y significado, así como su contextualización dentro del ámbito de estudio de la ciencias sociales.

El diferenciar entre teoría y la organización real del Estado, hace fijar nuestro objeto de estudio, cómo el sujeto en acción de las funciones de acceso a la salud, porque el acontecer de las instituciones administrativas es de muchas maneras el acontecer del Estado mismo, tal actividad obedece al carácter de sus funciones sobre el principio de la continuidad para su permanencia.

Vargas Hernández (2008) en su artículo sobre las diferentes corrientes y perspectivas del institucionalismo y neoinstitucionalismo plantea que los institucionalistas analizan el conflicto, el poder y la política en el cambio institucional porque existe una separación entre las esferas públicas y privadas, entre lo administrativo y lo político. Los Estados crean las instituciones a fin de solucionar problemas de acción colectiva, reducir costos de transacción y disminuir incentivos de corrupción, entre otros (p.47). Thoening (2003) citado por (Vargas Hernández, 2008, p.48) considera que el institucionalismo en su nueva versión ha evolucionado y tiene en su comprensión varias perspectivas (histórico, económico y sociológico).

En el sociológico, se pueden institucionalizar un sinnúmero de fenómenos sociales, en comparación los economistas y los científicos políticos se concentran

exclusivamente en las reglas económicas o políticas del juego, por lo tanto, los sociólogos encuentran instituciones en todas partes, desde los apretones de mano hasta los departamentos de planificación estratégica, pasando por los matrimonios, es decir, todas las conductas son potenciales de institucionalizarse (DiMaggio y Powell, 1999, p.43).

Respecto al económico, enuncia la perspectiva que cuestiona a la teoría económica neoclásica, centrándose en el estudio de las instituciones consideradas como un mecanismo para la toma de decisiones, que permiten la agregación de las preferencias de los agentes y actores, esta vertiente la respaldan (Douglas North, Paul DiMaggio, Walter W. Powell., James G. March, Johann P. Olsen, entre otros), por lo tanto las instituciones y las normas constituyen la base del funcionamiento interrelacional que determina el grado de racionalidad instrumental entre los diferentes actores del Estado (gobiernos, burócratas, políticos, otros) el mercado (propietarios privados) y la sociedad civil.

Como lo refiere North (1993) *“el presente y el futuro están conectados al pasado por obra de la continuidad de las instituciones de la sociedad”* (p. 7). En su estudio establece una teoría de las instituciones y del cambio institucional, a las que define como:

Reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico.

En su descripción, nos lleva a comprender que el desempeño diferencial de las economías a lo largo del tiempo está influido fundamentalmente por el modelo en que evolucionan las instituciones, es decir, el cambio que se presenta en cada sociedad está explicado en función del cambio de sus instituciones.

Por lo cual, plantea que las instituciones reducen la incertidumbre, por el hecho de que proporcionan una estructura a la vida diaria, constituyéndose una guía para la interacción humana de modo que cuando deseamos saludar amigos, manejar un automóvil, entre otros, sabemos cómo realizarlo, por lo tanto, las instituciones incluyen todo tipo de limitaciones (formales e informales) creadas para dar forma a su interacción, las primeras son consideradas como normas que idean los humanos y las segundas como acuerdos y códigos de conducta que perduran en el tiempo.

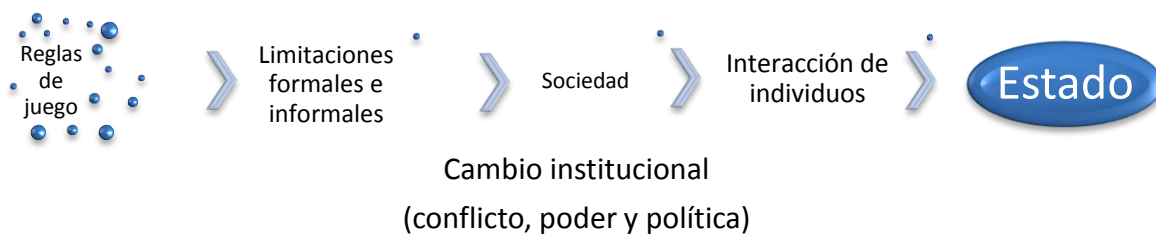


Figura 1. Elementos de Teoría Institucional. Elaboración propia.

Una distinción principal que debe advertirse en la teoría institucional, es la diferencia entre instituciones y organizaciones u organismos, a pesar de que ambos conceptos proporcionan una estructura para la interacción humana:

Los organismos incluyen cuerpos políticos (partidos políticos, el senado, el cabildo, una agencia reguladora), cuerpos económicos (empresas, sindicatos, ranchos familiares, cooperativas) cuerpos sociales (iglesias, clubes, asociaciones deportivas) y órganos educativos (escuelas, universidades, centros vocacionales de capacitación) (North, 1993, p. 15).

Para esta investigación hay que tener presente, los de naturaleza política como (el congreso, organismos políticos locales, otros). Que regulan el funcionamiento de los servicios de salud. En este sentido, se refieren como grupos de individuos enlazados por alguna identidad común hacia ciertos objetivos,

influyendo en la forma en que evoluciona el marco institucional general en materia de salud. Por lo tanto, las instituciones son normas subyacentes del juego y el acento lo ponen las organizaciones que funcionan como agentes del cambio institucional.

North (1993) puntualiza que las instituciones evolucionan y son alteradas por la interacción de los individuos, por consiguiente, las limitaciones a las elecciones individuales, parten de acuerdos, códigos de conducta y normas de comportamiento pasando por leyes estatutarias, derecho escrito y contratos entre los individuos (p.16).

Por lo tanto, el cambio institucional es un proceso complicado que se origina como consecuencia de los cambios en cuanto a normas y limitaciones informales dentro del Estado. Al respecto precisa, aunque las normas formales pueden cambiar de la noche a la mañana cómo resultado de decisiones políticas o judiciales, las limitaciones informales encajadas en costumbres, tradiciones y códigos de conducta son mucho más resistentes en el tiempo (North, 1993, p. 17).

Es decir, la interacción entre instituciones y organismos, determina la dirección del cambio institucional. Sin embargo, al surgir el nuevo institucionalismo que aglutina los enfoques históricos, sociológicos y de elección racional a principios de la década de 1990, las instituciones son entendidas cómo un conjunto de reglas que determinan los procesos de la reforma institucional a partir de marcos de incentivos y restricciones impuestos a los comportamientos de los diferentes agentes y actores económicos, sociales y políticos, para la formulación e implantación de políticas públicas. Sus defensores Powell y DiMaggio (1981), entre otros, claman que las instituciones pueden manejar intereses y preferencias de los individuos, sus relaciones y condiciones, el nuevo institucionalismo es un acercamiento a la elección racional que entiende a las instituciones como fuerzas estabilizadoras y constringentes. (Citados por Vargas Hernández, 2008, p. 50).

Por lo tanto, el neoinstitucionalismo tiene una respuesta a la crisis de legitimidad y eficacia del Estado de bienestar, atendiendo a los campos organizacionales como unidades de análisis y considerando la complejidad del Estado como un actor poco homogéneo y coherente por la presencia de grupos de interés. Desde la perspectiva histórica del neoinstitucionalismo, nos enfocaremos en comprender que el Estado está formado y organizado por una compleja red de grupos de interés y organizaciones diferenciadas con dotaciones asimétricas de poder e influencia, por lo tanto, el institucionalismo histórico nos aporta un análisis de las estructuras y procesos políticos de largo plazo, en donde las instituciones y las ideas que las sustentan son arenas de lucha y materias de disputa entre los diversos actores (Vargas Hernández, 2008, nos propone para profundizar, revisar a Pierson y Skocpol, 2005, así como Steinmo, 2001).

Powell y DiMaggio, en la introducción del libro *“El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional”* nos enuncian las principales tendencias y contraste del nuevo institucionalismo, advierten que este referente teórico, es tan antiguo como la exhortación de Emile Durkheim a estudiar los hechos sociales como cosas, sin embargo, su novedad reciente en el estudio de fenómenos sociales, económicos y políticos, lo ubican como nuevo en la bibliografía contemporánea del actuar institucional.

El resurgimiento del interés en las instituciones contempla las tradiciones de estudio de economía política y los esfuerzos funcionalistas, porque de acuerdo con Powell y DiMaggio, (p.35) *“este nuevo enfoque representa un esfuerzo por proporcionar respuestas nuevas a preguntas viejas acerca del modo en que los arreglos institucionales conforman, median y canalizan las elecciones sociales”*.

Por lo tanto, hay que advertir que, dentro de los estudios de análisis organizacionales, como es el caso nuestro, la teoría institucional, responde al cambio organizacional y político que nuestro país afronta en materia de acceso a la salud.

Como lo comentan, Powell y DiMaggio (1999, p.35) los administradores y los políticos abogan por programas que se establecen, pero que no se llevan a cabo, en la misma lógica los gerentes reúnen información asiduamente, pero no la analizan, se contratan expertos no en razón de sus consejos sino para exhibir legitimidad.

Por lo tanto, el nuevo institucionalismo en el análisis organizacional toma como punto de partida, la sorprendente homogeneidad de prácticas y acuerdos que se encuentran en el mercado de trabajo, escuelas, Estados y corporaciones.

Por ello, podemos observar cómo Powell y DiMaggio (1999), plantean que hay varios enfoques de institucionalismos (en la economía, en la teoría del juego de la elección racional, en el campo de la política, en los regímenes internacionalistas y en el sociológico), mostrando los diferentes puntos de divergencia entre cada uno y las disparidades por sus variadas definiciones hacia la institución.

No puede esperarse que enfoques de las instituciones basados en terrenos tan diferentes converjan en un solo conjunto de premisas y metas. De hecho, hay muchos institucionalismos nuevos...casi desvinculados, excepto por una convicción común de que los arreglos institucionales y los procesos sociales son importantes.
(p.41)

El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional, plantea que su origen tiene características sociológicas donde se destacan las formas en que se estructura la acción y se hace posible el orden mediante sistemas compartidos de reglas que a la vez limitan la tendencia y capacidad de los actores, para optimizar y privilegiar algunos grupos cuyos intereses son asegurados por las sanciones y recompensas prevalecientes (Powell y DiMaggio, 1999, p.55).

Lo anteriormente enunciado, expone las ideas fundamentales que definen y aclaran las estructuras analíticas distintivas sobre el análisis institucional, conformando un contexto para entender la naturaleza misma de nuestro objeto de estudio.

1.2 Análisis por medio de la construcción teórica de los sistemas sociales

Los principios teóricos de la acción social, enmarcados sobre la construcción teórica de los sistemas sociales, permiten acercarnos y entender para esta investigación la conceptualización del desarrollo que han tenido las instituciones públicas y para éste caso las de salud en nuestro país.

Para este objetivo, nos apoyaremos en Parsons quien dio a conocer la teoría clásica de sistemas de origen europeo a los sociólogos estadounidenses, pues se centra en una sociedad entendida como un sistema integrado de estructuras y funciones sociales, quien de acuerdo a Camic (citado por Ritzer G. 2001, p. 528) fue el más explícito en lo tocante a su intención de desarrollar un enfoque integrado de teoría sociológica, al incluir campos del saber cómo psicología clínica, la psicología conductista y la antropología, por lo cual, se fue desarrollando una clara distinción de los distintos niveles de análisis social, ejemplificado en los cuatro sistemas de acción: el organismo conductual, la personalidad, el sistema social y el sistema cultural a través de la integración de dichos niveles de análisis social, pues su principal interés fue la formación teórica de las relaciones entre sistema social y personalidad del individuo. Sin embargo, se le puede considerar que, en su esfuerzo de integración, puede haber espacio para el no entendimiento o confusión teórica, sobre cómo, de una orientación micro que empieza desde la estructura de la acción social, la lleva al pasar de los años a una teoría estructural funcional macro, pues éstas dos visiones hasta cierto punto se contradicen teóricamente, esto se debe de acuerdo a Ritzer (2001, p. 529) al no poder abandonar las viejas posturas teóricas e integrarlas a las nuevas.

En otras palabras, se menciona una dificultad al reconciliar la teoría de la acción Weberiana con el funcionalismo estructural de Durkheim.¹

En el prefacio de la segunda edición de la *“Estructura de la acción social”* (Parsons, 1949, p.D) lo menciona:

Desde el análisis de la estructura de la acción social como tal hasta el análisis estructural - funcional de sistemas sociales. Los sistemas sociales son, desde luego, en último término, sistemas de acción social. Pero la estructura de tales sistemas es tratada en la nueva versión, no directamente en términos de acción, sino como pautas institucionalizadas.

Parsons criticó el positivismo por ver el mundo como un sistema cerrado y determinista que no deja espacio a nociones tan importantes como la mente, la conciencia, los valores, los fines y las normas. Podemos encontrar en su obra referida, un análisis de las teorías de Marshall, Pareto, Durkheim y Weber a los que denominó como la teoría voluntarista de la acción y gracias a su estudio desarrolló los principios de lo no racional, la acción, el voluntarismo, las normas y los valores.

En este sentido, al reconocer Parsons (1982, p.17) que sin personalidades y sin cultura no puede existir un sistema social, en esta investigación se coincide con él, pues la interacción de los actores individuales en el sistema público de salud, es considerado como un sistema desde un punto de análisis histórico social, pues vemos el marco de referencia, bajo una orientación de los actores donde se contrastan unos con otros en el reconocimiento institucional bajo un mismo espacio y tiempo.

¹ Elemento no abordado en esta investigación.

Podemos mencionar que Parsons en su intento por dar una explicación de la sociedad desarrolló el sistema del funcionalismo estructural, para cuya comprensión es indispensable interiorizar que todo sistema debe abarcar las situaciones externas y debe adaptarse al entorno y el entorno a sus necesidades, teniendo la capacidad de fijarse metas y regulando la interrelación entre sus actores, para mantener su motivación.

Las necesidades para que funcione un sistema, se pueden explicar en dos vertientes, la gratificante refiriéndose al contenido de su intercambio con la totalidad de los objetos y la orientacional que se refiere a la relación con el mundo de los objetos (Parsons, 1982).

La corriente del funcionalismo estructural, se basa en que los sistemas tienen como característica el orden e interdependencia, siempre se rigen por un orden social que se auto-equilibra al estar estático o en movimiento, al relacionarse con otros sistemas se pueden adoptar o rechazar formas de conducta para la supervivencia del mismo.

En este sentido, el sistema social debe ser compatible con otras formas de organización, abrirse al apoyo de otros sistemas para satisfacer las necesidades de sus elementos o componentes, teniendo un lenguaje propio que se internalice mediante símbolos y pautas al interior de los miembros del sistema, porque cuando los actores persiguen mismos intereses, los del propio sistema se fortalecen.

Es necesario mencionar que el control social es necesario para el sistema, por ser un mecanismo de defensa complementario, en este sentido, se debe tolerar algunas conductas desviadas sin amenazar la estructura del propio sistema.

Cómo se comenta, iniciando el capítulo primero del libro (El sistema social, 1982, p.15) *“la interacción de los actores individuales tiene lugar en condiciones*

tales que es imposible considerar ese proceso de interacción como un sistema (en el sentido científico) y someterlo al mismo orden de análisis teórico que ha sido aplicado con éxito a otro tipo de sistemas en otras ciencias”.

Así el marco de referencia, para entender ésta teoría debe basarse en la acción, pues la orientación de los actores ya sea en el caso individual o de grupo en el mundo natural o en el social deben interactuar entre sí, creando un esquema relacional. Así se da paso al análisis de la estructura y los procesos de los sistemas constituidos por las relaciones entre los miembros al interior.

Para mayor entendimiento Parsons (1982) explica que dentro del término de la acción se deben clasificar el mundo de los objetos en tres clases: sociales, físicos y culturales.

Un objeto social es un actor que a su vez puede ser otro actor individual dado (alter) el actor que se toma a sí mismo como punto de referencia (ego).

Los objetos físicos son entidades empíricas que ni interactúan con el ego, ni responden al ego, son medios y condiciones de la acción del ego.

Los objetos culturales son elementos simbólicos de la tradición cultural; ideas y creencias (p. 16).

Así la acción es un proceso en el sistema, es decir, actor – situación que tiene significación motivacional para el actor individual o en el caso de una colectividad, para sus componentes individuales, por así decirlo, los diferentes elementos de la situación, llegan a tener significados especiales para sí mismo como signos y símbolos que se convierten en relevantes, en este sentido, cuando existe interacción social, los símbolos y signos adquieren significados comunes y sirven de medio de comunicación entre los actores.

De esta manera un sistema social, cómo nos plantea Parsons (1982, p.17) es una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tienen, al menos, un espectro físico o de medio ambiente, aquí los actores están motivados para obtener una determinada gratificación donde sus relaciones están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos.

Es decir, un sistema social es solo uno de los tres aspectos de la estructuración de un sistema total concreto de acción social, los otros dos son los sistemas de personalidad de los actores individuales y el sistema cultural que se establece en sus acciones.

Para abonar más en la descripción analizada, acudiremos a uno de los primeros expositores de la Teoría General de Sistemas (T.G.S) desde la vertiente de las ciencias exactas, fue Ludwing von Bertalanffy (2006), quien logró una metodología integradora para el tratamiento de problemas científicos, particularmente en la biología de donde viene esta vertiente teórica de sistemas, es decir, la comprensión de los organismos vivos, para su paso y adaptación a organismos dentro de la esfera social.

Es decir, la (T.G.S.) representa la historia de una filosofía y un método para analizar y estudiar la realidad y desarrollar modelos, como dice Sarabia. A. (1995) *“a partir de los cuales se puede intentar una aproximación paulatina a la percepción de una parte de esa globalidad que es el universo, configurando un modelo de la misma no aislado del resto al que llamaremos sistema”*. (p.9)

Por otro lado, la corriente del funcionalismo entiende al sistema cómo el conjunto de elementos interrelacionados entre sí, cuya unidad le viene dada por los rasgos de esta interacción y cuyas propiedades son siempre distintas a los de una suma de propiedades de los elementos del conjunto. (Moreno, 2000) cómo revisamos anteriormente.

Cabe aclarar que las cosas o partes que componen al sistema, no se refieren al campo físico (objetos), sino más bien al funcional, buscando reglas de valor general que puedan ser aplicadas a toda clase de sistemas.

En este sentido, la teoría de sistemas en las ciencias sociales para la década de los años setenta del siglo XX, presenta un avance en la teoría, al surgir vertientes que permiten auto organizarse, es decir, crear su propia estructura y los elementos que la componen, de esta manera, toma relevancia el término autorreferente que permite constituirse a sí mismo y no tanto mediante un observador externo que señala la diferencia entre sistema y entorno.

El problema central es diferenciar entre sistema y entorno, al respecto, Moreno (2000) nos va indicando qué son el conjunto de elementos los que tienen influencia sobre los elementos del sistema o son influidos por él, aunque no pertenecen al mismo sistema, es decir, es un problema que afecta a la caracterización del sistema mismo y que se puede interpretar cómo la diferencia entre sistemas abiertos y cerrados en los cuales, los primeros son los que mantienen relaciones con su entorno y los que no se relacionan son los que se consideran cerrados.

Niklas Luhmann, sociólogo alemán, ha sido uno de los responsables de adaptar y aplicarla en el ámbito de las ciencias sociales, él menciona que es una teoría con pretensiones universales, aplicada sobre la estructura de la sociedad moderna a través de las comunicaciones como sistemas sociales que enciman símbolos generalizados, diferentes entre sí, pero comparables por su misma estructura social, es decir, el sistema mismo construye los elementos o medios que lo integran, planteando una postura teórica denominada “[...] *funcional – estructuralismo en la cual no se considera que haya ciertas estructura dadas que deban ser sostenidas por funciones requeridas, sino que es la función [...] la que*

antecede a la estructura” Rodríguez, 1995: XII-XIII, (citado por Mosquera J. y Muñoz D. 2012).

Al respecto retoma la crítica al funcionalismo, donde plantea, una falta de radicalidad con la se ha venido haciendo el uso del análisis funcional, lo que ha provocado su des-uso, en este sentido, él considera radicalizar el método y compararlo entre sí, con sucesos que sean equivalentes para su estudio.

De esta manera, Luhmann considera que el sistema no será ya una referencia estadística, sino que se encuentra sometido al dinamismo de la función que persigue, que es un esquema dinámico de posibilidades, en este sentido, la teoría de sistemas ofrece un marco adecuado para abordar el problema de la complejidad (Moreno, 2000).

Esa misma complejidad de la que damos cuenta (en las intervenciones del Trabajo Social y en los análisis de la realidad donde intervienen múltiples disciplinas para describir los hechos sociales en un tiempo y espacio determinados.

Recientemente se ha producido una rápida extensión del paradigma sistémico en el análisis de las políticas públicas y el Trabajo Social, el actual enfoque de sistemas parte de la complejidad estructural de la sociedad contemporánea en la gestión de espacios sociales que forman otros subsistemas.

La disciplina del Trabajo Social, ha estado impregnada de un alto grado de conciencia social y preocupación por el análisis e intervención en los fenómenos sociales que caracterizan a nuestra sociedad post industrial, primero conceptualizándose cómo servicio social y después en una dinámica de asistencia, pues la preocupación por intervenir ante problemas reales en las esferas grupales e individuales han permitido para el profesional de esta disciplina, el diseño de innumerables modelos de intervención siendo base de su actuación

que se traduce en la esencia del objeto de estudio del Trabajo Social, que hasta el momento ha caracterizado a la profesión, cómo sustento clásico de acción para su estudio, se ha recurrido a la corriente del funcionalismo, llevada a cabo por sus exponentes Durkheim, Parsons, Spencer y Merton que mencionan dentro de sus postulados el privilegiar el enfoque empirista sobre el trabajo de campo.

Lo cual repercutió para que, en las últimas décadas del siglo XX, se haya manifestado en el campo de la investigación y acción del trabajo social, la adopción de un paradigma sistémico en función del estudio de los problemas abordados por la profesión, vinculados a políticas relacionadas con el Estado en su concepción social.

El enfoque de análisis sistémico del Trabajo Social ha tenido de modelo, la teoría clásica de sistemas que fue impulsada por la corriente teórica del funcionalismo, el cual se enfoca en el trabajo de campo desde la vertiente empirista.

Esta noción clásica parte de la distinción entre el todo y sus partes, sin que ninguno de estos dos elementos tenga contacto con su entorno, Moreno (2000) menciona que Luhmann refuerza el concepto y lo sustituye por la distinción entre el sistema y su entorno y entre cada subsistema y su entorno, superando la concepción tradicional del análisis de la sociedad.

Las ventajas de este enfoque radican en el elevado grado de generalidad de sus planteamientos y la amplitud del dominio de su aplicación y su problema central se ubica en la diferencia entre sistema y entorno que se centran en el conjunto de elementos que influyen sobre los procesos, aunque no pertenezcan a él.

Cómo anteriormente, se describió en la lógica de análisis a través de sistemas, puede haber abiertos y cerrados, los primeros son los que mantienen

relaciones con su entorno y los segundos no precisan relaciones con su entorno, manteniéndose siempre en una lógica interna.

Cuando los círculos son cerrados, se produce una diferenciación sistémica de modo tal que cada subsistema se forme, distinguiéndose de su entorno, con lo anterior se mantiene la idea de subsistema autorreferente.

Sin embargo, hay que tener presente que la evolución de la teoría de sistemas aplicada a las ciencias sociales, se da a partir de la década de los setenta, cuando aparecen las denominadas teorías de la auto organización, es decir, sistemas que se constituyen a sí mismos, por ello nunca puede pensarse en un sistema aislado del entorno.

En suma, podemos afirmar que el enfoque de análisis de sistemas de acuerdo a Luhmann, ofrece un marco adecuado para abordar la complejidad de las problemáticas sociales que afectan a nuestra sociedad contemporánea.

Esa complejidad ha acarreado la diferenciación de sistemas que recrean de forma objetiva la gestión de espacios sociales, Luhmann a pesar de que no ha dedicado una atención específica a los asuntos teórico-políticos, no obstante, aplica la teoría de sistemas a los problemas del Estado, donde el observador se desconcierta ante la rápida y creciente complejidad de la discusión teórica (Luhmann, 1998, p. 8).

Sin embargo, Luhmann es consciente y menciona que las teorías con pretensión universal son difíciles de reconocer pues presentan a sí mismas como su objeto; si quisieran renunciar a ello, tendrían que renunciar a la universalidad (Luhmann, 1998, p.8). Es por ello que se habla de la abstracción de la teoría, es decir, cómo la teoría de la acción, el estructuralismo, el materialismo dialéctico son formulas compactas para nombres y pensamientos complejos (p.7), así las teorías

con pretensión de universalidad son teorías auto referenciales, pues de sus objetos aprenden algo sobre sí mismas.

Luhmann trata de formular al igual que Parsons una teoría con pretensiones universales que dé cuenta de la acción de la sociedad, piensa en la totalidad del mundo referida a la relación del sistema con los sistemas sociales, es decir, referida a la diferencia característica de dichos sistemas sociales: la diferencia entre sistema y entorno, planteando que las teorías universales contemplan a los objetos y así mismas, cómo relaciones autorreferenciales. (Luhmann, 1998, p.9), en este sentido, los sistemas solo tienen capacidad de evolución, cuando son capaces de decidir sobre lo que no se puede decidir.

Nos dice Luhmann (1998, p.11) que la teoría de sistemas abriga la esperanza de que lectores con suficiente paciencia, habilidad, fantasía y curiosidad por experimentar, intentaran escribirla de otro modo y es éste uno de los motivantes que se retoman en la presente investigación, pues abordar el sistema público de salud en México apoyada en esta postura teórica, entre otras, implica que el enfoque de investigación hasta ahora característico de nuestra disciplina, se transforme y conduzca a generar investigaciones de orientación teórica desde los principios autorreferentes del Trabajo Social.

1.3 Perspectiva emergente de la exclusión social

Otra vertiente teórica de la que nos auxiliaremos para comprender el acceso público a la salud en el sistema institucional del gobierno mexicano, es la exclusión social², pues las nuevas condiciones en las que se plantea la vida social

² La exclusión social reúne dos grandes facetas o dimensiones conceptuales entrelazadas: la primera es la institucional (estructural), ligada a las formas en que se construye la integración social, y la individual (familiar) ligada a la historia de vida de los actores en sus fases determinadas (infancia, adolescencia, adultez y ancianidad). Dr. Enrique Contreras Suárez (2011), Presentación del Curso Exclusión Social del Programa de Maestría de Trabajo Social. Distrito Federal, México. Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM).

para éste siglo requieren de marcos renovados para su comprensión, así como para orientar las acciones que se toman en la esfera pública, en este contexto se requiere de nuevas variables que conceptualicen de manera más adecuada la actual dinámica económica y social, la exclusión³ en este sentido, señala y constituye las bases para incluir socialmente a los que por condiciones de desigualdad son identificados como pobres, vulnerables y marginados en el seno de nuestras instituciones.

Situar los procesos de exclusión en el ámbito de lo privado o en el campo político hoy resulta un fenómeno social y una cuestión política, ya que económicamente se traduce en la falta de ingresos, socialmente en una mala integración por parte de las estructuras sociales y políticamente como un elemento de integración.

Cómo lo comenta Bel Adell, (2002)

...pobre, es el que carece de medios para vivir dignamente, marginado es el que está al margen, por voluntad propia o circunstancias ajenas a él y excluido es quedar fuera de... una persona, un colectivo, un sector, un territorio, está excluido si no pertenece a... no se beneficia de un sistema o espacio social, político cultural, económico, al no tener acceso al objeto propio que lo constituye: relaciones, participación en las decisiones, en la creación de bienes y servicios por la cultura y la economía (p.3).

En esta diferenciación es pertinente centrarnos para poder contextualizar la exclusión en la variada gama de conceptos que el lenguaje de las ciencias

³ Que no se puede entender sin el concepto de marginalidad (Margen es frontera) que hace referencia a las fronteras de los grupos con identidad incierta ubicados a las orillas del cuerpo social que no son incluidos en el desarrollo.

sociales con su ilimitada capacidad generativa, no sólo define la realidad, sino que también la crea.

El hablar de exclusión social es acotar que el tema no es tanto la pobreza y las desigualdades en la realidad social, por el contrario, es tener un lugar en la sociedad y participar en ella.

Bel Adell, (2002) hace visible la ausencia de "lugar habitado, con nombre propio y extensión determinada", porque exclusión es un proceso y una coyuntura en la estructura de la propia sociedad, resaltando desde el principio que se trata de procesos, para las personas afectadas, cómo para el cuerpo social.

En este sentido, la exclusión a la que nos referimos es parte del propio sistema, tradicionalmente identificada con pobreza, y falta de recursos económicos. Recientemente, el concepto se amplía y se convierte en un paradigma característico de la sociedad salarial, caracterizada por los procesos globales de mercado impactando la esfera pública y política de nuestra sociedad que se ve a la suerte de las estructuras de organización de las instituciones de mercado y no acontece solo en las periferias, sino en el centro mismo de la organización social.

Entonces para esta investigación, veremos la naturaleza de las instituciones públicas de salud en nuestro país, desde la perspectiva del trabajo social, al estar interesado en la realidad compleja de las interacciones de los individuos al interior del Estado y explicar los múltiples fenómenos que nuestra realidad cambiante demanda.

La exclusión es parte del propio sistema, son fallas toleradas que justifican la razón de ser de las instituciones (económicas y políticas) que dirigen y controlan el rumbo de la propia sociedad, está se puede presentar cuando se queda fuera del mercado laboral, hay un desequilibrio en la distribución de los ingresos y el Estado

no cumple con los mínimos de protección social garantizados en su propia constitución o en el reconocimiento positivo de los derechos sociales de los individuos. Por ello, en este último punto, es necesario centrar el objeto de análisis del presente trabajo.

El desequilibrio social que se presenta hoy, producto de las marcadas desigualdades sociales originadas por los excluyentes procesos de mercado, hace que allá una heterogeneidad de contextos sociales que en gran medida están fragmentados, todo ello producto de las transformaciones demográficas, pues cada vez un mayor número de individuos tienen que recurrir a las figuras de protección social, ya sea dentro de las instituciones políticas creadas para satisfacer las crecientes necesidades de la población o en las organizaciones paralelas a la acción del Estado.

Por lo cual, debemos tener en cuenta que la exclusión no es un episodio pasajero, sino un elemento estructural, forma parte necesaria de la propia estructura social establecida, es decir, una producción social causada tanto por los mecanismos generales de la sociedad y por el funcionamiento de las instituciones (mercado, sociales, y políticas), siempre teniendo en cuenta que los procesos y los rumbos son a nivel personal, por lo que es necesaria una intervención del Estado para restablecer su integración.

Es decir, para salir de la exclusión se requiere de apoyos externos y bien planificados por las instituciones que tienen el fin de perfeccionar la democracia a través del reconocimiento progresivo de los derechos sociales.

También hay que tener en cuenta que el mundo de los excluidos es heterogéneo, complejo, y cambiante, como la misma geografía que tienen en común los individuos dentro de la estructura social.

Bel Adell (2002) propone contrarrestar los procesos excluyentes con la creación de contextos habilitantes mediante la práctica solidaria desde los mismos individuos, a través de servicios de proximidad para restituir el valor humano, a partir de actuar con las personas en un diálogo de confianza y sinceridad.

Los procesos de exclusión son consecuencia de la estructura social que nos rige, el dominio del mercado por encima de los intereses de bienestar de la población hace que las instituciones encargadas de la protección social solo satisfagan las necesidades de los grupos organizados al interior del Estado y dejen a la gran mayoría al margen de las acciones de auto organización por parte de la propia sociedad.

De acuerdo a Saraví (2009, p. 14) las transiciones vulnerables pueden conducir a biografías marcadas por el desamparo, la desubjetivación y la experiencia de la exclusión social, desde el enfoque de las transiciones se consolida y profundiza la desigualdad social, dando lugar a una sociedad crecientemente fragmentada y polarizada.

En este sentido, en las diversas materias de acceso a los derechos de las personas que el Estado – nación, materializa su deber ante la sociedad que resguarda, pues si bien la exclusión es un riesgo que amenaza a muchos, solo se ve reflejada en la biografía de algunos, en palabras de Castel diríamos que integran la extensa zona gris de la vulnerabilidad de los países en desarrollo.

Entonces la exclusión se concentra sobre la emergencia y confluencia de diversos procesos que conducen al debilitamiento de los lazos que mantienen y definen en una sociedad la condición de pertenencia.

Es decir, los procesos de reformas sociales y reestructuración socioeconómica que acompañaron a la globalización en el transcurso de las últimas décadas, desencadenaron profundas transformaciones en los regímenes de bienestar y los

mercados de trabajo, que a su vez alteraron las formas tradicionales de relación entre individuo y sociedad, en este sentido, la exclusión representa un nuevo reto, pues representa el paradigma de análisis de una fragilización social que caracteriza a la sociedad contemporánea, y que se consolida en la década de los noventa del siglo XX, particularmente en los países en desarrollo, tal es el caso de nuestro país, ya que en el transcurso de las últimas décadas nuestro objeto de estudio, el acceso público a la salud es un derecho imprescindible que queda al descubierto por no estar garantizado en su totalidad en el conjunto de instituciones que el Estado mexicano ha creado para este fin.

De acuerdo a la (Fundación de acción contra el hambre [FACH], 2013) auspiciada por el Fondo Social Europeo de la Unión Europea, el concepto (exclusión) supera al de pobreza, en el sentido de que no se define en términos puramente económicos, sino de un tipo más amplio de participación en la sociedad, las causas de la exclusión social son multidimensionales que se enmarcan en un proceso de pérdida de integración o participación del individuo en la sociedad, en los ámbitos:

- Económico (en la producción o en el consumo)
- Político-legal (participación política, sistema administrativo, protección social, otros)
- Social-relacional (ausencia de redes o problemática dentro de las redes sociales o familiares)

De acuerdo al libro Verde sobre Política Social europea (2001):

La exclusión social hace especial hincapié en el carácter estructural de un proceso que excluye a parte de la población, de las oportunidades económicas y sociales. El problema no reside tan solo en las disparidades entre los más favorecidos y los más desfavorecidos de la escala social, sino también en las que existen

entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están excluidos de ella.

Volviendo con Saraví (2009), al repasar diferentes autores, nos plantea que la exclusión social puede ser mejor aprendida por el resultado final de un proceso de acumulación de desventajas que va minando la relación individuo-sociedad.

Así Estivill retomado por Saraví (2009, p. 22) señala:

la exclusión social puede ser entendida como una acumulación de procesos concluyentes, con rupturas sucesivas que, arrancando del corazón de la economía, la política y la sociedad, van alejando e inferiorizando a personas, grupos, comunidades y territorios con respecto a los centros de poder, los recursos y valores dominantes.

Murard precisa *“exclusión es una palabra que denota un número pequeño de personas excluidas, mientras que los problemas a los que hace referencia son de hecho fuente de preocupación para una gran parte de la sociedad, especialmente entre la clase trabajadora y la clase media – baja”* (Citado por Saraví, 2009, p. 23).

Ruth Levitas, Et al., (2007) en otro sentido, define la exclusión social como *“un proceso complejo y multidimensional, supone la falta o negación de los recursos, derechos, mercancías y servicios, y la incapacidad para participar en los parentescos y actividades normales, disponible a la mayoría de las personas en una sociedad, en las arenas económicas, sociales, culturales o políticas”* (p. 7).

En este caso, podemos reflexionar que el término exclusión como enfoque invita a centrar el análisis, no solo en situaciones puras de exclusión, sino en situaciones de vulnerabilidad, caracterizadas por procesos más o menos intensos de acumulación de desventajas.

Para tal efecto, se nos plantea que el foco de atención no está puesto exclusiva ni primariamente sobre la pobreza o la distribución de los ingresos, sino que incorpora a la discusión, el análisis de los procesos de polarización, diferenciación y desigualdad, es decir, la investigación sobre exclusión social no es sinónimo de los estudios sobre los excluidos, sino de la búsqueda de las nuevas formas sociales de integración y de sus efectos, tanto en las configuraciones sociales o en la vida de los miembros que se encuentran desfavorecidos en dichas sociedades.

Lo que representa un quiebre ya sea individual (biográfico) o social relacionado con los procesos multidimensionales como la polarización, la fragmentación, el aislamiento y la desigualdad, ya que en las sociedades contemporáneas, no nos enfrentamos a una sola línea divisoria que separe un adentro y un afuera, es decir, los integrados de los excluidos, o en términos de sistema social los abiertos y cerrados, o para esta investigación, los que tienen acceso, de los que no, a los subsistemas en la atención pública de la salud.

Volviendo con Saraví (2009), nos señala que las sociedades que combinan una economía de mercado y una democracia es muy común encontrarse a los que tienen acceso a las principales instituciones de la sociedad, de quienes quedan marginados de ellas y los que se encuentran en el medio de quienes tienen la capacidad de prescindir de esas instituciones y obtener los mismos servicios (pero de mejor calidad) de manera privada en el mercado. Así la fragmentación en la sociedad, se puede ubicar en espacios excluyentes que se contraponen por la estructura social que determina a cada Estado- nación.

Como se puede inferir, si nos centramos desde una visión de sistemas, los más desprotegidos pueden hacer uso de sus recién descubiertos derechos civiles y políticos, ellos podrían extender sus derechos sociales y poner de este modo, fin al carácter autoperpetuante de la pobreza, pues lo que sucedió fue que la pobreza

se consolidó en la mayor parte de las áreas urbanas y ya no puede estar fuera del sistema, sino ser miembro de segunda clase de este sistema (Saraví, 2009, p.25).

Como lo comenta Roberts en (Saraví, 2009, p. 25 y 26) lo que podemos observar, entonces, son mecanismos de integración de primera, segunda e incluso de tercera clase, así en nuestro país encontramos, para el caso de nuestro objeto de estudio (instituciones de salud, clínicas privadas, hospitales públicos y centros de salud o consultorios en farmacias).

Con lo planteado anteriormente, analizaremos que las instituciones de salud en nuestro país, expresan exclusiones, pero al mismo tiempo hay procesos de integración diferenciados, por lo cual (como lo veremos más adelante) el Estado ha diseñado diversos mecanismos de integración a través del diseño y rediseño de las instituciones públicas de salud.

En nuestro país, la falta de acceso a los servicios de salud ha sido tan notoria que desde su reconocimiento en el derecho positivo, (reforma constitucional de 1917 y 1984) las diferentes estructuras de gobierno desde la fecha, lo han intentado incorporar en el máximo instrumento de planeación (Plan Nacional de Desarrollo) teniendo como resultado un innegable avance al posicionarlo como responsabilidad estatal, pues los diferentes subsistemas que engloban a la seguridad social como lo vemos en la figura 1, (pensiones, salud y vivienda), han resentido los ajustes propuestos por el cambio de rumbo del régimen económico, por lo cual, la salud (derecho consagrado en nuestras instituciones), ha mostrado grandes dificultades, al tratar que todos sin importar su estatus tengan garantizado su acceso.

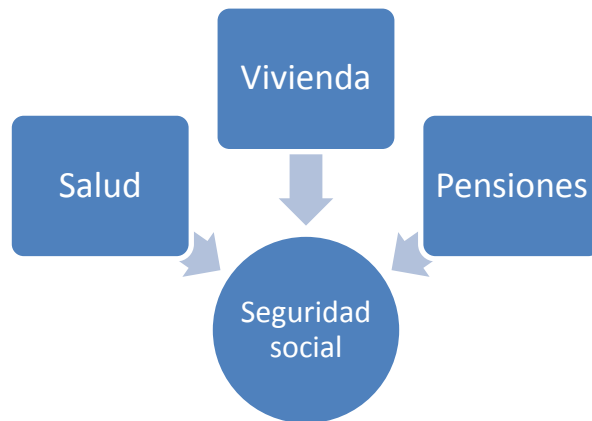


Figura 2. Subsistemas que integran la seguridad social. Elaboración propia.

En este sentido, la gestación de nuevas políticas públicas que implementa el gobierno, tratan de resarcir esta deuda historia con la incorporación de millones de personas al sistema público de salud en nuestro país y responden a visiones encontradas de relaciones de poder que predominan en la sociedad, para poder comprender como se gestan estas decisiones, hay que retomar los elementos históricos⁴ y los conceptos que caracterizan a la clase política en el poder.

Para ahondar más en comprender teóricamente que la exclusión es un elemento determinante de la pobreza y está por encima de ella, recurriremos al pensamiento económico que ha caracterizado a nuestra sociedad, pues históricamente se ha planteado, el cómo puede alcanzarse el mayor bienestar para la sociedad, ante estos planteamientos de fondo recurriremos a Adam Smith (2009) quien propone dejar al individuo en libertad de elección para construir su propio futuro y bienestar, es decir, la mano invisible del mercado trae el bienestar a los individuos, buscando obtener la mayor utilidad posible.

⁴ Como lo comenta María Zambrano, la historia es un elemento explicativo de la reaparición de la memoria pérdida que atraviesa transversalmente al sentido humano de la persona, véase Zambrano. M. (2004) Persona y democracia. La historia sacrificial. Madrid: ediciones ciruela.

Lomelí (2008) en su obra *La pobreza en los orígenes del pensamiento económico*, plantea que “los individuos tendrían que responder a las necesidades sociales, quienes venderían su fuerza de trabajo solamente podrían dedicarse a aquellas actividades socialmente necesarias, pues de lo contrario la gente no estaría dispuesta a remunerar su trabajo” (p.51).

En este sentido, la economía clásica consideraba que el mercado constituía el mejor mecanismo de asignación de recursos, las primeras ideas de los economistas clásicos aseguraban que la pobreza contribuía, entre otras cosas a restringir libremente el comercio, limitando la posibilidad de expansión de la economía y que la actitud paternalista del Estado hacia los más desprotegidos los envolvía en una lógica caritativa en vez de fomentar la creatividad y productividad.

Igualmente, el adecuado funcionamiento de los mercados se perfilaba como la solución para la pobreza, Smith, fue un crítico de las primeras leyes de los pobres en Inglaterra por considerar que no ayudaban a combatir el problema de raíz y en cambio limitaban la mano de obra, ya que para tener acceso a las ayudas los individuos tenían que comprobar la vecindad del lugar en un tiempo determinado (Lomelí, 2008, p. 52). De esta manera, se generaban incentivos para vivir de la caridad pública en vez de trasladarse en busca de mejores oportunidades.⁵

De acuerdo a los razonamientos de Malthus, sobre el crecimiento de la población y su relación con el crecimiento de la producción y con el stock de los recursos naturales disponibles, el crecimiento económico estaba limitado, pues la población crece geométricamente hasta llegar a un punto donde no es posible crecer, por lo limitado de los recursos naturales (Lomelí 2008). Con esta

⁵ Sin ser conscientes los individuos en éste momento ya se encontraban ante procesos de exclusión, pues estaban al margen del desarrollo económico de la época y solo les quedaba la alternativa de recurrir a la ayuda del Estado o a la caridad de las organizaciones de la época.

aportación se viene abajo la hipótesis que la pobreza puede terminarse con el solo crecimiento económico.

Posteriormente, Mill Jhon Stuart (2008), plantea -una economía que no crece, la pobreza solo puede reducirse a través de una distribución del ingreso, por lo que planteo la intervención del Estado, por medio de las instituciones creadas para satisfacer las necesidades o mínimos de bienestar.

En este sentido, la redistribución del ingreso mediante una política de asistencia social operada por el Estado, se abre paso y se fincan las primeras instituciones de protección social, para la naciente clase salarial en nuestro país. (Como son las de salud analizadas para esta investigación).

De acuerdo con Stuart Mill, (citado por Lomelí, 2008) la capacidad de exclusión puede ser un factor que impida los esfuerzos individuales que permitan por si solos superar la pobreza, en consecuencia, la política social que se desprende de este razonamiento tiene que estar basada en la igualdad de oportunidades, no de la renta, reconociendo además la existencia de una desigualdad. Por ello, se propone garantizar el acceso a la educación y a los servicios de salud para los más pobres.

Fischer (2008) plantea que se puede confundir el concepto exclusión, con respecto a polarización y la pobreza, pero lejos de ser un concepto que se caracterice por la visión tradicional de falta de recursos económicos, este concepto emergente trata de describir una realidad compleja, diferenciada por las desigualdades que la dinámica globalizadora ha traído en nuestra sociedad, donde los ingresos y oportunidades de desarrollo son desiguales. (Por eso el autor plantea que entre los conceptos puede presentarse una ambigüedad).

Si uno revisa lo escrito sobre exclusión y pobreza, encontramos ésta divergencia y confusión, la exclusión va relacionada con la capacidad de acceder

a los mínimos de bienestar o las habilitaciones que son necesarias para vivir en sociedad. En este sentido, la vigencia del pensamiento de Sen (2000) plantea que el acercamiento de las capacidades hacia el individuo, hace que éste pueda funcionar en sociedad a través de incentivos que son provistos por el Estado (habilitaciones) como el estar sano, comer, alimentarse, vestirse y transportarse.

De acuerdo con Fisher (2008. p. 4) el concepto exclusión se lanzó oficialmente en el discurso de estudios de desarrollo en 1993 cuando el Instituto Internacional de Estudios del Trabajo de la [OIT], lanzó un proyecto de investigación con el apoyo del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD), con el objetivo de relanzar de raíz un concepto, para el discurso de la política social europea, que hasta ese momento se había enfocado a describir procesos de marginación en los países ricos con sistemas de bienestar comprensivos y con una tasa de empleo alta, ahora el reto sería describir los grupos aislados de las instituciones en el acceso a los derechos sociales y operacionalizar el término como parte de la biografía de los individuos ante la fragmentación de los procesos de no acceso a algún sistema funcional para vivir en sociedad y funcionar siendo parte de la cadena del mercado.

De esta manera para que se pueda hablar de exclusión, se debe presentar la ausencia o la suspensión de un derecho social, político o prerrogativa dentro de las instituciones formales del Estado - nación, cómo es para esta investigación el acceso a la salud, lo que representa para el individuo desventajas múltiples, así la noción de exclusión social, es por lo tanto -no una noción ancha de la pobreza que abarca los aspectos y privaciones no materiales que no se originan por la falta de recursos, más bien la pobreza es una parte de la exclusión social.

Por lo cual, una de las soluciones que se han desarrollado en la vertiente institucional de la exclusión y que es analizada en esta investigación, es el intensificar la inclusión a través del reconocimiento progresivo de los derechos sociales necesarios para vivir en una sociedad regida por un sistema de mercado.

1.4 Enfoque de salud pública

Castillo, Hernández y Rosales (1998), describen que el concepto surge en (1920) y es considerado por Winslow como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para enumerando sus objetivos:

- El saneamiento del medio.
- El control de las infecciones transmisibles.
- La educación de los individuos en la higiene personal.
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno, un nivel de vida adecuada para la conservación de la salud.

Debemos considerar que el concepto, está relacionado con la epidemiología la cual se centra en el proceso (salud – enfermedad) cómo fenómeno colectivo abordado por la ciencia médica, por lo tanto, su estudio es a través de fenómenos individuales y colectivos, los primeros son abordados por la clínica y los segundos por la epidemiología y la salud pública.

Para comprender ambos fenómenos, debemos tomar en cuenta la relatividad y el dinamismo de la salud y la enfermedad, pues se puede pasar de un estado a otro en el transcurso de un momento, es decir, son estados temporales donde el individuo de acuerdo a un estilo de vida particular e históricamente distinto a los demás, puede verse afectado en alguno de los dos estados en un tiempo determinado.

En las sociedades primitivas no se diferenciaba los conceptos salud -ni la enfermedad, porque aún no había ejes de análisis, la interpretación de la realidad

era fenomenológica, por lo que a cada fenómeno se le daba una explicación particular sobrenatural, el ejercicio real de la aplicación de la medicina para procurar la salud, aún se explicaba por medio de chamanes y hechiceros, que ejercían un valor importante para los procesos de salud en comunidades donde los usos y costumbres permean como formas de vida.

En las sociedades griegas y chinas el análisis de la salud, era básicamente a través de la concepción empírica de la observación, cuando la medicina producto de la hechicería es sustituida por el proceso de prueba error, se da un gran paso y permea el pensamiento hipocrático que privilegia la observación por encima del dogma y las creencias en el tratamiento de la enfermedad.

En la edad media con las sociedades feudales, la religión jugó el papel fundamental de explicar los estados de enfermedad al considerarlos producto de castigos divinos, al monopolizar las formas de difusión de conocimiento, la interpretación de fenómenos sociales como epidemias fueron mal interpretados de acuerdo a la voluntad divina, los sacerdotes quienes eran médicos y consuelo de los afligidos, por otro lado, no supieron desarrollar sistemas de prevención para contener las enfermedades de carácter infeccioso de la época.

Posteriormente con la revolución industrial y el avance del capitalismo, en las sociedades occidentales, se argumentó que la pobreza era la causa generadora de múltiples enfermedades, conceptualizándose por primera vez, -que el Estado, es quien debe actuar como responsable directo en promover la salud pública de las colectividades, autores como Johann Peter Frank (1745-1821) respaldan esta visión quien también es considerado como el fundador de la higiene como ciencia (Castillo, et al, 1998).

De acuerdo con Castillo (1998) con el surgimiento del concepto biologicista y los adelantos de la época con el descubrimiento del microscopio y los avances de la microbiología dan pauta para establecer la concepción de relación (agente –

huésped – ambiente) que responde a una lógica ecológica complementándose con el ambientalista, el cual plantea que si las enfermedades se presentan por consecuencia de la suciedad y la contaminación, la salud podría restaurarse simplemente con acciones de tipo sanitario.

Hasta aquí las diferentes conceptualizaciones expuestas, se refieren a modelos tradicionales que tratan de explicar el proceso de (salud – enfermedad) y que en su conjunto se vuelven los antecedentes de la institucionalización de la ciencia médica que a nivel mundial ha tenido un progreso tan importante como la propia evolución de la tecnología en sus diferentes ámbitos de impacto.

Posteriormente, en el continente americano a partir de la década de los años setenta del siglo XX, inicia una visión tradicionalista de conceptualizar a la salud y la enfermedad dentro de la lógica del materialismo histórico, donde se ubica, lo social como un factor determinante en la causalidad de las enfermedades donde la relación (naturaleza – hombre) determina el perfil epidemiológico según la clase social a la que se pertenece, este enfoque tiene como una de sus máximas representantes a Cristina Laurrell de nacionalidad mexicana.

En la misma década también se presenta, el modelo biopsicosocial en salud que contempla a la salud desde un enfoque integral, donde se plantea que los factores biológicos, psicológicos y factores sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad.

De acuerdo a Vanegas y Gil Obando (2007):

El Modelo Bio-psico-social, tiene sus inicios en 1977 con George Engel, de la Universidad de Rochester, el cual propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. El modelo biopsico-social derivado de la teoría general de los sistemas, parte que las

barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por tanto la función del profesional en salud, que ya no sería sólo 'curativo de enfermedades, trastornos, deficiencias' sino de 'cuidar la salud' y la vida teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital.

Por lo tanto, la enfermedad y la salud en una relación simbiótica se transmiten en redes, por las determinantes que influyen en el proceso de forma permanente y continúa.

Gracias a este enfoque, hoy se considera que las condiciones de vida y los estilos de vida, constituyen variables que determinan y modifican el momento de aparición y el curso de las enfermedades, sobre todo donde los patrones epidemiológicos están cambiando a crónico degenerativos.

Borrell-Carrió. F., Suchman. A.L, Epstein. R.M (2004) plantean que el Modelo Bio-psico-social es una forma de entender cómo el sufrimiento y la enfermedad se ven afectados por múltiples niveles de organización desde la sociedad, a nivel práctico, es una forma de entender la experiencia subjetiva del paciente cómo un colaborador esencial para un diagnóstico exacto (p.9).

Para ello, se enuncian tres áreas en las que el modelo biopsicosocial se ofrece cómo un nuevo paradigma médico.

- Una visión del mundo que incluiría la experiencia subjetiva del paciente junto con los datos biomédicos objetivas,
- Una modelo de la causalidad que sería más completa y natural que los modelos reduccionistas lineales simples, y

- Una perspectiva sobre la relación médico-paciente que se les concede un mayor poder al paciente en el proceso clínico y transformar el papel del paciente de objeto pasivo de la investigación al sujeto y protagonista del acto clínico. (p.4)

En este sentido, la contribución más perdurable de George Engel fue ampliar el alcance de la mirada de la atención clínica. Su modelo bio-psicosocial fue una llamada a cambiar nuestra forma de entender el paciente y para expandir el dominio de los conocimientos médicos para hacer frente a las necesidades de cada paciente. Es tal vez la transformación de la forma en que la enfermedad, el sufrimiento y la curación son vistos de forma diferente.

En tanto Henry E. Sigerist (1974), menciona que la medicina no es tanto una ciencia natural como una ciencia social, es decir, la meta de la medicina es totalmente social, porque no se trata sólo de curar una enfermedad, sino que su objetivo primordial es mantener al individuo en equilibrio con su ambiente donde el uno y el otro subsistan de manera prolongada como fin supremo.

Por esta circunstancia, el propósito de la ciencia médica es indiscutiblemente evolucionar, retomando los avances de las ramas de la biología, química, física y los procesos de diagnóstico social de la historia, sociología y el trabajo social para determinar cómo los diferentes ambientes sociales pueden incidir en el organismo humano en beneficio de su salud y la construcción de instituciones que presten los servicios de salud que la población necesita para subsistir.

También (nos refiere) que ante cualquier acto médico siempre hay dos partes afectadas (el cuerpo médico y la sociedad), en este sentido, la medicina no es sino el complejo sistema de relaciones múltiples entre estos dos grupos que tienen antecedentes propios a través de la historia. Al respecto Sigerist (1974) da las características propias de la posición social del enfermo y del médico.

El individuo enfermo en la sociedad, ha tenido diferentes posiciones a través de la historia, en las tribus el enfermo fue considerado víctima de fuerzas oscuras, en la edad media cómo pecador de la voluntad de Dios, a su vez tuvo una posición preferencial con el cristianismo donde el fin supremo es la curación y redención de toda la humanidad, privilegiando a los pobres y oprimidos, teniendo cómo filosofía el cuidar al prójimo, lo cual, desencadenó la asistencia de los más necesitados, así como el establecimiento de los primeros sanatorios que tenían la finalidad de brindar ayuda a la gente que se encontraba fuera del amparo de Dios.

Para tal efecto, la asistencia de los más necesitados fue producto de éstos procesos sociales que definieron una posición acerca de la innegable curación de los indigentes cómo solución y prevención de las epidemias y enfermedades contagiosas que desestabilizaban pequeñas o grandes comunidades del pasado y el presente cómo la peste negra que azotó a Europa en el siglo XV, el cólera que probablemente llegó de India a Europa en las primeras décadas del Siglo XIX y trajo miles de muertes, la crisis de gripe en España (1918), la viruela que golpeó brutalmente a la humanidad hace muchos siglos y que afortunadamente está completamente erradicada gracias a una campaña mundial de vacunación, la gripe asiática (1957) originada en China y finalmente la influenza A (H1N1) que recientemente alarmó al mundo entero.

Respecto al médico en las sociedades primitivas, nos refiere Sigerist (1974) fue sacerdote y brujo, para tal efecto, cada cultura dio lugar a formas definidas de medicina religiosa o cultos curativos, en la iglesia cristiana los enfermos eran tratados mediante oraciones, en la edad media se pensaba que los enfermos mentales estaban poseídos por fuerzas oscuras. En este sentido, el componente irracional, empírico de la medicina, evolucionó a la par con el desarrollo de la civilización hacia un sistema de medicina que excluía lo trascendental que estaba basado en la observación y la razón.

En la edad media en su mayoría los médicos eran clérigos y mantenidos por la iglesia, proporcionando sus servicios caritativamente, cuando empezó a desarrollarse un nuevo orden económico, acorde con la libertad de elección y la exaltación de los valores individuales (el liberalismo) se reformó la iglesia (el mayor poder de la edad media) abriéndose academias de acuerdo a la nueva ciencia médica, donde predominaba la razón como forma de actuación del individuo, en este sentido, la tendencia de la medicina a través del tiempo fue convertirse en una institución social.

Con la llegada de la industria como forma de desarrollo, se agremiaron millones de trabajadores constituyéndose los sindicatos, ahora la clase trabajadora no estaba dispersa y sin derechos, sino que obligó al Estado a responder con la organización de los primeros seguros de atención médica que garantizaban al trabajador la protección ante contingencias de enfermedad, en consecuencia, muchos países habrían aprobado leyes que garantizaron el acceso a los servicios de salud.

De lo anterior, surgió un problema social, solo la clase agrupada, agremiada y sus dependientes directos se vieron beneficiados de las coberturas en salud y seguridad social, la idea del pleno empleo nunca llegó a cubrir a toda la población de los países en desarrollo de instituciones públicas de acceso a la salud, el diagnóstico para cada país fue que un gran número de personas no tenían acceso, el paso del tiempo provocó que cada Estado - nación diseñará mecanismos diferentes de acceso a la salud, en Rusia en 1864 se estableció un sistema completo de servicios médicos estatales para los distritos rurales, financiado por medio de impuestos; en Alemania el seguro social obligatorio de enfermedad se implantó en 1883, siendo adoptado más tarde por la mayoría de los países de Europa y después en el continente americano.

Paulatinamente el nuevo Estado moderno, se constituyó como forma de organización social, privilegiando la concepción de derechos sociales del individuo

en las sociedades occidentales y fue protegiendo progresivamente a la sociedad de los estados de enfermedad teniendo cómo obligación la cobertura de las personas que se encontraban fuera de los círculos de acceso de los servicios de salud, a la par la sociedad presionó en su conjunto para reglamentar la conducta de los médicos.

Para poder hablar de la construcción de instituciones en el ámbito social, particularmente relacionadas a la salud, es necesario indagar sobre los orígenes que dan sentido al estudio del progreso de la ciencia médica, la diferencia de conceptualizaciones que han surgido a través del tiempo, sin lugar a duda contextualizan el porqué de la instauración de instituciones entendidas no cómo meras estructuras funcionales, sino desde valores que edifican estructuras orgánico-funcionales en favor de la supervivencia del humano y que responde a la satisfacción de derechos inalienables, cómo es el derecho a la salud y el cual es un producto del nuevo Estado moderno. Sin lugar a dudas la salud es uno de los indicadores más objetivos para medir el grado desarrollo de un país.

Para tal efecto, podemos dilucidar que a través del tiempo la relación salud y la enfermedad difícilmente se interpretaron de forma conjunta, pues su concepción siempre estuvo separada para su atención, es precisamente ésta la disyuntiva en la construcción de instituciones públicas de salud en nuestro país, pues desde sus inicios la atención fue con el propósito de sanar los procesos infecciosos que sufrían las colectividades más desprotegidas y la prevención nunca tuvo eco para la planeación de nuestras instituciones de gubernamentales.

Capítulo II. La salud: una responsabilidad social del Estado

2.1 Origen de los servicios de salud en la administración del interior del Estado moderno

Una vez abordado el marco teórico para el análisis institucional de la salud, consideramos para el desarrollo de la presente investigación, se debe distinguir de la estructura del Estado, la organización administrativa y su funcionamiento, es decir, el sistema político en acción que une a las partes con el todo.

La conceptualización de Estado, se puede abordar desde diversas disciplinas, entre ellas el derecho, la ciencia política, la sociología política y la administración pública, a continuación, veremos que todas ellas concuerdan que el concepto representa orden y un sistema de poder representado por un entramado institucional.

El Genovés Maquiavelo (2008) consolida la idea de Estado en su obra *“El Príncipe”* en el siglo XVI, al diferenciar en su primer capítulo las distintas clases de principados y la forma en que se adquieren, concluyendo que:

Todos los Estados, todas las dominaciones que han ejercido y ejercen soberanía sobre los hombres, han sido y son Repúblicas o principados... El Estado así constituido puede llamarse principado civil. El llegar a él no depende por completo de los méritos o de la suerte; depende, más bien, de una cierta habilidad propiciada por la fortuna, y que necesita, o bien del apoyo del pueblo, o bien del de los nobles... El pueblo, cuando a su vez comprueba que no puede hacer frente a los grandes, cede su autoridad a uno y lo hace príncipe para que lo defienda... Mientras que el que llega por el favor popular es única autoridad, y no tiene en derredor a nadie o casi nadie que no esté dispuesto a obedecer (p. 4).

Desde el derecho y la ciencia política, el foco de análisis parte del juego de poder dentro de la estructura social, Kelsen (1980) aborda el concepto desde la óptica jurídica:

El Estado es una ordenación de la conducta humana... consiste en que la conducta recíproca de los hombres está ordenada de determinado modo... ordenación (entendida) como sistema de normas, preceptos. Las normas no expresan lo que acontece y tiene que acontecer forzosamente sin excepción, sino que determinan lo que debe acontecer, aunque de hecho no siempre acontezca... No se puede entender la esencia del Estado, sino pensando en que del mismo emanan deberes que obligan a los hombres a una conducta recíproca determinada, en tanto que permanecen dentro de la sociedad política. La voluntad del Estado es algo distinto de la voluntad de los hombres que le están sometidos, es algo más que la suma de estas voluntades, está por encima de ellos. El orden estatal se diferencia ante todo de los demás órdenes sociales en que es coactivo, ordena una coacción... Existen dos actos típicos de coacción, la pena y la ejecución forzada (pp.107-128).

De lo dicho, se deduce que el aparato de coacción, al que se suele hacer referencia para caracterizar al Estado, es idéntico al orden jurídico, las normas que forman el orden estatal son las jurídicas y ellas se correlacionan con las instituciones encargadas de materializar las respuestas a las demandas de la sociedad.

Maurice Duverger (1970), politólogo francés en su obra “Instituciones Políticas y Derecho Constitucional”, hace la diferencia de poder político y poderío, en función de la concepción de Estado.

El poderío es la ley del más fuerte, que puede constreñir materialmente al más débil a inclinarse. El poderío es omnipresente, ya que resulta de la desigualdad de las fuerzas. La fuerza física es el elemento esencial del poderío. La fuerza económica, el que puede privar a un hombre de su subsistencia, la autoridad de los patronos. Las técnicas de encuadramiento de los hombres en el seno de organizaciones colectivas –partidos, sindicatos, gremios etc. – si bien se obedece sólo porque se está coaccionado a hacerlo, por la presión física, la dominación económica o el encuadramiento colectivo, en ello no existe poder sino solamente poderío; el poder aparece cuando los que obedecen creen que es normal la obediencia, que es bueno, justo, legítimo... La noción de legitimidad es uno de los elementos fundamentales del poder, no es más que un sistema de creencias, por ejemplo, para aquellos que creen que el poder debe reposar en la elección popular de los gobernantes, los gobernantes son legítimos si emanan de elecciones libres... Diversos sistemas de legitimidad se oponen, el poder es legítimo a los ojos de una parte de la población e ilegítimo a los ojos de otra parte de la población (por ejemplo monarquía y república, liberalismo y conservadurismo o socialismo, capitalismo).

El estudio del poder en el Estado se tiene en el caso de las instituciones políticas oficiales del Estado... En las sociedades modernas el Derecho es uno de los instrumentos esenciales del poder, pero no toda la actividad del Estado se da en el marco del Derecho y un análisis puramente jurídico de las instituciones políticas, daría una visión parcial y falsa. Pero una gran parte de la actividad del poder se realiza a través del Derecho. Las constituciones, los códigos, las leyes, reglamentos, decisiones administrativas, las sentencias de los tribunales son procedimientos

de acción fundamentales del poder. En ellos se fundan sus dos elementos, el elemento coacción y el elemento legitimidad. El Derecho es un elemento del poder, un medio de acción del poder, una forma del poder. Organiza el poder, institucionaliza el poder, contribuye a legitimarlo. Pero, no obstante, comporta también elementos de garantía contra el poder. Fijar las reglas de conducta obligatoria para los individuos, establecer sanciones para el caso de violación de estas reglas y aplicar eventualmente estas sanciones, tales son las diversas formas de la actividad del poder en los Estados modernos (p. 30-50).

Con esa finalidad, el poder esencia constituyente y monopolizada del Estado por todos sus integrantes, materializa al interior una lucha de fuerzas que van definiendo la composición del régimen político que por principio cada sociedad se da para el arreglo institucionalizado de las diferencias (salida pacífica) por medio del entramado político institucional del Estado moderno. Por lo cual Duverger (1970) nos advierte:

Los Estados- nación constituyen hoy las comunidades humanas mejor organizadas políticamente, son aquellas en que la estructura del poder es más compleja, más perfeccionada, más acabada. En el Estado existe una división del trabajo entre gobernantes más acentuada que en los sectores (legisladores, administradores, jueces) ... En el Estado se encuentra un sistema de sanciones organizado más completo que en los otros sectores, que permite a los gobernantes hacerse obedecer por los miembros de la comunidad: organización policiaca, judicial, penitenciaria... El Estado dispone de la mayor fuerza material para hacer ejecutar sus decisiones. Entre todas las agrupaciones humanas, la comunidad nacional es hoy la más fuerte (p.35).

Por ello, podemos observar que la entelequia del Estado en sociedad cumple atribuciones y funciones básicas hacia el pueblo que lo constituye y le da ejercicio de organización a través de la voluntad que cede a través de la representación de cargos públicos que se constituyen en gobierno para la organización de la vida pública en sociedad. En ello podemos encontrar el origen de las instituciones como salud que brota de las entrañas de la propia sociedad para constituirse en poder de coacción en el reconocimiento de los derechos sociales.

Es importante mencionar que la ciencia administrativa está correlacionada con la actividad del ejercicio del poder, el conjunto de instituciones con que opera el gobierno, sin duda ejercen una definición administrativa de control sobre las funciones innatas del Estado, en ésta perspectiva el orden sobre los destinos que dan legitimidad a la entelequia estatal, posibilitan la relación con los gobernados o ciudadanos de los Estados nación, Dwight Waldo exponente de la nueva función administrativa del Estado, llamada gestión de lo público plantea dentro de su teoría del gobierno burocrático que *“Todo Estado es administrativo o no es Estado, es decir, que no hay Estado sin administración pública, sin un conjunto de instituciones y organizaciones políticas y administrativas encargadas de materializar los fines estatales”* (Guerrero, 1986, p.308).

En este caso para la caracterización de nuestro enfoque de estudio, (la descripción de la función salud dentro del Estado), tenemos que recurrir a enunciar los atributos estatales que por contrato social se dan en potestad a su gobierno para dar orden y progreso, al sistema político que regula las relaciones de poder de nuestra sociedad.

En términos de teoría política, la función de cualquier Estado es brindar seguridad y justicia a su población, mediante el entramado jurídico organizacional que pueda satisfacer los crecientes y multifactoriales reclamos de la sociedad, a cambio de ello, vemos una financiación de los individuos hacia las arcas del gobierno, mediante el pago de impuestos, potestad del Estado para poder

financiar sus funciones básicas de protección al individuo y en sus propiedades, la protección dentro del sistema estatal cubre las potencialidades de riesgos del exterior y en regulación de las normas de comportamiento dentro del régimen político que se dota cada sociedad, para el progreso y desarrollo de los fines que se proponen como nación.

Por ello, la conceptualización de régimen político anteriormente enunciada, es importante para poder describir los juegos de poder dentro de las naciones, por eso nuevamente recurrimos a (Duverger, 1970) para aclarar el concepto *“Un conjunto de instituciones políticas en vigor en un país, constituyen un régimen político, en cierto modo, los regímenes políticos son como constelaciones cuyas estrellas son las instituciones políticas”* (p.65).

En este sentido, los regímenes políticos constituyen conjuntos coherentes y coordinados de instituciones, habiendo una estrecha interdependencia entre todas ellas, característica de un sistema social, como la hay también entre el régimen político y las estructuras económicas, las ideologías, los sistemas de valores y las creencias de la sociedad en que ocurre, todo ello, dentro de una conceptualización teórica para su entendimiento de las estructuras políticas, económicas y sociales del sistema social.

Guillermo O'Donnell (2008) por su cuenta, define al Régimen también cómo un conjunto de instituciones dentro del Estado:

...los patrones, formales e informales, y explícitos e implícitos, que determinan los canales de acceso a las principales posiciones de gobierno, las características de los actores que son admitidos y excluidos de tal acceso, los recursos y las estrategias permitidas para lograrlo, y las instituciones a través de las cuales ese acceso ocurre y, una vez logrado, son tomadas las decisiones gubernamentales... el régimen es una mediación entre el Estado y

la sociedad: consiste de un conjunto de instituciones, reglas y prácticas que regula el acceso desde la sociedad a las más altas posiciones en el Estado (p. 5).

Cuando se quiere destacar la interdependencia entre un régimen político y el contexto social en que se desarrolla, en términos de teoría de la acción, como anteriormente lo vimos, recurrimos a la diferencia entre sistema y entorno del mismo, así las expresiones de sistema político y régimen político son prácticamente sinónimas.

Bajo este contexto, nuestro objeto de estudio “la salud” toma cuerpo en el seno de las instituciones que convergen en el régimen político de los Estados - nación cómo una función de procuración por parte de la estructura institucional- de los gobiernos que son organizados bajo la voluntad de los individuos.

La organización administrativa de la que damos cuenta para ésta investigación, advierte la composición del entramado institucional, la cual, responde a una visión de Estado administrativo. Situándonos en un escenario institucional para poder entender la organización en materia de salud, para esta acción recurriremos a Omar Guerrero (2011) que nos menciona, la caracterización administrativa de las funciones sociales del Estado, por medio de la composición primigenia de la estructura administrativa al interior del Gobierno.

El Estado es una persona pública caracterizada por la unidad de voluntad y acción, cuya configuración obedece a una multitud de fuerzas y fenómenos cuyo origen es la sociedad civil, sobre la cual exploya su actividad. El objeto de esta actividad es la conservación y el desarrollo del Estado, pero el propósito último de su existencia es la perpetuación y desenvolvimiento de la sociedad civil... El alcance general del Estado se propone una operación comprensiva, configurando a todas las ramas que integran las

funciones básicas... cinco son expresiones de la actividad del Estado, consideradas en abstracto, ellas responden a la singularidad de las diversas relaciones con la vida efectiva... El número de ministerios debe ser al menos cinco y haber un ministerio por cada uno de los cinco grandes deberes del Estado: lo exterior, la guerra, las finanzas, la justicia y lo interior (p. 1 y 2).

Para poder comprender nuestro objeto de estudio en esta investigación “la salud” es preciso entenderlo en las funciones de la administración de “lo interior” de cada Estado. Y sumar al entendimiento, qué el surgimiento de las instituciones en los gobiernos, se debe principalmente a la consolidación de la teoría de la construcción del principio de un régimen político, así la organización gubernamental del Estado, en consecuencia, implica una tecnicidad en la cual el gobernante funge como diseñador de las políticas para el desarrollo de lo interior. En este sentido (Guerrero, 2011) nos plantea:

La índole de las funciones primordiales del Estado, cuyo objeto es el progreso y la perpetuación social, están encaminadas a patentizar la capacidad de autodeterminación del Estado mismo ante otros estados:

- Desarrollar las fuerzas militares para garantizar el ejercicio de tal autodeterminación; se ejercita a través de la administración de lo exterior.
- Propiciar los medios económicos para hacer viable la autodeterminación; mueve a la administración de la hacienda
- Ejercitar la justicia para asegurar la aplicación del derecho, asegurar la convivencia social y,
- Desarrollar los elementos constitutivos de la sociedad, tanto los de tipo material, como los de orden intelectual y moral, pone en acción a la administración de lo interior (p. 3).

Precisamente en la función primordial de “lo interior” del Estado, se ubica el origen de constituir el acceso a la salud de manera material y moralmente como un constante reconocimiento de los individuos y por lo tanto en las instituciones garantes del entramado de gobierno, además en el reconocimiento del derecho del estado nación.

Estas responsabilidades emergen con el Estado moderno durante el siglo XVI, y madura hasta principios del siglo XVIII, con el surgimiento de la administración de lo interior como un deber del Estado, así los asuntos internos consisten en regular y ordenar las relaciones de la vida comunitaria, de modo que ella pueda poner al individuo en condición de alcanzar su perfecto desarrollo social.

La administración de “lo interior” requiere, como imperativo de existir, que se hayan desarrollado ciertas condiciones históricas, principalmente la eliminación de la vida feudal, la consolidación de la soberanía estatal y el dominio territorial por el Estado, así como la monopolización del uso de la fuerza física. Se trata del proyecto estatal del desarrollo (bienestar, se le decía antaño) y el desenvolvimiento pleno de las funciones básicas, del propio Estado (p. 14).

Con el pasar del tiempo las funciones básicas del Estado, correspondientes a la dinámica del interior se diversifican y crecen con el objetivo de promover y proteger la integralidad de los individuos, Guerrero (2011) refiere que Adolfo Posada las agrupa en dos categorías:

Administración política y administración social. La primera atiende la conservación del organismo del Estado, a través del cual cumple con sus fines jurídicos; la segunda procura la conservación y perfeccionamiento de las instituciones culturales y los propósitos sociales, que el Estado crea, promueve o protege (p. 18).

Por su parte, Van Stein (retomado por Guerrero, 2011) las visualiza divididas en tres ramas: Administración de la vida económica, Administración de la vida social y Administración de la vida personal.

Cada rama agrupa formas más específicas de administración y éstas comprenden a las materias que integran las unidades básicas de la administración de “lo interior”, representando tres aspectos principales de la vida social. La administración interna es una ventana a través de la cual podemos asomarnos al emergente mundo de la modernidad. La administración de la vida económica trata con la agricultura, ganadería, industria, transportes, comercio, moneda; recursos hidráulicos, comunicaciones, crédito, y otros órdenes económicos también relevantes. A la administración de la vida social corresponde la gestión del bienestar social; seguridad y prevención social; trabajo; administración asistencial; asistencia pública y asistencia social. Finalmente, la administración de la vida personal se relaciona con la gestión de la vida física individual; población; familia y relaciones civiles; administración de la salud; salubridad pública; ejercicio de la medicina; administración de la vida intelectual; educación; cultura; y libertad de prensa (p. 18 y 19).

Así concebida, la administración interna del Estado que tiene como misión la sobrevivencia, la vida y el bienestar del hombre, vemos que el acceso a la salud tiene un origen en la administración del interior del Estado moderno, lo cual promueve una nueva responsabilidad en las estructuras del gobierno para una mejor administración en el acceso a la salud.

2.2 Reconocimiento de la seguridad social y del derecho a la salud

En la revolución industrial (segunda mitad del siglo XVIII) es donde se adoptan los principios del liberalismo económico, las sociedades participantes se situaron ante la paradoja de incorporar a grandes sectores de la población a los procesos de mercado, el resultado fue que solo los convirtieron en meros instrumentos de trabajo, sin la garantía de concederles un mínimo de bienestar y de seguridad para el desarrollo de sus capacidades y oportunidades como individuos, durante la época se aceleró una revolución agrícola y demográfica, la población de las zonas rurales emigraron de forma masiva a la ciudad, hubo una transformación del antiguo agricultor al nuevo obrero industrial.

Las condiciones de albergue en las nacientes ciudades fueron de hacinamiento producto de la desbandada hacia los centros de trabajo, la máquina sustituye la cadena de producción humana, lo que acelera la oferta de productos, bajo la concepción de talleres y el inicio de la empresa que fueron los símbolos del nuevo sistema económico, basado en el capital, en la ciudad, la carencia de habitaciones e infraestructura de servicios fue el primer problema que se presentó, los espacios reducidos sin las mínimas condiciones de higiene fueron una constante, la demanda llevó a los dueños de los medios de producción y capital a alargar las horas de trabajo, no respetando las condiciones mínimas de mujeres embarazadas, trabajo de niños, pues carecían de toda protección legal frente a los dueños de las fábricas.

Lo cual, repercutió en la inconformidad de los grupos obreros dentro de las sociedades industriales. Cómo lo describen intelectuales sociales en sus obras, las respuestas no tardaron en aparecer Robert Owen (1813) *Una nueva visión de la sociedad*, en Inglaterra y Saint-Simón (1821) *El sistema industrial* (Du système industriel) y (1825) *Nuevo cristianismo* (Nouveau Christianisme), en Francia propusieron un socialismo utópico centrado en la filantropía de fábricas colectivas, talleres desde una visión nacional.

Posteriormente, aparece un socialismo científico, propuesto por Marx (1848) *Manifiesto del Partido Comunista*; (1952) *El 18 brumario de Luis Bonaparte* y (1867) primera parte del *capital* y con Engels (1885 y 1884) II y III parte del *Capital*, retomando a la historia cómo método para poder explicar la realidad social, a través de sus principales obras podemos ver una explicación científica de las condiciones sociales por la que se atravesaba.

En este contexto, los primeros Estados nación en ofrecer una respuesta institucionalizada para contra restar las demandas y problemas en salud de la época, son los modelos de Alemania y Reino Unido, legislando para combatir las explotaciones de las que eran víctimas la clase obrera, por medio de la entrada en vigor de las disposiciones que dan reconocimiento a las responsabilidades laborales, éstos dos modelos desarrollan los dos grandes sistemas, a implantar (el ocupacional de Bismarck), y el integral (Beveridge).

Primeramente, en Alemania el Káiser Guillermo II anunció en 1871, la protección al trabajador en caso de enfermedad, accidente, vejez o invalidez. Enseguida, bajo esta misma idea, el canciller Otto Von Bismarck buscando contrarrestar el avance del socialismo impulsó tres leyes: el seguro contra enfermedades en 1883; el seguro contra accidentes de trabajo en 1884; el seguro contra invalidez y vejez en 1889 (Berlín, 2015. p.9).

Mientras tanto, Bismarck en Alemania, anticipado a su época advirtió que tanto la frustración cómo la incertidumbre despierta en el hombre la agresividad y fomentan en los pueblos una permanente inquietud revolucionaria, es decir, el que tiene una protección sobre su persona está mucho más contento y es más fácil de tratar. Él después de ubicarse en los procesos de poder del régimen del imperio alemán, promovió la legislación social más avanzada del momento, (el seguro social). De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo [OIT], (2009).

Alemania se convirtió en el primer país del mundo en adoptar un programa de seguro social para la vejez, ... Las motivaciones del canciller alemán para introducir el seguro social en Alemania fueron promover el bienestar de los trabajadores –a fin de que la economía alemana siguiera funcionando con la máxima eficiencia– y eludir la demanda de opciones socialistas más radicales ... Combinado con el programa de indemnización a los trabajadores creado en 1884 y con el seguro de – “enfermedad” promulgado el año anterior, éste seguro dio a los alemanes un completo sistema de seguridad de los ingresos basado en los principios de la seguridad social.

Posteriormente, en Europa se empiezan a desarrollar los seguros sociales dentro de las naciones en proceso de industrialización, cómo un método para tranquilizar las inconformidades de los obreros y las emancipaciones de la clase obrera.

En París se trató el problema de la reparación de los accidentes de trabajo y se creó en 1889, la Asociación Internacional de Seguros Sociales [AISS], exclusivamente para el tratamiento de riesgos de accidentes de trabajo, posteriormente incluyó a los seguros en general.

Al respecto Salineros (1969) comenta:

...mediante su comité permanente se sesionó durante 11 años en la categoría de congresos y conferencias a nivel internacional (Congresos: París 1889, Berna 1894, Bruselas 1897, París 1900, Dusseldorf 1902, Viena 1905, y Roma 1908, enfocadas todas a las indemnizaciones por accidentes de trabajo), y las Conferencias: La Haya 1910, Dresde 1911, Zurich, 1912 y 1913, enfocadas al

servicio médico bajo el seguro social; subvenciones estatales para cubrir las prestaciones; prevención y tratamiento de enfermedades profesionales; seguro voluntario como sustituto del seguro social o complementario y ampliación del seguro a trabajadores y seguro popular de vida (p.42).

A destacar es el Congreso de Roma, de 1908, donde se creó la figura del Seguro Obligatorio para los países miembros, de esta forma en La Haya, en 1910, se estudió la organización del servicio médico en los seguros sociales y la contribución del Estado al servicio de retiros... Al concluir la primera guerra mundial, los países empezaron a adoptar, con diferentes matices y en distintos tiempos, el modelo alemán para establecer sistemas de seguridad social (Berlín, 2015, p.9).

Creada la Organización Internacional del Trabajo en 1919, como parte del Tratado de Versalles que terminó con la Primera Guerra Mundial, y reflejó la convicción de que la justicia social es esencial para alcanzar una paz universal y permanente. El resultado fue una organización tripartita, la única en su género con representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores en sus órganos ejecutivos (Orígenes e Historia [OIT], 2015).

Con éste hecho surge, en 1927 la Conferencia Internacional de Uniones Nacionales de Mutualidades y Cajas de Seguro de enfermedad (CIMAS), cuyo principal objetivo fue la ampliación y corroboración del seguro de enfermedad por todo el mundo.

De nueva cuenta el esfuerzo internacional por el reconocimiento de la salud en los sistemas de seguridad social, se ve suspendido ahora por la segunda guerra mundial. Posteriormente al término y después de varias sesiones de la [OIT], se restablecen las (CIMAS) y para 1947 se transforman en una visión moderna denominada Asociación Internacional de Seguridad Social [AISS], donde se

promueve cooperar en el plano internacional a la defensa, a la promoción y al desarrollo de la seguridad social en el mundo entero, la visión moderna implicaba el retomar de una manera integral una protección del salario y la enfermedad de los trabajadores y de la población en general. El esfuerzo de asociación estaba compuesto por 219 miembros y 51 asociados que representaban a 95 países, que en conjunto representaban a una población total de 500 millones de habitantes, bajo la lógica moderna de protección en seguridad social (Salineros, 1969, p.45).

A la par en la década de los años cuarenta en Inglaterra, después de pequeños avances en ese mismo sentido a nivel país, en todo el orbe vino otro elemento modelo que permitió el reconocimiento de la salud en las estructuras gubernamentales, lo anterior, a consecuencia de la doctrina de planeación estatal a comienzos del siglo XX, cómo lo comenta Beveridge. W. (1942) en su informe, se sientan las bases de la seguridad social en el derecho positivo de los Estados-nación, al establecer un sistema de protección contra todas las contingencias de necesidad, extendido a la totalidad de la población británica, incluido el acceso a los servicios de salud, describiendo que ello ayudaría al *“Combate de las enfermedades, en el cual se pide ampliar la base de atención sanitario en sus modalidades de preventivo, curativo y paliativo”* (Beveridge, 1942, p.52).

Después de la segunda guerra mundial, se empieza a reconocer los derechos sociales de la población y su participación de la plusvalía que ellos mismos generan, considerando los derechos básicos de bienestar para los ciudadanos, en un acceso sin restricciones a políticas y servicios sociales, con financiamiento impositivo para las arcas del Estado. Como lo comenta Berlín (2015):

Un principio fundamental, señala Beveridge, es que la seguridad social debe lograrse por la cooperación entre el Estado y el individuo.

Beveridge recomendó crear un Ministerio de Seguridad Social, responsable del seguro social, de la asistencia nacional y del fomento y supervisión del seguro voluntario.

Las ventajas de la seguridad social unificada son grandes e indiscutibles.

El Plan para la seguridad social, combina tres métodos distintos: seguro social para las necesidades básicas; asistencia nacional para los casos especiales; seguros voluntarios para las adicciones a la provisión básica (p.12).

Al mismo tiempo del inicio de la concepción de seguridad social⁶, surgen otros esfuerzos de países e instituciones que consolidan la idea a nivel mundial, la Carta del Atlántico (1941) consagró que todas las naciones colaborarán, en el dominio de la economía, con el fin de asegurar a todos las mejoras de las condiciones de trabajo, el progreso económico y la protección social, con ésta publicación el Presidente Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill, se comprometieron a mejorar las normas laborales, el progreso económico y una seguridad social para todos, posteriormente en 1944, con el giro experimentado por la guerra, la histórica Declaración de Filadelfia de la [OIT] hacía un llamamiento a favor de ampliar las medidas de seguridad social y de promover, a escala internacional o regional, una cooperación sistemática y directa entre las instituciones de la seguridad social, el intercambio regular de información y el estudio de los problemas comunes relativos a la administración de la seguridad social dentro del territorio norteamericano.

⁶ Seguridad social. - nace como una protección ampliada a la persona sobre sus necesidades, incluyendo los ingresos (empleo y pensiones), y salud. La Organización Internacional del Trabajo [OIT] la define como: "La protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. Retomado de sitio electrónico, <http://www.ilo.org/americas/lang-es/index.htm>.

En 1946 la [OIT] como agencia especializada de la ONU, incorporó la visión de trabajo decente que resume las aspiraciones de las personas durante su vida laboral, este órgano internacional tuvo dentro de sus objetivos promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de empleo dignas, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar temas relacionados con el trabajo, a la par en Francia, Pierre Laroque (1946) lideró los esfuerzos gubernamentales por extender la protección social a toda la población, y constituyó un sistema nacional de seguridad social (Organización Internacional de Trabajo, 2015).

Para (1948) la Declaración Universal de los Derechos del Hombre también expresó que toda persona, cómo miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (Art. 22), posteriormente mediante el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) los países firmantes establecieron en su artículo 12:

1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Bajo este contexto mundial, se gesta el reconocimiento de la seguridad social y del derecho a la salud como elementos que van de la mano en la conformación del Estado moderno.

Al respecto, hay que recordar cómo lo propone Narro (2010) la seguridad social, su organización y estructura requiere de sistemas dinámicos y flexibles, teniendo la posibilidad de adaptarlos a las cambiantes condiciones de la sociedad, pues son parte de la respuesta pública y organizada del Estado. Son un mecanismo básico del progreso por medio de la solidaridad grupal y una fórmula adecuada para conseguir la redistribución de la riqueza generada en la comunidad. El debilitamiento del llamado Estado benefactor ha favorecido el fortalecimiento del mecanismo de mercado como el regulador de las economías nacionales, por lo tanto, lo público sufre persistentemente el embate de las privatizaciones.

Por lo tanto, los esquemas de seguridad social deben cubrir a la totalidad de la población y no solo los trabajadores. Cabe hacer mención que, para ésta investigación, el concepto de seguridad social se integra de los subsistemas de empleo y pensiones, junto a salud constituyen un sistema social característico de la composición funcional de nuestra sociedad actual, caracterizada por paradigmas complejos que requieren ser explorados para su propia explicación.

Dentro de ese marco, consideramos que el derecho a la salud se vuelve la expresión contemporánea del máximo esfuerzo estatal por alcanzar la plena dignidad del ser humano en la promoción de su desarrollo social, bajo los

principios de derechos humanos y justicia social, cómo anteriormente se mencionó en la conceptualización de la función social del Estado en materia de salud.

Sin duda, actualmente la democracia como modelo de organización política a seguir, sugiere el otorgar a los ciudadanos el reconocimiento progresivo de los derechos políticos y sociales, sin menosprecio de la condición social de los individuos, por esa razón el acceso a los servicios públicos de salud para esta investigación, pasa transversalmente en la conformación de un Estado democrático, enmarcado bajo la figura integral de protección de Estado, cómo es la seguridad social para los trabajadores y la salud pública para la población en general, ambos mandatados a nivel constitucional (Artículos 4, 73 y 123) que han evolucionado a través del tiempo para garantizar el progresivo reconocimiento de protección a la población en general desde la vertiente institucional del Estado mexicano.

2.3 El estudio de los servicios de salud en el contexto de las ciencias sociales y el Trabajo Social

Las ciencias sociales se encuentran ante el reto de integrarse cada vez más, hoy que el reconocimiento de los derechos sociales, se asume como elemento de consolidación de los Estados que persiguen una forma de gobierno democrática, por ello, las diferentes disciplinas que estudian lo social, deben promover el estudio y reconocimiento de los derechos sociales y políticos, desde sus objetos de estudio, considerándolos cómo son elementos transversales que la sociedad ha decidido incorporar dentro de sus legislaciones y estructuras gubernamentales en cada nación, en este sentido, la atención de la salud (derecho de reconocimiento progresivo a nivel mundial), toma interés en el desarrollo de la presente investigación por constituirse uno de los primeros derechos que a través del tiempo ha logrado desarrollar grandes avances en su acceso como obligación estatal.

Además de la medicina en las ciencias exactas, distintas disciplinas en las ciencias sociales han conceptualizado a la salud desde diferentes ópticas (directa o indirectamente) dentro de la red de sus objetos de estudio, de ésta manera la sociología en su vertiente de estudio, la ha relacionado con la sociedad, considerando la interacción entre factores sociales, culturales, económicos, políticos y del entorno, la ciencia política la ha abordado en función de las intersecciones de las relaciones de poder y la creación de instituciones dentro del régimen político, la economía desde la óptica del manejo de los recursos públicos cómo elemento de intervención del Estado de bienestar sobre la disminución de las desigualdades sociales y finalmente nuestra profesión el Trabajo Social lo ha tratado de hacer en sus inicios desde la vertiente de servicio de ayuda mutua entre individuos, pasando a través de su historia, por las modalidades de asistencia y beneficencia de organizaciones sociales y las instituciones gubernamentales, actualmente lo que se propone es desde un enfoque que dé respuesta a las necesidades de enfermedad por las diferentes instituciones de la propia sociedad, (gobierno, familia y mercado) tratando de cubrir las dimensiones sociales que rodean el acceso a los servicios, bajo la óptica de reconocimiento progresivo del derecho de salud a nivel de relaciones interpersonales, promoviendo un cambio social que incremente el bienestar personal y colectivo de nuestra sociedad.

Recordemos que el Trabajo Social de acuerdo a Ezequiel Ander Egg (2009) ha transitado por tres diferentes concepciones, la primera la asistencia social, donde la presencia de la sociedad organizada a través de instituciones caritativas, interviene activamente en la protección social para restablecer los estados de enfermedad de los más desprotegidos.

La segunda enfocada en la figura del servicio social, originado en Inglaterra a finales del siglo XIX, tal es el caso la definición de Mary Richmond en (EUA) que lo define como *“El arte por el que se realiza una acción con y para personas diferentes colaborando con ellos para lograr al mismo tiempo su mejora (progreso)*

y el de la sociedad". Richmond M. (1917) *Diagnostic Social*, Rusell Sage Foundation. New York.

Finalmente, la figura actual del Trabajo Social que ha ido remplazando las figuras de asistencia social y servicio social, enfocándose en un modelo integrado de desarrollo social y en lo específico de la acción social cómo son los proyectos o intervenciones propias, mediante el cual se promueve la transformación de nuestra realidad.

En este sentido de acuerdo con Ander Egg (2009) el Trabajo Social:

... apunta a la realización de un proyecto político que significa el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra plena participación del pueblo en la vida política, económica, social y cultural del país. Esta participación y este modo de actuación deben ayudar a crear las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre (pp.461-462).

Otro actor que ha contribuido a éste enfoque es el Comité de Ministros del Consejo de Europa [CMCE] en 1976 por medio de una resolución pública, define el Trabajo Social.

...Cómo una actividad profesional específica que tiende a favorecer una mejor adaptación de personas, familias y grupos en el medio social en el que viven, desarrollando el sentido de la dignidad y responsabilidad de las personas haciendo también una llamada a la capacidad de estas personas a las relaciones entre ellos y los recursos de la comunidad (CMCE, 1976).

Por último, nuestro más cercano referente en nuestro país, plantea que el Trabajo Social:

Es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social. El objeto de estudio y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales (Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 2015).

Dentro de éste marco, el desarrollo de la formación de la profesión de trabajo social en el ámbito de las ciencias sociales, retoma al igual que ellas, cómo elementos característicos, los sucesos e implicaciones políticas más significativos de la historia en el reconocimiento de los derechos del individuo. Así, la revolución industrial como hecho social, aportó un notable desarrollo intelectual y filosófico, principalmente en sociedades occidentales que antepusieron la razón por encima del dogma característico de la edad media, donde se efectuó un tránsito de un sistema de producción agrícola a uno industrial que detonó grandes cambios en la estructura de nuestras sociedades, predominó la idea de libre mercado en los procesos económicos a través de la consolidación del sistema económico capitalista, a través del tiempo, se instauró la democracia cómo forma de gobierno, por encima de las dictaduras, donde se privilegió la tecnificación, el avance tecnológico en los procesos de producción, donde se vieron desigualdades en el ingreso o renta de las personas, ya que unos obtenían grandes ganancias mientras la gran mayoría trabajaba por periodos prolongados a cambio de salarios bajos en condiciones insalubres y sin medidas de protección social.

Posteriormente, la Revolución Francesa permitió para las nacientes disciplinas en las ciencias sociales, la configuración de un cambio social que produjo el desarrollo de los pensadores más influyentes de nuestro tiempo, permitiendo la

conceptualización del individuo cómo sujeto de derechos, por encima de los atropellos causados por los intereses de clase. De ésta manera, la visualización de la fuerza del pueblo organizado surge para contrarrestar las decisiones autoritarias de los Estados - nación.

Los acontecimientos mencionados, de acuerdo a Ritzer (2001) desencadenaron una revuelta de la sociedad occidental, interesando profundamente a los estudiosos de las ciencias sociales de la época, Karl Marx (El Capital, 1867), Max Weber (La ética protestante y el espíritu del capitalismo, 1904-1905), Emile Durkheim (La división del trabajo social, 1893 y Las reglas del método sociológico, 1895) y otros, que preocupados por los problemas y cambios que se habían presentado sobre la estructura de nuestra sociedad, configuraron sistemas ambiciosos y generales sobre ideas que tuvieran un sentido racional.

Es decir, su pensamiento se basó en la idea de las estructuras sociales que permitieron dar una explicación sobre los fenómenos particulares de desigualdad y abuso del poder.

Cómo lo menciona Ritzer (2001) *“...el contexto social configura profundamente todos y cada uno de los campos intelectuales”* (p.9), tal es el caso del estudio de la disciplina de Trabajo Social, que desde sus orígenes se ha enfocado en la beneficencia y el servicio cómo objeto de estudio, partiendo de la necesidad individual y grupal de las clases más desprotegidas, hasta su evolución en el diseño de modelos de intervención.

Por ello, para el estudio de la realidad se debe considerar que ahí afuera existe un mundo real (por ejemplo, el biológico y el sociológico), y la tarea del científico consiste en describirlo y dar cuenta de él, es decir, hay dos caminos para alcanzar el mundo real que existe afuera de la mente, una es investigar y la otra es teorizar. Comte citado por (Ritzer, 2001, p.10)

Para el presente trabajo de titulación, se comparten éstos principios y se trasladan como propuesta a lo que debe seguir la disciplina del Trabajo Social, pues se tiene que investigar la realidad social, teniendo claro su objeto de estudio, mediante un esfuerzo sistemático y con las contribuciones exitosas que han dado sus máximos representantes, se debe transitar a teorizar. En esta tarea es preciso ubicarnos, pues jugamos un papel importantísimo los egresados de la aún joven Maestría en Trabajo Social para aportar ideas, acordes a la construcción y definición de su objeto de estudio que permita trasladar la acción social a mecanismos de estudio sistematizado que integren nuestra disciplina cómo integradora de las problemáticas de la realidad social.

Para esta investigación, se reconoce y valora un enfoque de estudio transdisciplinario de las ciencias sociales para la comprensión de las instituciones públicas de salud, por ejemplo, es muy importante la ciencia de la sociología, y otras ciencias (política, administrativa y económica) porque en sus postulados teóricos se encuentran las bases de apoyo para la construcción y comprensión de la complejidad de los hechos sociales que rodean la construcción de instituciones en materia de salud.

La esencia de las teorías de la sociología más representativas que nuestra disciplina ha retomado (Comte, Durkheim, Weber y Parsons) proponen el esfuerzo por dar una explicación teórica fundada en el orden social (Ritzer G. 2001 p. 4), pues para que eso suceda, se debe reunir un amplio campo de aplicación que empate con la realidad y para su trascendencia se debe haber superado la prueba del tiempo (de allí que el Trabajo Social utilice las categorías sociológicas como base de actuación en sus intervenciones y en los campos de conocimiento en los que participa). También la teoría política y administrativa por su parte aportan elementos de comprensión para la estructuración de las instituciones.

Por lo cual, en el desempeño de los registros de investigación de nuestra disciplina se retoman los principios teóricos anteriormente enunciados, siendo

orientados a los temas de necesidades sociales, esquemas de re- asignación o compensación de recursos a través del Estado (Política Social), esquemas de intervención psicosocial individual o grupal de sectores excluidos, derechos humanos, equidad de género, organización de la sociedad civil y la distinción profesional cómo conducto de intervención hacia los individuos que requieren una respuesta de las instituciones del Estado (sector salud, educación, empleo y seguridad).

Para lo cual, debemos tener presente que el Trabajo Social debe perseguir en su construcción y definición de objeto de estudio, promoción de un orden social y una visión transdisciplinar por la confluencia de saberes que integran las diferentes líneas de intervención de una realidad social, compleja y cambiante, retomando a los individuos cómo sujetos de derechos, pues son los mismos principios que sustentan las grandes teorías de las que se apoya para explicar la realidad de la que trata dar cuenta en sus investigaciones. En esta lógica en su parte operativa (las intervenciones sociales) y en la construcción y definición de su objeto desde el campo de reconocimiento cómo disciplina de las ciencias sociales, debe incorporar los grandes principios teóricos que parten de las estructuras sociales, hasta la incorporación de análisis más detallados que retoman al individuo como categoría central de análisis, en los campos político, económico y social.

Por lo cual, el Trabajo Social contagiado de las teorías que tienen por espíritu el orden social se ha apoyado de la inter y multidiciplina para el estudio de la complejidad social, de ésta manera podemos ver que a lo largo del tiempo como profesión se ha recurrido a la explicación del contexto, por medio de retomar cómo categoría central las necesidades del individuo en sociedad y su conceptualización dentro de los procesos de desigualdad y exclusión social.

Finalmente, recientemente la transición por la cual atraviesa el estudio de la realidad social, ha impactado la investigación que se realiza desde la visión del Trabajo Social, pues se ha volcado a incorporar los estudios centrados en los individuos como entes autónomos, pues se parte que los estudiosos de lo social están interesados en los procesos mentales, pero no de una manera tan específica como los psicólogos, ya que parten de la concepción de estructuras sociales y hechos sociales para el desarrollo de la micro sociología y de las teorías de los individuos y su comportamiento como es el interaccionismo simbólico (Mead, George Simmel, Goffman), la fenomenología (Edmund Husserl), la hermenéutica (Friedrich Schleiermacher y Hans-Georg Gadamer), las representaciones sociales (Moscovici, S.) y las narrativas (Teun A. van Dijk) que son centradas y apoyadas en los procesos de comunicación.

Capítulo III. Los servicios de salud en México. De una atención caritativa y asistencial a la institucionalización gubernamental

3.1 Surgimiento de los hospitales religiosos en la colonia y su concepción sobre la medicina indígena

La medicina a la llegada de los españoles de acuerdo a Viesca (2004) era llamada generalmente *ticiotl*, de donde deriva el término *ticín* que denota al médico y las mujeres que atendían los partos y los problemas obstétricos recibían el mismo nombre:

...el cirujano era *texoxotla tícitl*, llamado médico que aserra o lima piedras... cuando los médicos tlatelolcas y mexicanos refirieron a fray Bernardino de Sahagún, el fraile franciscano a quien tanto se debe el estudio de la cultura mexicana prehispánica, ¿qué era lo que ellos hacían profesionalmente?, fueron muy claros: el buen médico “suele curar y remediar las enfermedades”, muestra de ello, en la época prehispánica 300 d.C. “*Ya se practicaba la trepanación craneana o cirugía de cerebro, las sanguijuelas hacían el trabajo de limpieza para tratar de curar a los enfermos...*” (p. 277).

Por ello, hablar de medicina en nuestro país, es remontarse al contexto del medio ambiente (la naturaleza), deidades y rituales, así, la medicina de forma preventiva puede caracterizarse a través de las buenas prácticas como la alimentación:

... (maíz) y legumbres (chayote, chilacayote, calabaza, nopal, raíces de camote, y el guacamote), consumo de frutas (tejocote, aguacate, guayaba, cacahuate, y variedad de chiles y hongos)... Consumo de proteínas a través del consumo de insectos (chapulín o grillo, gusano de maguey, jumil y las hormigas..., además del

consumo de la gran variedad de pescado que se encontraba en los más de 4 millones de kilómetros y la abundancia de lagos y ríos dulces sobre la geografía nacional)... la práctica del deporte como actividad cotidiana, el juego de pelota, en este deporte los jugadores tenían que tener una condición física atlética para aguantar el desgaste que implicaba jugarlo hasta por 6 horas.

... La población se alimentaba bien y ello evitaba muchas enfermedades, sobre todo las gástricas... tenían una limpieza bucal, este hábito era por medio de plantas que utilizaban para la limpieza después de cada comida, lo anterior, se demuestra al estudiar los cráneos de la época, las piezas dentales en general se encuentran completas (Viesca, 2004, p. 277).

Lo anterior, describe dos elementos a considerar para poder conceptualizar la medicina indígena antes de la llegada de los españoles, la preventiva (alimentación balanceada a base de granos y la activación física) y la curativa, utilizando como base el manejo de la herbolaria.

Cómo lo comenta Soberón, Kumate y Laguna (1988):

Se contaba con hospitales para personas desahuciados, creados probablemente con el fin de preparar al enfermo para su muerte. Había También asilos para niños expósitos, específicamente en Tenochtitlan, Cholula, Tlaxcala y Texcoco... la medicina prehispánica no era una actividad exclusiva de la casta sacerdotal, sino un quehacer cotidiano de las clases inferiores, las que, forzadas por la miseria, se alimentaban y curaban sus enfermos con las plantas... la prestación de servicios de salud a los necesitados no era proporcionada solo por el gobierno o un grupo civil.

Asimismo, se fundaron asilos para guerreros viejos y ancianos, en los que se ingresaba si se había sobrevivido a la guerra y a la enfermedad y si, además, se tenía edad suficiente para ser considerado huehuetoque o anciano (p. 16 y 17).

Ello habla que la acción de curar a los enfermos, se concebía con una obligación de conciencia de clase y después cómo una acción de parte de la estructura de poder.

Con la llegada de los españoles se da un cambio radical sobre la concepción de la medicina, ellos trajeron consigo un conjunto de elementos característicos de la región del mediterráneo, provenían de una zona que empezaba a salir de la edad media, se caracterizaban por ser religiosos y en su mayoría agricultores. Traían consigo un notable avance de la aplicación de la farmacología que utilizaron rápidamente con la incorporación de las propiedades curativas de plantas.

Con la incorporación de los misioneros, se empezó la edificación de templos y conventos, además de escuelas, con el propósito del adoctrinamiento y procesos de dominio sobre las castas originarias, posteriormente, establecieron hospitales que se abocaron a contener las epidemias, inundaciones y desastres propios de la época.

Soberón, et al (1988), nos advierten que la concepción de hospital que hoy entendemos, difería del establecimiento de salud de la época, al respecto mencionan *“era una especie de hospedería en la que se daba albergue a los viajeros y personas menesterosas que no tenían donde vivir, más tarde sus funciones se redujeron a una sola: la atención a enfermos”* (p. 17).

La época estuvo caracterizada por el brote de grandes epidemias que requerían una respuesta oficial para contener las diversas problemáticas que se

generaban como la viruela, la gonorrea, el sarampión, enfermedades gástricas que no había en México, sobre todo por el consumo de animales que no había como el cerdo, el borrego, las vacas y otros (Viesca, 2004, p. 281).

Las respuesta ante este conjunto de enfermedades, hasta ese momento únicas para la población mexicana fue de desconcierto y poca acción, lo cual repercutió en la muerte de una gran parte de la población por epidemias incontrolables, Viesca (2004) nos comenta que fue hasta el año de 1523 cuando llegan los primeros misioneros (franciscanos), los cuales se dan cuenta de la urgente necesidad de traer médicos europeos para contener las epidemias, habrá que recordar que la medicina durante la época, era controlada por los círculos religiosos, al no haber una separación entre iglesia y Estado, lo cual marca la tendencia de atención médica a través de hospitales religiosos durante toda la etapa de colonia.

Soberón et al (1988, p.18)), nos refieren sobre los hospitales más importantes durante el desarrollo de colonialismo que existieron en nuestro país, por más de 300 años:

- Hospital de Jesús fundado en 1524 por Hernán Cortes
- Hospital real de naturales, en 1529, por Fray Pedro de Gante
- Hospital Real de Bubas, en 1534, por Fray Juan de Zumárraga
- Hospital del Amor de Dios, para Sifilíticos, establecido en 1540
- Hospital de Indios, para Víctimas de epidemias e inundaciones creado en 1553 por el Virrey Luis de Velasco
- Hospital de San Hipólito, para enfermos mentales, fundado en 1567 por Fray Bernardino Álvarez
- Hospital de San Lázaro para leprosos en 1571 por Pedro López
- Hospital de la Epifanía en 1582 por Pedro López
- Hospital de Betlemitas en 1675

- Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes en 1700 por José Sáyago
- Hospital de Terceros en 1756
- Hospital de San Andrés en 1779
- Hospital de la Santísima Trinidad para sacerdotes que padecían trastornos mentales, desde mediados del siglo XVI hasta 1855

Todos los hospitales brindaron asistencia a los más necesitados de acuerdo a la lógica cristiana y tal vez por ello desde sus inicios las instituciones de salud surgieron fragmentadas y diferenciadas para la atención de los más necesitados y no desde una vertiente de integración y atención de todas las enfermedades bajo un solo sistema de acceso a servicios de salud.

Con la entrada de las diferentes órdenes religiosas al nuevo continente, los franciscanos en 1523 y 1524, los dominicos en 1526 con el temible Santo Oficio de la inquisición y los agustinos en 1533 se dan a la tarea de evangelizar y con ello establecer conventos que utilizan para adoctrinar y la creación de centros de beneficencia para la población con mayores necesidades como (hambre, vestir y salud).

Para ver la descripción de la concepción de la medicina por los viejos habitantes, los conquistadores se dan a la tarea de plasmar diferentes códigos que dan muestra de ello.

El Códice Florentino por Fray Bernardino de Sahagún está ubicado en Florencia, contiene una amplia sección, el libro XI, dedicado exclusivamente a las plantas medicinales, el Badiano que data de 1552 sobre la medicina mexicana, el cual, es traducido al latín por José Badiano con el nombre de (pequeño libro de las plantas medicinales indias), el cual, originalmente fue escrito por el médico indígena Martín de la Cruz en idioma Náhuatl, desafortunadamente el libro fue enviado al vaticano y estuvo guardado allí por más de 300 años, siendo hasta el

año de 1942, cuando una editorial norteamericana pide permiso y la traduce al inglés, éstos códigos hablan del trato a las enfermedades y la concepción sobre salud (Lozoya, 1998, p. 14 y 16).

Posteriormente, con el intercambio cultural entre médicos indígenas y europeos en los conventos para el trato de enfermedades, se permitió una retroalimentación sobre el entendimiento de la medicina para curar a los enfermos, se puede enunciar por un lado, la cosmovisión centrada en los elementos naturales tierra, aire, agua y viento, además de la práctica tradicional del uso de herbolaria y por el otro lado, una visión cristiana de acuerdo a los remedios para curar las enfermedades que se presentaban en el viejo continente, las epidemias desde un enfoque científico.

Dentro de éste marco, poco a poco se fue conformando la medicina en México, por una parte los médicos indígenas (*titici*) siguieron atendiendo en sus lugares de origen siempre cuidándose del oficio de la santa inquisición que los trataba de herejes o brujos charlatanes, esos lugares de acuerdo a las condiciones sociopolíticas de la distribución del poder en los suelos aztecas, se convirtieron en haciendas, bajo el modelo conquistador español, habrá que recordar la Ley de Indias (1680) que le otorgaba un promedio de 3 mil indígenas a cada hacendado para que éste atendiera su cuidado espiritual (Mendizábal, 2005 p. 286).

Las acciones organizadas en la colonia para el trato de las enfermedades se empiezan a dar en 1595, cuando se funda la real y pontificia Universidad de la nueva España, impartiendo la carrera de medicina, con un enfoque europeo incorporando los avances de la medicina tradicional indígena. De esta manera, se va dando el mestizaje, lo que proyecta una nueva sociedad criolla con cruce de saberes y tradiciones sobre nuestro territorio nacional, creándose nuevas instituciones.

La débil atención médica de la época siempre fue acompañada por otras instituciones de asistencia que perpetuaron la ayuda hacia los más necesitados, siempre bajo el cobijo de la lógica evangelizadora y de dominio sobre las tierras aztecas, ejemplo la Casa de niños expósitos establecida en 1532 por Vasco de Quiroga, la Casa de Cuna establecida en 1767, el Hospicio de Pobres en 1774 y el Monte de Piedad fundado en 1775.

Otro caso, son las cofradías que proporcionaban asistencia social a los agremiados y a sus familias, es decir, a la naciente clase económica ya establecida y con goce de algunos derechos, reconocidos por la colonia, cómo la capacitación laboral a los hijos de los cofrades, (personas cercanas al poder de la monarquía en la colonia).

Ya con la nueva lógica de integración a la vida económica y social de la nueva población criolla, la monarquía experimento un gran auge económico por el gran dominio sobre la extracción de metales en el nuevo y gran territorio, ello contextualizado por el flujo de nuevas rutas donde se comerciaban mercancías hacia Europa y Asia, lo anterior, originó que se establecieran talleres para satisfacer la creciente demanda de consumo de los sectores medios y altos, con ello, se establecieron los diferentes gremios en la primeras calles trazadas sobre la nueva ciudad española, ejemplos: los plateros, el tabaco, chiles secos, hilos, organillos, navajas, ropa y telas.(Muchas de ellas persisten hasta el siglo XX).

Podemos resumir que durante el dominio de la colonia el acceso a la salud estuvo controlado por la iglesia católica con el establecimiento de hospitales dependientes de la estructura sacerdotal, en el centro del país y fue de corte asistencial, hacia los más desprotegidos llegando la atención solo en un nivel de contención, más no de forma integral para restablecer los estados de enfermedad de la población conquistada, los mayor favorecidos fueron los círculos cercanos a la corona, mediante trato de sus enfermedades por médicos propios traídos de España.

Ya después de un proceso de mestizaje y surgimiento de un sistema económico propio, en la colonia, se fue consolidando la idea de atender a los más necesitados, desde una visión de instituciones formales ancladas a la organización de la monarquía en la nueva España, el principal elemento de acceso que se había dado fue bajo la caridad cristiana, con el establecimiento de hospitales (que atendían las enfermedades por separado, sin una lógica de integración en la atención).

3.2 Diseño normativo de los servicios de salud como nación independiente

Con un nuevo pensamiento libertador los iniciadores del movimiento de independencia hacia finales del siglo XVIII y principios de XIX, en alianza con el pueblo jugaron un papel importante en la revueltas contra el dominio español, logrando la conformación de un nuevo diseño de la estructura funcional del gobierno, para lo cual, se retomaron los constantes reclamos de una clase criolla organizada que se caracterizaba por participar de actividades económicas, ello, marca una constante lucha entre conservadores y liberales y la definición de un control político por parte de la iglesia y del Estado, provocando un diseño normativo que fue caracterizado en las nuevas instituciones formales para atender los reclamos en salud de la nueva clase criolla del país, y para asistir a los más desprotegidos.

Varias fueron las etapas que se desarrollaron entre conservadores y liberales, cada una de ellas fue caracterizando los nacientes servicios de salud que fueron transitando de una vertiente asistencial y desorganizada con tradición eclesiástica a una institucionalización y centralización de los servicios de salud pública que se caracterizó por ser focalizada a los más desprotegidos y de combate a las enfermedades de transmisión, siempre controlada por la figura presidencial.

Así para el movimiento de independencia, la atención en salud pública fue atendida de una forma asistencial, las enfermedades aumentaron debido al miedo, desastre, personas desgastadas por el ritmo de vida en guerra y miles de muertos producto de la desestabilización política, económica y social al interior del país. Muchos de los hospitales creados por órdenes religiosas, cerraron por falta de recursos y por la gran revuelta que transcurría a lo largo del territorio nacional.

De acuerdo a Ana María Carrillo (2015), historiadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, entre 1781 a 1833 la población de la Nueva España, ahora bajo un régimen político independiente, enfrentó una serie de catástrofes, manifestadas en patologías biológicas como la tifo, diarrea, viruela y fiebre amarilla, aunado a la hambruna, miseria y a la peste que imperaba en aquellos años, lo cual, repercutió en la muerte de miles de campesinos y combatientes. La estrategia del naciente gobierno fue mitigar y asistir a la población con campañas de vacunación para aislar y controlar las epidemias que azotaban a la época. Algunas de las instituciones de acceso primario en salud que se establecieron en la colonia se mantuvieron en funcionamiento, solo con algunos cambios después de la guerra de independencia, ellas fueron las que instrumentaron una atención asistencial por medio de instrumentos de salubridad pública para el control de las enfermedades de contagio y atención a los grupos más necesitados, tales son los casos de la Casa de Cuna, el Hospicio Para Pobres, al que se adiciono un departamento de partos ocultos, y un asilo para ancianos pobres, el Hospital de San Hipólito y el del Divino Salvador dio atención a enfermos mentales, al Hospital de Jesús y al Hospital de San Andrés se les añadió una sala exclusiva para niños, y el Hospital de San Juan de Dios se atendió a mujeres con enfermedades venéreas, cambiando de nombre más tarde a Hospital Morelos.

Para la época la demanda en salud era desbordada, permitiendo que de manera aislada y sin una lógica de atención integral desde la naciente acción del

Estado, se crearan nuevas acciones de acceso a la salud, cómo lo comentan Soberón, Kumate y Laguna (1988).

...en 1830 se fundó la Sociedad de Beneficencia Española, cuyo objetivo era proporcionar ayuda a la comunidad de emigrantes españoles, estableciendo un hospital y asilo de ancianos para su atención. Del mismo modo se estableció...la Sociedad San Luis de los franceses, institución franco-suiza-belga, la cual apertura una casa de salud. Otra Sociedad con fines de ayuda a enfermos fue la de San Vicente de Paul constituida por seculares para atender enfermos, ancianos y personas menesterosas.

...En 1843 las Hermanas de la Caridad fueron autorizadas para abrir un centro de atención de enfermos, ancianos, niños y enfermos mentales que funciono hasta 1874 ...Para la mitad del siglo (1850), se abrió el hospital municipal de San Pablo (después hospital Juárez) que funcionó en sus orígenes como banco de sangre durante la invasión estadounidense (p. 25).

Continuando con la apertura de hospitales y centros de atención en salud, de manera fragmentada por gremio o sector poblacional, tenemos que en:

...1855 el ejército crea el Hospital Militar, ...En 1875 se crea la casa de la maternidad atendiendo a las mujeres durante el parto, también en este establecimiento se erigió un centro de educación sobre conocimientos prácticos de obstetricia, ...En 1867 se crea el Hospital de la Infancia, ...En 1876 se crea la Clínica Valdiviesco para atender a quienes padecían enfermedades de los ojos ...Por primera vez en 1887 la esposa de Porfirio Díaz sugiere la fundación de un hospital para enfermos incurables, para lo cual, se pide no adaptar inmuebles, sino al contrario edificar nuevos espacios de acuerdo a las necesidades del servicio, lo anterior, despertó la

necesidad de construir un Hospital General en el que por primera vez los enfermos fueran atendido en cuartos individuales” (p. 26).

Habría que apuntar que no solamente se edificaron nuevos establecimientos de salud, sino por el contrario hospitales como San Lázaro, la Escuela patriótica, el Hospital Real de Naturales y el de Terceros fueron cerrados definitivamente, por falta de presupuesto para su operación.

Cómo vemos la lógica de atención a través de hospitales de asistencia primaria, fue la que predominó hasta antes y durante el movimiento de independencia, producto de una tradición cristiana- católica donde la iglesia figuraba por encima del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Antes del movimiento de independencia y cómo contraposición de la atención basada en la caridad y el dogma cristiano, desde el siglo XVIII se da un fenómeno en Europa, que repercute en la nueva España, el surgimiento del positivismo en las ciencias sociales, como promotor, Aguste Comte (sociólogo), propone una nueva forma de desarrollar métodos de investigación, el fenómeno contagia a los países occidentales, al respecto, Lozoya (1998, p.32) plantea que las ideas positivistas llegaron a nuestro país con el conflicto de la intervención francesa y los flujos de conocimiento en las nuevas instituciones de educación y, después, por la vía de intelectuales mexicanos formados en Europa, éste pensamiento demanda precisión, cuantificación y experimentación, elementos básicos para el desarrollo de la medicina naciente, su impacto fue claro en la nación mexicana, ejemplo fueron las acciones de Gobierno del Presidente Benito Juárez, con la reforma a la educación que afirmó la jerarquía de las ciencias positivas al liberarlas de todo concepto metafísico o dogmático correspondiente a la tradición de la colonia.

Éste gran avance permite hacer visible la acción estatal por encima de las autoridades eclesiásticas y permite que nuestro país en la lógica de nación independiente y bajo la contextualización anterior, empezar con el diseño de una

constitución que le permitiera ordenar el poder político, después de toda la desestabilización producto de los años de guerra, para la independencia de la corona española, ya lo comenta Ferdinand Lassalle (2012) “...una constitución es más que una ley ordinaria, pues no es una ley como cualquiera, sino la ley fundamental del país, al respecto, abunda “...es una fuerza activa que permite que las instituciones jurídicas y las leyes sean lo que realmente son” (Cap. I Conferencia pronunciada en Berlín durante abril de 1862).

Por ello, propone tener en cuenta los factores reales de poder (monarquía, aristocracia, burguesía, cultura general, iglesia, empresarios y sociedad civil), que están en el régimen político de cada sociedad, ya que las sumas de poder de todos ellos constituirán lo que es una verdadera constitución y erigir un proyecto de nación.

Así el primer intento de ordenar el poder político después del movimiento de independencia, lo realiza José María Morelos y Pavón que, a la muerte de Miguel Hidalgo y Costilla en 1811, promulga los Sentimientos de la Nación (1813), tratando de converger los factores reales de poder dentro del naciente régimen independiente, donde se menciona:

Art. 1 Que la América es libre e independiente de España y de toda otra Nación, Gobierno o Monarquía, y que así se sancione, dando al mundo las razones.

Art. 5 Que la soberanía dimana inmediatamente del Pueblo, el que solo quiere depositarla en sus representantes dividiendo los poderes de ella en Legislativo, Ejecutivo y Judicial, eligiendo las Provincias sus vocales, y éstos a los demás, que deben ser sujetos sabios y de probidad.

Art. 12 Que como la buena ley es superior a todo hombre, las que dicte nuestro Congreso deben ser tales, que obliguen a constancia y patriotismo, moderen la opulencia y la indigencia, y de tal suerte

se aumente el jornal del pobre, que mejore sus costumbres, alejando la ignorancia, la rapiña y el hurto.

Art. 18 Que la nueva legislación no se admitirá la tortura.

Con lo anterior, vemos un espíritu normativo (positivo) que norma la organización interna del nuevo Estado, al ser independiente, se visualiza una división de poderes, facultando al ejecutivo, el poder para el ejercicio de acciones que moderen la opulencia y la indigencia, además transversalmente se prohíbe la tortura, lo cual muestra un inicio de reconocimiento por la figura del respeto al cuerpo e integridad humana, principio que también es buscado por la medicina y establecimientos de atención primaria en la salud, principios del positivismo de la época.

Posteriormente, Morelos propone un gobierno independiente, y convoca a un Congreso en la Ciudad de Chilpancingo, donde se pacta por los insurgentes, la Constitución de Apatzingán de 1814, (la cual nunca llega a tener vigencia) pero en ella se puede ver el espíritu de la nueva organización que pone por delante la integridad del individuo en su salud, allí vemos por primera vez una organización formal del Estado mexicano, y se menciona para el funcionamiento de gobierno lo siguiente:

Art. 4 Como el gobierno no se instituye por honra o interés particular de ninguna familia, de ningún hombre ni clase de hombres, sino para la protección y seguridad general de todos los ciudadanos, unidos voluntariamente en sociedad, esta tiene derecho incontestable a establecer el gobierno que más le convenga, alterarlo, modificarlo y abolirlo totalmente cuando su felicidad lo requiera.

Art. 19 La ley debe ser igual para todos, pues su objeto no es otro que arreglar el modo en que los ciudadanos deben conducirse en

la ocacione en que la razón exija que se guíen por esta regla común.

Art. 27 La seguridad de los ciudadanos consiste en la seguridad social: esta no puede existir sin que fije la ley, los límites de los poderes y la responsabilidad de los funcionarios públicos.

Dentro de las atribuciones del Congreso general por primera vez se trataba que las autoridades gubernamentales legislaran en salubridad general:

Art. 118 Aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos, a su comodidad, y demás objetos de policía.

En este sentido, la reglamentación de la acción de gobierno, sobre el naciente régimen político del México independiente, también fue sobre diversas materias, educación, trabajo y seguridad.

Una vez asentado los factores reales de poder sobre el México independiente y bajo la lógica propuesta por Lasalle (mencionada anteriormente), las instituciones con poder logran ponerse de acuerdo y para 1824 se expide la primera Constitución, derivado de los acuerdos del régimen naciente de la lucha armada de 1810, en ella se propone una forma de gobierno de República Federal y fue vigente hasta 1836.

Para entender más nuestro objeto de estudio, “la atención pública de salud” en la época, podemos encontrar descrito en su capitulo de la Constitución de 1824, el enorme peso de las autoridades católicas que aún subsistía sobre la conformación y atención de las instituciones de salud, pues en su (artículo tercero), se dispone “*La religión de la nación mexicana es y será católica, apostólica y romana*”, lo anterior, marca de forma publiadministrativa la atención de las enfermedades, en los dispersos centros formales de atención médica por la naciente estructura gubernamental, debiendo estar influenciados para su atención

por el dogma característico de la caridad hacia el prójimo, ello lo podemos observar en los hospitales de origen religioso de la época, es decir, el modelo de atención católico-asistencial continúa.

Con la instauración del nuevo régimen político independiente, las atribuciones que facultan al ejecutivo se robustecen y permiten al poder, normar sobre las acciones en cuidado de la salud, para bienestar general, en este sentido, las regulaciones a través de las endeble instituciones en materia de salud empiezan a responder para velar por la constante amenaza de las epidemias que cambiaron la demografía de la época.

Vera y Pimienta (2001), nos mencionan una de las principales instituciones que normaron la atención médica durante la colonia y dieron paso en el México independiente a la nueva regulación del ejercicio de las ciencias médicas fue el Protomedicato:

Los paradigmas en los que se desarrolló la ciencia médica de la cultura occidental, principalmente en Europa, se conocieron en la Nueva España a través del Protomedicato, que fue una institución implantada por la Corona española una vez terminado el dominio de ésta, el conocimiento de esos paradigmas en el nuevo país se logró a través del establecimiento de Ciencias Médicas, instaurado en 1833, el cual posteriormente se transformó en la Escuela Nacional de Medicina ...Estos cambios surgieron con el establecimiento del régimen federal (1824-1835), iniciándose en 1831 con la supresión del Real Tribunal del Protomedicato, organismo dedicado desde 1628 a la regulación y vigilancia de la salubridad, la higiene y el control del ejercicio de la medicina, la cirugía, el arte de los partos y la flebotomía. Para sustituirlo se estableció la Facultad Médica del Distrito Federal, con atribuciones similares a las del Protomedicato y la tarea de elaborar el código

sanitario para el país, el cual, a pesar de su importancia –sería la guía de las acciones públicas dando coherencia a las decisiones que obligadamente tendrían que tomar los responsables de la salubridad ...Pero más tarde se elaboró un código que guio la política que convenía llevar al respecto, lo que propició la aparición de los primeros reglamentos sanitarios aunque de efectos sociales limitados (p.2).

Con ello, podemos ver cómo la acción gubernamental desde la colonia e inicios del México independiente, ha normado e intervenido cuando la salud pública se ve amenazada, caso concreto lo vemos en 1828, durante la presidencia de Vicente Guerrero, al presentarse una epidemia de viruela en la ciudad de México y en varios lugares del país; debido a la seriedad de la epidemia, se emitió el Decreto del 10 de marzo de 1828 en el que se dispuso la propagación del "fluido vacuno".

El siguiente año, el presidente Guerrero dio a conocer a diputados y senadores un informe de la situación de la nación y de las medidas tomadas para impedir la propagación de la "epidemia desoladora de viruela".

Dos años después surgió otro brote de viruela y, mediante el Bando de Gobierno del 17 de enero de 1830, se dictaron disposiciones precisas encaminadas a evitar la propagación de la epidemia que asolaba la república. Se dispuso informar al público mediante avisos y suministrar la vacuna en forma permanente en las casas del Ayuntamiento de la ciudad de México, y dos veces a la semana en las parroquias de San Miguel, Santa Cruz Acatlán, Santa Catarina y la Santa Veracruz, seleccionadas por "ser puntos de comodidad para la concurrencia de su vecindario". Todos los profesores de medicina y cirugía estaban obligados a informar los miércoles y sábados de cada semana al Protomedicato, y éste al

gobierno del distrito, del número de personas vacunadas, atacadas, curadas y muertas por la viruela. En el caso de las defunciones, quedaban prohibidos los llamados velorios y "bajo ningún pretexto los cadáveres se tendrían a la expectación pública"; la permanencia máxima en las casas en las que había ocurrido el deceso era de seis horas, y la transportación al cementerio debería hacerse en cajón cerrado. En estas disposiciones, se advierte el temor al contagio, por lo que quedaba estrictamente prohibido, para los que aún no estuviesen curados, transitar por las calles, aun con el pretexto de pedir limosna. Los infractores serían conducidos por los agentes de policía a un hospital en el que una vez acabada su convalecencia serían sancionados por su desobediencia (Vera y Pimienta, 2001, p.1).

Acciones como las anteriores, fueron apareciendo durante todo el proceso de consolidación del México independiente, la Junta Superior de Sanidad fundada en 1829, fue el ente encargado de expedir la normatividad para regular la salubridad pública, más tarde a la par de la proclamación de las Siete Leyes Constitucionales, donde se propone una forma de gobierno central el presidente Antonio López de Santa Anna en el año 1841, crea el Consejo Superior de Salubridad con la misma finalidad, siendo la primera institución formal del Estado mexicano para atender las enfermedades de contagio epidemiológicas, instaurándose normas en materia de higiene, vigiladas para su observación por medio de la policía sanitaria, dicho Consejo estuvo bajo la dirección del doctor Eduardo Liceaga promotor e iniciador de la atención en salud pública en nuestro país.

La policía sanitaria en México, tuvo gran tradición y ella surge con el afán de colaborar en la imperiosa necesidad de mantener la higiene pública, para prevenir el mal tan devastador de las epidemias que atacaron la época:

...Mientras bastan los esfuerzos individuales para neutralizar las causas perturbadoras de nuestro organismo, la administración abandona el cuidado de la salubridad al interés particular y la higiene es privada; más cuando los principios de destrucción resisten a la eficacia de estos medios ordinarios de combatirlos, entonces interviene la autoridad para proteger la salud de los administrados, y la higiene es pública... la higiene pública no es sino la misma higiene individual, y solo se diferencia de la privada en la escala de sus aplicaciones: la una habla al hombre, la otra se dirige a la sociedad ... las providencias de la administración encaminadas a mantener la salubridad pública constituyen la policía sanitaria que es un ramo de la policía general, y también parte de la policía municipal ... la acción administrativa en punto a sanidad pública es esencialmente previsor: la higiene preserva la salud combatiendo las causas generales o locales de enfermedad, disipando los focos de infección o impidiendo el contagio. El origen de las enfermedades, así endémicas como epidémicas y esporádicas, se encuentra en la naturaleza del suelo, en el aire, en las aguas, en los alimentos, en las costumbres y en otras causas todavía mal conocidas (Derecho administrativo español, p. 515).

En enero de 1841, durante el periodo de la República Centralista 1835-1846, el gobierno del Departamento de México, dependiente de la Secretaría de Gobierno, promulgó el "Ordenamiento del arreglo de los estudios médicos, exámenes de profesores y policía en el ejercicio de las facultades de medicina" de acuerdo a (Vera y Pimienta, 2001) lo anterior, fue para reemplazar a la Facultad Médica por el Consejo Superior de Salubridad, creado bajo la influencia francesa el mismo debía conservar las condiciones de salubridad general en la ciudad de México; además, estaba autorizado para reconocer legalmente los cadáveres, vigilar la higiene de alimentos, establecer tiraderos de basura, elaborar y vender

compuestos medicinales, revalidar y legalizar títulos de médicos, cirujanos, boticarios y dentistas nacionales y extranjeros.

Posteriormente en el año de 1842, como parte de la estrategia sanitaria durante la dictadura de Santa Anna, una comisión nombrada por el Consejo Superior de Salubridad inició la vigilancia de las enfermedades contagiosas, la cual se mantuvo en la Ciudad de México y en localidades aledañas.

Un caso concreto de ésta notable tarea de las nuevas instituciones para prevenir los contagios que permitieran conservar la salud pública, fue cuidar la limpieza de los caños, cloacas, calles y casas de vecindad y evitar la reunión de muchas personas en cuarteles, cárceles y hospitales, con ello, podemos ver la acción conjunta que se desplegó preventivamente en los diversos sectores de gobierno y población para mantener la integridad física y de salud.

Lo anterior, responde a fuertes enfermedades de carácter contagioso que se presentaron durante todo el siglo; fiebre amarilla, malaria, tuberculosis y las enfermedades venéreas, como lo comenta Gudiño, Magaña, Hernández, (2013, p. 82) las acciones que las endebles instituciones de salud podían realizar para contener éstos brotes se centraron en fomentar la ingeniería sanitaria, la construcción de albañales, pavimentación de banquetas, ampliación de un sistema de agua potable, e iniciar el alcantarillado y drenaje para las aguas negras de la ciudad.

Ya con Benito Juárez García, estando de presidente interino fortalece la beneficencia pública y regulación por parte del Estado llegando a instaurarse en el entramado institucional la salubridad pública, lo anterior, no sería posible sin la expedición de las leyes de reforma que en su conjunto promovían una separación de bienes de la iglesia y del Estado, concretamente con la Ley de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos de 1856 y el Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública en 1861, marcando el inicio de la

intervención de las autoridades para promover la salud pública entre la población nacional. El control de la beneficencia pública y de las acciones de promoción en salud paso al gobierno de la Unión (Decreto, 1961).

Artículo 1.- Quedan secularizados todos los hospitales y establecimientos de beneficencia que hasta la fecha han administrado las autoridades o corporaciones eclesiásticas.

Artículo 2. El gobierno de la Unión se encarga del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos... arreglando su administración como le parezca conveniente.

Artículo 7. Los establecimientos de esta especie que hay en los estados, quedaran bajo la inspección de los gobiernos respectivos, y con entera sujeción a las prevenciones que contiene la presente Ley.

Con ello vemos cómo el Estado, finalmente rompe con la tradición católica-asistencialista de los hospitales y se forma un esfuerzo por aglutinar la estructura dispersa de hospitales en la atención pública de salud, desde la estructura gubernamental.

3.3 Crisis sanitaria en la revolución mexicana

Como podemos observar a lo largo de las diferentes épocas de construcción del Estado mexicano, las acciones gubernamentales marcaron tendencia hacia la institucionalización de la atención de los servicios públicos de salud, a la par con la consolidación de un Estado independiente de la corona española, se fue normando el entramado jurídico para el establecimiento de las principales instituciones de salud, que no lejos del anterior propósito se caracterizaron por ser centralistas y focalizadas en su atención.

De acuerdo, al tercer censo de población oficial en nuestro país (1910) la población era de aproximadamente 15 millones, a consecuencia de las bajas del movimiento revolucionario. De acuerdo con Fajardo (2010) investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM, una década después había un millón de habitantes menos.

... el descenso se debió a muertes por violencia ocurridas durante la revolución, epidemias y a la falta de alimentos. Por otra parte, la esperanza de vida era de 38 años; llegaban a esta edad quienes lograban sobrevivir a las enfermedades infectocontagiosas, al hambre, a la pobreza, al desempleo y, en su caso, a los actos violentos. La tasa de mortalidad general era de 34 por mil habitantes y la tasa de natalidad de 35 por mil habitantes. La gente habitualmente enfermaba y moría de infecciones crónicas, desnutrición o infecciones agudas como diarrea, disentería, tifo e influenza española (p. 266).

Porfirio Díaz durante sus 31 años en el poder logró alcanzar la estabilidad política y económica de la República, sin embargo, en lo social se despojó la propiedad comunal a los indígenas y la clase campesina, fortaleciendo el latifundismo, el régimen instaurado reprimió con mano dura, mediante la “ley fuga”⁷ o la pena de muerte a quienes alteraran el orden público o se opusieran; lo anterior, ocasionó una gran desigualdad y pobreza en la mayor parte de la población mexicana, afectando a más de 11 millones de habitantes del sector

⁷ La Ley de Fuga fue un tipo de ejecución muy utilizado en México durante el Porfiriato y la Revolución mexicana. Dicha ejecución consiste en juzgar y sentenciar a muerte en forma expedita al reo, llevarlo al lugar de su ejecución, liberarlo de las ataduras y vendas, y darle la oportunidad de huir, si las balas del pelotón de fusilamiento no lo alcanzan durante la huida es hombre libre. Las posibilidades de salir con vida son casi nulas. Sumado a que se le da al cuerpo abatido un tiro de gracia generalmente en la nuca para asegurar su deceso. Retomado del portal electrónico Porfirio Díaz (1830-1915). http://www.porfiriodiaz.com/info/Ley_fuga.html.

rural, localizados en 70 mil 342 localidades de las 70 mil 930 localidades que había en total en el país, más del 90% vivía en el sector rural (Censo INEGI, 1910, p. 93 y 94).

Durante los años de la revolución, los hospitales establecidos eran insuficientes ante las necesidades crecientes de una guerra civil, cómo lo comenta Fajardo (2010):

...escaseaban los antitusígenos, antidiarreicos, pomadas, gotas y cucharadas; los medicamentos con frecuencia tenían que buscarse en el exterior, las intervenciones quirúrgicas “programadas” disminuyeron, no así las “no programadas” por heridas, traumatismos y golpes de diverso origen (p. 267).

En este sentido, podemos advertir que la atención hospitalaria en la época variaba de acuerdo a las condiciones económicas de los usuarios y a las condiciones geográficas de su ubicación, así como al origen de los hospitales (religioso, privado, militar o gubernamental, empresas de ferrocarriles o mineras), en pocas palabras no había un sistema de hospitales integral, por el contrario solo había una fragmentación en la atención de acuerdo a la posición social y geográfica en la se encontraba el enfermo.

De nueva cuenta, retomando a Fajardo (2010) el financiamiento del grupo de hospitales donde se podía acudir era diverso:

Los hospitales públicos eran sostenidos con fondos fiscales; los había de carácter general, conocidos en muchos lugares como hospitales civiles, algunos tenían áreas destinadas a pacientes que podían pagar los servicios médicos, conocidas como pensiones o salas de distinción.

Los hospitales de la beneficencia privada por lo general atendían a grupos humanos especiales, en particular a los miembros de las comunidades españolas, estadounidense y francesa; eran sostenidos con aportaciones de sus asociados, que constituían una sociedad mutualista; hubo hospitales españoles en las ciudades de México, Puebla, Veracruz, Tampico, San Luis Potosí, Pachuca, Guadalajara y Torreón; en la Ciudad de México se ubicaron el Hospital Americano y el Hospital Francés. Entre los hospitales de beneficencia privada estuvieron los de la Cruz Roja. De 1910 a 1920, los hospitales de la beneficencia privada tuvieron situaciones financieras difíciles en cuanto a recursos.

Los hospitales militares se situaban en diversas partes del país; los más grandes en Guadalajara, Puebla, Mérida, Monterrey y Ciudad Juárez; el más importante era el de la Ciudad de México, conocido como Hospital Militar de Instrucción, dichos hospitales atendían a la clase castrense y sus familiares, se sostenían con fondos del erario público; sin embargo, durante los tiempos revolucionarios atendieron a los diferentes bandos en conflicto (p. 267 y 268).

Caso a considerar por ser el primer servicio hacia la clase organizada del país en la atención médica, fueron los hospitales para los trabajadores ferroviarios que se instauraron por las presiones del sindicato, que en la época tomó fuerza como actor en la estructura del régimen político naciente, después de la guerra revolucionaria.

... en el Distrito Federal se fundó un hospital cuya estructura era de madera, el Hospital Colonia, dedicado a atender a los pacientes que habían sufrido accidentes de trabajo; pertenecía a la empresa Ferrocarril Nacional Mexicano... Se deducía 1% del salario de los trabajadores para costear la atención médica por accidentes de trabajo. Para 1920 cada empresa ferroviaria tenía sus propios

servicios locales... En 1921 principió la integración de las empresas ferrocarrileras bajo la denominación de Ferrocarriles Nacionales de México, comenzó también la unificación de los servicios médicos, formándose una amplia red médico-hospitalaria en el país, cuyo centro era el Hospital Colonia (p. 268).

Es de mencionar que durante la época revolucionaria de acuerdo a la actividad médica que se realizaba, se determinaba el tipo de establecimiento, así hospitales para enfermos mentales, de sangre, hospitales para atender heridos y lesionados, de maternidades y para la clase trabajadora organizada en minas y ferrocarriles fueron apareciendo.

Volviendo la mira, los hospitales más grandes en el país eran el Hospital “Agustín O’Horan” de Mérida y el Hospital de “Jesús” de la Ciudad de México, El Manicomio La Castañeda y el Hospital de San Roque en Campeche, eran nosocomios de origen público, en Cholula, Puebla, se construyó un hospital con los mismos fines y en Cuernavaca el de maternidad “Dolores Sollano de Gómez” (Fajardo, 2010, p. 270).

Dentro de este marco, el país se encontró ante una nueva crisis sanitaria por la lucha interna y desestabilización producto de los atropellos originados por el régimen político, los antecedentes de una dictadura porfirista que duró más de 30 años, benefició solo a los gremios de la elite de poder, mostrando claro oscuros, tal fue el caso de un crecimiento económico, que trajo un largo periodo de estabilidad política, sin embargo, los reclamos de la base campesina nunca fueron incorporados al crecimiento porfirista, la opresión hacia ellos se incrementó, no respetando su libertades y derechos sociales, por consecuencia la gran mayoría de población nunca contó con acceso a las instituciones de salud de manera integral como sujetos de derechos, sino solo para aliviar sus enfermedades de manera focalizada manteniendo una higiene y salubridad general.

Entre muchos otros reclamos, la clase campesina originó el levantamiento armado aglutinados en diferentes movimientos, que reclamaban “*tierra y libertad*”, “*sufragio efectivo no reelección*”, “*supresión de los latifundios*”, “*respeto a sus derechos*”, en diferentes fuerzas políticas, recordemos que ante el retiro pronunciado de Porfirio Díaz del poder, Francisco Madero, se vuelve la opción de cambio, haciendo campaña por todo el país, Díaz aún con opciones políticas vuelve a lanzar su candidatura y en el proceso manda encarcelar a Madero, el hecho hace un nuevo triunfo del porfiriato, resistiéndose a fenecer, cómo consecuencia Madero promulga el Plan de San Luis que detona el levantamiento de armas contra el régimen y para 1911 ya con Porfirio Díaz en el exilio gana las elecciones.

Ésta nueva etapa de transición en México, durante el limitado tiempo del mandato de Madero en el poder, profundiza las diferencias con las fuerzas revolucionarias de Villa, Carranza y Zapata, al respecto, podemos ver cómo se acrecientan los reclamos de la base campesina creando desestabilidad política y brindando la oportunidad para el General Victoriano Huerta de usurpar el poder ante el asesinato de Madero.

En consecuencia, los líderes revolucionarios levantados en armas, sacan a Huerta del poder, Venustiano Carranza ante el clima de guerra con el gobierno Huertista y ante su exilio, convoca al plan de Guadalupe y se erige en jefe máximo de la revolución, en éste reacomodo de fuerzas Villa y Zapata son asesinados. Lo que permite que el Ejército Constitucionalista salga victorioso y convoque al constituyente de 1917 para erigir una nueva Constitución que aglutine todas las demandas sociales, incluida la salud, por las diferentes fuerzas revolucionarias.

Durante el movimiento armado, la atención de los servicios de salud fue difícil, las batallas se daban de sur a norte, desde el inicio de la revolución se desencadenaron una serie de acontecimientos que llevaron a la inestabilidad

política, económica y social, por lo cual, el ejercicio de la medicina y el funcionamiento de los pocos hospitales se vieron afectados.

De acuerdo con Fajardo (2010) en su descripción de los hospitales hacia las dos primeras décadas del siglo XX, planteaba que:

...Hacia 1910, en el país había 213 hospitales, en la Ciudad de México existían 17, en los estados y territorios 196; la mayoría estaba en las grandes ciudades, puertos importantes, centros ferroviarios y núcleos mineros... El hospital, y por lo tanto el concepto que se tenía de él, podía ser de cuatro tipos:

- Popular, una edificación donde se podía obtener cierto alivio.
- Gubernamental, un establecimiento secularizado.
- Religioso, lugar de dogma, de disciplina, del Padre, el Hijo y el Espíritu Santo.
- Médico, una construcción para hacer clínica, buscar signos y síntomas, practicar actos quirúrgicos.

...Hacia 1909, los médicos eran cerca de dos mil, había un médico por cada seis mil habitantes, se encontraban concentrados en las grandes ciudades, constituían un grupo intelectual, social y económicamente superior (p.266).

Para esos años, la contextualización internacional en los avances de la medicina, abonaba en un momento optimista para los médicos, los trabajos de Pasteur, descubrían nuevos avances en la química y microbiología, permitiendo el desarrollo de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, lo cual permitió el desarrollo de técnicas para desarrollar nuevas vacunas, los antibióticos, la esterilización y la higiene como métodos de contención de las enfermedades que azotaban las diferentes realidades nacionales.

Nuestro país, abatido por el aumento de epidemias y enfermedades durante la revolución y en momentos de desestabilización política e institucional de atención médica, se ve beneficiado por los avances que rápidamente llegaron a nuestro país, pero no fue suficiente para atenuar la crisis médica en la revolución mexicana.

Como lo comenta Abdo-Francis y Vázquez (2011):

...Entrados los años de guerra, la atención médica en el conflicto revolucionario fue mermada y requirió de un proceso de improvisación para atender a los miles de afectados por la guerra, papel especial merece la participación de la Cruz Roja Mexicana, la institución respondió en campo de batalla con la atención de cirujanos muy capaces, la adherencia de México al convenio de Ginebra, firmado por nuestro país el dos de agosto de 1907, la Cruz Roja Mexicana pudo destinar recursos y esfuerzos para atender a civiles y militares con el objeto de paliar en lo posible los efectos de las batallas y ello aplica a México... ej. Durante la campaña maderista (1911) el todavía pasante Guadalupe Gracia García, numerario del Hospital Juárez, incansable practicante e inquieto en sus ideas políticas, consiguió formar un grupo de jóvenes idealistas para ir al Norte a prestar atención a los heridos (p. 52).

Lo anterior, a pesar del debate que se dio entre los jóvenes estudiantes ya que unos argumentaban que los rebeldes no merecían atención, la controversia inspiró a otros médicos entusiastas a formar la fundación de la Cruz Blanca Neutral para la atención de los heridos de las diferentes batallas entre alzados y oficialistas.

Durante la revolución, instituciones de asistencia como las Cruz Roja y Blanca desarrollaron protocolos para poder trabajar en campo, tal es el caso de los lineamientos para el apoyo y traslado de los heridos de las áreas de combate.

Otro elemento destacable de la atención médica que se desarrolló en la batalla fueron los trenes habilitados como hospitales que instituyeron los diferentes ejércitos, tanto oficiales como de rebeldes “...en el interior de éstos funcionaban salas vagones para hospitalizar enfermos, y quirófanos donde se podía realizar en forma rápida y efectiva, amputaciones, cirugía de anastomosis intestinal, drenaje de abscesos y otros padecimientos que lograron disminuir en forma considerable la mortalidad asociada a traumas productos de la guerra” (Abdo-Francis y Vázquez, 2011, p. 52).

Para 1915, Calderón (1985) menciona que contaban con tren (hospital) los ejércitos de la División del Norte del General Francisco Villa, el del Ejército del Noreste del General Pablo González y el del ejército del Noroeste del General Álvaro Obregón constituidos de varias secciones, con áreas de hospitalización, de traslado y de quirófano propiamente dicho, los cuales, seguían las rutas militares e iban precedidos de los trenes de guerra artillados y los trenes de mando.

Hecho sobresaliente es el tren de Francisco Villa que recibió el nombre de brigada sanitaria.

El Servicio Sanitario se componía de catorce brigadas, cada una comandada por un coronel médico militar, cuatro médicos ayudantes, ocho practicantes, veinticinco ambulantes, cuarenta y dos camilleros y escolta, así como un pagador para cada brigada, además de un pagador para toda la división sanitaria, que era Vicente P. Muñoz. Cada brigada sanitaria tenía un tren formado por varios carros que se construyeron especialmente para ese servicio, provisto de literas, que amortiguaban todo movimiento. Había

además mesa de operaciones, autoclaves, esterilizadores de agua, instrumentos de cirugía y una enorme cantidad de medicinas, vendas, algodón, entre otros. Todo aquello marchaba con precisión tal, que en el combate de Trinidad se atendieron, en un solo día, dos mil heridos, mismos que para las ocho de la noche ya habían sido enviados a los distintos hospitales que había escalonados, desde Aguascalientes hasta Chihuahua, en los que se iban dejando, según la gravedad de sus heridas. Algunos eran enviados a hospitales americanos de El Paso, Texas, que pensionaba Villa (Torres, 2009, p.105 y 106).

Otro hecho a considerar dentro de la loable intervención en batalla por las diferentes corporaciones de salud, es el caso del desarrollo de la laparotomía exploradora en heridos de bala, la aceptación de la laparotomía y los drenajes en heridas por proyectil de arma de fuego, se empezó a utilizar en forma sistemática, los resultados de ésta práctica redujeron la mortalidad de manera notable.

Por lo cual, la atención en salud durante el movimiento de revolución de principios del siglo XX, dejó al país en el aislamiento, por lo que hubo que resolver los problemas médicos con los medios disponibles y con un criterio propio, a ello corresponden todos los esfuerzos de las diferentes fuerzas revolucionarias dispusieron para curar a sus enfermos.

3.4 La autoridad de salubridad general, un mandato constitucional correspondiente a la función ejecutiva

Al final de la gesta revolucionaria, el país encaraba un panorama de salud desolador, el ejército revolucionario de Venustiano Carranza, intento reorganizar los hospitales que por falta de recursos habían cerrado durante los días de guerra y que proporcionaban atención a población abierta.

Como lo comentan Soberón, Kumate y Laguna (1988):

Los hospitales General, Juárez, Morelos y Homeopático, se dedicaron atender gratuitamente a la población, en el manicomio general se dio consulta médica y aislamiento a quienes padecían trastornos mentales, los consultorios públicos otorgaron asistencia y medicamentos gratuitos; en las escuelas nacional de ciegos y nacional de sordomudos, rehabilitación y educación especial; en las escuelas Industrial, para huérfanos así como en el Hospicio de Niños, educación, salud y capacitación a los huérfanos y en la Casa Amiga de la Obrera, instrucción elemental y alimentación a los hijos de madres trabajadoras. Por otra parte, los comedores y baños públicos se atendían a la población en estado de indigencia o pobreza; en los asilos constitucionalistas a niños huérfanos y ancianos desamparados, proporcionaban educación a los ancianos; la Casa Cuna, albergaba en un inmueble acondicionado en Tacuba a los niños huérfanos en desamparo total (p. 29).

La reconstrucción nacional con el naciente régimen, producto de la lucha armada se empezó a configurar en años posteriores, las primeras acciones en beneficio del acceso a la salud, comprendió las políticas sanitarias aplicadas en el ámbito municipal, sin embargo, de acuerdo a Miranda (1930):

...no se podía esperar gran cosa de los gobiernos locales, pues solo disponían de medios muy limitados; en segundo lugar, no todos los Estados de la República tenían autoridades sanitarias competentes, y en tercer lugar no se podía ejercer control alguno sobre dichas autoridades locales, que eran libres hasta el grado de no hacer absolutamente nada para mejorar las condiciones reinantes (p. 554).

Por el otro lado, González Block, (1990, p. 339) enmarcado dentro de una lógica de principios geopolíticos para el establecimiento de la salud pública en la República, después de la promulgación de la Constitución de 1917, menciona que la libertad por parte de las elites estatales para formular las estrategias que alcancen máxima efectividad, ya sea técnica o política en salud, recaerían naturalmente en la influencia del gobierno local, considerado en aquella época libre de corrupción política y atento a las necesidades de sus habitantes.

En este sentido, el Secretario del Consejo Superior de Salubridad (Dr. Eduardo Liceaga) en la Obra *“Historia de la Salubridad y Asistencia en México 1910-1960”*, menciona:

...para nuestra fortuna, la poderosa nación que nos trajo la civilización europea, había puesto en manos de los ayuntamientos el cuidado de todo aquello que atañe más directamente a la conservación de la vida: había confiado este encargo a la autoridad que estaba más cerca del pueblo, al municipio, y le había dictado reglas que, bajo el nombre de ordenanzas, aseguraban la provisión de agua potable... proveían la pureza y buena conservación de los alimentos y de las bebidas; regularizaban el expendio de las vendimias... daban consejos para evitar las enfermedades transmisibles y preceptos para combatirlas cuando tomaban forma epidémica; atendían... la limpieza de las calles, y a la conducción de las basuras.

Al manifestarse la carencia en recursos financieros y políticos a nivel municipal para la instauración del acceso a la salud, a propuesta de Alberto Pani en 1916, se propuso la federalización de la salubridad mediante la creación de una Secretaria de Salubridad a la cubana para entonces el modelo más avanzado, lo máximo que se logró fue un Departamento de Salubridad. De acuerdo a González Block, (1990) *“...para la época la federación de ciertos servicios sanitarios... era casi*

indeclinable: el Estado tiene derecho y deber de proteger a los confederados procurando la extinción y evitando la propagación de enfermedades epidémicas... reinantes en el territorio” (p. 340).

Después de la consumación del constituyente de 1917 la figura organizacional, encargada de promocionar las acciones de salud, siguió recayendo en el Consejo Superior de Salubridad (art. 73 constitucional) que desde 1842 bajo el nombre de “Consejo de Salubridad” de acuerdo con (Carmona, 2010), se encargaba de vigilar la enseñanza y el ejercicio de la medicina, fomentar los estudios de higiene, hacer dictámenes médicos legales, vigilar la aplicación de vacunas y todo lo concerniente a los servicios públicos sanitarios, además a partir de 1891 la Secretaría de Gobernación atrae sus funciones y lo sitúa como dependiente de la estructura del ejecutivo, a partir de ese año los esfuerzos en los servicios de salud fueron por medio de comisiones.

Epidemiología, teatros, cárceles, hospitales, escuelas y asilos, cuarteles, panteones, substancias alimenticias, vacuna, estadística, meteorología y topografía médica, hidrología e hidrografía, atarjeas y albañales, boticas, veterinaria y fábricas (Miranda, 1930, p. 554).

Lo anterior, responde a la necesidad de hacer más eficientes los recursos y promover la adquisición de más presupuesto desde la esfera del ejecutivo y así poder normar el acceso a la salud. Sin embargo, los esfuerzos fueron insuficientes por lo que, se reorganiza administrativamente el Consejo Superior de Salubridad y se integra en el Departamento de Salubridad.

En 1917 desde la figura constitucional, el congreso mexicano en el Art. 73, fracción XVI, faculta para dictar leyes, entre otras, la correspondiente a salubridad general de la República:

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

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

4a.- Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de substancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

De acuerdo con Arredondo (2003):

Así nació el Departamento de Salubridad, apoyado por el Consejo de Salubridad General como órgano asesor y de gestión para establecer, junto con el Poder Legislativo, las medidas precisas. Hasta 1929, éste fue el principal marco de política, que permitió establecer Unidades Sanitarias Cooperativas con estados y municipios...Cuando la gran depresión redujo los ingresos federales y amenazó la estabilidad del Estado naciente, el modelo de Unidades Sanitarias Cooperativas pareció insuficiente. Se procuró entonces una fuerte inversión gubernamental para reactivar la economía que llevó a trazar metas de saneamiento a escala nacional. Para ello se resolvió establecer los Servicios

Coordinados de Salud Pública como instancia de colaboración y coinversión entre los gobiernos federales y estatales (p. 9).

En este periodo de reconstrucción, nuestro país progresó en grado sorprendente en el campo de la salubridad general, los principales promotores fueron los Doctores Liceaga y González Favela, ellos estaban al tanto de los grandes adelantos que en aquella época y guiados por su espíritu científico, aprovecharon la experiencia adquirida en la Guerra Mundial y retomaron la acción preventiva para prevenir el contagio de las epidemias como la tifo, se abrieron baños públicos, se emprendió el despiojamiento y pronto los resultados se comenzaron a notar en las nacientes estadísticas nacionales de promoción de la salubridad pública (Miranda, 1930, p. 555).

Cómo vemos, cuando se cristalizaron los principios revolucionarios en la Constitución de 1917, el viejo Consejo de Salubridad se transformó en el nuevo Consejo de Salubridad General, de inmediato se decretó que el Departamento fuese de Jurisdicción Federal con facultades para hacer obligatorias las medidas sanitarias en todo el país. En este lapso debemos acreditar al Departamento muchas reformas efectuadas durante los años de 1920 a 1924, bajo la Presidencia del General Obregón.

Lo más importante consistió en:

... la creación del Servicio de Educación Higiénica. Esta actividad era ignorada antes de la Revolución. Anuncios, folletos, cartelones, boletines, demostraciones públicas, tales como la Semana del Niño, celebrada en 1921, y la iniciación de la idea de emplear enfermeras de higiene pública, fueron las bases del trabajo educativo del Departamento. En la misma época se llevó a cabo la creación de la Escuela de Salubridad Pública. Esta escuela estaba dedicada a la educación de médicos y enfermeras de salubridad (Miranda, 1930, p. 554).

La administración en turno se enfrentó a una presión política por parte de los Estados Unidos (el reconocimiento al exterior se vio condicionado), muestra de ello, en el ámbito de salud, se tuvo que incorporar en la planeación nacional, el cooperar con la fundación Rockefeller para erradicar la fiebre amarilla, éste hecho beneficiaba a los intereses de empresas norteamericanas, para hacer negocios en un territorio libre de epidemias, en la zona del golfo, muestra de ello, es la formación de una comisión especial con el propósito de erradicar la fiebre amarilla. Lo anterior, se puede constatar en el discurso pronunciado en el primer informe de gobierno del Presidente Obregón.

... la lucha contra la fiebre amarilla en Veracruz y en los puertos de la costa del Golfo a través de una comisión especial integrada por médicos mexicanos y especialistas de la Fundación Rockefeller es una demostración del espíritu de cooperación internacional que se organiza cuando se trata de asuntos científicos que no reconocen fronteras (Miranda, 1930, p. 555).

Posteriormente, en la administración del General Plutarco Elías Calles (1924 a 1928), periodo donde el Departamento de Salubridad, privilegia extender la acción sanitaria a todo el país, reforzando la capacidad técnica y apoyándose de un programa de salubridad, lo cual, fue posible por la notable reorganización de las finanzas públicas, lo que permitió dotar al Departamento de un presupuesto mayor, en consecuencia el Departamento se restructuró y bajo un nuevo plan se envió por primera vez delegados federales de salubridad a cada uno de los estados para tener mejores prácticas en materia de prevención en salud. Cómo lo comenta Miranda (1930), estas acciones de planeación permitieron:

... multiplicar los dispensarios para enfermedades venéreas no sólo en la Ciudad de México sino también en los estados y se emprendieron trabajos de propaganda y educación

higiénicas...usándose ampliamente de conferencias públicas, cintas cinematográficas educativas, cartelones y folletos...La Inspección de Alimentos y Bebidas comenzó a llevarse a cabo en toda la República, y se dieron consejos a todas las autoridades locales sobre el abastecimiento de aguas potables. Se dio especial atención al problema de la leche; nuevos reglamentos fueron puestos en vigor dando más importancia al análisis bacteriológico... en las ruinas del viejo Instituto de Bacteriología se levantó el espléndido Instituto de Higiene, organización modelo, dedicada especialmente a la elaboración de vacunas y sueros para la prevención de las enfermedades infecciosas, así como para el estudio de investigación en el campo de la medicina preventiva (Miranda, 1930, p. 557).

El gobierno de Calles, promovió una colaboración entre los gobiernos municipales, estatales y la federación, por medio de la creación las Unidades Sanitarias Cooperativas, primeramente, en los puertos del Golfo.

Estas Unidades se dedicaron exclusivamente a la prevención de la fiebre amarilla, basándose para ello en un equipo técnico especializado a la vez que en un apoyo geopolítico local. En efecto, el invitar al municipio a colaborar permitió el acceso obligatorio a todas las viviendas, que eran importantes focos de infección. A pesar de una aparente descentralización, las Unidades se mantuvieron centralizadas técnica y financieramente con el fin de asegurar que cada nivel de gobierno aportara en la medida de las necesidades de un plan centralizado y orientado a la satisfacción de intereses internacionales técnicamente definidos (González Block, 1990, p. 342).

En el gobierno provisional de Portes Gil, las acciones por el Departamento de Salubridad, consistieron en promover las ideas de una nueva generación de médicos, que veían a la salubridad pública como un ideal patriótico y humanitario, en aquella época la realidad lacerante de los niños en pobreza despertó el interés de emprender la atención hacia la población infantil, muestra de ello:

... Las madres reciben entonces instrucciones para llevar al niño con frecuencia a la clínica postnatal, para que allí se les dé consejo sobre la forma de alimentarlo y sobre otros detalles de higiene... se crea la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, de la que es presidente la Sra. de Portes Gil, esposa del Señor Presidente de la República (Miranda, 1930, p. 558).

A la par se promueve una política de higienización en todo el país, teniendo como acciones relevantes el establecimiento de Unidades Sanitaria Modelo en Veracruz, Minatitlán, Puerto México y Tampico en cooperación con las autoridades del estado, las municipales y con la Fundación Rockefeller, con ello se efectúa una política preventiva en todos los puertos de entrada y salida de mercancías en nuestro país. Finalmente se abre una Sección de Higiene Industrial, en el Departamento para cuidar de la salud del obrero en la fábrica y en su hogar.

Con lo anterior, vemos como durante el periodo posrevolucionario la estructura gubernamental ejecutiva, se enfoca a prevenir mediante aislar los focos de contagio de la población, para prevenir la mortalidad producto de las epidemias y el contagio relacionados con la higiene en todos los ámbitos de acción pública. Pero en ningún momento se establecen programas integrales que incorporen una atención médica preventiva, de atención y rehabilitación para las enfermedades que padecen los mexicanos.

Lo anteriormente expuesto, permitió dar paso a las acciones de institucionalización de la protección en salud de los más necesitados, toma mayor

énfasis en la administración donde el presidente proviene de una dinámica militar, “ *él Presidente Cárdenas (1934-1940) continuando con las líneas de política de salud trazadas hasta entonces, aunque privilegió un nuevo modelo: la cogestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos beneficiados por la colectivización de vastas extensiones de tierra*” (Decreto, 1996), caracterizándose por la innovación para la prestación de los servicios de salud, siendo el pago anticipado, para los campesinos colectivizados, pues revestía enorme importancia que una autoridad médica certificará los episodios de enfermedad para mantener sus derechos ejidales a salvo.

En consecuencia, el Departamento de Salubridad procuró introducir la atención preventiva, cómo se comenta en los antecedentes del Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000):

La importancia del apoyo gubernamental a la producción por medio de servicios personales de salud para los trabajadores fue rápidamente reconocida, dándole a la política de salud un gran dinamismo. Así, el Departamento de Salubridad llegó a asignar hasta 40 veces más recursos per cápita a los servicios ejidales que a los Servicios Coordinados de Salud en los estados.

Con lo anterior, vemos por primera vez el bosquejo a seguir, de una institucionalización para las acciones de salud por la autoridad pública, el brindar cobertura a los trabajadores que rápidamente demandaban mejores servicios de salud, y la atención por medio de los Servicios Coordinados de Salud a la población más necesitada (abierta) en la heterogénea geografía de los estados y territorios de nuestro país.

A esta administración se le debe la base de financiamiento de las tres formas actuales de operación de los subsistemas de salud en nuestro país.

- 1) El enfoque sobre problemas de salud muy específicos, caracterizado por las campañas sanitarias iniciadas en las Unidades Sanitarias Cooperativas.
- 2) La asignación de recursos a servicios no personales y en menor medida asistenciales para la totalidad de residentes de estados y municipios, tal y como era la misión de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados;
- 3) La canalización de recursos públicos y privados para servicios personales de salud, en beneficio de grupos estratégicos para la producción, por medio de contribuciones de trabajadores, aportadores de capital y gobierno (González Block, 1990, p. 34).

Las dos primeras fueron para garantizar el óptimo desarrollo económico en la figura de organización territorial cómo fue el ejido, a través de los servicios de salud en las cooperativas y para prevenir condiciones de salud pública de la población más necesitada en condiciones de exclusión.

La tercera corresponde a la incorporación de mecanismos que favorezcan la promoción del derecho de seguridad social, que los diferentes grupos corporativizados reclaman a las autoridades mexicanas, dando pie a la creación de los institutos de seguridad social, para la clase productiva y sus familias, en un contexto donde el país reclama mejores prácticas de reconocimiento de la clase laboral en los escenarios de industrialización y estabilidad política y financiera, donde el reparto de tierras fue la principal característica de la época.

Por ello, en la década de los cuarenta bajo las tres variables mencionadas, se fincan los cimientos del sistema de salud con diferente corresponsabilidad de financiamiento por parte del Estado mexicano donde la autoridad en materia de salubridad general corresponde al ejecutivo federal.

3.5 Protección a la salud mediante la cobertura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

La creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, surge para dar continuidad a los trabajos del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia que fusionados siguen la transición de institucionalización de la protección de los más necesitados y del acceso a los servicios públicos de salud a población abierta en nuestro país, por lo cual, la llamada población abierta, recibe los servicios de salud desde una óptica institucional en el nuevo régimen posrevolucionario, con características de atención focalizada y sin una lógica integral de restablecimiento ante la pérdida de la salud.

La instauración de los cimientos del actual sistema de salud pasa forzosamente por las diferentes transiciones (demográfica, epidemiológica, cultural, educativa, económica, social y política) que nuestro país ha experimentado desde los años cuarenta, década que marca el quiebre en la transición de un sistema político basado en las revueltas sociales a una planeación e institucionalización de sus principales organismos que responden a las demandas sociales, producto del reconocimiento que la Constitución de 1917, agregó con los derechos sociales e individuales.

Al elevarse a rango constitucional, la seguridad social y la promoción de la salubridad general, en el art. 73 frac. XVI y además en su artículo 123 apartado A y posteriormente B donde se establecen las bases fundamentales de seguridad social para los trabajadores en nuestro país.⁸

⁸ Atendiendo la creciente corporativización de gremios, producto del proceso de industrialización y desarrollo del Estado de bienestar, se promulgan el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social, y el 30 de diciembre de 1959 de la Ley del ISSSTE que da origen a los institutos de servicios obligatorios de seguridad social a nivel nacional. Para esta investigación se mencionan, pero no se explica su desarrollo, porque la investigación va enfocada a los servicios públicos de salud (población abierta).

Como lo comenta, Flores (2002) en su artículo *“El sistema de salud mexicano, observaciones y notas comparativas”*

El sistema de salud mexicano posee tres componentes básicos: los servicios privados, la seguridad social y los que –careciendo de capacidad de pago para tener acceso al primero, ni relación laboral que le permita ingresar en el segundo– representan la llamada población abierta (p.1).



Figura 3. Componentes del Sistema Nacional de Salud en México. Elaboración propia

En este sentido, la atención de salud para la población que no labora o abierta dentro de una extensión de casi 2 millones de kilómetros cuadrados, se trata de cubrir con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a nivel federal a través de los servicios coordinados de salud en los estados, dando una continuidad a la atención primaria de corte asistencial que siempre ha caracterizado a nuestro país.

Lo anterior, se da por la necesidad de coordinar los esfuerzos para dar atención nacional en materia de salud, por lo cual, se fusionan la Secretaría de Asistencia y el viejo Departamento de Salubridad Pública, para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en la presidencia de Manuel Ávila Camacho, respaldando la idea que la misión del Estado consiste en proteger a sus ciudadanos contra los males que los pueden lesionar, o destruir su existencia, por ello se promueve por primera vez en nuestro país, una defensa social y por tanto una responsabilidad pública del Estado mexicano hacia con la salud de sus ciudadanos (Decreto de creación SSA, 1943).

Corresponden a la SSA todas las atribuciones que los art. 10 y 13 de la vigente Ley de Secretarías y Departamentos de Estado conceden respectivamente a la Secretaría de Asistencia Pública y al Departamento de Salubridad Pública, así como las demás que expresamente los hubieren conferido otras leyes.

La Secretaria de Salubridad y Asistencia precederá desde luego a disponer lo necesario para transferir a ella los servicios respectivos de acceso a salud, así como acoplar el personal correspondiente de cada una de estas dependencias a la nueva entidad administrativa y establecer su reglamento orgánico.

El primer Secretario fue el Dr. Gustavo Baz, marcando el inicio de la institucionalización del acceso público a la salud, sin embargo, en la época no hubo un proyecto global que integre una atención general de acceso, que prevea una atención en su dimensión preventiva, clínica, de especialización y de recuperación, para el periodo podemos observar el aumento de infraestructura hospitalaria, sin embargo, para fines de la población sin servicio o excluida, cada

hospital tiene diferente origen (seguridad social, salubridad pública y asistencia) además del siempre existente sector privado de acceso a los servicios médicos.⁹

Durante el periodo de existencia de la Secretaría de Salud autores como Rodríguez de Romo (1998) plantean que en los informes de gobierno se destacan, los programas en beneficio del agua potable y el alcantarillado, los antibióticos ya eran de uso común, la población en general estaba vacunada contra las principales enfermedades infecciosas, campañas extraordinarias dirigidas al combate de epidemias y problemas específicos de salud, por lo cual, los servicios coordinados de salud a población en general se crean hacia 1934, cuando entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad.

...la Ley de Coordinación y Operación de Servicios Sanitarios en la República que, publicada en el Diario Oficial del 25 de agosto de 1934, da origen a los primeros convenios entre el jefe de Salubridad Pública y los Gobiernos Estatales con el fin de establecer los servicios sanitarios coordinados en todas las entidades federativas. Este hecho quedó plasmado en el Código Sanitario que a través de su artículo No. 13 establece que con el propósito de coordinar las actividades sanitarias que realizan las autoridades federales, las estatales y municipales y de aplicar principios técnicos y procedimientos uniformes, la Secretaría de Salubridad y Asistencia podrá celebrar convenios con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal para establecer los Servicios

⁹ Ello se vuelve una constante durante todo el siglo XX, las autoridades en sus informes no distinguen las acciones de cada uno de los sistemas mencionados, la salubridad pública se basó en un esquema asistencial de acceso a los servicios de salud, incorporando a través del tiempo una red de atención primaria enfocada a los más necesitados, (solo atendiendo las primeras necesidades); la seguridad social se instauró a partir del acceso a los reclamos de los trabajadores que contribuyeron a la formación del México moderno, sus constantes reclamos se reflejaron en la instauración de los institutos IMSS e ISSSTE, además de Petróleos Mexicanos y Las fuerzas Armadas que atendieron la salud de los trabajadores y sus familias desde una vertiente integral de recuperación, prevención y rehabilitación de las enfermedades.

Coordinados de Salud Pública, con la concurrencia del personal sanitario de las entidades participantes y con la cooperación económica de las mismas (Manual de Organización Especifico del estado de Veracruz para los servicios de salud, s/a, p.3).

La anterior Ley, promovió durante toda su vigencia convenios entre el Departamento de Salubridad Pública (después SSA) y las entidades de la República para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, (órganos regionales encargados de unificar los servicios en el ámbito municipal y federal). La ley en su considerando enunciaba:

Es de urgencia coordinar los servicios sanitarios federales y locales, desde un punto de vista técnico sanitario, dentro de los preceptos de una ley dada, con el fin de dar una base firme a la coordinación y con la tendencia de evitar invasiones de las autoridades citadas en sus respectivos campos de acción y de obtener el mejoramiento del servicio público de salubridad, que no sufrirá así las consecuencias de la falta de armonía en las disposiciones de las mismas autoridades y que se hará extensivo a las regiones apartadas de dichas entidades a donde, por falta de coordinación, no ha llegado hasta ahora una acción sanitaria constante (Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, 1934).

Por lo cual, se crea la urgente necesidad de establecer una coordinación entre la federación y los estados, (por medio de la SSA) para ampliar el rango de acción de las autoridades gubernamentales en el establecimiento del acceso a los servicios públicos de salud, con esta acción la estructura gubernamental ejecutiva, empieza la expansión de los servicios de salud a población abierta que está alejada de los servicios proporcionados por la federación y que no son parte de la fuerza productiva del país (los excluidos).

Las primeras acciones de coordinación, se llevan a cabo mediante una dirección creada en la estructura gubernamental de la SSA, encargada de los servicios coordinados de salubridad y asistencia en los estados y aun territorios de la república mexicana.

Una vez creados los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, como órganos desconcentrados por territorio de la SSA.

Las diferentes Unidades Sanitario Asistenciales de procuración de la salud que se encontraban a lo largo de la geografía nacional, así como los Centros de Salud, tenían una conjugación administrativa que, de acuerdo a cada entidad federativa, la organización era diferente de acuerdo a los antecedentes locales en la materia, pero siempre la aplicación y coordinación dependían de la SSA, a través de subsidios.

Como lo comenta Loyo y Díaz (2009):

Con los recursos de la venta del Centro Médico Nacional al Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia construye el mayor número de unidades médicas en el medio rural y urbano, identificándolas como centros de salud y hospitales, logrando por primera vez que muchos mexicanos tuvieran mejor acceso a servicios de salud y hospitalarios financiados con subsidio federal, cuotas de recuperación o cooperativas (p. 500).

Conforme avanzaban las sucesiones presidenciales cada seis años, bajo la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional en las décadas cuarenta a setenta, los servicios de salud en los estados, siempre tuvieron como eje rector la

Secretaría de Salubridad y Asistencia, por medio de los convenios de cooperación, que establecían responsabilidades de coordinación interinstitucional compartidas.

La estructura orgánica de los servicios de salud en las entidades fue modificándose desde su origen, cómo órgano desconcentrado por territorio de la SSA, hasta formar parte de la estructura orgánica de las administraciones estatales.¹⁰

Es decir, hubo un proceso en los servicios de salud en los estados, en su inicio por medio de la figura de la desconcentración, se implementaron acciones de prevención y asistencia para toda la República con la rectoría de la SSA que centralizaba el poder político y administración de los servicios de salud, posteriormente en la década de los años ochenta se transita a una descentralización de los servicios de salud dependientes de sus propias estructuras en las entidades federativas.

De acuerdo al documento encontrado en el acervo histórico de la Secretaría de Salud, donde se mencionan los asuntos de competencia que la Secretaría de Salubridad y Asistencia por medio de la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, encontramos que las materias de coordinación fueron:

- Acciones para mejorar el abastecimiento de agua potable en el medio rural
- Servicios médicos rurales de carácter cooperativo
- Servicio social para pasantes de medicina
- Instauración de unidades sanitario asistenciales dependientes de la SSA en los estados de la República

¹⁰ Que se fue dando hasta el proceso de descentralización que se inició en 1983 con Miguel De la Madrid.

- Implementación de programas de vacunación de Poliomielitis, Sarampión, Difteria, Tosferina y Tétanos
- Generación de estadísticas, vitales, demográficas, y de recursos,
- Aplicación del manual de vacunación para viajeros internacionales, vía mar y tierra
- El programa de extensión de cobertura de asistencia para la salud en el medio rural y suburbana
- Reuniones nacionales de jefes de Servicios Coordinados de Salud Pública
- Construcción de infraestructura médica en diversas regiones del país. (Archivo histórico de la Secretaría de Salud, [AHSSA], 2015)

Como vemos, la acción de la SSA en el ámbito territorial a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados, se expande por medio de los diferentes instrumentos que la estructura gubernamental y la legislación permitieron gracias al carácter federal de la salubridad en nuestro país, muchos fueron los programas que se diseñaron con el objetivo de hacer llegar acciones de prevención para prevenir enfermedades de contagio sobre la geografía nacional, (Programa de Vacunación contra el Sarampión, Programa de Saneamiento Ambiental y Control de Fauna Nociva en la Ciudad de Acapulco y Lugares Circunvecinos, Programa de Vacunación Simultánea contra la Poliomielitis, Sarampión, Difteria, Tosferina y Tétanos en Estados y Territorios, Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural, Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud, entre otros) sin embargo, la cobertura de carácter asistencial que fue en aumento, solo llegó a los más desprotegidos, desde la creación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia hasta 1985, al cambiar a Secretaria de Salud, todo ese tiempo la SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes y en su mayoría bajo el estima social de pobres.

Dando una cobertura limitada e ineficiente, solo prestando atención primaria a través del seguimiento de indicadores básicos de salud y no desde una vertiente integral para restablecer la salud de millones de mexicanos.

La normatividad que reguló la expansión temporal de las fragmentadas instituciones de salud se rigieron con el Código Sanitario que se convirtió en el instrumento que normaba la salubridad de la República desde 1934 hasta 1973, cómo lo comenta Rodríguez de Romo (1998) en *Historia de la salud pública en México siglos XIX y XX*:

El Código Sanitario de 1934 fue reformado en 1949. Ese nuevo Código otorgó las facultades necesarias al presidente, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de los estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a salud e higiene pública. El Código de 1949 fue modificado en 1955 y a su vez vuelto a cambiar en 1973.

El código en su evolución, instituyó el servicio sanitario de los Estados Unidos Mexicanos para velar por la salubridad e higiene pública, reservando a los gobiernos de los estados, todo aquello no reservado a la acción sanitaria federal y las leyes de cada estado determinarían la competencia administrativa en materia de salubridad.

Para contextualizar, tenemos que en el año de 1930 el número de habitantes todavía permitía una vida digna en la ciudad y estaba en su apogeo una nueva clase media, (la población era de 19 millones 653 mil 552) y para 1970 creció a 48 millones 225 mil 238, más del cien por ciento. (Indicadores Sociodemográficos de México 1930- 2000. [INEGI]. 2001), lo que complicó el acceso a los servicios de salud al rebasar la demanda a la oferta.

Hecho importante en la década de los cuarenta, cómo anteriormente comentamos, fue la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y los de población abierta, confiriéndoles a cada ámbito, funciones normativas y presupuestarias independientes, este hecho generó una fragmentación en vez de coordinar todas las instituciones de salud existentes, el acceso desde entonces no ha sido igual para trabajadores y población en general.

Sin embargo, el contexto de crecimiento económico que se generó a partir de la década los años cuarenta hasta los setenta, permitió la expansión de infraestructura médica a población abierta, cómo se comenta en el Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000):

Entre 1939 y 1945, el PIB aumentó a una tasa anual promedio de 5.3 por ciento. Durante la Segunda Guerra Mundial, las exportaciones manufactureras registraron un crecimiento espectacular, ya que su volumen creció 87.5 por ciento y llegaron a representar 37.6 por ciento del valor total de las exportaciones en 1945. Esto favoreció el crecimiento y fortalecimiento de las acciones de salud pública y asistencial.

El auge en el intercambio con otros países y sobre todo la expansión de la actividad económica interna generó un crecimiento importante en los ingresos gubernamentales. Ello permitió un gasto público mucho mayor en términos reales (37.7 por ciento del PIB entre 1939 y 1945), que se destinó en buena medida a proyectos de inversión tales como transporte y comunicaciones (ferrocarriles, caminos y puentes), generación de energía eléctrica y obras de irrigación, así como a inversiones de índole social como salud, educación y dotación de agua (p. 5, 9).

De la década de los cuarenta a los setenta el crecimiento económico (en promedio 6%) permitió la construcción de las principales instituciones del Edo. Mexicano, considerándose la etapa benefactora del régimen nacional.

Cómo lo hemos visto las diferentes estructuras gubernamentales encargadas de dar acceso a la salud (derecho englobado en nuestra carta magna), se ha dado desde una vertiente fragmentada, por no existir desde el inicio de nuestra nación independiente una autoridad que dé cobertura integral de la salud, su cobertura corresponde en primer momento a una visión asistencial, y conforme las necesidades de atención prioritaria que la salubridad pública demandó para el óptimo desarrollo de las estructuras de capital y la corporativización de las fuerzas productivas de los grupos de poder en la conformación del régimen político, que se formó con la instauración del Partido Revolucionario Institucional [PRI] en el poder por más de 70 años.

Cómo lo comenta Brachet- Márquez (2010, p. 345) las cambiantes acciones sanitarias que se han implementado, corresponden a secuencias de políticas no coordinadas, emitidas por diferentes dependencias, mismas que han influido desigualmente en las condiciones de salud de distintos sectores de la población. Lo anterior a pesar de la rectoría que normativamente, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Salud) tiene como propósito la planeación a nivel nacional.

Capítulo IV. Retos de los servicios públicos de salud. De un dominio federal a una participación estatal

4.1 Concentración federal de infraestructura hospitalaria

En el ámbito de atención pública, la acción del gobierno en la creación de hospitales fue creciendo como consecuencia del crecimiento económico después de la década de los cuarenta. Sin embargo, siempre se diferenció de la atención corporativizada del IMSS, ISSSTE, ISSFAM y Petróleos Mexicanos conforme fueron apareciendo para satisfacer el modelo de atención (seguro social). Su área de influencia comprendió al Distrito Federal y los estados conurbados, aunque esencialmente su funcionamiento responde como unidades especializadas en la atención médica de las enfermedades que grupos con mayor vulnerabilidad reclamaron, caracterizándose por una atención que se recibía a través de la referencia de enfermos de todas las entidades del país, debido a la centralización del poder que se desarrolló durante el siglo XX, con la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional, donde predominó un presidencialismo centrado en el Distrito Federal.

Cómo ejemplo de atención primaria en salud de corte asistencial, vemos la subsistencia de establecimientos hospitalarios, que a pesar del tiempo y por su función de cobertura, hacia los más necesitados perduraron hasta el siglo pasado (Archivo histórico de la Secretaría de Salud, 2015).

Casa de Niños Expósitos (1767-1953): fue establecida a finales del siglo XVIII para atender a recién nacidos. En ella se daba alimentación y educación a los menores abandonados.

Casa de Cuna (1774-1985): es continuadora, desde 1926, de las funciones de la Casa de Niños Expósitos y se encarga de proporcionar atención médica, social y educativa a los menores desamparados o hijos de padres sin recursos económicos.

Manicomio General (1866-1968): fue instituido en 1910, con el doble carácter de hospital y asilo, para la atención psiquiátrica de enfermos mentales. Desde ese año hasta 1968, fecha de su clausura, atendió más de 60,000 enfermos.

Hospital Federal de Toxicómanos (1933-1948): se creó como tal en 1935, en un pabellón del Manicomio General, en él se proporcionaba tratamiento médico y se realizaban investigaciones sobre farmacodependencia.

Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (1938-1987): inició sus labores en 1939 con el propósito de investigar las enfermedades endémicas y epidémicas de la República Mexicana.

Instituto Nacional de Higiene (1895-1989): desde 1923 dedicó sus esfuerzos a la preparación de sueros y vacunas, así como a la investigación para prevenir las enfermedades y las intoxicaciones por agresión de animales venenosos.

Todos los anteriores establecimientos de control federal, se orientaban de manera fragmentada al acceso de los servicios de salud de acuerdo a su función de creación, pero sin una lógica de integración.

Al asumir el Estado mexicano la protección de salud de la población abierta, cómo hemos visto a nivel normativo con la promulgación de la Constitución de 1917 y posteriormente, con el diseño del disperso entramado orgánico funcional del gobierno, que se dio de los cuarenta a los ochenta a través de la rectoría del Ejecutivo en la materia, con la creación de la SSA y la expansión de infraestructura hospitalaria para dar acceso a los servicios de salud en las entidades de la República mexicana, se absorbió a considerable número de establecimientos que a través del tiempo organizaron sus esfuerzos en la atención de los más necesitados.

Primero con la figura de desconcentración y después mediante la descentralización para la atención de enfermedades que afecta a grupos poblacionales en exclusión social y que el Estado se ha encargado atender de forma asistencial, por medio de sumar las necesidades de los servicios de salud de los estados a la red de hospitales federales ubicados en su mayoría en el Distrito Federal.

Ello provocó que los centros de mayor atención de salud del país, y a los que se destinara mayores recursos por ser instituciones pioneras de la construcción de instituciones del México moderno, se erigieran por materia de atención, (niños, enfermos mentales, nutrición, enfermedades crónico degenerativas como enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades de la mujer), provocando la centralización de la atención de salud en el centro del país, bajo una vertiente nueva de atención que se centró en un servicio (especializado o como actualmente se conoce 3er nivel de atención, territorialmente y de acuerdo a las funciones). Mientras las demandas de atención en salud en las entidades federativas siguió con un fuerte déficit de infraestructura en los servicios de atención especializada.

Lo anterior, excluyó a millones de mexicanos por la distancia y la forma de ingreso para atender sus necesidades de enfermedad ante escenarios crecientes de exclusión en ingresos y derechos. La centralización territorial en el Distrito Federal, y en estados circunvecinos provocó una atención desigual del acceso a los servicios de salud especializados.

En este contexto, para describir el surgimiento de los modernos hospitales federales a la par de la acción de atención primaria, la Secretaria de Salubridad y Asistencia el 23 de junio de 1943, por decreto del Congreso de la Unión, crea los primeros Hospitales de asistencia nacional dirigidos a población infantil y enfermos cardiacos en México, con el objeto social de cumplir las siguientes acciones. De acuerdo a Decretos de creación:

- Dar atención médica en todos sus aspectos a los niños enfermos, fundamentalmente a los niños y enfermos cardíacos y vasculares; indigentes y débiles económicos.
- No obstante, podrá atender un número restringido de enfermos económicamente capacitados mediante el pago de las cuotas reglamentarias y en la medida en que esta práctica no desvirtúe las finalidades mismas de la institución.
- Preparar por todos los medios, la enseñanza pediátrica y cardíaca a médicos y estudiantes de medicina y la enseñanza de la UNAM y enfermería pediátrica a enfermeras graduadas.
- Fomentar la producción científica y la investigación en los problemas médico-sociales de la niñez mexicana.
- La aplicación de medidas de ayuda social en beneficio de los cardíacos indigentes
- Se les facultaba para recibir subsidios del gobierno federal, así como aportaciones de instituciones públicas y privadas para su atención.

Los anteriores hospitales habrá que mencionar, rompen la dinámica de atención primaria, al ser instituciones modelo de acceso a la promoción de la enfermedad que origina su creación, considerándose junto con otros institutos que posteriormente se crean, la atención especializada con criterios de calidad de las mejores prácticas en salud, modelo que subsiste hasta nuestros días.

Sin embargo, al enfocarse el gobierno mexicano a la atención por grupos y enfermedades, muestra la tendencia de fragmentación de inicios de los servicios de salud, lo cual fortalece nuestro planteamiento en la presente investigación y que el Estado ha llevado a lo largo del tiempo para integrarse en un solo sistema de salud.

De acuerdo a la Ley que crea el Hospital Infantil y el de Cardiología (1943) se explica:

La preocupación del gobierno por organizar debidamente los servicios de asistencia pública, preocupación que se ha agravado con motivo del estado de guerra en que se encontraba el país y que hace urgente, la fundación de los establecimientos indispensables para impartir servicios médicos y de previsión social exigido por la población civil... la fundación de tales centros médicos y de asistencia no basta sino va acompañada de una organización moderna y eficaz que, suprimiendo viejos defectos de las organizaciones, asegure su correcto funcionamiento y garantice su rendimiento máximo.

Con ello, vemos la necesidad de expandir los servicios médicos con infraestructura pública, para dar atención focalizada a sectores poblacionales, los anteriores hospitales de origen federal, al estar dependientes del presidente de la República, bajo la figura de administración de un patronato público, a cargo de la entonces Secretaría de Asistencia que posteriormente se convierte en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, trata de instrumentar una política de atención especializada por enfermedad en el centro del país, sin embargo, la centralización de la economía y la política, provoca que el ejecutivo solo oriente y promuevas las acciones del gobierno a desarrollar hospitales de responsabilidad federal en centro del país, dejando descubierta la atención de servicios médicos especializados en la variada geografía nacional, solo dependiendo de las sinergias planteadas por las estructuras estatales con el gobierno federal bajo la figura de los servicios coordinados de salud, anteriormente comentados.

Cómo se puede observar en los antecedentes del portal del hospital Infantil de México [HIM] 2015:

Dr. Gómez afirmó: el hospital desempeñará tanto las labores asistenciales propias de los más modernos representantes de su género, como funciones de enseñanza e investigación encaminadas a preparar pediatras que conozcan a fondo los problemas patológicos que afectan a la niñez mexicana.

En su desarrollo los hospitales públicos federales recurrirán a la figura administrativa de patronato, lo que les permitía recibir aportaciones para realizar sus acciones sustantivas.

ej. para el HIM entre 1953 y 1954 se recibieron los primeros fondos externos para apoyar la investigación médica, provenientes de *Playtex Park Research Institute* y de los laboratorios *Grossman, Squibb* y *Mead Johnson*, así como una importante suma de la *Fundación Rockefeller*, en 1973 el fondo *Sydney Farber* por 100 mil dólares (HIM, 2015).

En esta misma lógica asistencial de los más necesitados, el Estado mexicano con criterios de cobertura nacional pero centralizados territorialmente en el Distrito Federal (sede del poder político del régimen de gobierno), se da a la tarea de crear Hospitales con las mismas características, pero fragmentados de una lógica integral de atención en salud, solo enfocándose a enfermedades correspondientes al diagnóstico del tránsito de enfermedades infecciosas de inicios del siglo a crónicas degenerativas que se presentaron a partir de la década de los cuarenta hasta nuestros días.

Para 1946 se crea el Instituto Nacional de Cancerología [InCAN] (2015), cómo se comenta en los antecedentes del propio Instituto:

... fue bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, mediante la figura de Decreto Presidencial, nació el

Instituto Nacional de Cancerología, transformándose y dando cabida a los servicios de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X y Patología, entre otros... El 30 de diciembre de 1950, el entonces presidente Lic. Miguel Alemán Valdez, decretó la Ley del Instituto Nacional de Cancerología... En 1972, se crearon las Divisiones de Cirugía, Radioterapia y Medicina Interna, implementándose los programas de enseñanza con reconocimiento universitario de la especialidad de oncología clínica y radioterapia... En 1979 creó la Subdirección General Médica y se inició la reorganización de la Consulta Externa, Enfermería, Trabajo Social y el Sistema Administrativo... En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología cambió sus instalaciones al que actualmente ocupa... En 1982, se fundó el Centro Oncológico del Estado de Guerrero, como una institución hermana del Instituto Nacional de Cancerología y la Unidad de trasplantes de Médula Ósea (InCAN, 2015).

Posteriormente en 1950 bajo la administración de Miguel Alemán Valdez surgen de los institutos de referencia nacional ubicados en el DF (oftalmología, gastroenterología y urología).

De acuerdo a la (Ley de creación..., 1950),” *Impartirán atención médica a los pacientes de cada instituto, preferentemente a los enfermos indigentes y económicamente débiles*”.

Todos los institutos dependientes del ejecutivo de acuerdo a sus leyes correspondientes, son bajo el mismo argumento y modelo de organización, dar asistencia a los más necesitados de acuerdo a su materia de atención (niños, problemas de corazón, cáncer, otros).

Es hasta que en 1983 se crea la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud bajo la coordinación de la SSA. Volviéndose los centros de

investigación y atención más desarrollados por su materia de atención en el país, siendo los de mayor prestigio en nuestro país para el trato de enfermedades en una vertiente de atención de 3er nivel o alta especialización.

Muchos han sido los programas que en el país se han realizado para otorgar atención médica, pero cómo lo comenta Loyo y Díaz (2009, p. 500) los esfuerzos y recursos se destinaron al primer nivel de atención y a la atención primaria de la salud en un subsistema informal y poco se invirtió en hospitales y en elevar en éstos, sus niveles resolutivos, con excepción de lo anteriormente descrito.

En ésta misma lógica, para el caso de la entidades federativas, los pocos casos mencionados de acuerdo a Loyo y Díaz (2009) surgen después de la segunda guerra mundial, con inversiones americanas, se inició la construcción de modernos hospitales en Tampico, Tamaulipas, y en el estado de Veracruz en los puertos de Tuxpan, Coatzacoalcos y Veracruz, así como en la población de Chimonco, en Perote; ocho en la Costa del Pacífico, en el puerto de Mazatlán Sinaloa; el Distrito Federal se ve beneficiado con el hoy Hospital “Manuel Gea González”, este último enfocado a tratar a los enfermos de tuberculosis. Para 1945, al término de la guerra, se suspende la construcción de éstos hospitales, pero aprovechando esa infraestructura, la Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró un proyecto para construir una red federal de hospitales de tipo regional.

Lo que se interpreta cómo el intento por establecer una red de hospitales federal, con la infraestructura que se dio a partir de la década de los cuarenta para población abierta, con una lógica de operación de organismos descentralizados de la [SSA], para dar una atención regional que contribuya a los objetivos de la rectoría nacional en salud. A pesar de lo anterior en la variada geografía nacional se sigue teniendo un importante déficit en la cobertura de atención de los servicios de salud especializados para los excluidos, pues su concentración ésta fundamentalmente en el centro del país.

4.2 Integración administrativa del sector salud

En la administración de José López Portillo (1976-1982) se presentó un nuevo programa que basaba su acción en la reforma de tres planos de la vida nacional, Político, Económico y Administrativo.

De acuerdo con Rives (2015):

El Programa de reforma administrativa destaca las modificaciones al marco jurídico, empezando por expedir la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, (DOF, 29 de diciembre de 1976) señalando que el gobierno debe organizarse si pretende organizar el esfuerzo nacional. Con ella se sustituye el anterior concepto de Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, dividiendo al aparato administrativo en dos áreas o sectores, el central compuesto por las dependencias, es decir las secretarías de estado y el paraestatal, compuesto por las entidades, es decir, los organismos descentralizados, y fideicomisos, empresas con participación estatal e instituciones nacionales de crédito.

Hasta 1976 la APF se había organizado en torno a nueve sectores cada uno encabezado por una ó más secretarías, con la nueva Ley Orgánica de la APF, las dependencias del ejecutivo (las secretarías de Estado) se constituyen en unidades con responsabilidad sectorial encomendándoles la planeación y conducción de las políticas a seguir encada sector de actividad, coordinando al efecto a los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos que se ubiquen en el ámbito sectorial a su cargo. De esta manera cada secretaría agrupo a diversas entidades y mediante Acuerdo de la Secretaría de Gobernación del 17 de enero de 1977 quedaron agrupados los sectores (p. 341).

Para el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), quedo enmarcada en el sector no. 3 de Beneficio Social, que a su vez estaba integrado por las Secretarías de Educación Pública, Trabajo y Previsión Social, 39 fideicomisos, 25 comités, comisiones, consejos y centros, y 42 organismos descentralizados.

Derivado de lo anterior, una ola de reformas en el sector salud se proyectaron en México a la par de la Declaración de Alma-Ata en 1978, al incorporarse en las políticas oficiales de todos los países, la estrategia "Salud para todos en el año 2000". La agrupación del sector salud con base en las primeras modificaciones que la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se tuvo las siguientes instituciones en la integración del sector: (Acuerdo de Secretaría de Gobernación, 1977).

- Centro de salud "Soledad Orozco de Ávila Camacho"
- Centro Materno Infantil, "General Maximino Ávila Camacho"
- Consejo Nacional de Prevención de Accidentes
- Hospital de Enfermedades de la Nutrición
- Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
- Hospital Infantil de México
- Hospital Regional de Veracruz
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional de Cardiología
- Instituto Nacional de Endocrinología
- Instituto Nacional de Gastroenterología
- Instituto Nacional de Nefrología
- Instituto Nacional de Neurología
- Instituto Nacional de Nutrición
- Instituto Nacional de Oftalmología
- Patronato del "Asilo Nicolás Bravo"

- Patronato de la Casa Hogar “Soledad G. Figueredo”
- Fideicomiso para la entrega de productos a la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, por venta o arrendamiento de inmuebles.

La conformación del sector salud, bajo la coordinación de la SSA; no abarcó al IMSS, ni al ISSSTE por tener un modelo de atención bajo la figura de seguridad social, donde los servicios de salud son satisfechos bajo otra reglamentación.

Derivado del nuevo esquema de reforma administrativa de acuerdo con (López, 1993, p. 437-439), en 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos y que integrara las diferentes instituciones de salud. Primer esfuerzo por visualizar desde una visión de Estado, una cobertura nacional de los servicios de salud.

En 1982 se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de establecer las reformas en el entramado normativo de salud (iniciativas de ley, en programas y en estrategias). En ese año se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaria de Salubridad y Asistencia, la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Además, se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.

Como lo menciona Soberón (2007), al retomar el documento de la Comisión de Salud y Seguridad Social (1983) *“Hacia un Sistema Nacional de Salud en nuestro país”*.

... en agosto de 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República que recibió la encomienda de “determinar los elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos de los servicios públicos de salud a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población.

...La propuesta de la Coordinación añadió cinco estrategias macro: la sectorización, la descentralización, la coordinación intersectorial de los servicios, la participación comunitaria, así como la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para que cumpliera, a su vez, la función rectora del sistema que le confirió la Ley General de Salud, para lo cual cambió, en 1985, su denominación a Secretaría de Salud. También se definieron cinco estrategias micro: el estudio y racionalización del financiamiento de la salud, de la investigación en salud, de la formación de recursos humanos para la salud, de la información en salud, y de los insumos para la salud. Estas diez estrategias más la renovación legislativa fueron connotadas como “el cambio estructural de la salud”. La renovación legislativa comprendió: la incorporación del derecho a la protección de la salud en nuestra Carta Magna, su ley reglamentaria, la Ley General de Salud, las Leyes Estatales de Salud, la definición de ocho reglamentos que sustituyeron a 80 farragosos ordenamientos y la emisión de normas técnicas.¹¹

De esta manera, el gobierno federal instrumenta y transita al denominado cambio estructural de salud, posteriormente el ejecutivo se da a la tarea de

¹¹ Véase también Soberón G. El cambio estructural en la salud. Revista Salud Publica México 1987; 29:127-140.

instrumentar el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 que consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

La operación clave que impulsa una reforma jurídica, estructural y operacional de los servicios públicos de salud del gobierno de la República de acuerdo a (Frenk y Gómez, 2008, p. 11), son los cambios estructurales en el Artículo 4 constitucional que implicaron la sectorización de los servicios de salud para la población no asegurada, la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud a los gobiernos de las entidades federativas, la modernización de estos mismos y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para aprovechar la sinergia entre las distintas dependencias del gobierno federal.

La 3ra reforma al artículo 4 constitucional dice a la letra

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (DOF 03-02-1983)

Derivado de la reforma constitucional que reconoce el derecho de protección de salud, como principio rector al igual que el art. 73 fracción XVI en el ámbito de salubridad general, se mandata a través de la promulgación de la Ley General de Salud, ese mismo año (1983) los servicios de salud, clasificándose en 1. Servicios

públicos a la población en general, 2. Los servicios a los derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social y 3. Servicios sociales y privados.¹²

La Ley General de Salud en su artículo 35, (Servicios públicos a la población en general) los define cómo los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

En este sentido, el inicio de la integración de los servicios de salud a población en general, se puede apreciar a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta gracias a la reforma administrativa emprendida por el Presidente (Portillo) para organizar el desarrollo de su administración.

De acuerdo a los antecedentes del Manual de Organización General de la Secretaría de Salud de 2012, el 21 de enero de 1985, se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cambió su nombre por Secretaría de Salud.

Transitorio segundo. Cuando en esta y otras leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y demás disposiciones jurídicas, se haga referencia a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se entenderá hecha a la Secretaría de Salud, dentro de la Esfera de su competencia, en los términos del presente Decreto.

Con la modificación también se le sumaron atribuciones que consolidaron su actividad rectora en materia de salud y de coordinar la figura de un Sistema Nacional Salud para proveer la adecuada participación de las dependencias y

¹² Como hemos visto, la presente investigación se ha enfocado a la primera, mostrando la evolución de los servicios que prestan para la atención de los más necesitados o población abierta o general, viendo como nacen fragmentados y su propósito a integrarse.

entidades públicas que presten servicios de salud, con base en lo anterior, la Secretaría de Salud modificó su estructura orgánica en 1988, al realizar cambios importantes, en atención a las necesidades existentes, consolidándose más la integración de las instituciones de salud para población en general, en las diferentes figuras administrativas enunciadas.

4.3 Proceso de descentralización de los servicios federados de salud hacia los estados de la República

En nuestro país el acceso a los servicios públicos de salud, se han habilitado de forma desarticulada, la organización en sus inicios se evidencio por una falta de planificación, solo atendiendo a los más necesitados por medio de servicios fragmentados con origen asistencial de parte de la iglesia y las nacientes organizaciones que se fueron habilitando en el entramado institucional del México independiente, en los servicios de salud que tenían la meta de contener la transmisión de enfermedades de contagio, se dio atención primaria, sin una visión integral de salud pública por parte del naciente Estado mexicano.

Los fines crecientes de institucionalizar las estructuras gubernamentales que dan reconocimiento a los derechos sociales e individuales que se establecieron en la Constitución de Querétaro, como hemos visto, hacen crear la necesidad de unificar los servicios de salud en dos modelos, anteriormente descritos, (acceso a población general y seguridad social), en este sentido, los diferentes frentes de atención en salud que se han habilitado sin importar su origen disperso, coinciden con el institucionalizar la atención en un contexto de normatividad general donde la rectoría la lleva la Secretaría de salud federal para atender la salud de los ciudadanos.

En este sentido, la salud publica en nuestro país se ha centrado en la atención de los más necesitados o población en general, la tendencia en nuestro país se concretó en crear instituciones de cobertura en salud para atención primaria,

fuertemente centralizadas, lo cual, se explica por la fuerte tendencia de integración de las instituciones del régimen político mexicano, bajo la dictadura de más de 70 años del Partido Revolucionario Institucional [PRI], durante ésta fase, los sistemas públicos de salud se transformaron en los principales referentes en el ámbito de provisión de los servicios de salud, pero cada uno conservo características propias de acuerdo a sus usuarios.¹³

Como comenta Zarate (2001) la excesiva centralización que ha caracterizado al sistema de salud, no respeta las naturales diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos, e impide que los programas de aplicación nacional reflejen en forma efectiva las demandas locales.

Para hacer frente a estas dificultades, a partir de la década de los ochenta, las propuestas teóricas se han estado moviendo hacia esquemas descentralizados de provisión de la atención primaria de salud y descentralización hospitalaria.

Dentro de este marco en la administración de López Portillo y De la Madrid se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud, derivado de la modernización administrativa que se proponía para todo el entramado institucional, la estrategia de acuerdo a los antecedentes del Documento “Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Oaxaca, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia de Salud a Población Abierta 1986”, consistió en crear un:

Programa Nacional de Salud, pues constituye el marco en el cual se establecen las estrategias instrumentales para hacer posible la consolidación del Sistema Nacional de Salud, dentro de dichas estrategias se inscribe la descentralización de los servicios de

¹³ Con excepción de los esfuerzos de los institutos nacionales y hospitales regionales que brindaran atención de 3er nivel para una población del centro del país y que anteriormente describimos.

salud, a través de la cual, se busca revertir el proceso centralizador en materia sanitaria mediante una adecuada redistribución de competencias, entre los tres niveles de gobierno, la integración programática de sistemas estatales de salud, así como la integración orgánica de dichos sistemas de atención a población abierta bajo la gestión de los gobiernos locales con un esquema de asignación y aprovechamiento racional de los recursos.

De igual manera, el Programa Nacional de Salud (1982-1988) de la administración propone la consolidación de un Sistema Nacional de Salud, que diera cumplimiento a la reforma del artículo 4 constitucional donde se garantiza en letra la protección en salud a todos los mexicanos.

Para llegar a ello, una de las acciones de acuerdo a Soberon (1996) fue la descentralización de los servicios de salud, a las entidades de la República mexicana¹⁴

En agosto de 1981, por acuerdo del Presidente José López Portillo, se creó la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, cuya misión fue “determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población”.

¹⁴ La descentralización en sentido estricto consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor. Formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior. (José Francisco Ruiz Massieu, 1986, citado por (Soberón, 1995).

La “Coordinación” tuvo la misión de crear un estudio de los alcances de dos ambiciosos programas de extensión de cobertura, por un lado, el [IMSSCOPLAMAR], programa para la atención de la población abierta en zonas rurales a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], y por otro, el de las zonas marginadas de las grandes urbes a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], los resultados no tardaron en aparecer dándose a conocer la situación de los servicios de salud en las entidades federativas, lo cual reveló la impostergable necesidad de descentralizar los servicios de salud.

De esta manera, de acuerdo con (Soberon, 1996, p. 372) las propuestas de la Coordinación, contenidas en el libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud* que publicó la Universidad Nacional Autónoma de México, fueron presentadas en octubre de 1982 a la consideración del Presidente López Portillo y, una semana después, al Presidente electo Miguel de la Madrid que retomaría a la descentralización de la vida nacional cómo uno de los principios básicos de su programa de gobierno.

Para lo cual, el 30 de agosto de 1983, el presidente De la Madrid decide publicar en el DOF las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) donde se menciona en sus considerandos lo siguiente:

- Que la descentralización de la vida nacional es una de las estrategias rectoras del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, y del programa sectorial de salud
- Que es un proceso formado por etapas sucesivas que deben desenvolverse gradualmente para asegurar su eficacia, que el PND establece que es prioridad la descentralización de los servicios de salud
- El objetivo es una transición a la conformación y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud

- Que la descentralización de los servicios de salud debe sujetarse a un programa integral cuya ejecución inicial se base en los avances obtenidos por los Servicios Coordinados de Salud Pública. (anteriormente ya descritos y por los acuerdos de Coordinación celebrados por los Estados en la materia)

Todo lo anterior, enmarcado en el precepto constitucional donde se menciona que en materia de salubridad general habrán de concurrir tanto la federación como las entidades federativas conforme la ley lo establezca.

De igual manera, la Ley General de Salud es la que refiere los esfuerzos de descentralizar los servicios de salud, en nuestro país, al respecto Soberón (1996) menciona:

La Ley General de Salud tiene, entre sus objetivos, dar impulso a la descentralización a través de una distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. Esto es parte del contenido de los títulos primero y segundo. Específicamente, el artículo tercero define las materias de salubridad general; el cuarto precisa las autoridades sanitarias, siendo una de ellas los gobiernos de las entidades federativas; el séptimo indica, como una de las atribuciones de la Secretaría, impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud; el noveno señala el propósito de establecer Sistemas Estatales de Salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su planeación, organización y desarrollo; el decimotercero distribuye las competencias entre Federación y estados; el decimotercero establece las bases y modalidades en el ejercicio de esas atribuciones y en la prestación de los servicios de salubridad general, de conformidad con los acuerdos de coordinación suscritos entre la SSA y los gobiernos estatales y el Departamento

del Distrito Federal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo; los artículos decimonoveno y vigésimo refieren la estructura administrativa que tendrán los servicios de salud, y el artículo vigésimo primero establece las bases a que se sujetan esos acuerdos de coordinación (p. 373).

El 30 de agosto de 1983 se publican las bases para la descentralización, mediante, Decreto del ejecutivo federal que, al respecto menciona. - la creación de un Programa de descentralización de los servicios de salud a nivel federal, y para cada estado se establece que a través de los acuerdos de coordinación que cotidianamente se utilizaban para establecer coordinación con la [SSA] se tendrá que crear un programa con los mismos fines (Decreto, Bases para la descentralización de la SSA, 1983).

Al respecto, se tuvieron que tener en cuenta las facultades que descentralizaran a los gobiernos de los estados, además de las que aun tendrán control la federación, por medio de la figura de la desconcentración, misma que se llevaba a cabo a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, cómo órganos desconcentrados, los cuales estaban sujetos a la normatividad central y tenían una autonomía técnica y se administraban por medio de un Consejo Técnico Interno que estaba presidido por el gobernador de cada entidad.

En el tránsito paulatino de la descentralización, figura necesaria para entender los servicios públicos de salud del actual modelo de salud en nuestro país, se incluyen acciones que se llevaran a cabo para la integración y funcionamiento de los “Sistemas Estatales de Salud”, para las próximas administraciones, figura que recibirá todos los servicios de salud para la población abierta en los estados.

Mientras tanto la [SSA] tendrá que adecuarse progresivamente conforme se concrete la descentralización, al respecto sus unidades centrales seguirán ejerciendo facultades normativas de acuerdo a la competencia constitucional, la

Unidad de Coordinación Regional ejercerá facultades de enlace y apoyo a la operación regional, y los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados (órganos desconcentrados) ejercerán solo facultades de carácter operativo.

Otra acción relevante para poder entender el modelo actual de salud en México, fue el Decreto de marzo de 1984, que establece que también se incluirán los servicios del IMSS-COPLAMAR (Programa de solidaridad social, por participación comunitaria) creado el 25 de mayo de 1979, que también da atención a población que no está protegida por los sistemas de seguridad social. De esta manera, los servicios de salud que presta la [SSA] y los que dentro del Programa IMSS-COPLAMAR, se descentralizaran a los gobiernos locales mediante un Convenio único de desarrollo que propondrá la elaboración de un programa conjunto para descentralizar los servicios para población abierta, teniendo como característica la coordinación programática entre Estado y federación (Decreto, IMSS-COPLAMAR, SSA, 1984).

Actualmente persiste la atención del IMSS a población abierta a través de IMSS-PROSPERA, teniendo como misión cuidar y fomentar de manera integral la salud de los mexicanos que no cuentan con seguridad social y habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema. (IMSS-PROSPERA, 2015).

De igual manera, se llevó a cabo, la descentralización de los servicios de salud en nuestro país, hasta que progresivamente se fueron creando en cada entidad, (la ahora figura del Sistema Estatal de Salud), dicho proceso, conllevó que las autoridades de cada Estado de la República incorporaran acciones públicas hacia el cuidado de la salud (dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico) mientras tanto la [SSA], siguió teniendo hasta la fecha la materia de regulación en la salubridad general, por mandato constitucional.

Otro elemento importante para entender el acceso a los servicios públicos de salud en toda la República y que engruesa la base jurídica del reconocimiento del derecho de salud, son las reformas legales de 1983 y 2003¹⁵, al constituirse cómo la base jurídica que permite la conformación de un modelo de atención público de salud a la población que no labora en nuestro país. La primera a la constitución y la segunda a la ley reglamentaria en nuestro país.

En este sentido, hacia 1983 después de un análisis institucional que determinó implementar una reconfiguración de las instituciones de salud, por medio de diversos mecanismos que siguieron la propuesta administrativa de descentralizar la acción gubernamental para promover un mejor desarrollo nacional en materia de salud, los resultados fueron ceder funciones a los estados de la República a través de las figuras de servicios coordinados en salud, hasta llegar en la década de los noventa a instaurar propios sistemas de salud a nivel estatal, por medio de la creación de un Sistema Nacional de Salud que conduciría la Secretaría de Salud como rectora de la función a nivel nacional, para ello se reforma la constitución para quedar como sigue.

Art. 4...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

A partir de ello, las estructuras gubernamentales existentes tanto federales como estatales se enfrentan ante el reto de poder sumar a la población abierta al

¹⁵ Para mejor comprensión revisar el Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el art. 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación. 03 de febrero de 1983. Expedición de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 07 de febrero de 1984, finalmente el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 15 de mayo de 2003.

reclamo de mejores servicios de salud, por lo tanto, las fragmentadas instituciones de salud cómo hemos visto a lo largo de esta investigación, serían las responsables de instrumentar el mandato constitucional donde la planeación gubernamental tendrá la responsabilidad de planear acciones que permitan ampliar la cobertura, con la salvedad de centrarse en garantizar el acceso solo a población asegurada y para la no asegurada, solo se instrumentan acciones que permiten una atención de manera primaria de los principales servicios de salud, conservando la misma tendencia de atender solo lo esencial, por lo cual, el reto es inmenso y requiere sumar recursos económicos además de las voluntades políticas para su ampliación a nivel nacional.

4.4 Los cambios en el perfil epidemiológico de la población mexicana

La salud derecho positivo de la población mexicana, actualmente debe transitar a un esquema que de acceso sin condiciones a todas sus formas institucionales para restablecerse y dejar de ser conceptualizada cómo un reconocimiento solo de protección laboral y asistencial. La salud no tiene que reconocerse cómo un gasto, sino cómo una inversión del régimen para poder permitir su funcionamiento que le requiere el desarrollo del país y que persigue con el fin de una consolidación de un sistema democrático al que aspiramos llegar.

La atención de salud en nuestro país, ha transitado de prioridades de atención epidemiológica a enfermedades crónico degenerativas producto de las determinantes de salud, atribuidas por sus formas de conducta y la falta de atención institucional del Estado mexicano. Actualmente los hábitos alimenticios, el estrés, la violencia, la falta de prevención en los accidentes y la falta de una cultura de prevención, hacen que la persistencia de enfermedades requiera una atención integral y un alto costo financiero para las instituciones que dan atención en su restablecimiento implicando un reto permanente.

Dentro de ese marco, la atención pública de salud de la población que no tiene un sistema de protección en seguridad social, se ha caracterizado por ser fragmentada y excluyente, por carecer de instalaciones y servicios adecuados que le permitan dar seguimiento a las necesidades médicas del enfermo y poder restablecer su salud de manera integral, dentro de ese contexto, el proceso de atención clínica en la relación médico- paciente se ve limitado por cuestiones de rebase de la demanda sobre la oferta de servicios que se pueden ofrecer, es decir, las carencias de camas en los hospitales, salas de urgencias, material de curación y medicinas, infraestructura hospitalaria, personal médico, operadores de diagnóstico en los laboratorios, distancia territorial entre usuarios e infraestructura hospitalaria hacen los principales problemas en la atención hospitalaria, hacía los pacientes que requieren de una intervención médica como derecho proporcionado por el Estado mexicano.

CUADRO II.
Recursos de atención hospitalaria (2003 y 2015)

| Sector | Año | Total, de unidades de salud 1/ | Unidades de hospitalización 2/ | Camas censables | Consultorios | Médicos 3/ | Enfermeras 4/ | Quirófanos | Laboratorios | Total, de consultas externas 5/ |
|---|------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------|------------|---------------|------------|--------------|---------------------------------|
| Servicios públicos. Población no asegurada a) | 2003 | 15,820 | 536 | 34,077 | 29,745 | 59,785 | 77, 237 | 1,266 | 998 | 106,899 |
| | 2015 | 19,372 | 828 | 42,868 | 45,244 | 110,520 | 161,402 | 2,082 | 1,392 | 164,292 |
| Seguridad social. población asegurada b) | 2003 | 3,723 | 575 | 41,550 | 22,157 | 63,907 | 100, 790 | 1,526 | 866 | 142,879 |
| | 2015 | 3,174 | 538 | 46,951 | 30,237 | 104,718 | 132, 369 | 2,086 | 969 | 170,204 |
| Total a) +b) | 2003 | 19,543 | 1,111 | 75,627 | 51,902 | 123,692 | 178,027 | 2,792 | 1,864 | 249,778 |
| | 2015 | 22,546 | 1,366 | 89,819 | 75,481 | 215,238 | 293,771 | 4,168 | 2,361 | 334,496 |

Fuente: Elaboración propia. Con datos del anexo estadístico del 3er informe de gobierno de Enrique Peña Nieto.

a) Este sector corresponde a la suma de la Secretaría de Salud y servicios de salud de entidades federativas; IMSS-PROSPERA (hasta 2013 denominado IMSS-Oportunidades) y Universitarios, incluye unidades médicas de Universidades que ofrecen servicios de atención.

b) Este sector corresponde a la suma de IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales (se refiere a unidades médicas del gobierno estatal).

1/. - Se consideran centros de salud, clínicas, unidades móviles y unidades de medicina familiar. A partir de 2010 datos tomados del Catálogo de Establecimientos de Salud (CLUES)

2/. - Comprende hospitales integrales, regionales, generales y de especialidad. A partir de 2010 datos tomados del Catálogo de Establecimientos de Salud (CLUES)

3/. - En los sistemas de información se reporta el número de plazas y no número de personas. Se refiere al personal médico en contacto con el paciente (médicos generales, especialistas, radiólogos, pasantes, internos y residentes).

4/. - En los sistemas de información se reporta el número de plazas y no número de personas.

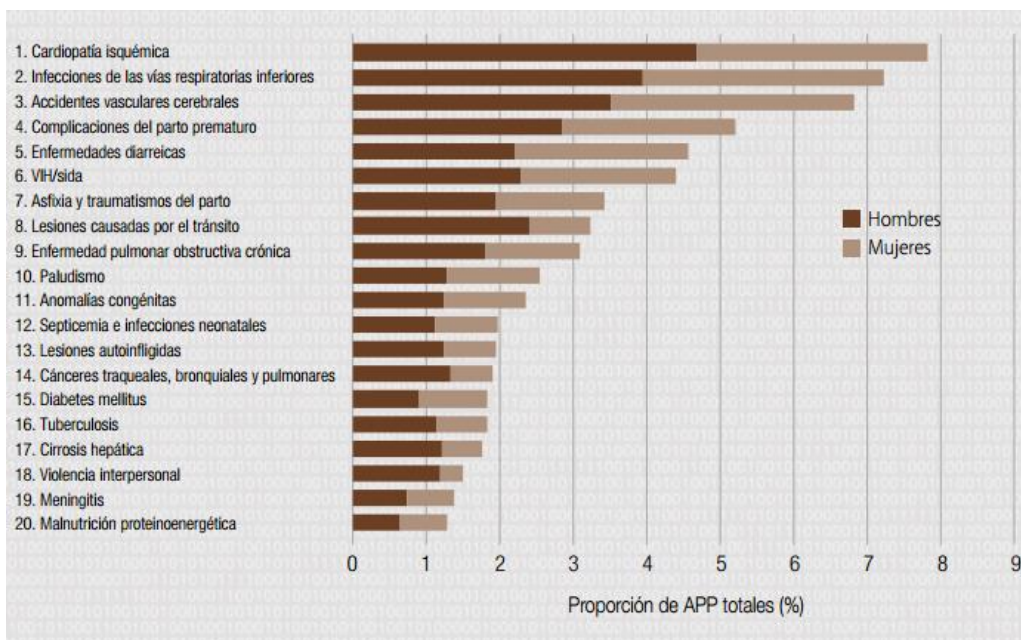
5/. - Se refiere a las consultas externas (general, especializada, urgencias y odontológicas). La suma de los parciales puede no coincidir con los totales debido al redondeo de cifras. Para el caso de los **servicios públicos** se incluye de la fuente original, la suma de las consultas externas, correspondientes a la Secretaria de Salud y servicios de salud de entidades federativas, IMSS-PROSPERA, Universitarios y Seguro popular, respecto al ámbito de seguridad social se incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y Estatales.

Las principales instituciones que se han creado a lo largo de la República en atención de los servicios públicos de salud, en sus diferentes ámbitos de responsabilidad, federal, estatal o municipal, tienen el reto de otorgar una atención de acuerdo a la demanda que las determinantes de salud, le marcan para una planeación institucional. Presentándose el mayor reto en las salas de urgencia y en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativo, así como intervenciones quirúrgicas.

En los últimos años de acuerdo al Informe Sobre la Salud en el Mundo (2010), las tendencias en el acceso a los servicios sanitarios, se caracteriza por la recesión económica y por unos costes crecientes de la atención, ya que la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas y se dispone de tratamientos nuevos y más caros, en él, se calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia de gasto.

CUADRO III

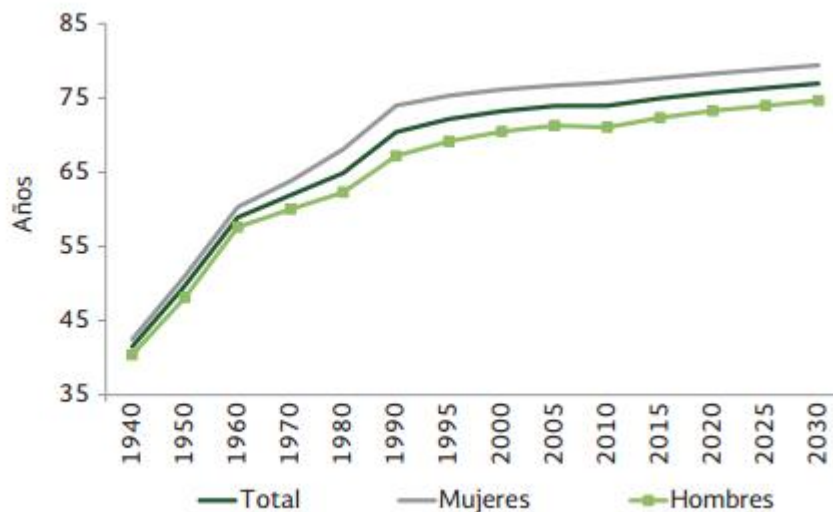
Las 20 principales causas de muerte prematura en todo el mundo de 2012.



Fuente: Retomado de ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Organización Mundial de la Salud OMS.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición¹⁶ 2012 (ENSALUD) a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública, México ha estado inmerso en un dinámico proceso de transición epidemiológica que se caracteriza por la disminución en las tasas de mortalidad, el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de fecundidad y el aumento de las enfermedades crónicas, como anteriormente comentamos.

CUADRO IV
Esperanza de vida al nacer, 1940 a 2030



Fuente: INEGI 2009 y CONAPO 2013a.

Fuente: Retomado del Programa Nacional de Salud 2013-2018.

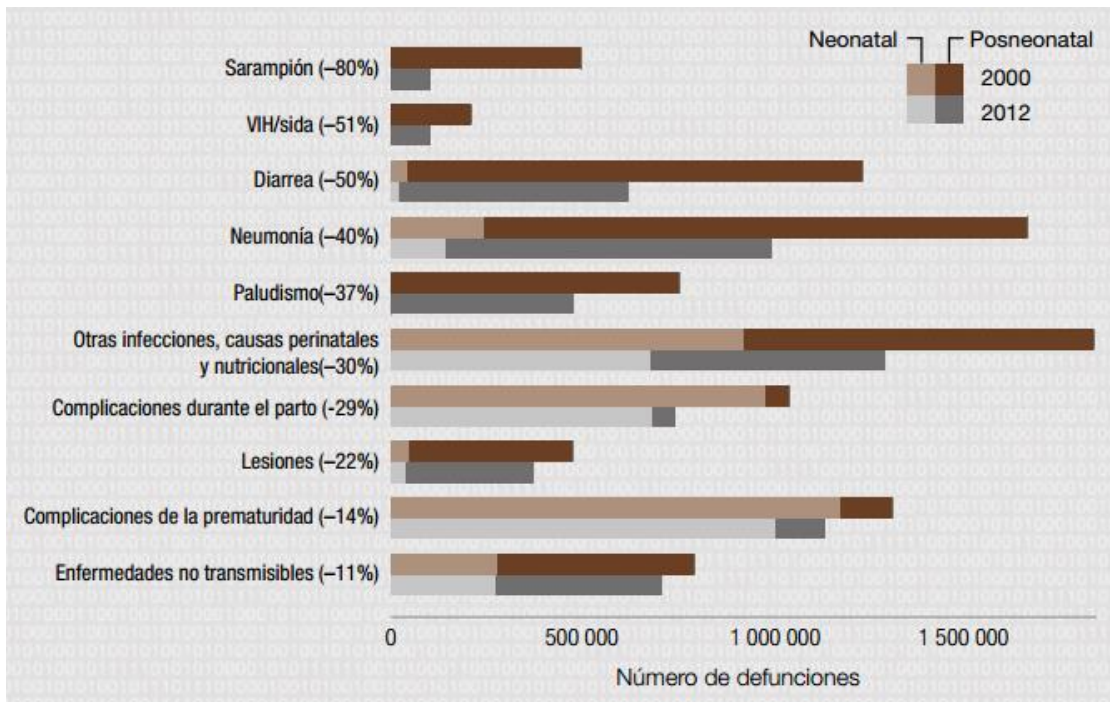
La esperanza de vida al nacimiento, a partir de la segunda mitad del siglo XX tuvo un incremento de 27 años: de 48 años en 1950 a 74.9 en 2015, las últimas dos administraciones de Felipe Calderón Hinojosa y Enrique Peña Nieto, reportan que ha habido un descenso en la mortalidad materna de 62 en 2009 a 37.4 en 2015 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, mortalidad infantil 15.7 en 2007

¹⁶ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT2012) actualiza la información que genera el Sistema Nacional de Encuestas de Salud puesto en marcha desde 1986. Este sistema ha permitido contar con evidencia para la planeación en el Sector Salud, y para la evaluación del desempeño del mismo, al documentar la cobertura de los programas, acciones del sector, y las condiciones de salud y nutrición de la población.

a 12.7 en 2014 defunciones por cada mil nacidos vivos (Tercer Informe de Gobierno EPN), sin embargo, éste último dato (la mortalidad infantil) se ve opacado al contextualizar que las 10 principales causas de mortalidad de menores de cinco años en México, se encuentran las defunciones provocadas por enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y desnutrición de acuerdo a (Sexto Informe de Gobierno. FCH, 2012, p.458), muy similar a las principales causas de muerte a nivel mundial. Las condiciones de salud de la población contextualizan el reto que tienen las autoridades que controlan los servicios públicos de salud en todo nuestro país.

CUADRO V

Cambios en las principales causas de muerte de menores de 5 años a nivel mundial, 2000-2012



Fuente: Retomado de ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Organización Mundial de la Salud OMS.

Lo cual, muestra que la atención en salud aún tiene muchos esfuerzos por cristalizar en nuestro país, ya que estas enfermedades en países con un desarrollo mayor ya difícilmente se presentan.

Las evidencias anteriores, marcan que hay un descenso acelerado de la fecundidad –el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en 1975 a 2.4 en el año 2000 (Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 25), y 2.2 en 2015 (Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos. 2015. INEGI)

CUADRO VI
Tasa global de fecundidad, 1990, 2012



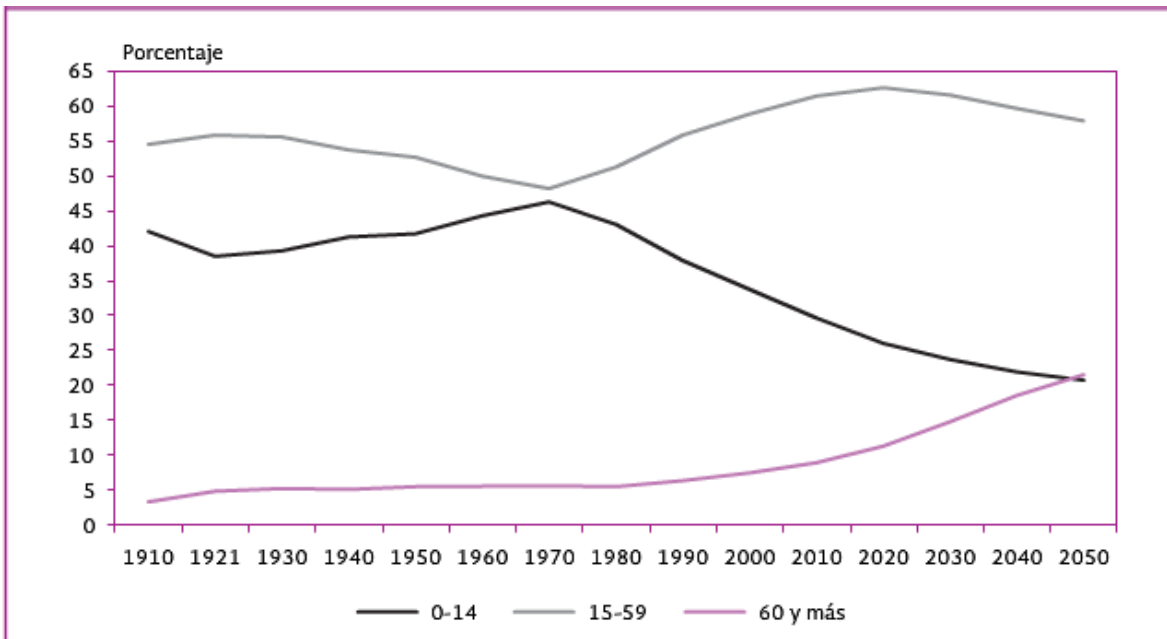
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 1992, 1997, 2009 y 2014; y CONAPO, INEGI, SS e INSP (s/a), ENADID 2006.

Retomado de La situación demográfica de México 2015. CONAPO, p.45.

Derivado del aumento en la esperanza de vida y principalmente del descenso de la fecundidad enunciado, nuestro país se encuentra en proceso de envejecimiento, que, junto a los cambios en el perfil epidemiológico de la población, implican retos importantes que atender en materia de salud con especial énfasis en la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas y la implementación de servicios para otorgar cuidados paliativos.

CUADRO VII

México. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad. 1910-2050.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (2000) y el CONAPO (2012).

Retomado de La situación demográfica de México 2015. CONAPO, p.116.

Las enfermedades de transmisión han sido desplazadas, por enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas) y por accidentes que hoy concentran el 85% de las muertes en el país, estas enfermedades requieren tratamientos complejos, así como de intervenciones médicas de avanzada tecnología, lo que en su conjunto para las instituciones de salud incrementan el costo para su tratamiento y rehabilitación.

De acuerdo a lo anterior, la mortalidad general en nuestro país se elevó durante los últimos veinticinco años al pasar de 422 mil 803 en 1990 a 632 mil 721 en 2015 según estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), y reportadas por (Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos. 2015. INEGI) el incremento se debe a la transición demográfica y epidemiológica por la que atraviesa el país, siendo accidentes, tumores, diabetes y enfermedades cardiovasculares las que más han aumentado.

CUADRO VIII

Evolución de las principales causas de muerte por grandes grupos de edad (2015)

| | | |
|------------------|---|----------------|
| 1 | Enfermedades del corazón | 120 807 |
| 2 | Diabetes mellitus | 93 472 |
| 3 | Tumores malignos | 75 313 |
| 4 | Accidentes | 35 622 |
| 5 | Enfermedades del hígado | 35 613 |
| 6 | Enfermedades cerebrovasculares | 32 694 |
| 7 | Agresiones (homicidios) | 18 728 |
| 8 | Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis bronquiectasia, efisema y asma. | 21 802 |
| 9 | Neumonía e influenza | 18 822 |
| 10 | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. | 10 929 |
| Las demás causas | | 168 919 |
| Total | | 632 721 |

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud y Catálogo Único de Establecimientos en Salud.

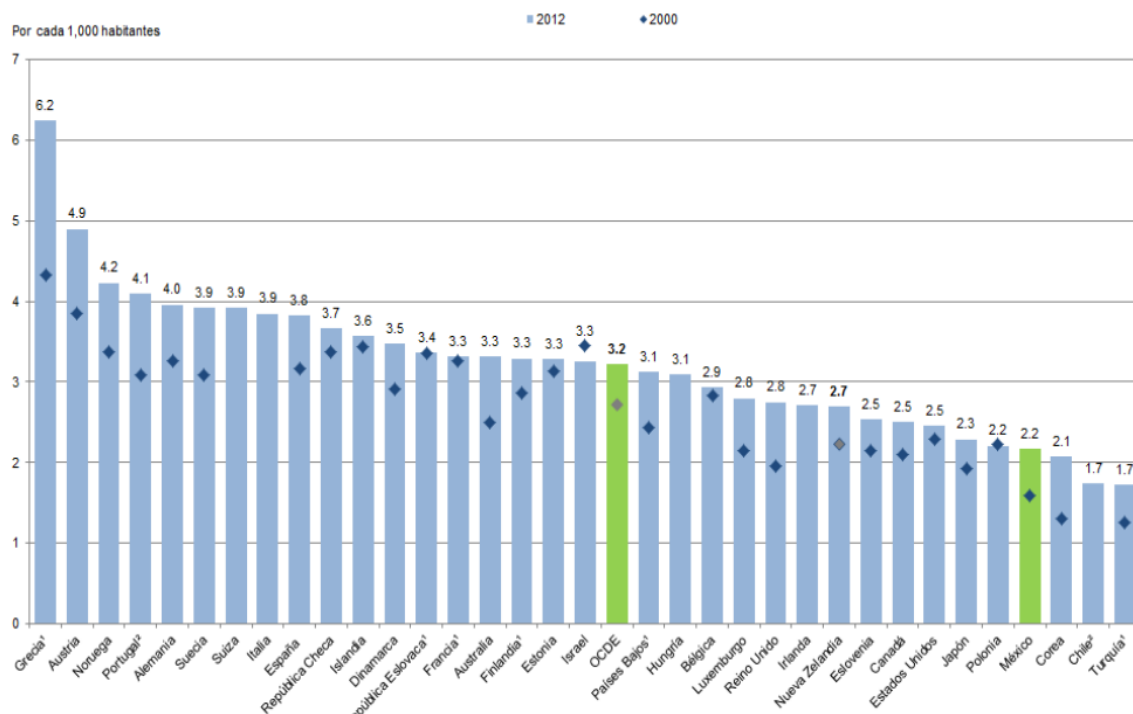
Retomado de anexo estadístico del 3er Informe de Gobierno de Enrique Peña Nieto. p. 144.

La carga de enfermedad se ha distribuido de manera tan desigual que, en 1999, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en San Martín Huamelulpan, Oaxaca, fue de 103 por 1 000 nacidos vivos, mientras que, en San Nicolás de los Garza García, Nuevo León, fue de solo nueve. Así, algunos municipios de Oaxaca tienen hoy el nivel de mortalidad infantil que Nuevo León presentaba hace 60 años. (Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 18).

En el ámbito nacional, la disponibilidad x cada 1 000 habitantes de médicos pasó de 1.8 en 2005 a 2.5 en 2015 cifra que aún está por debajo de los indicadores internacionales dela Organización Mundial de la Salud 3.2 y en el caso de enfermeras paso de 2.2 en el año 2000 a 2.6 en 2012 debiendo estar 8.8 de acuerdo a la OCDE (Tercer Informe de Gobierno, EPN, p.201).

CUADRO IX

Médicos por cada 1,000 habitantes, países de la OCDE, 2000 y 2012 (o último año).

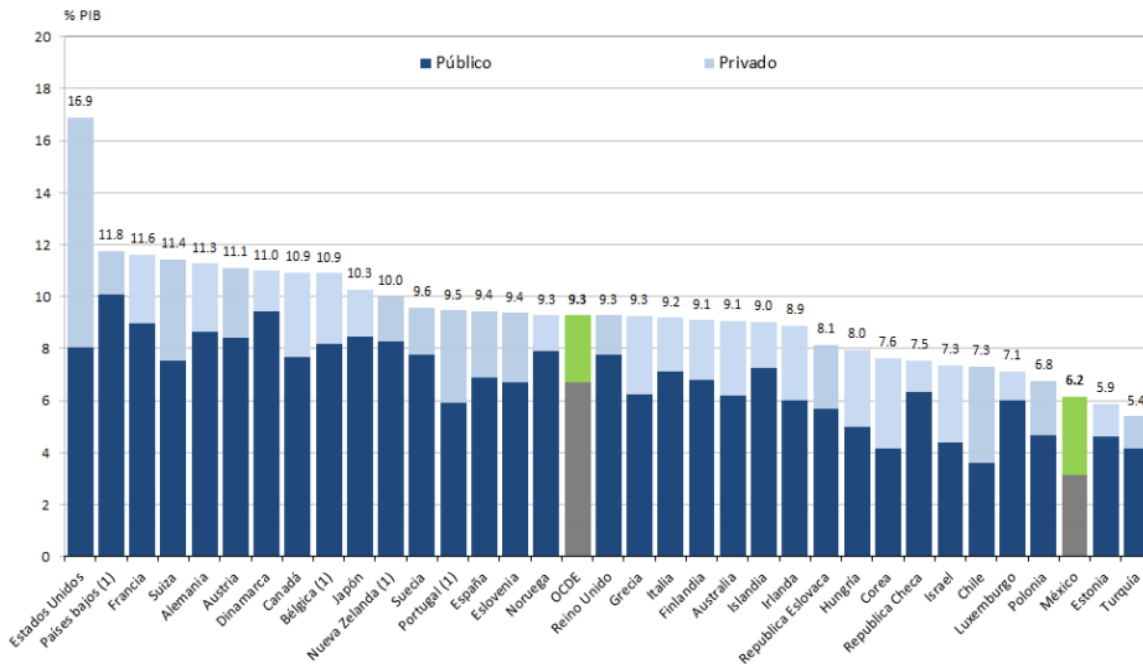


1. Los datos incluyen no sólo a los médicos que proporcionan atención directa a los pacientes, sino además a aquellos que trabajan en el sector de la salud como lo son administradores, educadores, investigadores, etc. (añadiendo otro 5-10% de médicos).
 2. Los datos se refieren a todos los médicos con licencia para practicar (resultando en una gran sobre-estimación del número de médicos practicantes en Portugal)
 Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Retomado de Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación. www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf

En cuanto al gasto público destinado también México está por debajo de los países enmarcados de la OCDE, solo representando el 6.2 del PIB mientras que el promedio registrado está en 9.3%.

CUADRO X
Porcentaje gasto PIB en salud mundial



Source: OECD Health Statistics 2014.

Retomado de Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación. www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf

Para contrastar, la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas hay que visualizar qué, del total de las consultas registradas en México de los servicios curativos ambulatorios, de acuerdo a la (ENSANUT, 2012) las enfermedades y los síntomas respiratorios agudos representan el 36% del total, mientras la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad se sitúan en segundo lugar con más de un millón de consultas.

Del total de consultas, la mayor parte, 61.1%, fueron proporcionadas en el sector público (incluyendo la seguridad social), en tanto que el sector privado aportó en 2012 (38.9%) del total (ENSANUT, 2012, p.44). Al respecto es de resaltar que los servicios privados en particular los consultorios dependientes de farmacia atienden 16.1% del total de consultas ambulatorias, lo que representa un grave problema por la baja calidad de la consulta en nivel de atención que están

recibiendo los mexicanos que acuden a estos espacios de atención médica, pues para sus bolsillos representa un costo que impacta en el ingreso familiar y una mala atención que va de 5 a 10 minutos.

A 2012 en México hay 22.4 millones de adultos de 20 años o más que padecen hipertensión arterial, de los cuales únicamente 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico y de ellos solo 5.7 están controlados por un médico (ENSANUT, 2012).

En diabetes 6.4 millones han recibido diagnóstico por un médico y de ellos solo 25% tiene un control metabólico adecuado, lo que representa un gran reto exponencial para la atención en las diversas instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud.

En materia de obesidad para 2012, 26 millones de adultos mexicanos presentaban sobrepeso y 22 millones obesidad, lo que en su conjunto suman 48 millones que tienen elevadas posibilidades de desarrollar alguna de las ya mencionadas enfermedades hipertensión o diabetes, lo que desencadenaría el aumento exponencial de las enfermedades crónico degenerativas, implicando para los servicios públicos de salud grandes costos en atención preventiva y de control.

Los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8% obesidad, mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5 y 37.5%, respectivamente, este problema de salud pública aumenta la demanda por servicios clínicos de salud y afecta el desarrollo económico y social de la población.

Actualmente, el gobierno federal por medio del Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) caracteriza las condiciones generales de salud de los mexicanos, reconociendo que persisten altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones de nuestro país. Al respecto,

propone que para mejorar el sistema de salud es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

Reconoce que los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre los servicios públicos de salud serán cada vez mayores como lo observamos, la fecundidad y las tasas de mortalidad suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores. La población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030.

Se menciona que hay situaciones que atentan contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo, la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación en salud, explican la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos y el alto número de personas lesionadas por accidentes de tránsito.

Por lo que se puede concluir que el nuevo perfil y configuración de las enfermedades y padecimientos que se presentan en nuestro país, han creado la sumaria necesidad de reconocer el derecho a la salud, y a la vez han creado el reto para las autoridades de crear esquemas a corto y mediano plazo que permitan resolver las cada vez insostenibles demandas en la atención de los servicios de salud en nuestro país y su creciente costo.

Capítulo V. Hacia una integración funcional de los servicios públicos de salud en la federación

5.1 Tendencias del modelo actual de los servicios públicos de salud

Para comprender el funcionamiento y las tendencias de integración del modelo actual de los servicios abiertos de salud en nuestro país, es necesario comprender la acción rectora que ejerce la Secretaría de Salud [SSA]¹⁷ a nivel nacional, lo cual se ve reflejado en las tres funciones básicas que le otorga la normatividad en su actuar “asistencia social, servicios médicos y salubridad general” desempeñándolas por medio de su entramado institucional (Ley Orgánica de la APF, Art. 39).

La primera función se ha llevado históricamente a través de la evolución institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, el Voluntariado Nacional y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) donde se conducen las políticas públicas en materia de asistencia social enfocadas en la integración de la familia.

La segunda (servicios médicos) por medio de los Servicios Estatales de Salud, integrados en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud [REPSS] afiliados a la reciente figura del Sistema de Protección Social en Salud [SPSS] mejor conocido como seguro popular, los cuales están encargados de hacer cumplir el bienestar físico, prolongación y mejoramiento de la vida, por medio de una atención médica basada en un catálogo de enfermedades esenciales y especializadas, los cuales cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la federación y responden al acceso de los servicios de salud a población en general, en coordinación con la red hospitalaria de atención especializada y regional de la misma [SSA] y los servicios privados habilitados para la atención de

¹⁷ Que consiste en (planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

enfermedades que eviten gastos catastróficos, todo ello mandatado en la Ley General de Salud (LGS) y coordinado por la Coordinación Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS] que a su vez es órgano desconcentrado de la [SSA].

La tercera (salubridad general) centrada en acciones de rectoría como autoridad única, por medio de organismos desconcentrados para procurar la salud en la vertiente colectiva y social en los procesos de planeación, diseño, información, desarrollo de recursos humanos y evaluación, necesarios para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud mandatado en la Ley General de Salud de nuestro país.

En este sentido, nuestra política de salud en los últimos sexenios ha planteado una continuidad en las políticas de salud, las cuales se han traducido en logros y también en retos, respecto a los primeros, tenemos el aumento de la esperanza de vida en el último siglo, la cobertura del esquema completo de vacunación y la disminución de los principales indicadores de muerte materna, infantil , además del aumento en la cobertura de los servicios de salud, respecto al total de población que están cubiertos con los diferentes subsistemas de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos; Servicios de salud al personal militar [SEDENA] [SEMAR], sin embargo, entre los retos, tenemos que eficientar la organización y funcionamiento del sistema de salud en su conjunto, para neutralizar la gran heterogeneidad en la atención que existe, ampliar la infraestructura, y cartera de medicamentos, asignar equitativamente los recursos entre los diferentes servicios estatales de salud e incrementar el personal para brindar los mejores servicios, así como modernizar la red hospitalaria con equipos modernos de diagnóstico, todas las anteriores deficiencias provocan una difícil comprensión del sistema público de salud para los usuarios, autoridades y estudiosos del tema en nuestro país.

Por ello, pareciera que es cuestión de tiempo para que el problema de la demanda, respecto a la oferta en el acceso a las instituciones de salud, colapse y presente una crisis del sistema sanitario, haciendo del problema, una necesidad de seguridad nacional, por ser cuestión estratégica para la gobernabilidad de nuestro país.

En tal función, el acceso a la salud se vuelve referente inmediato para el pleno ejercicio de los derechos sociales, constituyéndose como la ruta, por la cual nuestro país debe transitar, para insertarse en la red de sistemas democráticos a nivel internacional.

Las principales políticas de planeación de salud que se formularon en los planes nacionales de desarrollo en las anteriores cinco administraciones, (Miguel de la Madrid, Carlos Salinas de Gortari, Ernesto Zedillo Ponce de León, Vicente Fox Quezada y Felipe Calderón Hinojosa), hasta la actual (Enrique Peña Nieto), demuestran una continuidad y orientación hacia la integración por funciones de los diferentes subsistemas que garantizan el acceso público a la salud y que se pueden resumir en:

- La descentralización de servicios para llevar a las entidades federativas la plena responsabilidad del derecho.
- La reorganización de la Secretaría de Salud, para acercarla crecientemente al papel rector del Sistema Nacional de Salud.
- La formulación de programas estratégicos para mejorar los indicadores que eleven el nivel de salud de la población.
- La adecuación paulatina del sistema general de salud para enfrentar retos emergentes derivados de la transición demográfica y epidemiológica.
- El énfasis en la investigación en salud y en el desarrollo de recursos humanos.

- El aumento de la infraestructura hospitalaria en la geografía nacional
- Mayor equidad en la prestación de servicios a lo largo de país.
- Garantizar la cobertura universal de servicios de salud.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios.
- La protección financiera ante los riesgos catastróficos en la protección de la salud.
- Atención basada en catálogos de cobertura de las principales enfermedades.
- Transferencias financieras de la federación hacia los estados para fortalecer la infraestructura hospitalaria.
- Integración por funciones de los servicios públicos de salud en toda la república.
- Atención primaria y asistencial hacia los grupos de mayor vulnerabilidad.
- Atención de los más necesitados en los subsistemas sanitarios que tienen un origen de protección de seguridad social.
- Una gestión basada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Participación privada en las funciones de acceso a la salud.¹⁸

Por tal motivo, para ver el desarrollo institucional de la política pública en salud, a continuación, se describirán las principales acciones de cada una de las administraciones y como han contribuido a gestar las tendencias de integración del actual sistema público de salud.¹⁹

¹⁸ Lista de elaboración propia con base en el análisis de los propósitos de cada Plan Nacional de Desarrollo.

¹⁹ Para mayor detalle ver Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud.

Con Miguel de la Madrid, la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, (noviembre de 1982) contribuyó a determinar los elementos técnicos, administrativos, normativos y financieros de los servicios públicos de salud con el fin de conformar un Sistema Nacional de Salud, este fue uno de los primeros grandes esfuerzos sexenales que abonaban la idea de integración del derecho a la salud, incorporándose en 1983 el derecho en la Constitución y en el Programa sexenal en salud (1983-1988), que respondía al para ese entonces nuevo artículo 26 constitucional que mandataba la integración de un Sistema Nacional de Planeación Democrática y la presentación de un Plan Nacional de Desarrollo y sus programas de acuerdo a la ley de Planeación.

Derivado de ello, se formuló un Programa Sectorial de Salud de mediano plazo denominado Programa Nacional de Salud (1984-1988), que orientaba los nuevos instrumentos administrativos y legislación secundaria en la materia, a hacer frente al compromiso contraído con la Organización mundial de la salud “salud para todos en el año 2000” en la reunión de Alma Ata en la URSS de 1978, por lo tanto, desde allí todos los esfuerzos, han estado orientados a dotar a todos los mexicanos de un acceso a los servicios de salud, independientemente de su condición de aseguramiento en el Sistema Nacional de Salud, los asegurados (institutos de seguridad social) y los no asegurados (Secretaría de Salud y servicios estatales de salud).

Con Salinas de Gortari de acuerdo al Programa Sectorial, correspondiente (1990-1994), se impulsó la protección de todos los mexicanos con el objetivo de brindar servicios oportunos, eficaces y equitativos que favorecieran el bienestar social, con el apoyo de las comunidades y de los tres órdenes de gobierno. Este Programa se basó en las estrategias de coordinar funcionalmente el Sistema Nacional de Salud (instaurado en la anterior administración), fortalecer los sistemas locales de salud, continuar con la descentralización de servicios de salud y promover una modernización y simplificación administrativa, fortaleciendo la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Esta administración, apostó por sentar las bases para la coordinación de los Servicios Estales de Salud con el propósito de ir fortaleciendo la descentralización de los servicios de salud, además de incentivar la participación comunitaria para un autocuidado a través del Programa Solidaridad- IMSS dirigido a prestar atención primaria a las comunidades rurales y a combatir enfermedades de transmisión infecciosa.

La administración de Ernesto Zedillo, puso el énfasis en la modificación del sector para transformar el sistema, modernizarlo y hacerlo más eficiente, las prioridades eran hacer frente a los retos epidemiológicos y demográficos. En el Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) se enfocó a promover la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, ampliar la cobertura de la seguridad social, concluir la descentralización de los servicios públicos de salud y ampliar la cobertura a la población no asegurada a través de servicios sanitarios de primer nivel. Lo que marca la tendencia de ir agrupando, las enfermedades esenciales que por su frecuencia padece la población mexicana.

En el Programa (1995-2000), se planteó que ante la cobertura limitada de servicios, se diseñarían dos estrategias: la primera en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal; la segunda, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación aplicando un paquete básico de servicios de salud con acciones preventivas (p.2).

En esa administración podemos ver un cambio orientado a satisfacer la demanda de los servicios de salud que el Estado presta, bajo el cobijo de la apuesta por un sistema de salud que de atención por grupos poblacionales en vulnerabilidad, pero con una visión segmentada a la hora de prestar los servicios

(funcional) de manera asistencial y solo en su vertiente de primer nivel de atención, está diferenciación parte de los que pueden pagar por algún sistema de aseguramiento y los que no lo pueden hacer y recurren a las instituciones públicas de salud, (entramado de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud).

Posteriormente, en el sexenio de Vicente Fox se da la afiliación más grande de la historia, al gestarse la oportunidad de impulsar una política que permitiera crear un sistema de protección social en salud a toda la población excluida por su condición laboral.

Al respecto, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se delinearon los principales ejes de equidad, calidad y protección financiera que sustentarían el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) mejor conocido como seguro popular y que completaría la afiliación en salud a los que no tuvieran el servicio de salud cubierto.

El tema principal en esos momentos era dotar de servicios básicos de salud (impulsado fuertemente por el Banco Mundial, sobre los países en desarrollo), lo cual impactó a México y en consecuencia después de un debate de como diseñar una política que garantizará el cumplimiento del artículo cuarto constitucional de protección en salud a todos los mexicanos, se procedió a crear las bases de una política pública, complementaria que prestaría acceso a los servicios de salud a la población no asegurada en nuestro país.

El programa planteaba alcanzar la conformación de un sistema universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, y participativo (Informe de Rendición de Cuentas [CNPSS], 2015)²⁰.

²⁰ De esta manera en mayo de 2003 fue establecido el Sistema de Protección Social en Salud, a partir de una reforma a la Ley General de Salud, que entró en vigor en enero de 2004 para implantar, en forma gradual,

Cómo dato complementario de acuerdo al (PND, 2013-2018, p. 47) en 2004, el Seguro Popular en sus inicios tuvo un paquete de servicios limitado en comparación con la cobertura que ofrecen los institutos de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE] a sus derechohabientes. De esta manera se instrumentó el diseño e implementación del Seguro Popular como una política de gobierno orientada a incluir a los millones de mexicanos que se encontraban sin una protección sanitaria formal, debido a su condición de exclusión del sistema laboral mexicano.

Bajo el gobierno de Felipe Calderón (2007- 2012), el acceso a la salud tuvo una continuidad del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), pues se tradujo en una afiliación masiva de personas no aseguradas y que en su conjunto con las que tienen acceso a institutos de seguridad social, se promovió casi el alcanzar la afiliación universal en nuestro país.

En el periodo descrito la administración se propuso concretar una afiliación total de los mexicanos sin servicio de salud, con los criterios de acceso del Seguro Popular, pretendiendo caminar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Para cumplir con éste propósito, en el Programa Nacional de Salud (2007-2012), se orientaron todas las acciones del sistema de salud en nuestro país a reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y

(en siete años) un sistema que busca dar efectividad creciente al derecho de salud de la población que anteriormente era considera abierta en los sistemas públicos de acceso a la salud.

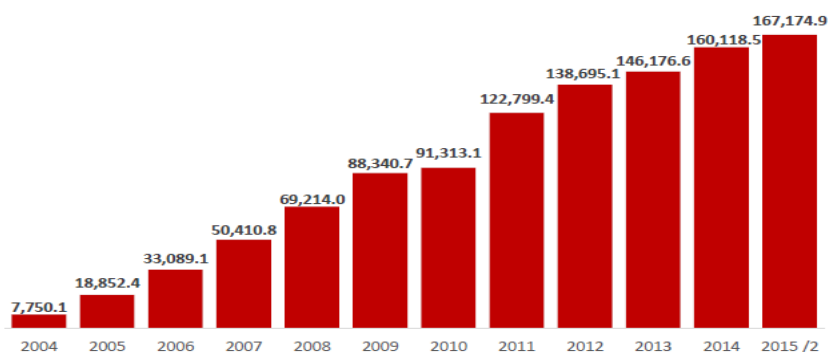
garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza, estas acciones habría que mencionar, fueron dirigidas al sector sin servicios de salud, el cual son los no asegurados que anteriormente se conocían como población abierta.

De esta manera, vemos como los esfuerzos de integración de las instituciones públicas de salud por medio de la coordinación de los Sistemas Estatales de Salud de cada entidad federativa con la Secretaría de Salud, se fueron sumando para fortalecer una cobertura masiva en el acceso sanitario en nuestro país, fortaleciéndose el esquema de financiamiento y respaldo a través de la federación mediante la figura del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Por lo tanto, la administración del gobierno federal en turno, se enfocó en consolidar la tendencia de ampliación del presupuesto, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, organismo encargado de instrumentar la mayor expansión en cobertura de salud registrada en las últimas administraciones, lo cual beneficio para el suministro consolidado de compra de medicamentos e insumos necesarios a las unidades y hospitales sanitarios a los largo del país, así como fortalecer la infraestructura y equipamiento de las instituciones públicas de salud.

CUADRO XI

Presupuesto asignado al SPSS 2004-2015 (Millones de pesos).



1/ Se considera como parte de las aportaciones al SPSS, los recursos federales transferidos a las entidades federativas para la atención a la salud de la persona de la población no derechohabiente de la seguridad social por otras fuentes de financiamiento, conforme a la afiliación observada en esos años y su vigencia de derechos.

2/ Recursos calculados de acuerdo a la afiliación programada del ejercicio 2015 más los presupuestos federales transferidos por otras fuentes de financiamiento.

Fuente: Secretaría de Salud

Es de observarse que la actual administración de Enrique Peña Nieto ha dado otro paso hacia el reto de la integración de los servicios públicos de salud. De acuerdo al (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018), se propone avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que garantice el acceso y la calidad de los servicios de salud, por lo cual, pareciera que la actual dinámica del ejecutivo federal, una vez alineados los diferentes Sistemas Estatales de Salud por medio de sus Regímenes Estatales de Protección Social en Salud [REPSS] coordinados por el (SPSS-Seguro Popular), transitaran por medio de acuerdos e instrumentos de planeación a una integración funcional de todos los servicios de acceso a la salud en el país.

Ello se puede constatar con el recientemente propuesto “Pacto por México” (Compromiso 2) continuar con la integración de los servicios de salud.

Mediante este Pacto, los signatarios acuerdan que el gobierno realizará un conjunto de acciones administrativas y que las fuerzas políticas pactantes impulsarán reformas legislativas, así como acciones políticas que amplíen la libertad y la gama de derechos exigibles y efectivos para todos los mexicanos.

Por lo cual, se propone crear una red de protección social que garantice el acceso al derecho de la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un acceso universal a los servicios de salud. (Pacto por México, 2013).

El anterior planteamiento en los tres primeros años de gobierno de la actual administración, se pueden apreciar, apenas en los acuerdos de coordinación que se han llevado entre el sistema público de salud (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud) agrupados en el Seguro Popular y el correspondiente a seguridad social, mismos orientados a la integración de los servicios de salud en

un solo modelo de salud, destacando el pleno funcionamiento de la portabilidad de las coberturas del Seguro Popular para que todos los asegurados, puedan ser atendidos en cualquiera de los Servicios Estatales de Salud de su elección y a mediano plazo, la convergencia entre el Seguro Popular y los otros subsistemas [IMSS e ISSSTE] para alcanzar la conformación de un sistema único de carácter universal y así igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos los servicios de salud independientemente su origen.

En este sentido, la acción más reciente es el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, firmado en un inicio por la Secretaría de Salud Federal, IMSS, ISSSTE y los gobiernos del Estado de México, Puebla, Baja California Sur y Oaxaca, quedando pendiente la firma progresiva de las demás entidades de la república mexicana.

La suma de voluntades de los firmantes se ha comprometido al desarrollo de acciones coordinadas y articuladas que permitan a la población tener un acceso efectivo a los servicios de salud para lograr gradualmente la universalización en la prestación de los servicios de salud. En el referido Acuerdo se compromete en lo particular a:

- Lograr mayores niveles de eficiencia en la atención de las necesidades de la población, mediante la solidaridad y corresponsabilidad de los firmantes de modo que la fragmentación jurídica institucional que genera una serie de barreras en la prestación del servicio, deje de ser un obstáculo en términos financieros y operativos.
- Fortalecer la coordinación de acciones entre el Programa IMSS-Prospera y el SPSS.
- La construcción de un modelo de atención homogénea con una operación integrada y coordinada entre la Secretaría de Salud, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud en las entidades federativas.

- Avanzar en la construcción de una cultura de respeto a los derechos que tienen los usuarios de los servicios de salud, a fin de garantizar el acceso, calidad y oportunidad en la atención médica, así como la protección financiera de los usuarios.
- Impulsar la operación, uso y actualización continua del Padrón General de Salud, a fin de identificar a personas y relacionar su condición de aseguramiento en tiempo real, que permitirles acceder a los servicios a los que tienen derecho en cualquier institución.
- Propugnar por el diseño y aplicación homogeneizados, de carácter interinstitucional, de guías de práctica clínica, protocolos de atención, grupos relacionados de diagnóstico (costos), expediente clínico electrónico y demás herramientas que coadyuven, a lograr en el mediano plazo, la universalización de los servicios de salud.
- Impulsar un sistema de salud eficiente, con mecanismos que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios, que consideren esquemas de planeación, evaluación del desempeño y rendición de cuentas a la población.
- Redefinir las directrices de coordinación del sistema de salud, para garantizar el uso ordenado de sus recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de los recursos humanos, afín de ser efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población, mediante la celebración de instrumentos jurídicos entre las diversas instituciones del sector público, en los que se establezcan los compromisos, términos y condiciones, así como las formas de pago, con las que se garantizará la atención médica, sin tomar en consideración su afiliación o derechohabencia.
- Fomentar la formación y capacitación de especialistas médicos que satisfagan los requerimientos de salud, así como alentar una retribución adecuada.
- Propiciar la corresponsabilidad de los derechohabientes y beneficiarios en el cuidado de su salud, mediante acciones que favorezcan la modificación

de los determinantes que influyan en ella. (Acuerdo Nacional hacia la universalización de los servicios de salud, 2016)

Por lo cual, a futuro hay que tener presente estas dos figuras (la portabilidad y la convergencia) pilares de la propuesta de consolidar un solo modelo de salud en nuestro país que esté integrado y tenga un acceso universal, orientado a servicios esenciales de salud y así consolidar la reciente visión de la Secretaría de Salud a 2030.

VISION DE LA SECRETARIA DE SALUD

En 2030 México cuenta con un sistema de salud integrado y universal que garantiza el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población; predominantemente público, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; financieramente sustentable; centrado en la persona, la familia y la comunidad; efectivo, seguro eficiente y sensible; enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; atento a las necesidades de los grupos vulnerables, y que propicia los espacios para la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

5.2 Procesos de rectoría de la Secretaría de Salud en salubridad general

Los procesos de rectoría y servicios a la comunidad se llevan a cabo por medio del entramado desconcentrado de la Secretaría de Salud, llevando acciones paralelas de promoción a la salud, (no de forma personal), sino de manera colectiva.

En este sentido, los bienes colectivos de salud son entendidos cómo, la rectoría que ejerce la Secretaría de Salud en los procesos de información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos, así como normar los servicios de salud a la comunidad, los cuales, son financiados mediante el

presupuesto destinado a la Secretaría de Salud por medio del Ramos 12 y el fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad.

Durante toda la planeación del modelo gubernamental de salud (en su vertiente rectora), se visualiza como las autoridades no modifican el entramado institucional que regula el acceso a los servicios de salud en nuestro país, sino se montan sobre los servicios e instituciones que siempre han existido en salubridad general.

De acuerdo a lo anterior, las diferentes figuras desconcentradas de la Secretaría de Salud y que a continuación mencionaremos, son las que ejercen, las acciones que moldean el mandato de rectoría que la Ley General de Salud otorga.²¹

En este sentido, los Centros Nacionales dispuestos en el entramado organizacional de la Secretaria de Salud a través del tiempo, han tenido por objetivo ejercer acciones interinstitucionales de prevención, planeación e instrumentación de acuerdo a su materia de creación en beneficio de la salud colectiva.

Tales son los casos de “Prevención y control de adicciones” que por medio del Centro Nacional Para la Prevención y el Control de las Adicciones se encarga de la coordinación de los sectores público, social y privado para lograr una red de servicios integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las adicciones con cobertura nacional (CENADIC, 2015).

²¹ Aclarando que sus acciones son de aplicación para todos los establecimientos de salud en el país independientemente de su origen (Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, Seguridad Social “IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX” y sector privado).

En materia de “Equidad de género y salud reproductiva” el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se encarga de llevar la rectoría e incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas como Cáncer de Mama, Cáncer Cervicouterino, Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género e Igualdad de Género en Salud (CNEGSR, 2015).

En materia de “Excelencia tecnológica en salud”, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, promueve procesos de mejora continua en la administración de los servicios sanitarios (CENETEC, 2015).

En materia de “Transfusión sanguínea” por medio del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, se procura la disponibilidad, accesibilidad, calidad y seguridad de la sangre, así como componentes sanguíneos y células progenitoras con fines terapéuticos, también formular y evaluar las políticas y estrategias nacionales en medicina transfusional (CNTS, 2015).

En “Prevención y el control del SIDA”, se instaura el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA que se vuelve la instancia rectora y de coordinación de respuesta nacional al VIH y las infecciones de transmisión sexual con base en evidencia científica (CENSIDA, 2015).

Para “Trasplantes” funciona el Centro Nacional de Trasplantes, que se encarga de determinar las políticas nacionales en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células (CENATRA, 2015).

En materia de “Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades”, se determinó crear el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades que promueve a nivel federal conducir e implementar los

programas sustantivos para reducir la morbilidad y mortalidad en la población mexicana y finalmente en materia de “salud de la infancia y la adolescencia”, se instaura el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia, el cual desde 1991 controla las enfermedades transmisibles, a través del establecimiento del Programa de Vacunación Universal en todo el país (CENAPRECE y CENSIA, 2015).

Todos los anteriores Centros, se vuelven las materias que el Estado mexicano utiliza para formular políticas transversales que permitan la prevención, obligando su aplicación a todos los establecimientos públicos que otorguen servicios de salud y fomentar una mejor calidad de vida.

Otras figuras que funcionan desconcentradamente de la estructura de la [SSA] son las Comisiones Nacionales que se encargan de implementar políticas y estrategias, así como modelos para el funcionamiento de la red hospitalaria federal y la provisión de servicios de salud a la población en los regímenes estatales que prestan atención clínica, la atención de controversias médicas, la regulación, control y fomento sanitario, conocimiento y aplicación de la Bioética en el ámbito científico, de la tecnología y la salud a nivel nacional.

Las Comisiones son instrumentos con que cuenta en Estado mexicano para ejercer todos los lineamientos normativos referentes a la atención médica en los establecimientos médicos del ámbito federal y en las entidades de la República mexicana. A continuación, se describen cada una de ellas:

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [C.C.I.N.S.H.A.E.] se encarga de diseñar e implementar políticas, estrategias y modelos innovadores para propiciar la generación de conocimiento científico de vanguardia y fomentar recursos humanos especializados, promoviendo el desarrollo y ejecución de proyectos de investigaciones específicos dirigidos a la identificación y modificación de los

factores que determinan la incidencia, prevalencia y resultado final de los principales problemas de salud en nuestro país (CCINSHAE, 2015).

La Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios [COFEPRIS] ejerce atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, conforme a la Ley General de Salud (art.17 bis).

- El control y vigilancia de los establecimientos de salud.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- El control sanitario de productos, servicios y de su importación y exportación y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos.

Por su parte la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED] se creó cómo organismo para presentar quejas por probables actos u omisiones derivados

de la prestación de los servicios médicos y se quieran resolver de manera pacífica, mediante acuerdos conciliatorios de arbitraje (CONAMED, 2015).

Por su parte la Comisión Nacional de Bioética [CONBIOTEICA] desde 1989 tiene sus antecedentes dentro del Consejo de Salubridad General al instaurarse el Grupo de Estudio conformado por un grupo colegiado, entre sus funciones está la de establecer políticas públicas en salud, fungir como órgano de consulta nacional, propiciar debates con la participación de los diversos sectores sociales y promover que en las instituciones de salud públicas y privadas, en materia de Bioética (CONBIOETICA-MEXICO, 2015).

Finalmente, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], se encarga de la provisión de servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. Trabaja de manera coordinada con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud [REPSS] y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

Para lograr su objetivo la Comisión cuenta con diversas estrategias y programas de atención a la población, entre ellos Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico Siglo XXI, Oportunidades en su Componente de Salud y Cirugía Extramuros (Seguro-Popular, 2015).²²

Los Consejos Nacionales son figuras que reúnen a los participantes del Sistema mandatados en la Ley General de Salud para la instrumentación y regulación de todas las instituciones de salud, en ellos se consensa y dispone políticas de aplicación nacional, de manera general podemos encuadrar que buscan preservar prolongadamente la salud, emiten acciones rectoras y

²² Precisamente esta Comisión es la que regula todo lo referente de la atención pública de salud en nuestro país y que para esta investigación se ha analizado.

estrategias que se vuelven disposiciones de carácter obligatorio en Salubridad General para todo el país, en cumplimiento del artículo 4 constitucional.

Cómo principal tenemos al Consejo de Salubridad General (CSG) quien busca preservar la salud de nuestra población a través de emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de salubridad general y reunir a todas las dependencias del gobierno federal y estatales que incidan sobre la materia regulada (alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, establecimientos destinados al proceso de medicamentos, cuadro básico de medicamentos y de tecnologías del sector salud, reconocimientos y estímulos para las instituciones en materia de salud (CSG, 2015).

Otro importante organismo para la operación del sistema público de salud en nuestro país, sin duda es el Consejo Nacional de Salud, que desde la década de los ochenta surge con el propósito de coordinar los esfuerzos federales con los estados de la República, al descentralizarse la administración de servicios, su propósito como instancia ha sido la coordinación de procesos y acciones en la programación, presupuestaria y evaluación de la Salud Pública (CNS.SALUD, 2015).

Dentro de los demás Consejos tenemos los Secretariados Nacionales contra las Adicciones, Salud Mental y Prevención de Accidentes, sin duda todos ellos contribuyen a normar, las disposiciones de prevención sobre los mecanismos de salud dirigidos a la comunidad.

Finalmente, la figura de los Institutos Nacionales juegan una doble función, en el Sistema Nacional de Salud, por un lado fortalecen los procesos de información para el campo de conocimiento de avances de clínica médica, desarrollo de recursos humanos (enseñanza médica e investigación) y evaluación necesarios para el funcionamiento del Sistema de Salud en nuestro país y por el otro, otorgan atención especializada médica de tercer nivel, (de acuerdo a su materia de

creación), cada Instituto desde un enfoque multidisciplinario participa en el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de enfermedades de alta especialidad, el ingreso a cada especialidad lo determinan los protocolos de acceso en función de la enfermedad del paciente.

- Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"
- Instituto Nacional de Geriátrica
- Instituto Nacional de Medicina Genómica
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" (parte integrante de nuestro programa de maestría).
- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa De Los Reyes"
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón De La Fuente Muñiz"
- Instituto Nacional de Rehabilitación
- Instituto Nacional de Salud Pública²³

En resumen, después de enunciar el análisis funcional de todos los organismos pertenecientes a la (SSA) en su papel rector, podemos ver que todas (sus acciones) en conjunto, fortalecen la función básica de salubridad general (no de forma personal) sino de manera colectiva, teniendo la responsabilidad rectora en la materia de salud de acuerdo a la Ley General de Salud en toda la República mexicana.

²³ Organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud.

5.3 Surgimiento de nuevos actores en la prestación de servicios públicos de salud

El proceso de integración funcional de los servicios públicos de salud en la estrategia para llegar a la cobertura universal que se ha trazado el actual gobierno federal, ha empezado y se ha decidido continuar con el diseño gubernamental del Sistema de Protección social en Salud (SPSS) mejor conocido como seguro popular, (creado para otorgar servicios de salud a la población abierta que no tiene una relación laboral), en este transcurso se han incorporado nuevos mecanismos y actores para la prestación de servicios de salud, los que han sido habilitados para otorgar las intervenciones esenciales y las catalogadas como de alta especialidad que generan gastos catastróficos en los tres niveles de atención, así como el suministro de bienes y recursos al sector público de salud en nuestro país.

Es decir, la participación de nuevos actores es cada vez más recurrente en la prestación de intervenciones esenciales y de alto costo (especialidades), de acuerdo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], las prestaciones de servicios médicos se brindan por medio de las unidades acreditadas para aplicar el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

En este sentido, recientemente podemos observar para 2015 los hospitales certificados para brindar servicios de salud (CAUSES) ascendía a 11 mil 698 establecimientos de los cuales, 52 corresponden al sector privado de un universo semántico etiquetado por el propio organismo de 3 mil 219, lo que nos lleva a visualizar el potencial de participación que tiene este nuevo actor en la prestación de servicios de salud, siempre guiados bajo la rectoría de la Secretaría de Salud que rige el Sistema Nacional de Protección Social en Salud [SPSS].

Dentro de este marco, el establecimiento de pagos por desempeño y estándares de calidad en los bienes y servicios generales que fueron habilitados

con el Fondo de Gastos Catastróficos han brindado la oportunidad para que, en la atención de intervenciones de alta especialidad, se creen sinergias entre el sector privado y público, bajo la insignia de portabilidad de servicios tutorados por el ámbito federal.

Cómo antecedente de participación recordemos que el sector privado, está presente desde mediados de la década de los ochenta, muestra de ello, es el surgimiento promovido por empresarios desde la sociedad civil organizada a través de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), mecanismo utilizado para proponer constantemente al gobierno, abrir esquemas que permitieran contribuir y participar en los servicios y construcción de hospitales, así como incidir en la discusión de la agenda en temas de salud en nuestro país.

Inmerso bajo un contexto donde las inequidades en el acceso a la salud y en su financiamiento marcaron fuertes diferencias en el acceso a los servicios públicos de salud en sus tres niveles de atención, los primeros objetivos de FUNSALUD se centraron en el acceso de los menos favorecidos y en el desarrollo de instrumentos de ciencia y tecnología en materia de salud, así durante el paso de los años, FUNSALUD se fue reconociendo entre los sectores de la sociedad civil, cómo uno de los principales, qué mejor promueven acciones complementarias en el acceso a los servicios de salud y a la investigación médica para mejorar los procesos de atención.

El crecimiento del sector salud, su reconocimiento cómo derecho social y los avances de cobertura que se fueron dando gradualmente desde la década de los ochenta, siempre han estado acompañados del sector privado, participando desde el ámbito de la sociedad civil, con el propósito de canalizar acciones filantrópicas, así como la inversión social en beneficio de la salud, de esta manera, el sector empresarial ha reclamado cada vez más de la participación de esquemas que le dejen una participación a los empresarios en la provisión de insumos al sector salud y recientemente en la subrogación de servicios de salud, bajo un esquema

de unidades privadas de salud “acreditadas” para aplicar el Catálogo Universal de Servicios de Salud que la figura del Sistema de Protección Social en Salud dispone para el cumplimiento del artículo cuarto constitucional.

Sin duda otro mecanismo donde hay participación del sector privado es la adquisición consolidada de la compra de medicamentos, en este sentido, los últimos años no han sido fáciles para la industria farmacéutica, de acuerdo a (PWC, 2014) la desaceleración económica, las medidas de contención de costos por parte de las instituciones de salud y la disminución del poder adquisitivo ha impactado sobre el mercado de los medicamentos, lo que fomenta la preferencia en la compra de medicamentos genéricos, al presentarse en paralelo la pérdida de patentes de medicamentos esenciales, pues desde hace 12 años los genéricos son líderes del mercado total de medicamentos en nuestro país contabilizando casi 8 de cada 10. A esto también hay que sumar que el proceso de inclusión de nuevos medicamentos al cuadro básico o catálogo de medicamentos único del SPSS por parte del Consejo de Salubridad General (CSG), es complicado debido a la poca seguridad, eficacia o fallos en los estudios proporcionados por las farmacéuticas.

En este sentido, recientemente como parte de buenas prácticas internacionales en los procesos de contratación pública diseñadas por la Organización para la Cooperación Económica [OCDE], el sector salud en nuestro país ha decidido implementar la estrategia de compras consolidadas en los diferentes insumos que se necesitan para operar los servicios de salud, es decir, los asuntos regulatorios han cambiado la forma de contratación y relación con otros actores del sector privado. (Farmacéuticas y empresas de dispositivos médicos por volumen).

En los procesos de portabilidad y homologación de los servicios de salud que damos cuenta, es necesario caracterizar otro actor para llevar a cabo la estrategia que permita efectuar la participación entre proveedores de servicios de salud

(públicos y privados) mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), en este sentido, la implementación del Expediente Clínico Electrónico es el mecanismo que impulsa la convergencias entre proveedores, beneficiando a todos los participantes en la atención médica (invariablemente a través de plataformas interconectadas, la información del paciente deberá ser compartida).

Los seguros médicos privados son otro ejemplo, pues cada día se perfilan (además de sus propios servicios) cómo una opción de consolidarse y habilitarse como proveedores de servicios públicos de salud, dispuestos para cuando se requiera por la autoridad rectora en salud:

En su habilitación para participar en la provisión de servicios de salud recientemente se ha dado un giro que los potencializa, por medio de la nueva Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LISF), cambiándose la gestión interna de las compañías de seguros en general, al establecerse las bases de un autogobierno que permita consolidarse en el tiempo, orientándose a los temas de solvencia bajo tres pilares 1. Cálculo de reservas y capital, 2. Gobierno corporativo y 3. Información (PWC, 2014). Así particularmente para los seguros de salud, las aseguradoras tendrán una participación más activa en la reforma del sector salud, al estar habilitadas mediante coberturas complementarias a los sistemas públicos de salud, es decir, participar de los servicios que por su complejidad no puedan ser cubiertos por los proveedores públicos de salud.

Recientemente, en ésta tendencia donde participa el sector privado en el proceso de servicios de salud, ubicamos otro esfuerzo donde el sector privado participa, por medio del Programa de Cirugía Extramuros coordinado por la Secretaría de Salud donde se agrupa un conjunto de organizaciones públicas con la iniciativa privada, para otorgar los servicios de cirugía general de manera altruista y sin desembolso económico para el usuario (oftalmología, ortopedia, cirugía reconstructiva, labio y paladar hendido, cataratas, estrabismo,

malformaciones de las extremidades, secuelas de quemaduras) todas ellas, enfermedades o lesiones que marginan al paciente socialmente, limitan su capacidad de desarrollo personal y su desempeño escolar y laboral.

El programa evita desplazamientos que causan altos costos a las familias con mayores rezagos y alta dispersión geográfica (áreas rurales o de alta marginación y a localidades indígenas) utilizando quirófanos móviles y la infraestructura existente de la Secretaría de Salud y la colaboración altruista con el sector privado. (Informe de Resultados, CNPSS, 2015)

Los resultados ofrecidos, sin duda contribuyen a la provisión de cirugías que se necesitan en el ámbito rural y de difícil acceso en nuestro país, en ello podemos observar como la solidaridad de la iniciativa privada ayuda desde esquemas de altruismo y beneficencia a la alta demanda que se tiene en los hospitales públicos en la provisión de cirugías de alta demanda, dejando constancia que este tipo de acciones potencializan el acceso a los servicios de salud y que en cualquier momento, cuando la legislación lo permita, el sector privado participe con criterios de empresa en el sector público de la salud.

Hoy que se encuentra ante una nueva oleada de reformas nuestro Sistema Nacional de Salud, es pertinente observar cómo la flexibilización del entramado jurídico hace posible en sus formas, contratar insumos e infraestructura hospitalaria, además de subrogar servicios para la atención de salud que antes eran exclusivos del sector público.

En esta línea, es oportuno describir la participación del sector privado en la construcción de infraestructura compartida bajo un esquema de subrogación de construcción y operación de servicios. Estos casos donde se da la participación de nuevos actores para infraestructura, cómo comenta Ricardo Raphael (2015), se han firmado varios contratos para la construcción y operación de nuevos hospitales bajo un esquema de asociaciones público-privadas (APP), Las APPs en

el sector salud han sido utilizadas antes para que privados construyan inmuebles donde se alojan hospitales que luego son arrendados, de manera forzosa, por muchos años, con incrementos anuales de renta superiores a la inflación.

En el mismo tema Laurell (2015) plantea contextualiza sobre estas prácticas, la privatización puede transitar por varias rutas. Una es la subcontratación o subrogación de servicios complementarios con prestadores privados ya que tienen la facultad legal ejecutarlo. Ejemplo en los años de 2009 a 2013 al firmarse el contrato multianual de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SESVER) con una empresa integradora de soluciones en materia de salud (FinaMed) por un monto de 11 mil millones para dar servicios complementarios especializados en 11 hospitales estatales de Veracruz. De acuerdo al sitio electrónico Msnoticias los servicios subrogados fueron:

Procedimientos de Cirugía Cardiovascular y Torácica; Hemodinamia; Quirófano; Imaginología y Hemodiálisis que presta Finamed en: el Centro Médico de Especialidades de Veracruz, Dr. Rafael Lucio, (Cemev) de Xalapa; el Hospital General Dr. Luis F. Nachón, de Xalapa; el Hospital General Regional de Alta Especialidad de Veracruz; el Hospital General Dr. Emilio Alcázar de Tuxpan; el Hospital Regional de Poza Rica; el Hospital General Manuel Ávila Camacho de Martínez de la Torre; el Hospital General Jesús García Corona de Tierra Blanca; el Hospital General Yanga de Córdoba; el Hospital Regional de Río Blanco; el Hospital General Dr. Bernardo Peña de San Andrés Tuxtla; y en el Hospital General Dr. Valentín Gómez Farías de Coatzacoalcos (Ms noticias, 2013).

Bajo este contexto donde el surgimiento de nuevos actores en la prestación de servicios de salud vemos cómo se ha potencializado el ingreso de empresas del sector privado en asuntos que anteriormente eran solo competencia del

gobierno, sin duda ello, ha correspondido a una lógica donde los procesos de gobierno han permitido una participación de esquemas de gestión privados sobre las acciones que han conservado en absoluto monopolio público, ahora en una realidad distinta donde la sociedad organizada participa en nuevas respuestas en la sustitución acelerada de servicios que presta el gobierno.

5.4 Integración de los servicios públicos de salud por medio del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Las dos últimas reformas (1983 y 2003) a nuestro sistema de salud público, son las que soportan el marco legal de atención de los servicios públicos de salud, la primera es cuando se reforma la Constitución y se determina que *“toda persona tiene derecho a la protección de la Salud”* (art.4) es decir, por primera vez se reconoce en el entramado jurídico el derecho a la salud desde la Carta Magna, lo que obliga en consecuencia a que al año siguiente (1984) se promulgue la Ley General de Salud, sin embargo, la Ley conducente nunca estableció la categoría de cobertura nacional universal sobre las ya instituciones que dan acceso a los servicios de salud de manera abierta, por lo cual, tuvieron que pasar varios años hasta que en el sexenio de Vicente Fox, cómo hemos visto, se decide retomar este proyecto y se reforma nuevamente la (Ley General de Salud, 2004) y se dispone en el artículo 77, que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. Con esta reforma por primera vez se destraba dentro de la estructura política del Estado mexicano, la incorporación del derecho a la salud a las vidas de millones de mexicanos que no tienen garantizada la cobertura en salud.²⁴Lo anterior, se da con el objetivo de garantizar a la población que por su situación laboral no cuenta con algún mecanismo de seguridad social.

²⁴ Cifras de CONEVAL nos mencionan que a 2010 son 64 millones de personas que están fueran de las instituciones de seguridad social en México y por consecuencia no cuentan con el servicio médico.

En los antecedentes del Sistema de Protección Social en Salud, tenemos que en el año 2001:

...el gobierno puso en marcha un programa piloto llamado Salud para Todos, el cual se llevó a cabo en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco; para el 2002, 14 entidades más habían aceptado ofrecer servicios de salud bajo este programa, teniendo una afiliación de un total de 295 mil 513 familias.

Aunado al objetivo de fungir como programa piloto, el Seguro Popular de Salud, respondió al menos a tres grandes objetivos fundamentales:

- 1.- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- 2.- Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.
- 3.- Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

En el año 2003 con la Reforma a la Ley General de Salud, el Seguro Popular dejó de ser un programa gubernamental y se convirtió en ley creándose el Sistema de Protección Social en Salud (Sitio electrónico del Régimen estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca, 2015).

De igual manera, podemos ver cómo el diseño gubernamental de atención pública elegido, trato de resolver el acceso de millones de mexicanos fuera del sector productivo formal al ubicar en su estructura orgánica desde una rectoría federal, pero con una aplicación estatal, la cobertura financiera en el acceso a los servicios de salud para tratar las enfermedades esenciales de millones de mexicanos que han estado excluidos del derecho de salud.

Para lograrlo y cumplir con el artículo constitucional, de acuerdo con (Frenk, 2007) el reto para las autoridades federales, fue el financiamiento y el diseño de un instrumento que permitiera dar la cobertura de forma sumaria en toda la República y que agrupara los esfuerzos de cada entidad en materia de salud.

En este sentido, la reforma de la Ley General de Salud (2003) implicó separar el financiamiento entre los bienes públicos de la salud y los servicios personales de salud, figuras construidas para poder aterrizar la propuesta de afiliación en salud e instrumentar el cumplimiento constitucional referido en las ya fragmentadas instituciones de salud. De acuerdo con Frenk (2007):

Los bienes públicos de salud incluyen la función de rectoría (planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos), así como los servicios de salud comunitaria.

Las funciones de rectoría se financian a través del presupuesto de la Secretaría Salud y el nuevo Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad se usa para financiar exclusivamente las actividades de salud pública proporcionadas en los niveles federal y estatal.

Los servicios personales de salud se basan en una lógica de aseguramiento que permite proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera asociada con la enfermedad. (Por lo cual, se crea el seguro popular) que divide los servicios personales de salud en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo nivel, que se proporcionan en el contexto de la atención ambulatoria y en hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel, financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

La prestación del paquete esencial de intervenciones (CAUSES) se ha descentralizado al nivel estatal, ya que se trata de

intervenciones que se asocian con eventos de salud de bajo riesgo y alta probabilidad. (Por medio de la atención de los Servicios Estatales de Salud) y sus estructuras administrativas creadas para la coordinación del seguro popular Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, [REPS]). En contraste, las intervenciones de alto costo de tercer nivel requieren de un fondo que mancomune el riesgo al nivel nacional, su atención se da a través de un catálogo de unidades certificadas de alta especialidad, así como de unidades regionales o nacionales que ofrezcan servicios financiados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

CUADRO XII

Relación entre tipos de bienes y fondos en el Sistema de Protección Social en Salud. México.

| Tipo de bien | Bienes de salud | Fondo |
|--|---|--|
| Bienes públicos de salud | Rectoría | Presupuesto de la Secretaría de salud |
| | Información, evaluación, investigación, desarrollo de recursos humanos | |
| | Servicios a la comunidad | Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad |
| Servicios personales de salud (seguro popular) | Servicios esenciales de salud (atención de primer y segundo nivel) | Fondo para Servicios Personales de Salud |
| | Servicios de salud de tercer nivel de alta especialización asociados con gastos catastróficos | Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos |

Fuente: Frenk. J. et al, (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Revista Salud Pública México, Vol. 49(sup 1):23-36.

De acuerdo a lo anterior, el principal reto para la integración de los establecimientos públicos de salud en todo el país y para hacer cumplir el precepto constitucional, fue la financiación referida, operando sobre la infraestructura ya instalada en el país (unidades médicas de la Secretaria de

Salud) así como los descentralizados Servicios Estatales de Salud [SESA], que incorporaron estructuras administrativas llamadas Regímenes Estatales de Protección Social en Salud [REPSS], las cuáles fueron habilitadas para garantizar las acciones de protección social en salud, mediante el financiamiento y la coordinación con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que atiende las intervenciones esenciales de primer y segundo nivel y las de alto costo, llamadas catastróficas del 3er nivel de atención.

En paralelo, el financiamiento de los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud (anteriormente vistos) se realizó para llevar acciones de rectoría y servicios de salud a la comunidad.

Es decir, el modelo propuesto consistió en separar las atribuciones de un mandato constitucional: al ejecutivo federal (la rectoría) cediendo la atención médica (abierta) de servicios básicos y de segundo nivel a las entidades federativas, por medio de un catálogo de intervenciones médicas (CAUSES) y conservando la atención especializada o de tercer nivel en los hospitales federales por medio de un Fondo para gastos catastróficos que cada día incorpora, también al sector privado.

En este sentido, todos los servicios públicos de salud de atención personal pasan por la infraestructura de los sistemas de salud en los estados y en las figuras de atención federal dispuestas para las enfermedades de atención especializada (tercer nivel) y las certificadas del sector privado.

Por lo cual, se volvió imperativo para el diseño del nuevo modelo de atención, fortalecer las instituciones de salud de especialidades a población abierta, regionales y de referencia (Secretaría de salud con todos sus Hospitales e Institutos nacionales, así como sus Comisiones y Consejos rectores) y los Servicios Estatales de Salud, conformados desde el proceso de descentralización (iniciado en la década de los ochenta), ambos como hemos visto en la presente

investigación, se caracterizan por ser fragmentados y heterogéneos en los diferentes ámbitos de competencia en los servicios que prestan.

En este sentido, podemos observar cómo la reforma de salud de 2003, tuvo como objetivo hacer una reingeniería presupuestal a nivel nacional -en la prestación de servicios de salud a población abierta con la consigna de otorgar protección en salud o toda la población nacional, sobre las bases de los servicios de salud ya establecidos, teniendo como reto, -el otorgar una cobertura básica como se venía haciendo, pero de manera normada y bajo un esquema de acceso a las enfermedades esenciales que se presentan con más frecuencia, además del diseño de un instrumento para dar acceso controlado a las intervenciones que implican una atención especializada y que de acuerdo a la justificación gubernamental implican gastos catastróficos para la economía de los mexicanos por su alto costo.

Ante este panorama, hay que reflexionar sobre el sentido funcional de las instituciones de salud, cómo lo comenta Gilberto Rincón Gallardo (citado en Fuentes, 1998), las instituciones de asistencia social forman parte de nuestra identidad y de nuestros referentes políticos, ya que están allí desde hace muchos años, sin embargo, la mayoría no sabe de su sentido funcional, ya que estas se van transformando de acuerdo a un poder político imperante, adaptándose y dando respuesta hacia la población que se encuentra en escenarios de vulnerabilidad y exclusión social y que representa un poder político para su permanencia en el sistema.

Al surgir el Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, el cual fue aprobado en abril de 2003 y entró en vigor el 1o de enero de 2004, con la meta de alcanzar la cobertura universal en el año 2010. De acuerdo a (CNPSS, 2015):

Se ofrece protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguro público de salud. Su estructura financiera se basa en una lógica tripartita de derechos y responsabilidades que es similar a la de las dos dependencias de seguridad social más importantes –IMSS e ISSSTE. La estructura financiera tripartita del Seguro Popular incluye aportaciones de tres fuentes: el gobierno federal, un contribuyente corresponsable y el beneficiario.

En este sentido, el Seguro Popular, es un modelo de financiamiento creado para otorgar cobertura de servicios de salud, siendo la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) la instancia que administra e integra los recursos otorgados a este programa para ser repartidos entre las entidades de la República.

De igual manera, para este planteamiento es necesario recordar que el sistema de acceso a la salud en México está dividido en dos ámbitos, los asegurados por los esfuerzos gremiales, es decir, los Institutos de Seguridad Social, correspondientes a la clase trabajadora (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y para los que no cuentan con un empleo formal “no asegurados” esta la Secretaría de Salud y los ahora Servicios Estatales de Salud (SESA) con sus estructuras administrativas de coordinación, los Regímenes Estatales de Acceso a la Salud (REPS), que integrados brindan el servicio a través de un esquema de co -financiamiento con el Gobierno Federal denominado Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, que opera con la infraestructura de salud de los estados de la República mexicana.²⁵

²⁵ La diversidad de las áreas responsables de la operación del programa Seguro Popular (la red hospitalaria de cada entidad federativa, red hospitalaria de la Secretaría de Salud, algunos institutos nacionales de

Por lo cual, el esfuerzo de integración mandatada en la (Ley General de Salud 2003, art. 77 bis) donde se especifica crear un modelo que capte a toda la población que no cuenta con servicios de salud, a través de la utilización de la infraestructura de los estados, se vuelve la figura central del entramado institucional en las últimas administraciones, en este sentido, lo que se pretende es garantizar el disfrute de una atención médica en concurrencia con las entidades, utilizando la portabilidad²⁶ entre los Servicios Estatales de Salud [SESA] y la referencia y contra referencia de envío a la red hospitalaria de atención regional y especializada federal de la Secretaría de Salud²⁷, así como los

investigación y sector privado, hacen que haya carencia de planes estratégicos y confunden al usuario de dónde acudir para su atención a pesar de su integración en la figura de afiliación y financiación que brinda.

²⁶ Para profundizar en la portabilidad entre Regímenes de Protección Social en Salud (REPS) se sugiere revisar el CONVENIO Marco de Colaboración y Coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. 04 de marzo de 2008; Disposiciones Procedimentales del proceso de pago interestatales por compensación para el pago de servicios de salud 2014. Comisión Nacional de Protección Social en Salud CNPSS.

²⁷ La cual se compone por: los **Hospitales Federales de Referencia** que son un conjunto de seis unidades hospitalarias cuya área de influencia comprende al Distrito Federal y estados conurbados; aunque esencialmente operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Tienen como objetivo principal, la prestación de servicios de atención médica general y especializada, investigación con capacitación y formación de recursos humanos, en los cuales existen más de 20 especialidades que ofrecen (endocrinología, dermatología, cirugía plástica, pediatría, endoscopia, ginecología, reumatología, oncología, urología, ortopedia y psiquiatría). 1.-Hospital de la Mujer, 2. Hospital General de México, 3. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, 4. Hospital Juárez de México, 5. Hospital Juárez del Centro. 6. Hospital Nacional Homeopático y los **Hospitales Regionales de Alta Especialidad** que ofrecen un conjunto variable de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstica- terapéutica, habrá que mencionar que operativamente mantienen un funcionamiento continuo de 24 horas todo el año, involucrando profesionales de diferentes disciplinas, con saberes especializados y alto grado de destreza con equipamiento de alta tecnología. 1. Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas 2. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (Hospital Bicentenario) 3. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán 4. Hospital de Alta Especialidad de Oaxaca 5. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío 6. Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

establecimientos privados habilitados para cubrir enfermedades que eviten gastos catastróficos, cómo hemos visto están mandatados en la Ley General de Salud y coordinados por la Coordinación Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS] que a su vez es órgano desconcentrado de la [SSA].

Por ello, desde 2003 las autoridades han lanzado el diseño de una política pública enfocada en alcanzar la cobertura de salud para las personas que no cuentan con una afiliación dentro de las instituciones de seguridad social, la importancia de analizar en esta investigación, el acceso a la salud en las instituciones públicas de salud, hacen pensar las contradicciones de un sistema creado para dar acceso integral solo a la clase organizada en comparación con la fragmentación y focalización hacia enfermedades que las últimas administraciones en el poder plantean, para ejercer el derecho de la salud a través de la integración de los servicios sanitarios en el país, por lo cual, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud desde 2004 y, en virtud de lo dispuesto en su artículo 77 Bis 6 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos de los estados habilitaron por medio de Acuerdos, la coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en todo el territorio nacional.²⁸

El planteamiento desarrollado para esta investigación constata el tránsito hacia la integración de los servicios de salud esenciales y especializados en toda la República bajo una vertiente pública, en este sentido, la Secretaría de Salud por medio de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, tiene a su cargo instrumentar la política de protección social en salud, dándose a la tarea de iniciar en cada Entidad un proceso de afiliación para integrar a la población no derecho habiente a los servicios de salud, dispuestos bajo la nueva figura del Seguro Popular.

²⁸ De acuerdo red de prestadores de servicios de salud para 2015 son 11 mil 698 unidades médicas integradas por los Servicios de Salud Estatales, Organismos Públicos Descentralizados, Hospitales privados y unidades médicas del IMSS Prospera en todo el país.

Ejemplo en el Distrito Federal.

Desde julio de 2005, el Gobierno del Distrito Federal incorpora a sus programas de salud al Seguro Popular, como un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social (Seguro popular-DF, 2015).

De manera similar cada entidad de la República mexicana, vinculó su sistema de salud local, mediante la figura administrativa de régimen estatal de protección social en salud perteneciente al Sistema Protección Social en Salud (SPPS).

De acuerdo al informe de resultados (primer semestre 2015) de la CNPSS, los integrantes de las familias de cada estado afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud reciben los siguientes servicios sanitarios (consultar el Anexo 2. “Principales indicadores de los componentes del Sistema de Protección Social en Salud”)

1. El total de intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) son 285 que cubren de forma explícita y pormenorizada 1,534 enfermedades. Las cuales son divididas en:

CUADRO XIII

Intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

| Intervenciones | Grupo |
|----------------|--|
| 27 | Salud pública (vacunación y acciones preventivas) |
| 109 | consulta de medicina general, familiar y de especialidad |
| 7 | odontológicas |

| Intervenciones | Grupo |
|----------------|-----------------------|
| 26 | urgencias |
| 49 | hospitalización |
| 67 | cirugía general |
| 285 | Intervenciones |

Fuente: Elaboración propia. Con datos del Anexo I. 2015. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Comisión Nacional de Protección Social de Salud. Seguro Popular.

Para su tratamiento son utilizados 642 medicamentos inscritos en el Catálogo de Medicamentos y otros insumos del CAUSES.

2. La cobertura de 59 padecimientos de alta especialidad que ofrece el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, los cuales se caracterizan por su alto costo, a fin de evitar gastos de bolsillo que pongan en riesgo el patrimonio familiar.

CUADRO XIV

Intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

| Intervenciones | Paciente | Grupo |
|--------------------------|--|---|
| 45 | Paciente pediátrico /menores de 18 años | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados intensivos neonatales • Trastornos pediátricos, quirúrgicos y congénitos y adquiridos. • Enfermedades metabólicas menores de 10 años. • Cáncer en menor de 18 años. |
| 10 | Paciente adulto | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer en mayor de 18 años • VIH-SIDA • Infarto agudo de miocardio • Hepatitis crónica C |
| 4 | Trasplantes (paciente pediátrico y adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Cornea • Medula Ósea en menores de 18 años • Medula Ósea en mayores de 18 años • Trasplante renal en menores de 18 años |
| 54 Intervenciones | | |

Fuente: Elaboración propia. Con datos del Anexo I. 2015. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Comisión Nacional de Protección Social de Salud. Seguro Popular.

Por el contrario, las enfermedades no cubiertas en el CAUSES de acuerdo al Director del Régimen de Protección Social en Salud de Michoacán, Rene López Nieto, detecto las siguientes enfermedades y servicios no cubiertas por el Seguro Popular (La Jornada de Michoacán, 2012).

- Adquisición de Lentes de Contacto y Anteojos,
- Apnea del Sueño,
- Calvicie,
- Cama extra,
- Cirugía por alteraciones de la refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbiopía),
- Cirugías de columna vertebral (se incluyen hernias de disco),
- Compra y reposición de prótesis y aparatos ortopédicos; así como Pulmón artificial, marcapasos y zapatos ortopédicos
- Sangre y homoderivados
- Diálisis
- hemodiálisis,
- Errores innatos del metabolismo,
- Esterilidad,
- Impotencia sexual,
- Insuficiencia renal crónica,
- Intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos para control de la fertilidad,
- Natalidad e infertilidad.
- Lesiones derivadas de padecimientos no cubiertos
- Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico
- Tampoco se cubre reembolso médico de aquellos gastos erogados fuera del catálogo de medicamentos esenciales (Renta de prótesis, órtesis, y aparatos ortopédicos, sangre y hemoderivados, servicios brindados por

programas y campañas oficiales de salud vigentes, servicios de enfermeras y cuidadoras personales, síndromes cromosómicos, traslados en ambulancia área y terrestre,

- Trasplantes de órganos (corazón, hígado, páncreas, pulmón, piel, otros)
- Trastornos psiquiátricos mayores que requieren hospitalización.
- Tratamiento dental que requiere servicio de ortodoncia y cirugía maxilofacial, así como prótesis dental;
- Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas o vegetarianos,
- Tratamientos médicos o quirúrgicos en base a hipnotismo,
- Quelaciones,
- Magnetoterapia, y
- Cualquier tipo de medicina alternativa no aprobada por la Secretaría de Salud, tratamientos en vías de experimentación y tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.

3. La atención preventiva y la detección temprana de enfermedades y daños a la salud de las niñas y los niños mexicanos menores de 5 años que no sean derechohabientes de ninguna institución de servicios de salud, brindando servicios médicos de primero, segundo y tercer nivel con los que se pueden evitar enfermedades y discapacidades desde el momento de su nacimiento por medio del Seguro Médico Siglo XXI antes Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que ofrece la cobertura de 146 intervenciones, enfermedades que puedan presentar los menores de 5 años de edad, adicionales a las que cubre el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), teniendo una cobertura en todo el territorio nacional.

CUADRO XV

Intervenciones del seguro médico siglo XXI. 2015

| Intervenciones | Grupo |
|-----------------------|--|
| 9 | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias |
| 5 | Tumores |
| 2 | Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad |
| 6 | Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. |
| 5 | Enfermedades del sistema nervioso |
| 1 | Enfermedades del ojo |
| 4 | Enfermedades del oído |
| 4 | Enfermedades del sistema circulatorio |
| 9 | Enfermedades del sistema respiratorio |
| 5 | Enfermedades del sistema digestivo |
| 3 | Enfermedades de la piel |
| 4 | Enfermedades del sistema osteomuscular |
| 11 | Enfermedades del sistema genitourinario |
| 41 | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal |
| 29 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas |
| 1 | Síntomas y signos generales |
| 7 | Traumatismos, envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas |
| 1 | Quemaduras y corrosiones |
| 2 | Complicaciones de la atención médica y quirúrgica |
| 1 | Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud |
| 149 | Intervenciones |

Fuente: Elaboración propia. Con datos del acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa seguro médico siglo XXI. Para el ejercicio fiscal 2015. Diario Oficial de la Federación. 28 de diciembre de 2014.

Además de forma paralela se suman los esfuerzos del componente salud PROSPERA “Inclusión social” antes Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, que en su operación y financiamiento es responsabilidad de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que promueve a las familias beneficiarias, el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud y su migración progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), con el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes, asegurando la afiliación efectiva al Seguro Popular y al Seguro México Siglo XXI a los niños menores de 5 años por medio de la coordinación de los Servicios Estatales de Salud, y con el IMSS-PROSPERA (Rural y Urbano) que tradicionalmente ha llevado éste programa con una antigüedad de 37 años y que actualmente a presta servicios para 12 millones de mexicanos por medio de 3 mil 594 unidades médicas rurales, 273 unidades médicas urbanas, 222 brigadas de salud, 37 unidades médicas móviles, 39 centros de atención rural obstétrica y 80 hospitales rurales, organizados en regiones y zonas que facilitan la organización de los servicios, agrupados bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se compone de dos vertientes primordiales: la atención médica y la acción comunitaria.

En la vertiente que le corresponde a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, lo hace con una asignación presupuestal “S072 para el Componente de Salud del Programa Prospera” por un monto aproximado de más de 6 mil millones de pesos. (Informe de resultados, 2015. CNPSS, primer semestre)

Las acciones de promoción de la salud se desarrollan principalmente bajo tres modalidades:

- Capacitación para el autocuidado de la salud;

- Información, orientación y consejería de manera individualizada durante las consultas, y
- Emisión de mensajes colectivos dirigidos a las familias atendidas de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida, ampliando y reforzando los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud (PROSPERA, 2015).

Cómo lo comentamos, el acceso a la salud hoy se encuentra ante una transición que promete para las autoridades federales ejercer los procesos de rectoría y ejercitar una creciente integración de los servicios de salud en toda República mexicana, para llegar al año 2030 a un escenario donde se hable de un solo sistema público de salud que de atención al mandato constitucional de salud, independientemente de su afiliación, por ello, los retos de atención los ubicamos entre una disociación de los esfuerzos gubernamentales -hacia la integración institucional (funcional) que aglutine procesos paulatinos que conformen un solo modelo gubernamental, agrupados en el reciente Sistema de Protección Social en Salud, (Seguro Popular) que sirva para englobar los esfuerzos de la Secretaría de Salud federal y los estados de la República, para brindar atención a población abierta y sus familias que no cuentan con un empleo formal y fundamentalmente sirva de modelo y propuesta para alinear los servicios de salud que prestan los otros subsistemas de seguridad social (IMSS e ISSSTE).

Conclusiones

Los concluyentes a los que se llegó en el desarrollo de cada uno de los 5 apartados que integran la presente investigación, suman en su conjunto la confirmación del supuesto que nuestras instituciones públicas de salud a lo largo de su construcción, transitan de esquemas fragmentados en su organización a procesos donde la integración de funciones, vienen a plantear una solución de accesibilidad para la población abierta que por su situación laboral no cuenta con una atención de servicios de salud (garantía de protección social que se mandata en nuestra constitución), por lo tanto, todas las etapas de transición que nuestro país ha tenido en su historia develan las contradicciones de un sistema creado para dar acceso a la clase organizada (laboral) en comparación de los dispersos y fragmentados servicios de salud que perduraron y que recientemente tienen el propósito de integrarse en un sistema restringido que solo da atención a las principales enfermedades por medio de catálogos de atención.

Por lo cual, a continuación se mencionan cada uno de los concluyentes a los que se llegó, lo anterior, en una lógica del planteamiento metodológico elegido que parte de un análisis descriptivo que permite centrar nuestra investigación en la línea de debate sobre qué tipo de sistema de salud debe promoverse dentro de las esferas públicas de nuestro país, las cuales, se encuentran en un proceso de consolidación democrática e inmersos en procesos globales donde el mercado reclama participar cada vez más de las acciones que tradicionalmente pertenecen en la esfera de competencia del Estado.

Desde su vertiente teórica en el **primer apartado**, se reconoce la interacción de los actores individuales en el sistema público de salud desde un punto de análisis histórico social, pues se analiza el marco de referencia bajo una orientación de los elementos de la teoría institucional y de los sistemas sociales donde se contrastan unos con otros en su reconocimiento bajo un mismo espacio y tiempo.

Al contrastarse los elementos de las categorías conceptuales del institucionalismo y el sistema social como vertiente teórica en las ciencias sociales, podemos visualizar el marco de referencia para entender la acción dentro del sistema social en las instituciones, ya sea en el caso individual o de grupo, promoviéndose un esquema relacional para interactuar entre sí, donde la acción sea parte de un proceso en el sistema, ofreciendo un marco adecuado para abordar el problema de la complejidad en la organización institucional. Esa misma complejidad de la que damos cuenta (en las intervenciones del trabajo social) y en los análisis de la realidad donde intervienen múltiples disciplinas para describir los hechos sociales en un tiempo y espacio determinados, cómo es para esta investigación los servicios de salud.

En suma, se puede concluir que el enfoque de análisis institucional y de sistemas ofrece un marco adecuado para abordar la complejidad de las organizaciones sociales dentro del Estado, ya que organizan una respuesta ordenada a nuestra sociedad, para lo cual se necesitan marcos renovados para su comprensión, así como para orientar las acciones que se toman en la esfera pública.

Respecto a la vertiente teórica de exclusión social a la que también nos referimos en éste capítulo, se puede concluir que surge en el propio sistema, en un contexto donde los procesos globales de mercado impactan la esfera pública y política de nuestra sociedad, ella no acontece solo en las periferias, sino en el centro mismo de la organización social, en otras palabras, son fallas toleradas que justifican la razón de ser de las instituciones (económicas y políticas) que dirigen y controlan el rumbo de la propia sociedad.

Con lo anterior, hemos comprendido que los procesos de exclusión son consecuencia de la propia estructura social que nos rige, representando un nuevo reto, pues como paradigma representa el análisis de una fragilización social que

caracteriza a la sociedad contemporánea y salarial, haciendo su aparición en la década de los noventa del siglo XX, particularmente en los países en desarrollo, tal es el caso de nuestro país, ya que en el transcurso de las últimas décadas la atención pública de salud, es un derecho imprescindible que queda al descubierto por no estar garantizado en su totalidad en el conjunto de instituciones que el Estado mexicano se ha responsabilizado cubrir.

En suma, en este apartado pudimos observar los mecanismos teóricos que nos ayudan a comprender el funcionamiento de las instituciones públicas de salud.

Por lo que respecta, al **apartado segundo** se conceptualiza el origen de los servicios de salud en el entramado institucional del Estado moderno dentro del contexto de reconocimiento de los sistemas de seguridad social y del derecho a la salud, se puede concluir que la estructura gubernamental en la atención de los servicios públicos de salud, ha cerrado las brechas en su acceso, lo anterior, por el reconocimiento que se ha dado en el derecho positivo (reforma constitucional de 1917 y 1983 y a la Ley de Salud de 2003), es decir, las diferentes estructuras de gobierno, lo han incorporado progresivamente en su entramado legal, teniendo como resultado un innegable avance al posicionarlo como responsabilidad estatal.

Por lo cual, la salud es considerada un fenómeno abordado tanto por las ciencias exactas y las sociales, ya que su estudio compete fenómenos individuales y colectivos, los primeros abordados por la clínica y la medicina, mientras los segundos relacionados con la epidemiología y la salud pública desde enfoques sociológicos, políticos y por el trabajo social.

En este contexto, se comprendió como el Estado moderno, se constituyó como forma de organización social, privilegiando la concepción de derechos sociales del individuo teniendo la obligación de protección de las personas en sus enfermedades.

En el tercer apartado se puede observar cómo nuestro país, tránsito en el acceso público de la salud de una atención primaria y asistencial a una institucionalización de los servicios que iniciaron con la promulgación de la Constitución de 1917.

Durante el proceso de transición se puede concluir que el acceso a la salud estuvo controlado por la iglesia católica con el establecimiento de hospitales dependientes de la estructura sacerdotal, llegando la atención solo en un nivel primario de contención hacia los más desprotegidos, más no de forma integral para restablecer los estados de enfermedad de la población, los mayores favorecidos fueron los círculos cercanos a la corona.

Con el análisis de los documentos de antecedentes históricos, se pudo observar cómo la lucha entre los modelos propuestos por conservadores y liberales para el país, fueron caracterizando los nacientes servicios de salud que transitaron de una vertiente asistencial y desorganizada con tradición eclesiástica a una institucionalización y centralización de los servicios de acceso primario en salud con responsabilidad del Estado hacia los más desprotegidos.

También se pudo observar, la instauración del nuevo régimen político independiente, ya que sus atribuciones facultaron al ejecutivo el normar sobre las acciones en cuidado de la salud, para bienestar general, por medio de instrumentos de salubridad pública teniendo el control de las enfermedades de contagio y las amenazas de las epidemias que cambiaron la demografía de la época.

Durante el análisis de la época revolucionaria, se puede percibir cómo el país se encontró ante una crisis sanitaria, por la lucha interna y desestabilización política, de acuerdo a lo analizado en esta etapa, la atención en salud durante el movimiento de revolución, se tuvo que resolver con los medios disponibles y con

un criterio propio, a ello corresponden todos los esfuerzos de las diferentes fuerzas revolucionarias que dispusieron para curar a sus enfermos.

Con la promulgación de la Constitución del 1917 se responsabilizó a la función ejecutiva de representar la autoridad máxima en materia de salubridad general, además, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se continuó la transición de institucionalización de la protección de los más necesitados y del acceso a los servicios de públicos de salud a población abierta con características de atención focalizada y sin una lógica integral de restablecimiento ante la pérdida de la salud.

Con lo cual, se pudo observar que en la época no hubo un proyecto global que integrará una atención general de acceso, (para fines de la población sin servicio o excluida) a cambio vimos como los servicios de salud en los estados, siempre tuvieron cómo eje rector a la Secretaria de Salubridad y Asistencia por medio de los convenios de cooperación, solo estableciéndose responsabilidades de coordinación interinstitucional compartidas.

Por lo tanto, se puede concluir que a lo largo de las diferentes épocas de construcción del Estado mexicano, las acciones de la naciente estructura gubernamental, marcaron tendencia hacia la institucionalización de la atención de los servicios públicos de salud, a la par con la consolidación de un Estado independiente de la corona española, que fue normando el entramado jurídico para el establecimiento de las principales instituciones de salud en nuestro país, caracterizándose por ser centralistas y focalizadas en su atención.

Para el cuarto apartado, se visualizaron los retos que enfrentaron las instituciones públicas de salud en el siglo XX, donde se pasó de un dominio federal a una responsabilidad estatal en la atención de salud, pudiendo concluir que la concentración e integración excesiva de los servicios de salud en el centro de la República, provocó un proceso de descentralización enmarcado en una

reforma que el Estado en su conjunto, se sometió para dar paso a esquemas de organización más flexibles y que permitieron afrontar los cambios epidemiológicos de enfermedades de contagio a crónicas degenerativas de la población mexicana.

Pudiéndose observar cómo los servicios de salud en los estados, en su inicio a través de la figura de la desconcentración, implementaron acciones de prevención y asistencia en coordinación con la rectoría de la Secretaría de Salud que centralizaba el poder político y la administración de los servicios de salud.

En este sentido, al realizar el análisis de los procesos de institucionalización de los establecimientos de salud, tenemos que para la década de los cuarenta se da la separación definitiva de los servicios para la población asegurada y los de población abierta, confiriéndoles a cada ámbito, funciones normativas y presupuestarias independientes, este hecho generó una fragmentación en vez de coordinar todas las instituciones de salud existentes, ya que los primeros recibían mejor atención en el restablecimiento de la enfermedad del trabajador y su familia, mientras que los segundos solo se les garantizaba una atención de las principales enfermedades consideradas de primer nivel de contacto y salud colectiva.

También se puede observar que a raíz del crecimiento económico que se generó a partir de la década los años cuarenta hasta los setenta, en promedio (5-6%) se permitió la expansión de infraestructura médica a población abierta, su área de influencia comprendió al Distrito Federal y los estados conurbados, aunque esencialmente su funcionamiento respondió a la construcción de unidades especializadas en la atención médica de las enfermedades crónicas degenerativas que grupos con mayor vulnerabilidad reclamaron, solo enfocándose en un servicio especializado o cómo actualmente se conoce de 3er nivel de atención, lo anterior, sucedió porque la estructura gubernamental privilegiaba acciones de impacto y lucimiento federal en vez de promover unidades médicas para la atención en el resto de la República mexicana.

En este apartado, también se pudo apreciar que los principios de integración de los servicios de salud a población en general, se originaron hacia finales de la década de los setenta y principios de los ochenta gracias a la reforma administrativa donde se descentraliza la salud del ámbito federal a los estados de la República mexicana.

En otro sentido, al analizar los retos del cambio epidemiológico de la población se pudo observar que nuestro país se encuentra en proceso de envejecimiento, lo que implica retos en los servicios para otorgar cuidados paliativos y tratamientos para enfermedades crónico- degenerativas a largo plazo.

Por lo tanto, las enfermedades de transmisión han sido desplazadas, por enfermedades no transmisibles (crónico-degenerativas) y por accidentes que requieren tratamientos complejos, así como de intervenciones médicas de avanzada tecnología, lo que incrementa el costo para su tratamiento y rehabilitación, implicando para los servicios públicos de salud grandes costos en atención preventiva, curativa y de control.

Por lo anterior, se puede concluir en términos generales para este apartado que las cambiantes acciones sanitarias que se han implementado en nuestro país, corresponden a secuencias de políticas no coordinadas, emitidas por diferentes dependencias, mismas que han influido desigualmente en las condiciones de salud de distintos sectores de la población, por lo cual, el gobierno federal en respuesta instrumentó el denominado cambio estructural de salud, al modificar el Artículo 4 constitucional que implicó la sectorización de los servicios de salud para la población no asegurada y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial de todos los estados con sus estructuras sanitarias, volviéndose el antecedente de los esfuerzos que hoy lleva el gobierno por instaurar un solo sistema de salud a nivel nacional.

Por último, en el quinto apartado se puede concluir que la conformación del actual modelo de salud en su vertiente pública, funciona en los ámbitos de aplicación federal y estatal, en el primero se efectúan los procesos de rectoría que la Secretaría de Salud promueve en materia de salubridad general y en el segundo se puede observar, la organización de los servicios personales de salud para población sin empleo, por medio de la integración que se ha venido efectuando en los Sistemas Estatales de Salud con las reformas legales de 1983 y 2003, la primera a la Constitución y la segunda a la ley reglamentaria en nuestro país.

Lo anterior, se puede observar en los organismos desconcentrados de la Secretaría de Salud cómo entes rectores que fortalecen la función básica de salubridad general (no de forma personal), sino de manera colectiva.

Mientras tanto, los servicios personales de salud responden a una estrategia que se inició en la década de los ochenta con la descentralización de la salud de parte de la federación hacia los estados y su instrumentación, desde entonces, se ha llevado -a través de integrar paulatinamente los establecimientos públicos de salud de las entidades con los esfuerzos de la red hospitalaria federal de acceso regional y de alta especialidad y recientemente por un instrumento financiero de origen federal que respalda los esfuerzos de las entidades federativas para brindar una atención en salud ante escenarios de enfermedad.

De igual manera, observamos que el proceso de integración de la atención médica en su vertiente pública- de la cual se da cuenta en ésta investigación, busca que los servicios de salud se den por medio de un catálogo de intervenciones que cubran las enfermedades de mayor prevalencia en dos grupos de atención, las esenciales y las de alta especialidad en la figura del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como seguro popular.

Dicho instrumento, observamos se constituyó cómo el primer programa sanitario que racionaliza el acceso a la salud, por ello, podemos concluir que la protección de enfermedades no es integral, ni mucho menos universal, por limitar su acceso mediante catálogos, sin embargo, lo que sí, se ha observado, es un avance masivo en la afiliación o cobertura de la población sin protección de servicios de salud.

En este sentido, no se puede perder de vista que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se ha vuelto un modelo para futuras fusiones entre subsistemas de acceso a la salud, es decir, que la atención se dé por medio de catálogos de enfermedades esenciales y de alto costo y su financiamiento quede orientado a ser cubierto por cuotas solidarias entre gobierno federal, entidades federativas, patrones y usuarios, por lo tanto, el Seguro Popular, no corresponde a una política innovadora, sino solo representa una parte de la reforma que ha sufrido el sector salud desde 1983 hasta la fecha, conceptualizándose como una estrategia que solo integra y administra la atención de los servicios básicos de salud y de algunas enfermedades de alta especialidad, por lo que hay que tener presente la reformulación que el gobierno federal está llevando a cabo.

En éste quinto apartado, también hemos comprendido que la integración de los servicios públicos de salud, no resuelve el problema del gasto de bolsillo, porque no considera las diferencias regionales, ni mucho menos las internas de los propios estados, en sus respectivos diagnósticos epidemiológicos, geográficos, demográficos y económicos. A ello se suman los criterios de acceso limitado de los servicios médicos enunciados en el (CAUSES) y los problemas de (saturación del servicio, falta de coordinación del primer, segundo y tercer nivel de atención, falta de medicamentos, equipo médico, quirófanos e ineficiencia administrativa) por lo que las familias que no pueden restablecer su salud, teniendo que recurrir a otras instancias privadas para recuperar su salud, lo que abre crecientemente la posibilidad de asumir el costo desde el bolsillo del paciente, lógica contraria a los fines propuestos.

Con lo cual, se rompe la idea de una atención médica gratuita que se venía ofreciendo, anteriormente con la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, (enfermedad diagnosticada - enfermedad tratada) y solo en algunos hospitales federales, considerando el pago de acuerdo a un estudio socioeconómico, (después de recobrar su salud), ahora en el presente esquema, el pago queda condicionado a ser anticipado y que esté cubierto por alguno de los catálogos de acceso. Por lo tanto, se concluye que el diseño del nuevo modelo de acceso público, se aleja de ser una responsabilidad social de parte del Estado, para establecerse como una responsabilidad en lo individual, con la participación gubernamental.

Lo cual, ha propiciado una mayor fragmentación de los servicios públicos de salud, en el sentido, de no lograr un sistema de salud integral, sino por el contrario, se hizo visible las diferencias entre los servicios médicos en toda la República, profundizando más la disparidad de cobertura entre todos los estados y entre los subsistemas de seguridad social que dan acceso a la salud en el país.

Por lo tanto, las implicaciones del cambio de modelo en la atención de las enfermedades, que presenciamos ahora bajo los criterios de integración del Seguro Popular, y sus tendencias a integrarse en un solo modelo de acceso a la salud, marcan nuevos retos a ser resueltos en la agenda gubernamental de nuestro país. Por ello, los asuntos relacionados con el tipo de servicios médicos que serán sujetos a intercambiarse entre los prestadores de los diferentes subsistemas de salud, el cómo fiscalizar a los gobiernos estatales en el uso de los recursos públicos para que realmente se destinen a infraestructura médica y contratación de personal, la forma de facturar los servicios entre prestadores de servicios de diferentes subsistemas, la homologación de condiciones de trabajo del personal del ámbito de la salud, la referencia y contra referencia entre prestadores, son temas que veremos en la agenda del gobierno para alcanzar un solo modelo de salud.

Por lo tanto, la convergencia y portabilidad entre subsistemas de salud pertenecientes a otras esferas de planeación (seguridad social) con los Servicios Estatales de Salud coordinados por la Secretaría de Salud, son asuntos que el gobierno mexicano deberá replantearse y promover en el corto plazo para la implementación de acciones y lograr un Sistema Universal de Salud que permita el intercambio de servicios entre instituciones de salud en nuestro país.

En términos generales, planteamos que el acceso a los servicios públicos de salud debe pasar transversalmente en la conformación de un régimen democrático, enmarcado bajo la figura integral de protección de Estado. Por lo cual, la salud entendida como derecho positivo de la población mexicana, debe transitar a un esquema que dé acceso sin condiciones a todas las formas institucionales para restablecerse y dejar de ser conceptualizada cómo un reconocimiento solo de protección laboral y asistencial que dé cobertura solo de las principales enfermedades que padece su población.

Dentro de este marco, la salud no tiene que conceptualizarse cómo un gasto, sino cómo una inversión del propio régimen para poder permitir su funcionamiento económico y social, entendiendo que el actual modelo propuesto es parte de una transición de reforma donde las autoridades federales y estatales promocionan una limitada atención de los servicios de salud en nuestro país.

Referencias

- Abdo-Francis. M. y Vázquez-Ortega. R. (2011), La cirugía en la Revolución Mexicana. *Revista Médica del Hospital General de México*; 74 (1), 50-55.
- *Agenda de seguridad social: compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia* (2008). México: Ediciones Fiscales ISEF.
- Ander-Egg. E. (2009) *Diccionario del trabajo social*. Córdoba: Brujas/ICSA.
- Arendt. H. (2000). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Alianza.
- Arredondo A. (2003). Federalismo y Salud: estudio de caso del sistema de salud en México. En *Federalismo y Políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva internacional*. Quebec, Canadá: Instituto Nacional sobre el Federalismo.
- Arteaga. C. Las repercusiones de la investigación en la Práctica Profesional del Trabajo Social, en Castro, Martín, Chávez, Julia y Vázquez, Silvia. (2014) *Epistemología en Trabajo Social*. Tomo II. (pp. 87-101). México: UNAM/UAS/ACANITS
- Ávila Baray, H.L. (2006) *Introducción a la metodología de la investigación* Edición electrónica.
- Baena, G. (1985). *Manual para elaborar trabajos de Investigación Documental*, 3ª. reimp., Ed. Editores Unidos Mexicanos, México.
- Bell Adell. C. (2002). *Exclusión social: origen y características*. Recuperado de http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf
- Berlín. J. (abril 2014). Origen y evolución del seguro social. *Revista Examen del Partido Revolucionario Institucional*. Número 229, año XXIII.
- Beveridge. W. (1987). *Las bases de la seguridad social*, México: Biblioteca de la Salud - Instituto Nacional de Salud Pública- Fondo de Cultura Económica.
- Bobbio, N. Matteucci. N. y Pasquino. G. (1997). *Diccionario de Política*. (10ª Ed.). México: Editorial Siglo Veintiuno Editores.

- Boltvinik. J. y Hernández Laos. E. (1999). *Pobreza y distribución del ingreso en México*. México: Siglo XXI editores.
- Borrell-Carrió. F., Suchman. A.L, Epstein. R.M (noviembre - diciembre 2004). El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, la práctica y la investigación científica. *Revista Annals of Medicine Family.*; 2 (6): 576-82. Recuperado de <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.abstract>
- Brachet- Márquez V. (2010). Salud y seguridad social 1917-2008: ¿quién decide? En Méndez J.L. (coordinador). *Los grandes problemas de México. Vol. XIII. Políticas Públicas*. México: Colegio de México.
- Carmona. D. (2010) Memoria política de México: México: edición Perenne.
- Comisión de la Comunidades Europeas. (2001). *Libro verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. Bruselas, Bélgica. CCE.
- Comisión de Salud y Seguridad Social. (1983). *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. México: Coordinación de los Servicios de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Contreras. E. (2011), *Presentación del Curso Exclusión social*. México: Posgrado Escuela Nacional de Trabajo Social- UNAM.
- Corbbeta, P. (2007) *Metodologías y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Mc Graw Hill. Interamericana de España.
- De la Fuente J.R. y Juan. M. (1996). *La Descentralización de los Servicios de Salud: Una responsabilidad compartida*, México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud.
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1999). El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional. *México: FCE*.
- Duverger. M. (1970). *Instituciones políticas y derecho constitucional*. Barcelona: Ariel.
- Existen intervenciones no cubiertas en el seguro popular. *Diario Jornada de Michoacán*, 05 de febrero de 2012. Recuperado de

<http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2012/02/05/existen-intervenciones-medicas-no-cubiertas-por-el-seguro-popular/>

- Fajardo. G. (2010). Tiempos y destiempos de los hospitales mexicanos hacia 1910. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 48 (3): 265-272.
- Fischer A.M. (2008). Resolving the Theoretical Ambiguities of Social Exclusion with Reference to Polarisation and Conflict, DESTIN Working Paper no.90, Development Studies Institute, London School of Economics and Political Science, London, United Kingdom. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/internationalDevelopment/pdf/WP/WP90.pdf>
- Flores Aréchiga. A. (abril-junio 2002). El Sistema de Salud Mexicano: Observaciones y Notas Comparativas. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Vol. 3 No.2.
- Flores. E. E. (2002). El sistema de salud mexicano: observaciones y notas comparativas. *Revista de Salud Pública y Nutrición*; 3 (2).
- Francesc Borrell-Carrió, Anthony L. Suchman, Ronald M. Epstein (2004) El modelo biopsicosocial 25 años después: Principios, práctica y la investigación científica. *Revista Annals Medicine Family*. Noviembre; 2 (6): 576-582. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>
- Frenk. J. et al, (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Revista Salud Pública*. Vol. 49 (sup 1);23-36.
- Frenk. J. y Gómez. O. (2008). *Para entender el sistema de salud en México*. México: Nostra ediciones.
- Fuentes, M. (1998). *La asistencia social en México. Historia y perspectivas*. México: Ediciones del Milenio.
- _____. (2005), *Política Social del siglo XXI: Retos perspectivas en México*, Edo. México: PRI/ Porrúa.
- Gonzáles. B. (2003). *La seguridad social en el mundo*. México: Siglo XXI editores.

- González Block. M.A. (1990). Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México. *Revista de Salud pública, México*: 32:337-351.
- Gudiño. M.R. Magaña. L. Hernández. M. (2013). La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Revista de Salud pública de México*. Vol. 55, Nº. 1.
- Guerrero. O. (1986) *Introducción a la Administración Pública*, México: Harla.
- _____. (2011). *Historia de la secretaría de Gobernación: De su origen al final del siglo XX*. México: Editorial Porrúa- UNAM.
- Gutiérrez. S.E. y Rives R. (1995). *La Constitución mexicana al final del siglo XX*, México: Las líneas del Mar.
- Hernández Laos, E. (2003). *Globalización, Desigualdad y Pobreza: lecciones de la experiencia mexicana*, México D.F.: UAM, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias y Humanidades, Plaza y Valdez.
- Hernández. A. (2008). *La seguridad social en crisis: el caso del seguro social en México*, México: Porrúa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2001). *Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000*. México: INEGI.
- Kelsen. H. (1980). *Compendio de Teoría General del Estado*, México: Editora Nacional.
- Kliksberg. B. (1999). *La pobreza un tema impostergable*, México: FCE.
- La seguridad social como respuesta a la crisis; Sociedades en envejecimiento; Seguro de desempleo en tiempos de crisis. (diciembre de 2009). *Revista Trabajo 67*. Organización Internacional del Trabajo.
- Lassalle. F. (2012) *¿Qué es una Constitución?*; (trad. Wenceslao Roces). Barcelona: Ariel.
- Laurell, Asa C. (05 de agosto de 2015), Rutas de privatización en salud. *La jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/08/05/opinion/a>
- Levy. S. (Comp.). (2004). *Ensayos sobre el desarrollo económico y social de México*, México: FCE.

- Lomelí. L. (2008). La pobreza en los orígenes del pensamiento económico, en Rolando Cordera et al (Comp). *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*, México: Siglo XXI, UNAM Instituto de Investigaciones Sociales.
- López F. J. (1993). Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. *Revista Salud Pública*; Vol. 35(5):437-439.
- Loyo- Varela. M. y Díaz- Chazaro. H. (nov-dic, 2009). Hospitales en México. *Revista Cirugía y Cirujanos de la Academia Mexicana de cirugía*. Vol. 77. Núm. 6.
- Lozoya. X. (1998). *La Herbolaria en México*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Colección Tercer Milenio.
- Ludwig V. B. (2006). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (traducción, Juan A.). México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Luhmann. N. (1998). *Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general* (Trad. Silvia P. y Brunhilde E.) Barcelona: Anthropos.
- Machiavelli. N. (2008). *El príncipe*. Madrid: La mandrágora Cátedra.
- Maynard Keynes. J. (1984) *Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero*, México: FCE.
- Mendieta y Núñez. L. (1980). *Derecho Social*. México D.F. Editorial Porrúa.
- Mendizábal. G. (coord) (2005). *Apuntes multidisciplinarios de seguridad social*, Cuernavaca, Mor., México: Ediciones mínimas.
- Mill. J. S. (2008). *Principios de economía política*. Madrid: Síntesis: Fundación ICO.
- Miranda. F. (1991). Evolución de la sanidad en México. *Revista de Salud Pública México*; Vol. 33(5):554-559.
- Montagut. T. (2000). *Política social. Una introducción*, Barcelona: Ariel.
- Moreno, J.L. y Domínguez. M. (ene-jun, 2000). Teoría de Sistemas, Trabajo Social y Bienestar. *Revista Nómadas: crítica de ciencias sociales y*

- jurídicas. 1. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/>
- Morones. I. (1975). *Tesis mexicanas de seguridad social*. México: s/e.
 - Mosquera J. y Muñoz D. (Ene-jun, 2012). Una mirada teórica y metodológica a la obra de Niklas Luhmann: entre sistema y entorno. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. Vol.3. No. 1; 133-146.
 - Narro. J. Cordera. R. Lomelí, L. (2010). Hacia la universalización de la seguridad social. Documento preliminar. Simposio 2Hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social”.
 - Narro. J. Moctezuma. D. Orozco.L. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Revista Economía*. 7. Número especial: UNAM.
 - Natalidad y fecundidad (2015), Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
 - North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. (trad. Agustín Bárcena) México. FCE.
 - O'Donnell. G. (octubre, 2008). Algunas reflexiones acerca de la democracia, el Estado y sus múltiples caras. Caracas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 42.
 - Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo (2010): La financiación de los sistemas de salud. el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS
 - Parsons. T. (1968). *La estructura de la acción social*. (Traducción. Caballero. J.J.) Madrid: Guadarrama.
 - _____. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
 - Pipitone. U. (1995). *La salida del atraso: un estudio histórico comparativo*. México: Centro de Investigación y Docencia Económica/FCE.
 - PriceWaterHouseCoopers, PWC (2014). Perspectivas del Sector Salud en México para el 2015. Retomado de

<https://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2014-11-perspectivas-2015-sector-salud-mexico.pdf>

- Rawls. J. (2002). *La justicia como equidad: una reformulación*. Barcelona. México: Paidós Ibérica,
- Ricardo Raphael (30 de julio de 2015). El IMSS si se privatiza. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/columna/ricardo-raphael/nacion/2015/07/30/el-imss-si-se-privatiza>
- Ritzer. G. (2001). *Teoría sociológica moderna*. Madrid; México: McGraw-Hill.
- Rodríguez de Romo A.C. y Rodríguez Pérez M.E. (Jul-Oct, 1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX, *Ciências, Saúde Manguinhos*, V(2): 293-310.
- Ruiz-Massieu J.F. (1986). La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones En De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-Rodríguez J, Martuscelli-Quintana J, Sandoval-Hernández S *et al. La descentralización de los servicios de salud: el caso de México*. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa.
- Ruth Levitas, Et al., (2007). Department of Sociology and School for Social Policy Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs University of Bristol.
- Salineros. C. (1969). *Acción Internacional en el campo de la seguridad social*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile.
- Sarabia. A. (1995). *Teoría General de Sistemas*. México: Isdefe.
- Saraví. G. (2009). *Transiciones vulnerables. Juventud, desigualdades y exclusión en México*. D.F. México: CIESAS. Ed De la Casa.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1982). *La salud pública en México 1959-1982*. México: SSA.
- Smith. A. (2009). Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. Madrid: Tecnos.

- Soberón. G. (1987). El cambio estructural en la salud. *Revista de Salud Pública México*; 29:127-140.
- _____. (1996). La Descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Revista de Salud Pública México*; Vol. 38(5):371-378.
- Soberón. G. Kumate. J. y Laguna. J. (1998). *La Salud en México: Testimonios 1988*, Tomo III. Desarrollo institucional. Vol. 2. Asistencia Social. México: Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica.
- Soberón. G. y Valdés-Olmedo. C. (2007). Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México? *Revista de Salud Pública México*; Vol. 49 (sup 1):5-7
- Terrés J. (1916) Reseña histórica del Instituto Médico Nacional de México. *Gaceta Médica de México*; 11(1-6); 132.
- Titmuss, R.M. (1981). *Política social*, Barcelona- Caracas- México: Editorial Ariel.
- Torres E. (2009). *Hazañas y muerte de Pancho Villa*. México: Universia Biblioteca.
- Uvalle R. (1984). *El gobierno en acción, la formación del régimen presidencial de la administración pública*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Vanegas G. J.H. y Gil Obando. L.M. (enero - diciembre 2007) La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12*, 51 – 61. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a04.pdf>
- Vargas Hernández, J. G (2005). Análisis de fundamentos de la teoría Institucional. *Revista Digital Universitaria*, Volumen 6 Numero 8, 3-21.
- _____. (2008). Perspectivas del Institucionalismo y Neoinstitucionalismo. *Jalisco: Instituto Tecnológico de Cd. Guzmán*.

- Vellinga, M. (Coord) (1997). *El cambio del papel del Estado en América Latina*, México: Siglo XXI Editores.
- Vera, M. y Pimienta, R. (2001). La acción sanitaria pública en el estado de México 1824-1837. *Revista: Política y Cultura*. (16).
- Viesca, C. (2004). La medicina prehispánica. En *Gran Historia de México Ilustrada. El Mundo prehispánico, vol. II*, México: Planeta de Agostini, Conaculta, INAH.
- Waldo D. (1972). *The Administrative State*. New York: Ronald Press Co, 1948.
- Zambrano. M. (2004). *Persona y democracia: La historia sacrificial*. Madrid: Ediciones Ciruela.
- Zárate. E. (marzo- agosto 2001). Descentralización de los Servicios de Salud. *Revista SITUA de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco*. Año 9 N° 18. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/descen_serv_salud.htm

Leyes y documentos institucionales

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 05 de febrero de 1917.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Texto vigente. Diario Oficial de la Federación. 27 de enero de 2016.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Organización Mundial de la Salud OMS.
- Ley Orgánica de la Administración Pública. Diario Oficial de la Federación. 29 de diciembre de 1982.
- Ley General de Desarrollo Social. Diario Oficial de la Federación. 7 de noviembre de 2013.

- Ley General de Salud. Texto vigente. Diario Oficial de la Federación. 10 de mayo de 2016.
- Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República. Diario Oficial de la Federación. 25 de agosto de 1934.
- Ley que crea el Hospital Infantil y Cardiología (1943), Diario Oficial de la Federación. 23 de junio de 1943
- Ley que crea los Institutos de oftalmología, gastroenterología y urología. Diario Oficial de la Federación. 30 diciembre de 1950.
- Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
Diario Oficial de la Federación. 10 enero de 2014.
- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988
Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 1983.
- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994
Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 1989.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.
Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 2005.
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 2001.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012
Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 2007.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
Diario Oficial de la Federación. 20 de mayo de 2013.
- Decreto Presidencial que crea el Instituto Nacional de Cancerología. Diario Oficial de la Federación. 25 de noviembre de 1946.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948.
Recuperada de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Carta del Atlántico. 14 de agosto de 1941. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/history-united-nations-charter/1941-atlantic-charter/index.html>

- Sentimientos de la nación. 14 de diciembre de 1813. Recuperado de www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/1813.pdf.
- Decreto del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Diario Oficial de la Federación. 11 de marzo de 1996.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Diario Oficial de la Federación. 21 de septiembre de 2001.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Diario Oficial de la Federación. 07 de enero de 2008.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. 12 de diciembre de 2013.
- Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud (primer semestre 2015) Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Recuperado de http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/08/asun_3258372_20150805_1438788978.pdf
- Tercer informe de gobierno. Presidencia de la República. Enrique Peña Nieto. Recuperado de <http://www.presidencia.gob.mx/tercerinforme/>
- Anexo Estadístico. Tercer informe de gobierno. Presidencia de la República. Enrique Peña Nieto. Recuperado de <http://www.presidencia.gob.mx/tercerinforme/>
- Sexto informe de gobierno. Presidencia de la República. Felipe Calderón Hinojosa. Recuperado de <http://calderon.presidencia.gob.mx/multimedia/biblioteca-digital/informes-de-gobierno/>
- Acuerdo por el que las entidades de la administración pública paraestatal se agrupan por sectores de acuerdo con el ejecutivo Federal. Diario Oficial de la Federación. 17 de enero de 1977.
- Decreto que modifica la Ley de Secretaría y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Asistencia Pública. Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1937.

- Decreto de creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación. 18 octubre de 1943.
- Decreto del gobierno que seculariza los hospitales y establecimientos de beneficencia. Diario Oficial de la Federación. 02 de febrero de 1961.
- Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los Servicios de salud de la Secretaria de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación. 30 de agosto de 1983.
- Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la SECRETARIA de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR", proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.
Diario Oficial de la Federación. 08 de marzo de 1984.
- Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2015. Recuperado de http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/previsualizador/vista.aspx?arch=/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/aegeum/2015/702825077280.pdf&tipo=1
- Declaración Alma- Ata (1978). Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud. URSS. OMS- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- Manual de Organización Especifico del estado de Veracruz para los servicios de salud, s/a. Recuperado de http://web.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/10/10_ADMINISTRACION.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSALUD). México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/>

- Código Sanitario de México. 27 de marzo de 1926. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/13970/v5n9p367.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000), Diario Oficial de la Federación. 11 de marzo de 1996.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. 17 agosto de 2012.
- Acuerdo de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Oaxaca, para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en Materia de Salud a Población Abierta 1986. Diario Oficial de la Federación. 28 de febrero de 1987.
- Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el art. 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación. 03 de febrero de 1983.
- Decreto de expedición de la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 07 de febrero de 1984.
- Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 15 de mayo de 2003.
- Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre entidades federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. 04 de marzo de 2008
- Disposiciones procedimentales del proceso de pago interestatales por compensación para el pago de servicios de salud 2014. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. CNPSS. Recuperado de [http://www.repssver.gob.mx/uploads/file/descargas/2015/2_%20Disposicion%20Procedimentales%20\(2%20julio%202014\).pdf](http://www.repssver.gob.mx/uploads/file/descargas/2015/2_%20Disposicion%20Procedimentales%20(2%20julio%202014).pdf)

- Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa seguro médico siglo XXI. Para el ejercicio fiscal 2015. Diario Oficial de la Federación. 28 de diciembre de 2014.
- Acuerdo Nacional hacia la universalización de los servicios de salud. 07 abril de 2016. Secretaria de Salud, IMSS, ISSSTE. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/76997/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf
- Anexo I. 2015. Catalogo Universal de Servicios de Salud. Comisión Nacional de Protección Social de Salud. Seguro Popular. Recuperado de <http://www.repssver.gob.mx/uploads/file/transparencia/Fraccion20/2015/Anexo%20I%202015%20completo.PDF>
- Agencias. (08 de agosto de 2013). Suspende Finamed servicios médicos en 11 hospitales de Veracruz. *MS Noticias*. Recuperado de <http://www.msnoticias.com/notas.asp?id=78773>
- La situación demográfica de México (2015). CONAPO. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Situacion_Demografica_De_Mexico/2015/HTML/index.html#4
- Estadísticas de la OCDE sobre la salud (2014): México en comparación. Recuperado de www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf

Portales electrónicos

- Secretaría de Salud
www.gob.mx/salud
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
www.seguro-popular.salud.gob.mx/
- Presidencia de la República
www.presidencia.gob.mx
- Plan Nacional de Desarrollo

- <http://pnd.gob.mx/>
- Pacto Por México
www.pactopormexico.org/
- Organización Internacional del Trabajo
<http://www.ilo.org/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe
www.cepal.org/
- Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/
- Centro Nacional Para la Prevención y el Control de las Adicciones
www.cenadic.salud.gob.mx/
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
cneqsr.salud.gob.mx/
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
www.cenetec.salud.gob.mx/
- Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
www.censida.salud.gob.mx/
- Centro Nacional de Trasplantes
www.cenatra.salud.gob.mx/
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
portal.salud.gob.mx › TRÁMITES
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y de la Adolescencia
www.censia.salud.gob.mx/
- Fundación Mexicana para la Salud A.C.
<http://funsalud.org.mx/portal/>
- Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
www.himfg.com.mx/
- Instituto Nacional de Cancerología
www.incan.salud.gob.mx/

- Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
www.cardiologia.org.mx/
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición "Salvador Zubirán"
www.innsz.mx/
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"
www.iner.salud.gob.mx/
- Instituto Nacional de Geriátría
www.geriatria.salud.gob.mx/
- Instituto Nacional de Medicina Genómica
www.inmegen.gob.mx/
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"
www.innn.salud.gob.mx/
- Instituto Nacional de Pediatría
www.pediatria.gob.mx/
- Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa De Los Reyes"
www.inper.edu.mx/
- Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón De La Fuente Muñiz"
www.inprf.gob.mx/inprf/
- Instituto Nacional de Rehabilitación
www.inr.gob.mx/
- Instituto Nacional de Salud Pública
www.insp.mx/
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)
<http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
- Organización Mundial de la Salud OMS
<http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud
www.paho.org/hq/?lang=es
- Centro de documentación, archivo histórico de la Secretaría de Salud.

Acervo “Secretaría de Salubridad y Asistencia. Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados”

www.ahssa.salud.gob.mx:8080/archivo/ahssa/menuguias

- Régimen estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca.
www.seguropopularoaxaca.gob.mx/seguro_popular.html
- Régimen estatal de Protección Social en Salud del Distrito Federal
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/financiamiento.php
- Instituto Mexicano de Seguridad Social IMSS (componente PROSPERA)
<http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>
- PROSPERA. Programa de inclusión social.
<https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Salud>
- Pacto por México
<http://pactopormexico.org/>
- Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM
<http://www.trabajosocial.unam.mx/>

ANEXOS

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|---|--|--|--|
| <p>Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura de la seguridad social. • Evitar la duplicación en la operación de los servicios. • Introducir incentivos a la calidad de la atención. • Incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población. • Otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta. | <ul style="list-style-type: none"> • La salud de los mexicanos ha mejorado considerablemente en los últimos años. • La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años. • La mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años. • La tasa de crecimiento natural de la población es de aproximadamente el 2%. • El sistema de salud actual confronta serios problemas. • La coordinación entre las diversas instituciones responsables de la prestación de servicios de salud ha sido insuficiente. • No tienen acceso a los servicios regulares de salud aproximadamente 10 millones de personas. • La descentralización de los servicios de salud a la población abierta, constituye la posibilidad real de conformar sistemas estatales de salud capaces de responder, con mayor agilidad y eficiencia, a las necesidades de salud propias de cada región. • La cobertura de vacunación con esquema completo alcanzó en 1994 a más de 90 por ciento de la población objetivo. • En 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) entregó a México el certificado de erradicación de la poliomielitis. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa IMSS-Solidaridad. • Programa de Municipio Saludable • Programa de salud infantil y escolar • Programa de promoción y fomento de la salud. • Programa de salud reproductiva. • Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana. • Programa de salud mental. • Programa de salud ambiental. • Programa de prevención de accidentes y lesiones. • Programa de salud bucodental. • Programa contra las adicciones. • Programa para la disposición de sangre segura. • Programa de trasplantes. • Programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector. • Programa para la prevención y control del cólera. • Programa para la prevención y control de la rabia. • Programa para la prevención y control de la brucelosis. • Programa para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis. • Programa de control de lepra. • Programa de vigilancia, prevención y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo. • Programa de prevención y control de intoxicaciones por picadura de alacrán. • Programa de control sanitario de bienes y servicios. • Programa de control y vigilancia de medicamentos. • Programa de control y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos. • Programa de control sanitario de la publicidad. • |

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|---|---|---|---|
| <p>Programa Nacional de Salud 2001-2006</p> <p>La democratización de la salud en México.</p> <p>Hacia un sistema universal de salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Un sistema de salud que alcance a todos sin excepción • Un sistema de salud que sepa atender a las personas con absoluto respeto de sus derechos humanos. • Un sistema de salud que proteja financieramente al usuario y evite el empobrecimiento de las familias cuando ataca la enfermedad. • Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos. • Abatir las desigualdades en salud. • Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud. • Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud. • Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas. | <ul style="list-style-type: none"> • Una parte importante de los mexicanos sigue sufriendo los problemas del subdesarrollo: las infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y el parto. • Nos enfrentamos ya a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones producto de los accidentes y la violencia. • El reto deriva de la heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. • La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud. • Otro reto es la falta de protección financiera para muchos millones de mexicanos. • Más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de las personas. • La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua, depende de su legado genético, de la época en que le tocó nacer, de la edad que va teniendo, de su posición social, del lugar donde vive, del clima, de los hábitos adquiridos, de | <ul style="list-style-type: none"> • Programa Comunidades Saludables • Programa Educación Saludable • Programa Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano” • Programa Mujer y Salud (PROMSA) • Programa Salud Ambiental • Programa “Arranque Parejo en la Vida” • Programa Brucelosis • Programa Cáncer Cérvico-Uterino • Programa Cólera • Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores • Programa Infancia y Adolescencia • Programa Rabia • Programa Salud Bucal • Programa Salud Reproductiva • Programa Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas • Programa Tuberculosis • Programa Urgencias Epidemiológicas y Desastres. • Programa Adicciones • Programa Atención al Envejecimiento • Programa Cáncer de Mama • Programa Cáncer de Próstata • Programa Diabetes Mellitus • Programa Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial • Programa Accidentes • Programa Rehabilitación • Programa Salud Mental • Programa Transfusión Sanguínea • Programa Trasplantes • Programa VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) • Programa Consolidación del Arbitraje Médico |

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|--|---|---|---|
| | | <p>los sucesos inesperados que marcan su biografía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Programa Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud • Programa Protección Financiera • Programa Hospital Universal • Programa Evaluación del Desempeño • Programa Protección contra Riesgos Sanitarios • Programa Sistema Nacional de Información en Salud • Programa Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) • Programa Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) • Programa Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) • Programa Capacitación Gerencial • Programa Enseñanza: Formación y Capacitación del Personal de Salud. • Programa Inversión. • Programa Investigación en Salud. • Programa Servicio Civil de Carrera para Profesionales de la Salud. |
| <p>Programa Nacional de Salud 2007-2012</p> <p>Por un México sano: construyen do alianzas para una</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. • Mejorar las condiciones de salud de la población. • Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. • Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones | <ul style="list-style-type: none"> • En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles. • Mortalidad general pasó de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en 2005. • Esperanza de vida pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en 2005 • En nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Ampliación de Cobertura. • Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta. • Programa de Atención de Riesgos Emergentes en la Frontera Norte / Frontera Saludable 2010. • Programa de Seguridad Epidemiológica en la Frontera Norte. • Programa de Semanas Binacionales de Salud. • Programa Fronterizo de Telemedicina. • Programa de Plataforma Binacional de Información en Salud México-Estados Unidos. • Programa Nacional de Caravanas de la Salud en las entidades federativas. • Seguro Médico para una Nueva Generación. |

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|-------------------------|---|---|--|
| mejor salud | <p>focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. • Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México. | <p>lesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva pasó de 6.8 en 1970 a 2.2 en 2006. • Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer. • La contribución a la mortalidad en 1950 la mitad de los decesos en el país se concentraban en los menores de 5 años y 15% en los mayores de 65 años. En 2005 más de 50% de las muertes se produjeron en personas de 65 años y más, y menos de 10% en menores de 5 años. • Las epidemias de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión anticipan un crecimiento alarmante del síndrome metabólico en el país. • La Organización Mundial de la Salud (OMS) agrupó a las enfermedades en tres grandes grupos: i) enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción; ii) enfermedades no | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de producción de vacuna de influenza estacional y eventualmente pandémica. • Programa Nacional de Conservación y Mantenimiento de Unidades de Atención Médica. • Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI). |

| Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud | | | |
|--|---|---|--|
| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
| | | <p>transmisibles, y iii) accidentes y violencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas. • México invierte 6.5% de su producto interno bruto (PIB) en salud, en comparación con el 5.6% del año 2000. | |
| Programa Sectorial de Salud 2013-2018 | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades • Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad • Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida • Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país • Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud • Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud | <ul style="list-style-type: none"> • La población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012 • En los primeros años de vida (0 a 5 años) ya que éstos representan una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, las cuales determinarán su salud futura. • En la población de 12 a 65 años de edad destacan las defunciones por lesiones accidentales • Las enfermedades crónicas comienzan a provocar un número importante de defunciones a partir de los 20 años de edad, exacerbándose en los mayores de 65 años. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa Comunidades Saludables • Programa de Atención a Personas con Discapacidad • Programa de Desarrollo Humano Oportunidades • Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia • Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable • Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras • Caravanas de la Salud • Seguro Médico Siglo XXI • Sistema Integral de Calidad en Salud • Seguro Popular • Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud • Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (Ampliaciones determinadas por la Cámara de Diputados) • Reducción de la mortalidad materna • Prevención contra la obesidad • Vigilancia epidemiológica • Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud |

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|------------------|-----------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de estilos de vida poco saludables, ocasionan que las principales causas de muerte entre la población adulta estén dominadas por la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón. • En las entidades federativas más marginadas coexisten la desnutrición y las enfermedades infecciosas • De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, el 16.4% de los hogares en México que tiene al menos un integrante con discapacidad • Bajo nivel de cobertura del esquema completo de vacunación en menores de un año de edad, el cual para 2012, de acuerdo al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se ubica en 48.5% • La disponibilidad de recursos para la salud es baja en México en comparación con los estándares de la OCDE. • Para 2011, en el país existían 1.7 camas por 1,000 habitantes; cifra que es inferior al promedio de todos los países | <ul style="list-style-type: none"> • Formación y desarrollo profesional de recursos humanos especializados para la salud • Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud • Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud • Investigación y desarrollo tecnológico en salud • Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud • Prevención y atención contra las adicciones • Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación • Calidad en Salud e Innovación • Asistencia social y protección del paciente • Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones • Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS • Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud • Protección Contra Riesgos Sanitarios • Cooperación internacional en salud |

| Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
| | | <p>que componen la organización (que se ubica en 4.8); peor aún, del total de camas 24% pertenecen al sector privado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aun cuando la cobertura de aseguramiento público ha aumentado considerablemente a través de los años, un tema de preocupación fundamental radica en el hecho de que el gasto de bolsillo no ha disminuido a los niveles esperados, manteniéndose cerca del 50%. • Un tema de preocupación en cuanto a la infraestructura, se ha observado un crecimiento desordenado, especialmente en los servicios para la población sin seguridad social. Hay una concentración de unidades pertenecientes a diferentes instituciones en las mismas áreas geográficas, y por el otro, la subutilización de algunas unidades, ya sea por falta de recursos humanos y/o equipamiento o por falta de recursos para garantizar su operación. • El equipamiento de dichas unidades con frecuencia no es el adecuado o es nulo y en general los recursos tecnológicos de apoyo de diagnóstico se ubican en el | |

Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud

| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
|------------------|-----------------------|--|---|
| | | <p>nivel hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número de médicos y enfermeras es bajo en comparación con el promedio de los países de la OCDE. • En México el número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes de 2.7; mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes respectivamente. • La atención brindada en los centros de salud rurales suele depender de los médicos en formación que se encuentran realizando su servicio social. • La mayor parte de las plantillas de personal de salud en las diferentes instituciones médicas, se concentra en turnos matutinos, careciendo de atención en turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana. • Una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y, por el otro, una carencia de profesionales con las habilidades idóneas para atender la problemática | |

| Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
| | | <p>particular a la que se enfrentan en las unidades.</p> <p>Hoy no existen plazas suficientes en ciertas especialidades como nutrición, salud mental o gerontología, las cuales, son indispensables de acuerdo al perfil de morbilidad que se observa en México, y que, de acuerdo a la experiencia internacional, son clave en equipos multidisciplinarios especializados para llevar el control exitoso de pacientes crónicos.</p> <p>El rol del personal de enfermería no ha sido aprovechado en su totalidad. Aun cuando su formación le permite hacerse cargo de algunas de las necesidades de cuidados de la población y es el personal que está más en contacto con el paciente, continúa fungiendo como auxiliar del personal médico</p> <p>El surtimiento completo de la receta se observa que hay deficiencias que alcanzan el 35.6% en el año 2012</p> <p>El creciente fenómeno de las farmacias con consultorio. Estimaciones de</p> | |

| Anexo I. Comparativo de Programas Nacionales de Salud | | | |
|--|------------------------------|---|--|
| Nombre y periodo | Principales objetivos | Diagnóstico de la situación | Principales programas específicos, de acción y de apoyo enunciados. |
| | | <p>COFEPRIS indican que 43% de las farmacias ofrecen consultas médicas</p> <p>La falta de coordinación para decidir nuevas inversiones entre las diferentes instituciones impide optimizar el uso de la infraestructura.</p> <p>El financiamiento para las acciones de salud focalizadas a la población sin seguridad social se refiere a la multiplicidad de fuentes de financiamiento cada una con diferente normatividad; lo que ha dificultado el ejercicio de los recursos, y merma su eficiencia.</p> <p>La rectoría del sector enfrenta un reto importante debido a la segmentación del Sistema Nacional de Salud.</p> | |

Fuente: Elaboración propia con datos de los cuatro Programas Nacionales de Salud correspondientes a los periodos 1995-2000 Ernesto Zedillo Ponce de León, 2001-2006 Vicente Fox Quezada y Felipe de Jesús Calderón Hinojosa 2007-2012 y Enrique Peña Nieto 2013-2018.

Anexo II. Principales indicadores de los componentes del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

| Entidad | Población | Afiliación (seguro popular) | Recursos ejercidos (CNPSS) 1/ | Afiliados en zonas rurales | Niños Afiliados menores de 5 años | Afiliados Programa IMSS-PROSPER A | Mujeres afiliadas 2/ | Casos financiados por el SMSXXI | Número de prestadores de servicio del FPGC 3/ | Casos pagados por entidad federativa FPGC | Recursos transferidos por entidad federativa (millones de pesos) FPGC | Cirugía extramuros 4/ | Servicios de urgencias | Servicios interestatales del sistema de portabilidad 2015 | |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|---|-----------------------|------------------------|---|---------------------|
| | ENCUESTA INTERCENS AL INEGI 2015 | 2015 | 2014 | 2015 | Seguro médico siglo XXI SMSXXI (2015) | 2015 | Estrategia embarazo Saludable (2015) | 2015 | 2015 | 2014 | 2014 | 2015 | 2015 | Servicios brindados | Servicios recibidos |
| Nacional | 119,938,473 | 57,296,078 | 58 524.8 | 19,030,043 | 5,691,419 | 17,519,703 | 2,315,082 | 22,300 | 327 | 46,172 | 4,091.58 | 10,503 | 1,719,706 | 52,437 | 52,437 |
| Aguascalientes | 1,312,544 | 548,267 | 337.2 | 153,841 | 59,588 | 102,866 | 25,036 | 563 | 9 | 1,485 | 113.60 | 1,636 | 39,663 | 1,196 | 304 |
| Baja California | 3,315,766 | 1,167,917 | 1 109.9 | 66,308 | 84,994 | 117,763 | 37,408 | 505 | 12 | 1,090 | 95.78 | 0 | 28,052 | 2,498 | 405 |
| Baja California Sur | 712,029 | 228,886 | 131.8 | 36,549 | 24,760 | 41,673 | 15,404 | 129 | 4 | 51 | 2.99 | 0 | 21,233 | 238 | 98 |
| Campeche | 899,931 | 509,853 | 304.4 | 179,950 | 48,610 | 172,347 | 22,788 | 152 | 6 | 637 | 57.68 | 77 | 5,306 | 86 | 375 |
| Chiapas | 5,217,908 | 3,628,090 | 3 805.0 | 2,005,763 | 344,166 | 2,055,252 | 101,752 | 217 | 7 | 333 | 49.81 | 31 | 38,362 | 146 | 3,629 |
| Chihuahua | 3,556,574 | 1,374,978 | 1 449.1 | 231,437 | 131,453 | 245,082 | 60,623 | 1,112 | 15 | 1,111 | 78.70 | 0 | 32,009 | 1,105 | 424 |
| Coahuila | 2,954,915 | 806,302 | 587.0 | 111,452 | 84,706 | 128,270 | 56,470 | 298 | 9 | 327 | 26.19 | 99 | 6,730 | 542 | 169 |
| Colima | 711,235 | 293,260 | 173.6 | 47,109 | 30,510 | 53,330 | 10,316 | 146 | 6 | 728 | 56.38 | 0 | 9,468 | 2,988 | 189 |
| Distrito Federal | 8,918,653 | 2,956,186 | 3 694.5 | 20,084 | 244,925 | 78,496 | 67,940 | 2,377 | 36 | 11,796 | 1,354.06 | 0 | 35,770 | 5,145 | 1,016 |
| Durango | 1,754,754 | 822,495 | 506.0 | 305,889 | 87,621 | 243,710 | 36,189 | 151 | 6 | 1,017 | 67.22 | 49 | 45,236 | 666 | 2,760 |
| Guanajuato | 5,853,677 | 3,278,864 | 4 495.4 | 1,257,983 | 350,346 | 908,731 | 126,522 | 1,035 | 18 | 1,978 | 191.56 | 1,024 | 220,983 | 2,560 | 1,787 |
| Guerrero | 3,533,251 | 2,314,605 | 2 205.1 | 1,148,334 | 241,186 | 1,318,649 | 96,197 | 994 | 6 | 1,171 | 108.99 | 367 | 27,586 | 335 | 2,252 |
| Hidalgo | 2,858,359 | 1,722,933 | 1 468.1 | 930,324 | 169,627 | 599,717 | 57,093 | 773 | 4 | 882 | 60.23 | 19 | 28,995 | 712 | 849 |
| Jalisco | 7,844,830 | 3,121,669 | 3 485.2 | 602,070 | 383,419 | 494,443 | 192,816 | 1,571 | 18 | 3,181 | 295.09 | 129 | 125,615 | 6,548 | 3,971 |
| México | 16,187,608 | 7,243,746 | 8 848.1 | 1,648,241 | 773,237 | 1,644,083 | 254,569 | 1,372 | 35 | 962 | 66.33 | 4,032 | 207,673 | 3,020 | 5,960 |

Escuela Nacional de Trabajo Social

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-------|----|-------|--------|-----|--------|-------|-------|
| Michoacán | 4,584,471 | 2,419,597 | 2 097.6 | 880,230 | 224,474 | 782,731 | 95,796 | 309 | 6 | 1,732 | 136.28 | 22 | 63,188 | 357 | 5,451 |
| Morelos | 1,903,811 | 999,863 | 1 088.4 | 175,215 | 96,545 | 251,077 | 45,822 | 658 | 5 | 377 | 25.55 | 0 | 65,574 | 1,256 | 293 |
| Nayarit | 1,181,050 | 681,665 | 411.7 | 265,593 | 58,170 | 112,864 | 22,976 | 135 | 4 | 822 | 60.34 | 19 | 17,433 | 176 | 1,806 |
| Nuevo León | 5,119,504 | 1,277,713 | 1 123.3 | 147,759 | 147,414 | 205,552 | 76,805 | 767 | 8 | 2,494 | 238.35 | 0 | 39,909 | 1,919 | 765 |
| Oaxaca | 3,967,889 | 2,757,110 | 2 452.0 | 1,313,069 | 245,247 | 1,275,756 | 100,216 | 942 | 7 | 919 | 92.26 | 316 | 33,381 | 480 | 1,267 |
| Puebla | 6,168,883 | 3,418,227 | 4 440.1 | 1,229,104 | 374,468 | 1,422,793 | 154,098 | 1,613 | 7 | 617 | 36.66 | 948 | 91,069 | 1,747 | 2,317 |
| Querétaro | 2,038,372 | 957,701 | 742.1 | 383,732 | 115,945 | 244,945 | 44,838 | 648 | 7 | 1,340 | 86.04 | 0 | 26,138 | 3,014 | 617 |
| Quintana Roo | 1,501,562 | 675,393 | 488.3 | 138,837 | 58,809 | 170,024 | 40,604 | 141 | 6 | 267 | 13.18 | 0 | 25,201 | 173 | 214 |
| San Luis Potosí | 2,717,820 | 1,587,065 | 1 474.1 | 804,254 | 158,563 | 579,124 | 52,379 | 783 | 10 | 1,935 | 172.93 | 751 | 52,780 | 1,649 | 3,753 |
| Sinaloa | 2,966,321 | 1,184,835 | 818.1 | 511,033 | 128,009 | 369,551 | 71,150 | 345 | 8 | 2,483 | 143.93 | 49 | 55,620 | 1,284 | 1,166 |
| Sonora | 2,850,330 | 955,196 | 666.4 | 194,488 | 100,414 | 184,126 | 47,640 | 1,037 | 7 | 1,809 | 123.44 | 0 | 86,952 | 190 | 340 |
| Tabasco | 2,395,272 | 1,619,003 | 1 536.1 | 930,022 | 155,057 | 609,447 | 90,580 | 550 | 11 | 859 | 69.88 | 565 | 81,356 | 3,579 | 114 |
| Tlaxcala | 3,441,698 | 930,877 | 905.5 | 240,008 | 140,130 | 236,281 | 37,082 | 524 | 7 | 265 | 87.18 | 0 | 19,417 | 592 | 489 |
| Tamaulipas | 1,272,847 | 1,428,473 | 1 087.9 | 167,282 | 81,783 | 330,965 | 67,184 | 774 | 18 | 1,213 | 15.88 | 370 | 43,112 | 3,239 | 1,433 |
| Veracruz | 8,112,505 | 4,430,954 | 4 547.2 | 2,247,978 | 345,342 | 1,853,223 | 143,962 | 981 | 13 | 447 | 42.61 | 0 | 65,893 | 780 | 4,146 |
| Yucatán | 2,097,175 | 1,024,331 | 661.8 | 204,770 | 100,216 | 394,003 | 30,500 | 139 | 6 | 826 | 54.77 | 0 | 10,624 | 189 | 23 |
| Zacatecas | 1,579,209 | 930,024 | 573.9 | 451,335 | 101,685 | 292,829 | 32,327 | 559 | 6 | 1,018 | 67.69 | 0 | 69,381 | 4,028 | 4,055 |

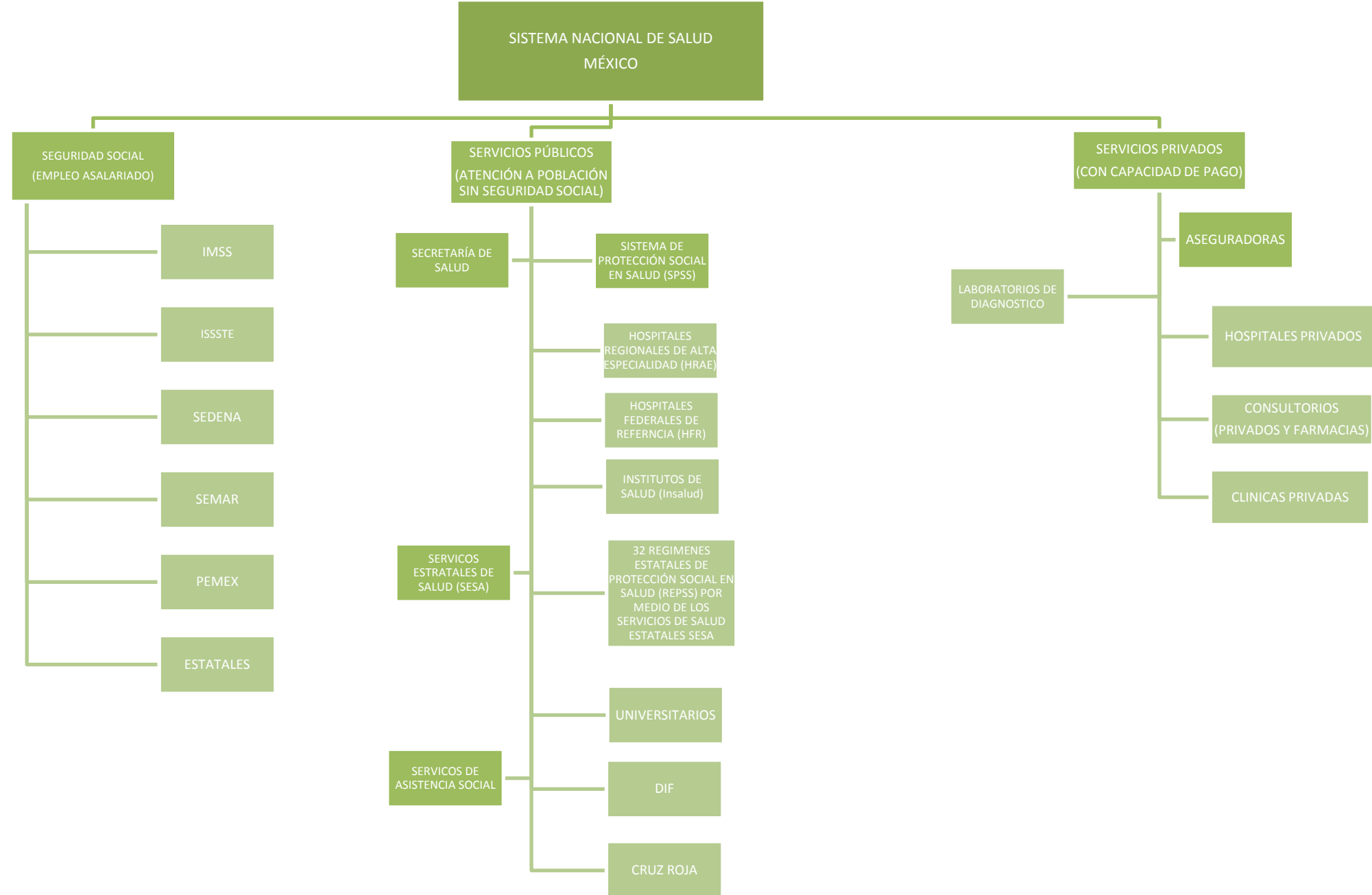
Fuente: Elaboración propia. Con información:

- Encuesta intercensal 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Retomado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf
- Para afiliación del Seguro Popular se retomó información del Anexo Estadístico del 3er Informe de Gobierno de Enrique Peña Nieto p.212
- Informe de Resultados del SPSS: Enero - junio 2015. Retomado de http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2015/08/asun_3258372_20150805_1438788978.pdf

Notas metodológicas sobre el manejo de la información estadística

- 1/ Los recursos ejercidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se refieren a las transferencias realizadas a las 32 entidades federativas.
- 2/ La cifra reportada es el total de mujeres que permanecen vigentes al corte de información en independencia de su situación de embarazo.
- 3/ Incluye unidades acreditadas para atención de paciente con VIH.
- 4/Censos nominales 2015, reportados por las entidades federativas.

Anexo III. Composición del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración Propia.