



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

"POBREZA, SALUD Y ADMINISTRACION
PUBLICA EN MEXICO". ESTUDIO DE CASO:
EL PRONASOL Y EL PROGRAMA HOSPITAL
DIGNO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A :
JORGE SALVADOR QUIROZ TOVAR



PROF. MIGUEL ANGEL MARQUEZ ZARATE

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

POBREZA, SALUD Y ADMINISTRACION PUBLICA EN MEXICO.
ESTUDIO DE CASO: EL PRONASOL Y EL PROGRAMA HOSPITAL DIGNO

INDICE

Pag.

INTRODUCCION

4

CAPITULO PRIMERO.**POBREZA Y SALUD EN MEXICO.**

1.1.-Pobreza en México.

6

1.2.-Salud en México.

10

CAPITULO SEGUNDO.**PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD.**

2.1.- Antecedentes

15

2.2.- Bases Jurídicas del Programa Nacional de Solidaridad

16

2.3.- EL PRONASOL y el Sector Público.

19

2.4.- Objetivos que se plantea.

22

2.5.- Principios.

22

2.6.- Los Comités de Solidaridad.

23

2.7.- Programas de Solidaridad.

23

2.8.- Lineamientos Generales.

26

CAPITULO TERCERO.**PROGRAMA HOSPITAL DIGNO.**

3.1.- Antecedentes.

29

3.1.1.-El Sistema Nacional de Salud.

32

3.2.- Objetivos del Programa Hospital Digno

33

3.2.1.- Acciones de los Comités.	35
3.2.2.- Alcances del Programa Hospital Digno.	35
3.2.3.- Características del Programa.	37
3.3.- Estrategia General.	38
3.4.- Integración de los Comités de Solidaridad.	40
3.5.- Principales Acciones del Comité de Solidaridad	41
3.6.- Ejercicio Presupuestal.	44
3.7.- Resultados.	47
CONCLUSIONES.	53
ANEXOS	59
<u>Bibliografía.</u>	68

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como propósito conocer y analizar las metas y objetivos del Programa Hospital Digno, que dentro del Programa Nacional de Solidaridad, se ha llevado a cabo durante el sexenio 1988 - 1994 dentro de los lineamientos del combate a la pobreza por parte del Gobierno Federal.

México, como país subdesarrollado tiene una serie de características que lo determinan como una Nación de grandes desequilibrios. Por una parte, una gran mayoría de su población vive en extrema pobreza, donde los índices de analfabetismo, desnutrición y salud, se encuentran por abajo de los estándares internacionales. El Estado a través de la Administración Pública, está obligado a buscar soluciones al respecto, que si bien no solucionen del todo las grandes problemáticas sociales, deben tratar de que no se profundicen y por lo tanto deriven en estallidos sociales. Durante la Administración 1988-1994, se puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad, cuyo objetivo central es el combate a la pobreza extrema por medio de la participación social, que trató de amortiguar los resultados de la puesta en marcha de la política neoliberal, la cual trajo consigo un mayor empobrecimiento de la población.

Dentro del Programa Nacional de Solidaridad, se aplicó el Programa "Hospital Digno", cuyo propósito es el de dignificar los centros de salud y hospitales que prestan servicio a la población de escasos recursos con la participación activa de la sociedad civil. La presente investigación se encuentra estructurada de la siguiente forma:

El primer apartado, analiza la relación entre pobreza y salud en nuestro país. También se hace un estudio de la marginalidad y de la pobreza en diferentes sectores de la población, y de como ha sido la penetración de los Servicios médicos en regiones menos desarrolladas, así como un análisis de los factores tales como, las circunstancias Socio-Económicas de ciertas Entidades que inciden en la falta de servicios Médico-Asistenciales, que se pueden interpretar en las migraciones del campo a las ciudades, la falta de empleos, la falta de personal asistencial, y sobre todo la falta de Programas a nivel Nacional de Salud Pública alternativos a programas ya establecidos.

En el segundo apartado, se analiza el surgimiento del Programa Nacional de Solidaridad, como se plantean los objetivos del PRONASOL y como se conforman los diferentes programas de Solidaridad; cuales son los lineamientos para instalar los Comités de Solidaridad, su financiamiento, y los resultados obtenidos del Programa Nacional de Solidaridad, que promovió la política de desarrollo social del régimen 1988-1994

En el Tercer apartado, el estudio se basa en el análisis del Programa Hospital Digno, que Organismos intervienen en el Programa, la justificación y los alcances que se han programado mediante la participación social organizada y el apoyo de las instituciones sociales, por otro lado, se hace un examen de los criterios que se tomaron en cuenta para la instalación de los comités de solidaridad, como se conforman y cuales son sus atribuciones.

En respuesta a la necesidad del mejoramiento de los servicios médicos que se requiere en el País, se establece el Programa Hospital Digno como fortalecimiento de la infraestructura Hospitalaria, tratando de mantener una vanguardia en la atención a la población marginada, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de los servicios de salud, las secciones que conforman al programa en gran proporción, son el mantenimiento y la actualización de equipo médico de los hospitales de seguridad social actuales, así como la construcción de nuevas unidades médicas en lugares donde nunca antes hubieran existido.

CAPITULO PRIMERO.

POBREZA Y SALUD EN MEXICO.

1.1.- Pobreza en México.

El objetivo del presente apartado, es analizar el problema de la pobreza y su implicación en la salud en nuestro país, para posteriormente analizar la injerencia del Programa Nacional de Solidaridad al Sector Salud, específicamente a través del Programa "Hospital Digno" durante el periodo 1991-1994.

El fenómeno de la pobreza es sumamente complejo, ya que implica no sólo el estudio de factores económicos, si no también históricos, sociales y culturales. Para analizar esta problemática, es importante conocer algunas definiciones que se dan al respecto:

"El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); dice que la pobreza es la ausencia de satisfactores apropiados para cubrir un mínimo de ciertas necesidades llamadas básicas, las cuales son:

- a).- Una alimentación que cumpla con los requerimientos nutricionales.
- b).- Acceso a los servicios de salud.
- c).- Vivienda con espacios adecuados al tamaño de la familia y con servicios.
- d).- Educación básica.
- e).- Acceso a servicios mínimos de información, recreación y cultura.
- f).- Transporte público y comunicaciones."¹

La definición anterior junto con los seis factores socioeconómicos enlistados, abarcan aspectos importantes para descubrir a la pobreza, sin embargo no explican, ni sus orígenes ni cuales han

¹ . Centro de Análisis Multidisciplinario, . Reporte de Investigación No. 27. Mes de Abril de 1993.México, U.N.A.M.

sido las causas de la misma. Al respecto, Rodrigo Medellín define a los pobres como "núcleo de población que se ha quedado totalmente al margen del desarrollo."²

Enrique Hernández Laos, señala que es posible medir la pobreza a partir del ingreso y de los bienes y servicios básicos que con el se puedan adquirir. Enriquece su análisis, al establecer una diferencia teórica entre pobreza y pobreza extrema. Hace una comparación de los ingresos promedio con respecto a la canasta de satisfactores esenciales. De tal forma que si en un hogar el ingreso es inferior al monto del consumo de la canasta básica, dicho hogar puede catalogarse como pobre, ya que no alcanza a cubrir sus necesidades esenciales. Asimismo, señala que un hogar está en condiciones de pobreza extrema cuando el monto de sus ingresos no solo es suficiente para cubrir las necesidades básicas, si no las MAS URGENTES como la alimentación, salud e higiene que normalmente recibe por transferencias gubernamentales. Para complementar el concepto señalado por este autor, los hogares en extrema pobreza generalmente se encuentran en el campo y en las llamadas "ciudades perdidas" alejadas de los beneficios de los servicios públicos. Dicha población se caracteriza por tener ingresos muy bajos e irregulares; en su mayoría son analfabetas y se dedican a cualquier tipo de ocupación, sus viviendas carecen de los servicios básicos y por lo general viven en uno o dos cuartos.³

Oscar Lewis define a la pobreza desde un punto de vista cultural, dice que es un sistema de vida establecido por generaciones, señala que no sólo es la ausencia de satisfactores o carencia económica. Realza sus manifestaciones culturales, destacando que el pobre asume una serie de actitudes ante la vida que lo caracterizan dentro un entorno social. Afirma: "...los que viven dentro de la cultura de la pobreza tienen un fuerte sentido de marginalidad, de abandono, de dependencia, de no pertenecer a nada. Son como extranjeros en su propio país, convencidos de que las instituciones existentes no sirven a sus intereses y necesidades".⁴

Jorge Montaña, señala que los pobres viven tanto en el campo como la ciudad, sin embargo, centra su estudio en la pobreza urbana, la cual se caracteriza por:

- a).- Habitar en zonas metropolitanas.
- b).- No tienen una posición económica clara o definida en el sistema urbano de clases.

².- Medellín Rodrigo, "La dinámica del distanciamiento económico-social en México". en la Sociedad Mexicana: Presente y futuro. México. FCE. 1971. pp. 387.

³.- Hernández Laos Enrique. "Crecimiento Económico y Pobreza en México" Una Agenda de Investigación. México. UNAM. 1992. pp 101-173.

⁴.- Lewis, Oscar. "Los hijos de Sanchez", Introducción. México, Ed. Grijalvo. 1982.

- c).- Se encuentran en el estrato más bajo en términos de ahorro y de consumo.
- d).- Habitan en asentamientos espontáneos formados en base a la ocupación ilegal de terrenos públicos o privados.⁵

Dicho fenómeno se debe entre otras cosas a la reestructuración del capitalismo, donde la crisis económica de como resultado que "...la expansión potencial de la industria sea limitada y requiera capital y no de mano de obra".⁶ Este proceso originó que una masa de trabajadores sin empleo y sin esperanzas de mejorar sus condiciones de vida fueran relegados a regiones geográficas carentes de servicios públicos. Así, surgieron colonias y comunidades marginadas.

Como se puede definir a la pobreza como la carencia de satisfactores necesarios para reproducir la fuerza de trabajo, los pobres se caracterizan por no tener ingresos seguros, sus salarios son inconstantes y generalmente están por debajo del mínimo establecido. Además, las condiciones de trabajo generalmente son insalubres y con poca seguridad, ya que desempeñan labores no calificadas. La pobreza es una condición general de vida de la población con actividades específicas que la diferencian de las clases alta y media. Se caracteriza por: una alimentación deficiente, bajos salarios, carencia de servicios básicos en sus viviendas (agua, luz, drenaje, etc.), falta de preparación técnica y porque se ubican en zonas marginadas como el campo, ciudades perdidas, barrios, vecindades, etc.

En nuestro país, "La pobreza extrema se ha incrementado sustancialmente en los últimos tiempos, pasando de ser entre 15 y 19 millones en 1981 a 18 y 23 millones en 1988. Estudios más recientes señalaron que en 1989 el 16.2% de la población vivía en extrema pobreza: para 1992 el monto se incrementó al 30.1%, lo cual quiere decir que en los primeros cuatro años de gobierno la pobreza extrema se incrementó en un 100%." Al analizar el ingreso como causa generadora de pobreza se observa que la insuficiencia de recursos para sobrevivir es parte de la desigualdad de la que habla Medellín, pues las regiones más desarrolladas obtienen mayores recursos que las que tienen menor grado de desarrollo, generando con ello una distribución inequitativa del ingreso.⁷

Los niveles de salud en nuestro país son mínimos, en gran medida debido a los bajos salarios, ya que no satisfacen a la canasta básica como consecuencia de la pobreza. "El deterioro de los

⁵- Montaño, Jorge. Los Pobres de la Ciudad en los asentamientos espontáneos, México, Ed. Siglo XXI, 1981, pp.43

⁶ - Warman, Arturo. Los Campesinos; Hijos predilectos del Régimen, México, Ed Nuestro Tiempo, 1972, pp.12

⁷.- Reporte de Investigación. op. cit. pp. 8

salarios en México ha sido tan dramático que actualmente es de los más bajos en el mundo: mientras que éstos equivalen 1.3 dólares la hora, en Corea es de 1.79, en Hong Kong 2.12, en Japón 11.4 y en Canadá de 11.5 dólares".⁸

Cabe señalar que de 1960 a la fecha la administración pública ha implantado una serie de programas destinados al combate a la pobreza, tales como: El Programa para el Desarrollo Rural Integral (PIDER), COPLAMAR, SAM, etc., sin éxito real, pues la tendencia sigue siendo la misma, ya que según la CONAPO, para 1990, la zona sur del país sigue registrando los más altos índices de marginación. "En términos generales, se observan mejores condiciones generales de vida en las regiones Norte y Península de Yucatán que en las del Sur, Golfo y Centro excluyendo de ésta última el D.F., y el Estado de México".⁹ Lo anterior se debe a que el gasto social destinado no ha sido suficiente para combatir este proceso de pauperización nacional que es histórico, debido a que parte importante de los recursos del erario nacional destinados al desarrollo social han sido empleados para el pago de intereses de la deuda, por ejemplo:

El nivel de instrucción, que refleja el grado de desarrollo de una región. Sin embargo, al mismo tiempo este factor depende en gran medida del desarrollo económico y social de la región, pues depende de la cantidad de recursos financieros que puedan aplicarse a la educación. Generalmente las regiones más pobres son quienes tienen el mayor número de analfabetas.

La preparación técnico cultural de la población económicamente activa de cada región.- Es decir, que entre más profesionistas, personal directivo, técnicos especializados, etc. tenga una región dispondrá de mayores posibilidades de desarrollo; en cambio, si la mayor parte de su población es agrícola, obreros no calificados, etc., la región no progresará en la misma magnitud que si tuviera personal calificado, así como la constante migración a los centros de desarrollo, es también causa de desigualdad inter-regional.

Para concluir con la enumeración de las causas más importantes en la acentuación del fenómeno pobreza, se encuentra la elevada concentración del ingreso que como ya he hecho mención, es también producto del proceso industrializador del país. Ejemplo de ello es que: en 1977 el 32.3% del total de familias, percibían entre 0 y 1 salario mínimo y participaban con el 6.89% del ingreso, mientras que el 8.57 de las familias percibían más de 6 salarios mínimos y absorbían el 33.4% del

⁸.- Chavez, Marcos "El mínimo en picada desde 1977" EL FINANCIERO México, 8 de enero de 1993 pp 16

⁹.- Sistema de Ciudades y distribución especial de la Población en México. CONAPO, 1991, Vol. 1. pp.17

total del ingreso.¹⁰ En la actualidad, la situación no ha variado, la desigualdad en la distribución del ingreso sigue afectando la economía de los que menos tienen; "así según datos de 1988 el 10% de las familias más pobres apenas recibía el 1.3% del ingreso nacional".¹¹ Lo anterior quiere decir que los bajos niveles salariales son una consecuencia de todo un proceso de desarrollo que implica el aumento de la industrialización del país, implementación de nueva tecnología y por consiguiente una mayor concentración del ingreso, afectando con ello el poder adquisitivo de la mayor parte de la población e incidiendo en índices más elevados de pobreza. la inequidad en la distribución del ingreso siempre ha sido grande en el país; .."pero no es lo mismo ser relativamente pobre en una sociedad sin crecimiento a serlo en una sociedad en desarrollo donde cada persona y cada generación, está obligada a pagar las consecuencias del inequitativo proceso de crecimiento."¹²

1.2 Salud en México.

La pobreza trae consigo que los niveles de salud en nuestro país sean casi nulos, ejemplo de esto son los siguientes indicadores que ilustran la magnitud del México pendiente en materia de salud. Ello, a su vez, permite entender por qué es necesario reformar el sistema de salud.

Falta de adecuación entre las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos.

" Los 5 estados más pobres de la República tienen el doble de mortalidad infantil que las 5 entidades más ricas.

La mortalidad de los adultos en Oaxaca es comparable a la de la India; en Nuevo León es comparable a la de varios países europeos.

En 1991 Chiapas y Oaxaca tuvieron la misma esperanza de vida que el Distrito Federal y Nuevo León alcanzaron en 1970.

El peso de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva es 2.2 veces mayor por habitante en el medio rural que en el urbano.

¹⁰ .- Cordera, Rolando. (compilador) El desarrollo de la Crisis en México en "Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana." Ed. Siglo XXI México. pp. 319

¹¹ .- Robledo, Elisa. "41 millones de Mexicanos Desparperados". Revista EPOCA No. 13 sep.1991, pp 18-21

¹² .- Solís, Leopoldo. "La Realidad Económica Mexicana: retrovisión y perspectivas." México, Ed. Siglo XXI, 11ª edición, 1981. pp 251

Los hijos de las mujeres en pobreza extrema presentan un riesgo 2.5 veces mayor de morir antes de cumplir un año de edad que los hijos de las mujeres no pobres.

La prevalencia de desnutrición es 4 veces mayor entre los niños en pobreza extrema del Sur del país que entre los niños no pobres del Norte.

Por cada 4 pesos que se gastan para atender la salud de los asegurados, solamente se gasta un peso para los no asegurados.

Aunque el gobierno federal sólo contribuye con 5% del presupuesto del IMSS, éste recibe 60 centavos por cada peso de subsidio a la Secretaría de Salud.

Aunque el Distrito Federal reúne solamente a 6% de la población no asegurada, ejerce 48% del gasto, lo cual refleja en parte la concentración geográfica de los hospitales de especialidad y del aparato administrativo.

A mayor marginación de una entidad federativa, menor gasto público en salud destinado a ella.

Mientras más pobre es una familia, mayor es la proporción de sus ingresos que gasta para atender a su salud; así, las familias urbanas más pobres destinan 5.2% de sus ingresos a pagos directos por atención médica, contra 2.8% entre las más ricas.¹³

En nuestro país, la aplicación de políticas de austeridad han traído consigo que los gastos al sector salud disminuyeran en términos reales, los siguientes indicadores así lo demuestran:

México es uno de los países de América Latina con el menor número de camas de hospital por habitante.

Con una población total de 3.3 millones de habitantes, Chiapas tiene 758 centro de salud, suficientes para atender a 2.5 millones de personas, pero sólo dispone de 750 camas de hospital que podrían atender a un máximo de 750 mil personas.

La mitad de los partos de mujeres en pobreza extrema no son atendidos por personal capacitado; esto significa que cada año nacen sin atención adecuada alrededor de medio millón de niños en pobreza extrema.

Existen 1.6 enfermeras por cada mil habitantes, alrededor de la mitad de lo que se recomienda internacionalmente.

A pesar de que la población mayor de 65 años está creciendo a una tasa anual de 3.5%, en 1993 solamente habían 87 geriatras certificados, es decir, uno por cada 40 mil personas en dicho grupo de edad.

Apenas en 1990 se recuperó el mismo nivel que en 1977 tenía el gasto público federal en salud como porcentaje del PIB.

¹³ . Frenk, Julio. "Hacia un México más Saludable." Revista Nexos, México, Año 17 Vol. 202. pp. 54

Asignación de recursos a problemas no prioritarios o a tecnologías de alto costo y baja efectividad; desperdicio de recursos y generación de costos innecesarios.

A su vez, las políticas de salud aplicadas por la administración pública son insuficientes, ya que únicamente 5% del gasto público se destina a los servicios preventivos, mientras que los curativos absorben 64%.

"En los hospitales de la Secretaría de Salud sólo se ocupan, en promedio, la mitad de las camas disponibles, lo cual refleja problemas de dotación de insumos, equipamiento y mantenimiento.

Los médicos de la Secretaría de Salud proporcionan menos de una consulta por hora de trabajo contratada.

Cerca de la cuarta parte de los médicos mexicanos se encuentran sub o desempleados.

Casi la tercera parte de los médicos empleados tienen menos de 25 contactos con pacientes por semana.

De los 2,705 hospitales privados registrados, sólo 80 tienen más de 50 camas, mientras que 1,106 tienen menos de 5 camas.

Si las 9 delegaciones estatales del IMSS con mayores costos unitarios de atención médica se alinearan al resto del país, se podrían ahorrar 481 millones de nuevos pesos.

El 3% de las consultas en el IMSS desperdician 108 millones de nuevos pesos, equivalentes al 4.1% de los recursos totales asignados a este rubro.

Mientras que el IMSS dedica 18% de su gasto y 11% de su personal a la administración, el ISSSTE destina 33% de su presupuesto y 19% de sus recursos humanos a este fin."¹⁴

Existe actualmente incapacidad de los servicios para alcanzar las mejoras esperadas en la salud de la población o de los pacientes, debido a deficiencias en la estructura y en el proceso de la atención.

" Si todo el país hubiera tenido el mismo nivel de mortalidad que el mejor estado (Nuevo León), en 1991 se hubieran evitado 96 mil muertes, que representan 22% del total.

44% de los ciudadanos mexicanos opina que el principal problema de los servicios de salud es la mala calidad, siendo éste el rubro mencionado con mayor frecuencia.

De acuerdo con el juicio de observadores expertos, 73% de las consultas brindadas en centros de salud de la SSA tiene serias deficiencias de calidad.

¹⁴.- Ibid. pp 55

Un estudio realizado en 1987 en dos unidades de medicina familiar del IMSS encontró que el tiempo promedio de espera de los pacientes fue de dos horas, para recibir una consulta que en promedio duró 10 minutos.

Un estudio realizado en el Distrito Federal en 1984 encontró que un bebé nacido en un hospital de la SSA tenía tres veces más probabilidades de morir durante los primeros siete días de vida que un bebé del mismo peso nacido en un hospital del IMSS; esta diferencia se debió a la distinta calidad de la atención.

Cuando una operación cesárea es realizada por un residente en vez de un especialista, la probabilidad de que el bebé muera aumenta 4.1 veces.

Solamente en 65% de los nacimientos se registra el peso del bebé; 70% de los recién nacidos a los que no se les mide el peso proviene de familias en pobreza extrema.

Únicamente 28 mil de los 175 mil médicos que hay en el país han sido certificados como especialistas.

A diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, en México los hospitales no tienen que pasar por un proceso de acreditación que verifique su capacidad para brindar atención de calidad aceptable.

85% de los laboratorios de patología clínica, tanto públicos como privados, tienen problemas de control de calidad.¹⁵

La incapacidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población, lo cual se refleja en la utilización de servicios fuera de la institución de adscripción y en una mala opinión sobre la atención así como el incremento de los precios de los servicios de salud, en relación a otros productos y a las remuneraciones de la población han sido los factores que influyen en el deterioro de la salud de la población, los siguientes indicadores así lo demuestran:

" Las instituciones públicas de salud y seguridad social reportaron en 1992 una cobertura potencial de 89.9 millones de individuos, es decir, más del 100% de la población, lo cual revela la existencia de importantes traslapes entre ellas.

De esta población reportada como cubierta potencialmente, solamente 58.6 millones de hecho utilizaron los servicios de salud; es decir, al menos 31 millones de personas aparecen como cubiertas pero no usan los servicios públicos de salud.

¹⁵. - Ibid. pp. 56

La tercera parte de los contactos que las personas aseguradas tienen con el sistema de salud se realiza fuera de las instituciones de seguridad social.

La clientela de la medicina privada se compone en un 39% de personas con derecho a la seguridad social.

56% de los ciudadanos mexicanos consideran que la calidad de los servicios de salud en su comunidad es regular o mala.

40% de los ciudadanos mexicanos opina que las instituciones de salud no los tratan como se merecen.

Entre 1981 y 1991 el índice general de precios al consumidos aumentó 172 veces, pero los precios de los servicios de salud crecieron 215 veces.

Todos los años desde 1988, fecha en que comenzó a surtir efecto el pacto para estabilizar la economía, el crecimiento del precio de las consultas médicas ha sido superior a la tasa general de inflación.

Existe una enorme variación en los costos unitarios de las diferentes instituciones y sectores; por ejemplo, el costo de una consulta típica de primera vez es casi el doble en el IMSS y El ISSSTE que en la SSA. Dentro del sector privado la variación entre diferentes organizaciones es de 9 veces.

El déficit del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS llegó a 703.3 millones de nuevos pesos en 1992.

El tiempo que tarda el paciente en la sala de espera es considerado como inadecuado por 60% de los usuarios de la SSA, 53% del IMSS y 26% de la medicina privada.

Uno de cada seis usuarios de los servicios de salud expresa que hubiera preferido atenderse en otro lugar.

83% de los ciudadanos mexicanos quisiera que se realizaran cambios fundamentales en el sistema de salud.¹⁶

Dentro de este marco general, deben analizarse las distintas rutas de cambio. "Conviene considerar la posibilidad de que, para el caso de la seguridad social mexicana, las actuales políticas vigentes en las diversas Instituciones deban transformarse para mejorar así el esquema de los servicios, prestaciones y la propia cobertura."¹⁷

¹⁶.- *Ibid* pp. 56

¹⁷.- Narro, Robles José. "Laseguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI." F.C.E: México, 1994.pp.

Dentro de este contexto, el Programa Nacional de Solidaridad ha tratado de ser un paliativo para resolver el problema de la salud en México a través de diversos sub programas como son; IMSS-Solidaridad; ISSSTE-Solidaridad, SSA-Solidaridad; y Programa Hospital Digno.

CAPITULO SEGUNDO

EL PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD

2.1 Antecedentes.

El Programa Nacional de Solidaridad emerge en medio de un período de ajustes económicos y políticos con elevados costos sociales, agudizando los rezagos sociales en materia de: alimentación, salud, educación, vivienda y servicios básicos. En consecuencia, la reducción del gasto social provocó la disminución del nivel de vida de la población y aumentó los índices de pobreza.¹⁸ La política neoliberal consideró al Estado Benefactor como el causante de las fallas económica y dio paso a la privatización con lo cual este fué sometido a un proceso de reestructuración y reorganización con objeto de frenar su expansión.

La venta de empresas paraestatales se realizó argumentando que los desajustes en la economía y el aumento de la inflación eran consecuencia del déficit presupuestal originado por las grandes cantidades de recursos destinados al subsidio de muchas empresas. El gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado se concretó a resolver el déficit financiero y el pago puntual de los intereses de la deuda en detrimento del crecimiento económico y por consiguiente del nivel de vida de la población. Sus principales acciones estuvieron orientadas al saneamiento financiero, alejándose de la problemática social acentuada por la crisis económica, dejando pendientes las demandas y reclamos de la sociedad civil. Aunado a lo anterior, las presiones externas por parte del F.M.I. fueron condicionantes para establecer los ajustes de la política económica interna, reduciendo considerablemente el gasto social, situación que tradujo en menores obras de beneficio social y consecuentemente menor credibilidad en la capacidad gestora del gobierno a grado tal que su representatividad estaba en entre dicho.¹⁹

¹⁸.- Consejo Consultivo del PRONASOL. "Combate a la Pobreza" México, El Nacional. 1990 pp. 20

¹⁹.- Octavio, Rodríguez. "Crisis Política y Neocardenismo" en Estudios Políticos. Tercera Epoca. No. 1 Enero-Marzo 1990. pp 15

Por lo que era necesario mantener en operación al Pacto de Solidaridad Económica con objeto de tener bajo control los salarios y los precios, a fin de evitar que siguiera cayendo el poder adquisitivo de la mayoría de la población. La excesiva preocupación del gobierno por el saneamiento financiero redujo considerablemente su eficiencia en el cumplimiento de algunas funciones básicas como: la seguridad ciudadana, asistencia social, la capacidad para responder adecuadamente a imprevistos y catástrofes, etc. Lo anterior, acentuó la desconfianza en el gobierno, afectando el proceso de elecciones presidenciales y resultando ser señal inequívoca de que la legitimidad de gestión había sufrido un franco deterioro, sino es que su total colapso.

La profunda crisis económica existente al finalizar el régimen de J.L.P. restó credibilidad a la capacidad del Estado para satisfacer las demandas sociales, con lo que disminuyó considerablemente el apoyo de las clases populares a la administración entrante. De este modo el nuevo gobierno enfrentaba una crisis de legitimidad muy severa, profundizada por las políticas económicas bajo las cuales se sustenta y respalda el modelo neoliberal. Por un lado se presenta la imagen presidencial desgastada y muy cuestionada, perdiendo el régimen, credibilidad y consenso. El sistema corporativo se enfrenta a la escasez de recursos originada por los elevados montos destinados al pago de la deuda, repercutiendo fuertemente en la relación existente entre el Estado y las corporaciones afiliadas al partido oficial.

Una vez saneadas las finanzas públicas, se procedió al incremento del gasto social para recobrar la credibilidad, a través de la reconquista de la capacidad de gestión del gobierno mexicano y contrarrestar el deterioro de la imagen presidencial. Para ello, el gobierno de Carlos Salinas de Gortari puso en marcha una nueva política social orientada al fortalecimiento de la integración social como requisito para solucionar las demandas de la población marginada y de escasos recursos. Su propósito era eliminar la imagen autoritaria, paterna y popular que venían mostrando los presidentes anteriores.²⁰

2.2 Bases Jurídicas del Programa Nacional de Solidaridad.-

Las acciones que lleva a cabo el programa tienen su sustento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual, como ordenamiento supremo de gobierno, establece la obligatoriedad del Estado para proporcionar el bienestar general a la población. El artículo 25

²⁰ Combate a la Pobreza... op. cit. pp. 24

señala: corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que mediante el fomento al crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, que permita el pleno ejercicio de la libertad y de la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta constitución. De igual forma, también señala que se encargará de planear, coordinar y orientar la actividad económica, así como de proporcionar los mecanismos que faciliten la organización de la sociedad para la producción, distribución y consumo de los bienes y servicios necesarios.²¹

En el artículo 26 se señala que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural del Nación. La ley facultará al Ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular en el Sistema Nacional de Planeación Democrática y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del plan y los programas de desarrollo. Asimismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución.²²

El artículo 116 establece que tanto la Federación como los estados podrán convenir entre ambos el ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario. Los estados estarán facultados para celebrar esos convenios con sus municipios, a efecto de que éstos asuman la prestación de los servicios o la atención de las funciones a las que se refiere el párrafo anterior.²³

Por otra parte, también en materia de ordenamientos legales tenemos a la Ley de Planeación en los siguientes artículos:

Artículo 32.- La ejecución del Plan y los programas podrá concertarse, conforme a esta ley, con las representaciones de los grupos sociales interesados o con los particulares. El Ejecutivo Federal inducirá las acciones de los particulares y, en general, del conjunto de la población, a fin de propiciar la consecución de los objetivos y prioridades del Plan y los programas. La coordinación

²¹ - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente

²² - Ibid.

²³ - Ibid.

en la ejecución del Plan y los programas deberá proponerse a los gobiernos de los estados, a través de los convenios.²⁴

Artículo 33.- El Ejecutivo Federal podrá convenir con los gobiernos de las entidades federativas, satisfaciendo las formalidades que en cada caso procedan y la Coordinación que se requiera a efecto de que participen en la planeación nacional.²⁵

Artículo 34.- El Ejecutivo Federal podrá convenir con los gobiernos de las entidades federativas:

Su participación en la planeación nacional a través de la presentación de las propuestas que estimen pertinentes.

Los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación, en el ámbito de su jurisdicción.

Su participación en la planeación nacional a través de la presentación de las propuestas que estimen pertinentes.

Los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación, en el ámbito de su jurisdicción.

La elaboración de los programas regionales.

La ejecución de las acciones que deban realizarse en cada entidad federativa, y que competen a ambos órdenes de gobierno, considerando que la participación corresponda a los municipios interesados y a los sectores de la sociedad.²⁶

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal señala en su artículo 22 que el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos podrá celebrar convenios de coordinación de acciones con los gobiernos estatales, y con su participación, en los casos necesarios, con los municipios, satisfaciendo las formalidades legales que en cada caso procedan, a fin de favorecer el desarrollo integral de las entidades Federativas.²⁷

Otro instrumento normativo del programa lo constituye el Sistema Nacional de Planeación Democrática (SNPD), creado por mandato constitucional en 1987. Tiene como propósito fundamental encauzar la actividad de todos los miembros de la comunidad hacia la consecución de los objetivos nacionales. Se constituye por un conjunto de relaciones entre las diversas

²⁴ - Ibid.

²⁵ - Ibid.

²⁶ - Ibid.

²⁷ - Ley Orgánica de la Administración Pública. México. 1994

dependencias y niveles de gobierno y las agrupaciones e individuos de la sociedad, las cuales se dan a través de las cuatro vertientes señaladas en la Ley de Planeación. Las vertientes son:

Obligatoria.- Se refiere principalmente a las acciones de la Administración Pública Federal.

De coordinación.- Son las actividades que conjuntamente emprenden la Federación y los estados.

De inducción.- Son las medidas que realiza el gobierno para motivar conductas compatibles con los objetivos de la planeación.

De concertación.- Se refiere a las acciones negociadas con los sectores sociales.

En el marco del SNPD fue formulado el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, el cual establece como órgano coordinador de acciones entre la Federación y los estados al Convenio de Desarrollo Social, con el propósito de constituirse en uno de los principales instrumentos de la planeación regional y fortalecer la coordinación entre la Federación y los estados, permitiendo una mayor articulación de la inversión pública para atender el desarrollo estatal. El Convenio de Desarrollo Social (CDS), es el documento jurídico-administrativo, programático y financiero, mediante el cual los diferentes niveles de gobierno establecen las bases para la ejecución de acciones en el ámbito de sus respectivas competencias, se fundamenta en el Pacto Federal establecido por la Constitución.²⁸

EL Programa Nacional de Solidaridad se encuentra inscrito en el marco del convenio con el propósito de llevar a cabo acciones orientadas al combate de la pobreza extrema. La **cláusula trigésima quinta** especifica que los programas de Solidaridad y Desarrollo Regional, así como el Programa de Cien Ciudades, serán la modalidad programática básica de las inversiones concertadas en materia del convenio, así como para la asignación concertada de recursos que se destinen a los grupos beneficiarios del Programa Nacional de Solidaridad.

2.3- El PRONASOL y el Sector Público-

El programa entró en vigor el primero de diciembre de 1989, como parte de la política para el mejoramiento productivo del nivel de vida, siendo ésta uno de los tres Acuerdos Nacionales para la Modernización y el Desarrollo del país. Con el surgimiento del programa, se crea la comisión del mismo, la cual tenía encomendada la función de constituirse en el órgano de coordinación y definición de políticas, estrategias y acciones emprendidas en el ámbito de la administración

²⁸ - Plan Nacional de Desarrollo. Presidencia de la República. México, 1988.

pública, con objeto de combatir los bajos niveles de vida y asegurar el cumplimiento de los programas especiales creados para este propósito. Es presidida por el Ejecutivo Federal y la integran los secretarios de: SHCP, SEDESOL, SECOFI, SARH, SEP, SS, STPS, SRA, y el jefe del DF. De igual forma, participan en ella los Directores Generales de: IMSS, CONASUPO, INI, Fondo Nacional para el Desarrollo de las Artesanías, Comisión Nacional de Zonas Áridas y la Forestal. Cuenta con un Consejo Consultivo formado por los representantes de las dependencias y entidades integrantes de la misma; de los núcleos indígenas más importantes y de los sectores social y privado, así como por especialistas de reconocido prestigio en el campo de las ciencias sociales vinculados con el objeto y funciones de la comisión.²⁹

La modernización de la Administración Pública promovida por Carlos Salinas de Gortari ha traído consigo cambios sustanciales en sus instituciones, entre los más recientes la fusión de las Secretarías de Programación y Presupuesto y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la desaparición de la SEDUE y la creación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Así, con el propósito de integrar, coordinar y darle mayor coherencia a las políticas en materia social, y de unificar en una sola dependencia la responsabilidad en este ámbito, se planteó la transformación de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología en la SEDESOL. De esta forma el Gobierno Federal inicia una nueva política de desarrollo social, orientada, en apariencia, a la lucha por eliminar las causas y manifestaciones de la pobreza extrema en México.

Con base en lo anterior, se creó por decreto presidencial el 21 de febrero de 1992, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), cuya función principal es la coordinación general y la ejecución del PRONASOL, así como la promoción del desarrollo regional, ésta forma parte de los gabinetes económico, de desarrollo social y agropecuario, participa, además, en la Comisión Intersecretarial de Gasto-Financiamiento. Se integra por tres subsecretarías: De Desarrollo Regional, Desarrollo Urbano e Infraestructura, y Vivienda y Bienes Inmuebles. Cuenta con tres Unidades Coordinadoras, cinco Organos Desconcentrados y 31 Delegaciones en las entidades federativas. Dentro de los órganos desconcentrados destacan: la Coordinación General del Programa Nacional de Apoyo para las Empresas de Solidaridad y el Instituto Nacional de Solidaridad, los cuales tienen relación directa con la ejecución del Programa Nacional de Solidaridad. Realiza, entre otras, las siguientes funciones:

²⁹- Consejo Consultivo, "El Combate a la Pobreza". op. cit. pp 27

Formular, conducir y evaluar la política general de desarrollo social, y en particular, la de asentamientos humanos, desarrollo urbano, vivienda y ecología.

Coordinar las acciones que el Ejecutivo Federal convenga con los gobiernos locales para el desarrollo integral de las diversas regiones del país.

Coordinar, concertar y ejecutar programas especiales para la atención de los sectores sociales más desprotegidos.

Estudiar las circunstancias socioeconómicas de los pueblos indígenas y dictar las medidas necesarias para promover el interés general de los mismos.

Coordinar y ejecutar la política nacional para crear y apoyar empresas que agrupen campesinos y grupos populares urbanos, con la finalidad de proporcionar asistencia técnica.

Promover y apoyar mecanismos de funcionamiento para el bienestar social, el desarrollo regional y urbano, así como para la vivienda y la protección al ambiente.

Promover la construcción de obras de infraestructura y equipamiento para el desarrollo regional y urbano, el bienestar social y la protección al ambiente, en coordinación con los gobiernos estatales y municipales y con la participación de los sectores social y privado.

Como parte del marco institucional del programa se mencionará también a la Secretaría de la Contraloría de la Federación, cuyas funciones son:

Planear, organizar y coordinar el sistema de control y evaluación gubernamental, inspeccionar el ejercicio del gasto público federal y su congruencia con los presupuestos de egresos.

Expedir las normas que regulen el funcionamiento de los instrumentos y procedimientos de control de la Administración Pública Federal.

Vigilar el cumplimiento de las normas de control y fiscalización, así como asesorar y apoyar a los órganos de control interno de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Comprobar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las disposiciones en materia de planeación, presupuestación, ingresos, financiamiento, inversión, deuda, patrimonio y fondos y valores de la propiedad o al cuidado del Gobierno Federal.

Realizar auditorías y evaluaciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública con objeto de promover la eficiencia en sus operaciones y vigilar el cumplimiento de los objetivos contenidos en sus programas.

Se define al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) como el instrumento de la política social del Gobierno de la República que pretende impulsar el mejoramiento productivo de los niveles de vida, atendiendo, fundamentalmente a los sectores sociales en situación de extrema pobreza, como son: los campesinos, los indígenas y grupos de colonos que habitan en áreas urbanas populares.

2.4 - Objetivos que se plantea -

De acuerdo con el Manual Único de Operación, documento rector, el Programa Nacional de Solidaridad se plantea los siguientes objetivos:

" Atender las necesidades básicas de la población que vive en condiciones de pobreza en el campo y en las ciudades tales como son: nutrición, salud, educación, vivienda, medio ambiente, acceso a los servicios públicos y empleo productivo.

- Dar prioridad a los pueblos indígenas por encontrarse en condiciones de extrema pobreza, injusticia, rezago y desventaja. En las zonas indígenas se presentan las carencias más agudas y la más débil presencia institucional. El objetivo es transformar en potencial productivo las causas de su exclusión del desarrollo, respetando su cultura y tradiciones.

- Apoyar a los trabajadores agrícolas migratorios que asientan temporalmente en las regiones agrícolas.

- Apoyar a los habitantes de colonias populares en la obtención de servicios básicos, seguridad en la tenencia y uso del suelo educación y opciones de empleo." ³⁰

2.5- Principios -

Las acciones a realizar y proyectos del programa se basan en cuatro principios fundamentales.

" 1).-El respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización de las comunidades. No se imponen soluciones, se atienden y procesan demandas sociales.

³⁰ - Programa Nacional de Solidaridad. Manual Único de Operación. SHCP. México, 1992 pp. 9

2).- Impulso a la participación social. Promueve la participación de las comunidades desde la definición de los proyectos hasta su seguimiento y evaluación.

3).- La Corresponsabilidad. Se refiere a que el cumplimiento de las acciones es responsabilidad compartida entre las dependencias e instituciones públicas y las organizaciones sociales participantes.

4).- Transparencia, Honestidad y Eficiencia en el manejo de los recursos. La transparencia y eficiencia se traducen en la descentralización de la toma de decisiones; en la reducción y simplificación de los procesos administrativos para otorgar respuestas, ágiles, oportunas y eficientes.³¹

2.6.- Los Comités de Solidaridad.-

Funciones.-

El elemento indispensable para el funcionamiento del programa es la participación social, por ello se promueve la constitución de los comités de solidaridad como forma de organización social que oriente las acciones del programa. El comité se define como la organización básica sobre la que se funda la operación del programa, participando como corresponsable de la programación, presupuestación, ejecución de la obra, verificación de la aplicación de los recursos y finalmente del aprovechamiento de la obra en beneficio de la población. Por tal motivo, sólo se incorporarán al programa las obras que cuenten con la aceptación de la asamblea de participantes, quienes elegirán en asambleas públicas a los integrantes del comité de solidaridad respectivo.

2.7.- Programas de Solidaridad

Debido a que el fenómeno pobreza se manifiesta en todos los ámbitos del territorio nacional y a que ésta se concentra en áreas y grupos poblacionales delimitados, es necesario proporcionar una atención decisiva y sistemática en dichas zonas, estableciendo un margen de prioridades. En este sentido, se propone combatir las causas que la originan, estableciendo tres propósitos fundamentales, que se manifiestan en sus vertientes de acción, las cuales se detallarán enseguida:

³¹ - Ibid. pp. 10

Solidaridad para el Bienestar Social.- Comprende los siguientes programas:

- 1.- Hospital Digno.- Tiene como propósito rehabilitar las diferentes instituciones con la finalidad de mejorar el servicio a la comunidad.
- 2.- Infraestructura Hospitalaria.- Ampliar la cobertura de los servicios de salud, promoviendo la construcción, rehabilitación y mejoramiento de hospitales, centros de salud y unidades médicas rurales.
- 3.- Solidaridad para una Escuela Digna.- Rehabilitación y mantenimiento de los planteles educativos.
- 4.- Niños en Solidaridad.- Consiste en proporcionar ayuda económica, servicios médicos despensas básicas.
- 5.- Programa Nacional de Apoyo al Servicio Social.- Apoyo a prestadores de servicio social.
- 6.- Alimentación y Abasto.- participa en el mercado de básicos de las zonas donde existe desnutrición y no son atendidas por el comercio privado, para distribuir y regular la oferta de alimentos indispensables a las familias de bajos ingresos.
- 7.- Agua Potable y Alcantarillado.- Construcción, extensión y reparación de los sistemas correspondientes a zonas rurales y urbanas.
- 8.- Agua Potable y Alcantarillado en Zonas Urbanas.- establece un nuevo esquema de financiamiento con recursos de los gobiernos, Federal, Estatal y Municipal, créditos de la Banca de Desarrollo y aportaciones de trabajo de las comunidades.
- 9.- Infraestructura Deportiva.- Constitución de canchas, unidades y módulos, a fin de fomentar las prácticas deportivas.
- 10.-Electrificación Rural y Urbana.- Dotar del servicio de electrificación en ambas poblaciones.
- 11.- Urbanización. Apoyar obras de pavimentación y empedrado de calles, construcción de guarniciones, banquetas, instalación de alumbrado público, rehabilitación de plazas y de espacios públicos de recreación.
- 12.- Vivienda Digna.- Realización de acciones de mejoramiento, el Fomento a los sistemas de autoconstrucción y estímulos financieros a colonos y campesinos.
- 13.- Tenencia de la Tierra.- Agiliza los trámites para legalizar la tenencia de la tierra.
- 14.- Infraestructura Carretera. Construcción, rehabilitación y conservación de carreteras y caminos rurales.
- 15.- Mujeres en Solidaridad.- Fomenta la participación en grupos de mujeres en los proyectos productivos y de bienestar.
- 16.- Ecología Productiva. Orientado al mejoramiento ambiental de los pequeños y medianos centros de población para el aprovechamiento productivo de materiales reciclables.

17.- Apoyo Productivo.- Apoyo a las organizaciones con potencial productivo, mediante fondos revolventes, crédito a la palabra, etc., que contribuyan al bienestar familiar, comunitario y regional.

18.- Programas para Comunidades Indígenas.- En coordinación con el Instituto Nacional Indigenista (INI) se realizan acciones en cuatro áreas fundamentales: desarrollo económico, bienestar social, procuración de justicia y fomento al patrimonio cultural.

19.- Jornaleros Agrícolas.- Tiene como finalidad estimular una amplia concertación interinstitucional y social, para mejorar las condiciones de vida de estos trabajadores del campo y aumentar su productividad.

Solidaridad para la Producción.- Se integra por los siguientes programas.-

1.- Fondos de Solidaridad para la Producción.- Apoyo a la población rural sin recursos, proporcionándoles recursos sin cobrar intereses mediante "crédito a la palabra" que les permita satisfacer sus necesidades de autoconsumo y los incorpore al desarrollo productivo del país.

2.- Fondo Nacional para Empresas en Solidaridad.- Impulsar el trabajo productivo de los campesinos, indígenas y grupos populares de las áreas urbanas, mediante apoyos a las empresas agrícolas, forestales, agroindustriales, extractivas y otras similares.

3.- Fomento de las Áreas de Riego.- Tiene como objeto incorporar tierras temporales al riego.

4.- Fomento de las Áreas del Temporal.- Se realizan trabajos de desmonte, desempedrado y nivelación de tierras.

5.- Infraestructura Pecuaria.- Promueve la creación de estanques y centros acuícolas.

Solidaridad para el Desarrollo Regional.- Comprende los siguientes programas:

1.- Fondos Municipales de Solidaridad.- Transferir recursos adicionales a los municipios más pobres del país y fortalecer su capacidad financiera y de gestión.

2.- Programas para el Desarrollo Regional.- Comprenden más de dos estados y tienen como finalidad elevar el nivel de bienestar, así como el apoyo a los recursos y capacidades productivas de los campesinos, indígenas y habitantes de colonias populares. Actualmente, existen 16 programas de este tipo. Ellos son: Nueva Laguna, Istmo de Tehuantepec, Costa de Oaxaca, Oriente de Michoacán, Tierra Caliente de Guerrero, Sur del Estado de México, Centro y Carboníferas de Coahuila, Costa de Michoacán, Meseta Purepecha, Sierra Norte de Puebla, Costa de Chiapas, Huasteca Potosina, Zona Henequenera de Yucatán, Tierra Caliente de Michoacán, la Chontalpa y de los Ríos en Tabasco. En total, el número de municipios atendidos por estos programas asciende a 395.

2.8.- Financiamiento del Programa.-

Los recursos del PRONASOL provienen de diversas fuentes, entre las que se encuentran las aportaciones directas de los beneficiarios en forma de trabajo, materiales e infraestructura disponible; aportaciones federales que son el componente principal; aportaciones estatales y municipales y créditos bancarios.

El Manual Unico de Operación señala que los recursos federales para el financiamiento del programa serán transmitidos a través del Ramo XXVI.-Solidaridad y Desarrollo Regional.

2.9.- Lineamientos Generales.-

En la instrumentación del programa se definen tres mecanismos o modalidades de programación-presupuestación:

1).- De Coordinación.- Se establecen líneas de coordinación de los tres niveles de gobierno, a fin de continuar con el proceso de descentralización de funciones y fortalecer a los gobiernos estatales y municipales en su papel de rectores del desarrollo.

2).-De Concertación.- Se incorpora al sector social en la definición y ejecución de acciones que atiendan sus propuestas y necesidades.

3).- De Coordinación Especial.- Las dependencias del Gobierno Federal acuerdan con los gobiernos estatales la ejecución de proyectos prioritarios para el desarrollo regional, a través de la transferencia de recursos de los ramos sectoriales al Ramo XXVI.

El Convenio de Desarrollo Social será el marco en que se inscriba el Programa Operativo Anual Concertado del PRONASOL. Para acciones de coordinación se tomarán en cuenta las distintas condiciones financieras y económicas de las entidades federativas, se incorporarán formas diferenciales de financiamiento a estados y poblaciones con menor capacidad financiera. En las acciones de concertación, las formas de financiamiento serán definidas de acuerdo a los términos en que se concerten con los grupos sociales y según sean sus condiciones socioeconómicas. Por su parte, la estructura financiera de los proyectos de Coordinación Especial se define en forma conjunta entre la Dependencia Federal y el Gobierno del Estado. Es importante mencionar que en el programa sólo se incluirá el gasto de inversión e indirectos. Los proyectos que se integren a el

deberán significar un beneficio directo a indígenas, campesinos y habitantes de colonias populares. Así mismo, éstos deberán priorizarse conforme a rehabilitación, obra complementaria, ampliación y obra nueva.

- Programación.-

Siguiendo el Manual Único de Operación, al concluir los municipios, su proceso anual de programación y presupuestación de obras, el COPLADE integra la propuesta del estado, en la cual se definen los programas y obras prioritarias, así como los posibles mecanismos de financiamiento. Cabe señalar, que la propuesta del programa INCLUIRA EXCLUSIVAMENTE la ejecución de proyectos y acciones que coadyuven a abatir los rezagos sociales en áreas rurales y urbanas marginadas.

Lineamientos Programáticos.-

Dependiendo del nivel de ingresos de los estados y de su población, la estructura financiera se compone de:

- Programas sin Participación Crediticia.- Los cuales serán financiados por medio de recursos fiscales de inversión Federales, estatales y municipales y la aportación acordada por el comité de solidaridad, que puede realizarse también con mano de obra y materiales de la región.

- Programas con Participación Crediticia.- En ella se combinarán recursos fiscales de inversión, los de los participantes y los crediticios. En el caso de Proyectos productivos, los participantes aportarán cuando menos un 5% de la inversión requerida, considerando que son ellos los que cubrirán el crédito.

Evaluación del Programa.-

Al evaluar el Programa Nacional de Solidaridad (PNS) debemos tomar en consideración dos aspectos importantes: el contexto de política social de la actual administración y la evolución del PNS en el marco del Convenio de Desarrollo Social. Actualmente el desarrollo del país se caracteriza por un esquema neoliberal, en donde el Estado se repliega para liberar las Fuerzas del mercado y dejar que la actividad económica se desarrolle en base a la inversión privada. En este sentido, la política social del Presidente Carlos Salinas de Gortari adquiere características muy particulares:

El Por primera vez en muchos años no se considera la distribución del ingreso como un objetivo de política social.

La generación de empleos tampoco es considerada como parte de la estrategia de desarrollo impulsada por el Estado.

El bienestar social se orienta a la atención de las necesidades básicas de la población en condiciones de pobreza extrema a través de un programa de desarrollo social (PNS).

En el marco del nuevo modelo de desarrollo, la participación social se convierte en un instrumento Fundamental en la ejecución de los programas de gasto social, con su incorporación al proceso de planeación del desarrollo se pretende romper viejos esquemas en las relaciones gobierno-sociedad.

Se pretende que la corresponsabilidad y el impulso a la producción, sustituyan a las políticas paternalistas que caracterizaron al Estado benefactor.

Además que los recursos presupuestales destinados a proyectos de bienestar social, tengan un efecto multiplicador en la actividad económica de la comunidad. Ahora los proyectos deben ser rentables en términos de los beneficios generados y de la aplicación de los recursos.

Por su forma de operar, el Programa Nacional de Solidaridad adquiere un carácter político en el sentido de que propicia una sociedad más participativa en el proceso de atención de sus carencias. Asimismo, por la asignación de los recursos pretende atenuar los efectos sociales producidos por los periodos de ajuste económico.

La política social del régimen salinista, intentó responder a los planteamientos que la sociedad formula, los cuales son consecuencia de los resultados generados por la instrumentación de las políticas de ajuste y estabilización económica. Los resultados del programa en materia de bienestar social se han visto neutralizados por la política económica para reducir la inflación a un dígito, situación que ha generado altos niveles de desempleo y la pérdida del poder adquisitivo del salario. Así, por un lado se enfrenta la pobreza extrema a través de un programa que crea expectativas entre la población, y por otra, el aumento del desempleo es tal que no es posible observar ningún logro en cuanto a la elevación del bienestar social.

CAPITULO TERCERO

EL PROGRAMA HOSPITAL DIGNO

3.1 ANTECEDENTES.

En este apartado, se analiza el Programa *Hospital Digno* del Pronasol el cual tiene como objetivo coadyuvar a la rehabilitación de los Hospitales del Sector Salud con la participación activa de la sociedad.

En primer término, es importante conocer y analizar los antecedentes del Programa Hospital Digno a través de la participación social.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1973, se promulgó la nueva Ley del Seguro Social que introdujo cambios fundamentales en la estructura de la seguridad social mexicana. Los servicios médicos se convirtieron en un sistema integral que no solamente atendía el estado de salud de los derechohabientes, instituye el derecho a la rehabilitación y la incorporación de la medicina preventiva al sistema médico; y lo más importante la extensión de la cobertura del seguro social hacia el campo.

De la experiencia del programa de incorporación al Seguro Social de los campesinos henequeneros con un esquema modificado de prestaciones y cuotas, se partió para establecer el artículo 13 de la Ley de 1973, que permite estas opciones a fin de hacer más accesible a los campesinos con capacidad contributiva limitada algunos beneficios del régimen obligatorio.

Así, la Ley conserva un amplio esquema de prestaciones, excepto guarderías para los campesinos con plena capacidad contributiva, así como esquemas modificados para campesinos con capacidad limitada, y se incluye una nueva estrategia, la de la solidaridad social, para aquellos campesinos que por su estado de marginación no cuentan con ninguna capacidad contributiva.

De tal suerte, al 30 de noviembre de 1976 el "Programa Nacional de Seguridad Social contaba con una infraestructura de servicios compuesta por 22 Clínicas Hospital de Campo, que operaban con consulta externa y servicios de hospitalización, 8 Clínicas Hospital de Campo, que sólo otorgaban consulta externa y 310 consultorios rurales en instalaciones cedidas por la

CONASUPO. Esta infraestructura de servicios tenía capacidad para atender a una población potencialmente protegida, estimada en 3 millones 800 mil sujetos de solidaridad social." ³²

Posteriormente, el aumento en la extracción de petróleo crudo y el cumplimiento de los términos del convenio con el Fondo Monetario Internacional, permitieron al gobierno federal destinar mayores inversiones al sector social, concretamente para atender las carencias de los sectores marginados, para lo cual se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados dependiente de la Presidencia de la República -COPLAMAR- que se dio a la tarea de estructurar paralelamente con programas intensivos de distintas dependencias de la administración pública federal- y coordinar las acciones de once instituciones que habían venido actuando en esas zonas tales como el Instituto Nacional Indigenista y Productos Forestales de la Tarahumara, entre otras.

La decisión presidencial de extender la cobertura de los servicios de solidaridad social que el IMSS ofrecía desde 1974 en la región extera, se materializó con la firma del Convenio IMSS-COPLAMAR firmado el 25 de mayo de 1979 por el director general del IMSS Licenciado Arcenio Farell Cubillas, y por el Coordinador General de COPLAMAR, Licenciado Ignacio Ovalle Fernández, teniendo como testigo de honor al Presidente de la República, Licenciado José López Portillo.³³

El sistema se dividió en tres niveles, de acuerdo con las prioridades, los recursos y la tecnología disponibles. El primer nivel se orientó a resolver los problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla aunada a la participación de la comunidad. En este nivel se ofrecieron la mayor parte de los servicios y se establece el contacto directo médico-paciente; las acciones de salud se otorgaron a todos los habitantes de la jurisdicción de cada unidad de atención que se denominaron Unidades Médicas Rurales. Puede decirse que en este nivel se resolvía el 85% de la demanda de atención.

"Estas unidades comprendían un consultorio, dos camas, de tránsito, una sala de exploraciones, una sala de espera y una habitación para el médico, todo instalado en un área física de 60 M2." ³⁴

³² - I.M.S.S. "Instituto Mexicano del Seguro Social, 40 Años de Historia" Dirección General, Secretaría General, Jefatura de Publicaciones, México. 1984. pp 35

³³.- Vease: "I.M.S.S. Instituto Mexicano del Seguro Social, 40 Años..." op. cit. pp. 36

³⁴ - Ibid. op. cit. pp. 43

Dados el conocimiento y el grado de organización y de penetración que la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados alcanzó en el ámbito donde efectuaba, fué posible promover y ejecutar Programas de mejoramiento comunitario que involucraban a los usuarios del servicio médico, en los aspectos de educación para la salud y los programas de medicina preventiva que aplica directamente el IMSS a través de su jefatura de Medicina Preventiva.

La promoción del trabajo comunitario vinculó además al programa IMSS-COPLAMAR con otros programas de la esfera gubernamental relacionados con el abasto de alimentos a zonas marginadas; la introducción de agua potable, alcantarillado y caminos de penetración; la capacitación para el trabajo y educación extraescolar, programas que reclaman el trabajo comunitario de los usuarios de los servicios médicos.

El segundo nivel comprendía los servicios de especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia, que requieren de una tecnología más compleja. Este segundo nivel se otorgaba mediante Clínicas Hospital de Campo que apoyaban con el servicio de especialidad, hospitalización y auxiliares de diagnóstico (laboratorio de análisis clínicos y rayos X), la atención a los pacientes derivados de las Unidades Médicas Rurales que conformaban los sistemas regionales, donde se realizaban además programas básicos de salud y de medicina preventiva; "en este nivel se resolvían el 12% de la demanda de atención." ³⁵

El tercer nivel comprendía servicios médicos de alta especialidad que sólo se dan en las grandes urbes y que resuelven el 3% de la demanda de atención. Este nivel de atención no se otorgaba a través del Programa IMSS-COPLAMAR, sino que, por coordinación institucional con la secretaría de Salubridad y Asistencia, se proporcionaba en los hospitales de alta especialidad con que cuenta la mencionada Secretaría para tal efecto.

Para la instalación de recursos de primer nivel (Unidades Médicas Rurales) y de segundo nivel (Clínicas de Campo) COPLAMAR y el IMSS desarrollaron una metodología de trabajo a partir de la cual la Coordinación General del programa IMSS-COPLAMAR analizó, por una parte, las propuestas de ubicación de las Unidades Médicas Rurales presentadas por COPLAMAR con base en un exhaustivo trabajo de campo, y por otra parte la misma Coordinación General le presentó a COPLAMAR la propuesta de ubicación de Clínicas Hospital de Campo a lo largo de todo el

³⁵ - Ibid. pp. 51

territorio nacional para dar apoyo a la casi totalidad de las unidades de primer nivel, y con ello configurar zonas integradas por servicios de salud.

Sin duda el avance jurídico más trascendente en materia de salud fue la inclusión, en el Artículo 4o. constitucional (3 de febrero de 1983) de la garantía social del derecho a la protección de la salud, el cual establece: 1) que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; 2) que una ley definiría las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y 3) que esa misma ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las Entidades en materia de salubridad general.³⁶

A diferencia de las garantías individuales, las cuales sólo deben ser respetadas por el Estado, el derecho a la protección de la salud como garantía social, junto con las ya consagradas de la educación, el trabajo, la vivienda y la planificación familiar determina que el Estado tiene la responsabilidad de proveer lo necesario para dar a este derecho una efectividad creciente.

La Ley General de Salud reglamenta el Artículo 4o. Constitucional y tiene como objetivos: definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer efectivo esos derechos; definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud; reglamentar la prestación de servicios; actualizar y completar la normatividad en materia de salubridad general y deslindar y la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias.³⁷

3.1.1.- El Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la tesis del Sistema Nacional de Salud se pretende armonizar los programas del Gobierno Federal con los estatales, con el concurso de los sectores social y privado, a fin de dar cumplimiento al derecho de la salud.

Las características del Sistema Nacional de Salud se encuentran especificadas en la iniciativa presidencial de adición al Artículo 4o. Constitucional y la exposición de motivos correspondiente, sus objetivos son:

³⁶.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Vigente.

³⁷.- Ley General de Salud. Secretaría de Salud. Vigente.

- " a) Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- b) Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- c) Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- d) Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- e) Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicie el desarrollo satisfactorio de la vida;
- f) Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos para mejorar la salud.
- g) Acelerar la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección." 38

3.2.-Objetivos de el Programa Hospital Digno.

Actualmente, en México contamos con cerca de 800 hospitales públicos. Estas unidades están destinadas a la atención de la población abierta o derechohabiente de alguna institución de seguridad social.

En el caso de las unidades más antiguas, sus condiciones de operación con frecuencia son insuficientes y adolecen de acciones continuas para su conservación y mantenimiento.

Por su parte, los hospitales de menor antigüedad experimentan a menudo deterioros y la creciente demanda puede tornarlos insuficientes en el corto plazo. Lo anterior debido principalmente a dos factores: la prevalencia de esquemas paternalistas que limitan la participación de la sociedad en el

38 - Kumate Jesús, José Soberón, Guillermo Comps; "La Salud en México: Testimonios 1988" Tomo I Secretaría de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública - El Colegio Nacional, Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1988.

cuidado de sus unidades y, por otro lado, la inconsistencia en los esfuerzos para su conservación y mantenimiento.

En el primer caso, se desaprovecha la corresponsabilidad de sociedad y gobierno para el cuidado y desarrollo de la infraestructura de servicios; en el segundo, la falta de continuidad en estos esfuerzos imposibilita el asegurar su eficaz y efectivo desempeño.

Por estas razones, en todo el país las unidades hospitalarias requieren un cuidado especial para cumplir cabalmente con sus funciones de fomento y prevención de la salud, curación y rehabilitación del individuo enfermo.

Para revertir esta situación, el Programa Solidaridad surge como instrumento destinado al beneficio colectivo y a promover mayor equidad, justicia y desarrollo entre todos los mexicanos, con el fin de reforzar la capacidad de respuesta de los nosocomios públicos frente a las carencias y limitaciones que afectan la oportunidad y calidad de estos servicios. "Hospital Digno es un instrumento de Solidaridad y participación que permite abatir rezagos hospitalarios en corto tiempo, porque parte del apoyo generado con la fuerza social organizada; lo que permite incidir en la calidad de la atención a la salud y en un mejor trato a la población usuaria."³⁹

Hospital Digno es un esfuerzo de Solidaridad para atender carencias en las instalaciones y equipo de los hospitales, a través del impulso a la participación social organizada y el apoyo de las instituciones, con la finalidad de mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud destinados a la población más necesitada.

Los Comités de Solidaridad son el motor y eje de Hospital Digno:

- Definen las acciones a realizar; Aplican y vigilan el uso de los recursos financieros; promueven la presencia de la comunidad y de los trabajadores de la salud.

Para ello, los comités cuentan con recursos financieros, programa de trabajo, reglamento interno, y una forma de trabajo participativa y constante, institucional y social con los organismos participantes que son:

³⁹ - SEDESOL. Programa Nacional de Solidaridad, Programa Hospital Digno. Reunión de Análisis y Evaluación, Subsecretaría de Desarrollo Regional. México. 1991 pp. 3

ORGANIZACIONES CIUDADANAS Y PATRONATOS; GOBIERNOS ESTATALES; GOBIERNOS MUNICIPALES; SECRETARIA DE SALUD; INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO; SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA; SECRETARIA DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA FEDERACION; UNIVERSIDADES ESTATALES Y SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL.

3.2.1.- Acciones de los comités

Equipamiento; Adquisición de equipo de Diagnóstico y tratamiento mobiliario médico diverso, equipo y maquinaria industrial de apoyo; Obra civil; Rehabilitación, conservación y mantenimiento de instalaciones eléctricas, hidrosanitarias y de gases medicinales de diversas áreas hospitalarias; Ampliación de espacios físicos de servicios médicos y de apoyo; Recaudación de fondos; Mejoras de urbanización; Fideicomiso de medicamentos oncológicos; Campañas de limpieza y manejo de desechos; Adecuación de espacios arquitectónicos para discapacitados; Regulación y adquisición de terrenos y mejoras de la urbanización perimetral; Arborización y reforestación, y albergues para pacientes y familiares.

Las áreas de trabajo son las siguientes: Areas de enseñanza, alimentación y descanso del personal; Consulta externa, laboratorio, quirófanos, hospitalización, espacios de trabajo, urgencias, rayos X y tococirugía.

En cuanto a la forma de la asignación de los recursos en cada caso en particular, se toman en los Comités los siguientes criterios:

Se hace una revisión de las condiciones generales del Hospital, se identifican las necesidades básicas a atender, y se elabora posteriormente el programa de trabajo, se programa y calendariza la distribución de los recursos financieros bajo un orden de prioridad, vigilancia y control de las acciones a desarrollar.

3.2.2.- Alcances del Programa Hospital Digno.

Uno de los principales puntos que abarca el Programa Hospital Digno, es un ambicioso proyecto predeterminado de alcances, que finalmente viene a ser el resultado de los esfuerzos de los comités. Los alcances a que se pretende llegar son:

LA PARTICIPACION Y SENSIBILIZACION CRECIENTE DE USUARIOS Y CIUDADANIA; LA SUPERACION PROFESIONAL DEL PERSONAL HOSPITALARIO; LA

ACTIVA PARTICIPACION DE LOS GOBIERNOS ESTATALES Y MUNICIPALES; LA REHABILITACION Y EQUIPAMIENTO BASICO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA; LA .PROMOCION DE ACCIONES INTERINSTITUCIONALES; LA INTEGRACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y DE LAS PRACTICAS COMUNITARIAS DE ATENCION A LA SALUD; LA RACIONALIZACION DE RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS; EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, Y EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE LA ATENCION.

Todos estos alcances a los que se pretende llegar con la instrumentación de dicho Programa, son el resultado de estudios y análisis de la problemática social que como ya se ha visto en el capítulo anterior, se debe a la poca atención de la seguridad y asistencia social a la población en general en las administraciones pasadas.

La población abierta y asegurada, constituida fundamentalmente por personas de escasos recursos y trabajadores de diversas ramas, ejerce fuerte demanda de atención hacia los centros hospitalarios que operan en distintas ciudades del país.

Si bien la infraestructura es importante, esta oferta no ha correspondido plenamente con las necesidades y expectativas de la población y de los prestadores de servicios. Esta situación se debe, fundamentalmente, a los siguientes aspectos:

"Antigüedad de la mayor parte de los inmuebles.

Recursos limitados y falta de una estrategia eficiente para la conservación, mantenimiento y reposición de las instalaciones y del equipo médico.

Servicios deficientes en las unidades de salud de primer nivel de atención, que dan lugar a una presión adicional de la población a las áreas de consulta externa, urgencias y auxiliares de diagnóstico y tratamiento en los hospitales.

Sueldos limitados, condiciones inapropiadas de operación y falta de estímulos e incentivos a los trabajadores, entre otros factores de carácter laboral.

Inadecuada y deficiente información y promoción sobre el uso correcto de los servicios en los diferentes niveles del sistema.

Carencia de un mecanismo a través del cual impulsar la participación de la sociedad en el cuidado y desarrollo de la planta hospitalaria en el país.

Los hospitales que se integren al programa centrarán sus esfuerzos, en un primer momento, en alcanzar los objetivos siguientes:

Mejorar la atención médica a los pacientes mediante la suficiencia de equipos e insumos, así como a través de instalaciones físicas decorosas.

Elevar la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud, al impulsar un trato respetuoso a los usuarios y mejorar los sistemas de información y orientación al público, sobre los diversos servicios que se ofrecen en los hospitales.

Alcanzar el máximo grado de limpieza e higiene, así como de comodidad y confort en los servicios del hospital, principalmente en las áreas de urgencias y consulta externa.

Lograr la participación activa de la comunidad y de la población en torno a sus hospitales, fomentando la revaloración y el reconocimiento de la sociedad sobre el papel que desempeñan como procuradores de la salud y contribuyentes del bienestar social.⁴⁰

Una vez realizadas las acciones que permitan resarcir los rezagos en materia de obra civil y equipamiento médico, los hospitales procurarán dar continuidad a las actividades que inciden directamente en la calidad y calidez de la atención médica, como son: Conservación y mantenimiento; capacitación y actualización continua; enseñanza, investigación y desarrollo; supervisión y evaluación; participación comunitaria.

3.2.3.- Características del Programa.

Como un componente del Programa de Solidaridad, Hospital Digno recoge los principios básicos que rigen su orientación.

Los criterios que a continuación se describen constituyen una guía esencial para el quehacer de los comités de Solidaridad, en su cometido por alcanzar los objetivos propuestos.

Participación y corresponsabilidad.- Promueve la contribución responsable de toda persona física o grupo organizado de probada reputación, con interés genuino en impulsar acciones u obras que mejoren el hospital.

Ponderación y Selectividad.- Se parte de un diagnóstico de problemas y necesidades en las áreas de mayor presión y contacto con el público, particularmente de los servicios de consulta externa y urgencias, para incorporar, subsecuentemente, otras áreas que revistan prioridad.

Reforzamiento financiero.- Se estimula la contribución de recursos adicionales en efectivo o en especie (incluyendo mano de obra) a través de un fondo de contribuciones, el cual no duplica ni sustituye la disposición de fuentes de financiamiento de presupuestos normales.

⁴⁰ - Ibid pp.5

Transparencia, honestidad y eficiencia.- El programa impulsa la participación de la ciudadanía en el cuidado de los recursos y de las actividades que de él se derivan, con base en las acciones de contraloría social

Autogestivo y conciliador.- Bajo este criterio se eliminan prácticas de dependencia paternalista o esquemas de gestión centralistas, procurando que el presupuesto de Solidaridad (que es finito) sea un resorte de madurez administrativa y autosuficiencia financiera, para impulsar acuerdos favorables que signifiquen la atención del demandante y el escenario de acción del servicio público.

Promotor de la cultura sanitaria.- La promoción de la cultura sanitaria es una función propia de todo servicio de salud. Por ello, las salas de espera y los albergues o estancias para familiares, se proyectarán como sitios de difusión y capacitación en temas de salud, y en torno al uso apropiado de los servicios.

Reconsideración del significado de la inversión Social Hospitalaria.- Disponer con oportunidad de servicios hospitalarios de calidad para la atención de la salud, constituye un hecho de alta relevancia que genera tranquilidad familiar y comunitaria, como base para el bienestar social. Del mismo modo, representa un estímulo para preservar, mantener y mejorar un servicio esencial para la sociedad. En esta tarea, la participación de todos es de fundamental importancia para mantener en óptimas condiciones las instalaciones del hospital.

Impulso a la enseñanza, capacitación y desarrollo de recursos humanos.- Al prever espacios y mecanismos apropiados de trabajo para el personal y los recursos humanos en formación, se enaltecen los valores académicos y se impulsa el desarrollo científico-técnico que respalda la función de un Hospital Digno, acorde con las aspiraciones y necesidades de la sociedad. Asimismo, promover mayores niveles de preparación y cultura significa propiciar una mejor comunicación humana y, por consiguiente, un mejor trato entre usuarios y prestadores de servicios.

3.3.- Estrategia General.

Para el cumplimiento de los objetivos del programa, es necesario considerar las siguientes líneas de estrategia:

1.- En cada unidad incorporada al programa Hospital Digno se integrará un Comité de Solidaridad, cuya responsabilidad es analizar y definir su programa de trabajo, así como ejecutar

las acciones previstas en el mismo para la solución de los diversos problemas que se presentan en la operación de los servicios de atención médica.

2.- La vida orgánica del Comité de Solidaridad se regirá por su reglamento interno, que integrará las normas que se acuerden en la organización solidaria.

3.- El Comité de Solidaridad debe estar formado por personal mixto; es decir, prestatarios y usuarios, con base en una integración democrática.

4.- En el programa de trabajo el Comité de Solidaridad define las acciones a ejecutar para mejorar los locales, mobiliario, equipo médico y servicios que presta el personal. Asimismo, tiene a su cargo la búsqueda de donativos o fuentes de financiamiento, así como la operación, seguimiento, control y evaluación de las acciones relativas al programa.

5.- El Comité es la célula básica del programa. Su propósito es encauzar e integrar a éste, la participación organizada de los usuarios, la comunidad y el personal, así como de los grupos organizados, con el fin de dar respuesta inmediata a los problemas que se enfrentan en la prestación de los servicios de salud.

6.- El Comité de Solidaridad se concibe como un órgano representativo de participación del personal del hospital y de los miembros de la comunidad, por lo que la responsabilidad del seguimiento y control de las obras civiles, la compra de equipo médico y otros materiales es una tarea comunitaria que compete a todos los beneficiarios.

7.- Para definir las acciones a realizar en materia de obras y equipamiento, el Comité de Solidaridad debe elaborar un expediente diagnóstico que abarque todos los servicios del hospital, con el propósito de tener una visión objetiva de los problemas que requieren solución inmediata y definir, en el programa de trabajo, las alternativas de solución, las metas, los recursos disponibles, el calendario de trabajo y los responsables de las acciones.

8.- Los recursos se orientarán a satisfacer las necesidades que en tiempo y/o cantidad no han sido cubiertas con el presupuesto normal del hospital; es decir, se afrontarán primordialmente situaciones de urgencia en cuanto a rehabilitación y conservación de la planta física y adquisición de equipo médico.

9.- Las áreas prioritarias de atención son los servicios de urgencias, consulta externa y los auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Las acciones de inversión previstas en el programa de trabajo de los comités de Solidaridad no deberán duplicarse ni con actividades establecidas en el programa normal de la dependencia ejecutora, ni con otros proyectos especiales. En un segundo orden se encuentran las salas de espera, los módulos de información, orientación y apoyo al público, albergues para familiares de los pacientes, comedores y áreas de descanso para el personal, aulas, salas de trabajo y bibliotecas.

10.- Con base en el expediente diagnóstico, el Comité de Solidaridad elabora la Relación de prioridades que atenderá en primera instancia. Por su parte, la delegación estatal de la Secretaría

de Desarrollo Social (Sedesol), la dependencia ejecutora y la Secretaría de la Contraloría General de la Federación (Secogef) o la Contraloría estatal, asesor al Comité de Solidaridad en la elaboración del expediente técnico, en la liberación, ejercicio y control de los recursos, así como en la convocatoria y celebración de los concursos para la adjudicación de la obra civil y la adquisición de equipo médico.

11.- Al desarrollar sus actividades, los comités de Solidaridad se constituyen en procuradores del mejoramiento de la calidad de la atención médica, ya que analizan y proponen soluciones a los problemas de orden técnico y administrativo para brindar una atención, eficiente y con procedimientos simplificados; es decir, su trabajo se orienta a proponer nuevas alternativas o esquemas de atención médica, de acuerdo con cada necesidad y contexto regional.

12.- Los comités de Solidaridad promoverán la realización de acciones concertadas y con participación social para estimular la enseñanza, capacitación y desarrollo de los recursos humanos, así como acciones tendientes a mejorar los espacios físicos del hospital para llevar a cabo la atención médica en áreas decorosas, tanto en función de los usuarios como del personal en servicio.

13.- La Coordinación Nacional del Programa Hospital Digno, conjuntamente con las delegaciones estatales de la Sedesol, son las encargadas de validar las relaciones de equipo médico a adquirir, con la finalidad de que sus especificaciones técnicas sean acordes con el servicio a que se destina y a los propósitos del programa.

14.- Las acciones de obra civil que decidan ejecutar los comités deben regirse por los programas maestros que elaboran las dependencias ejecutoras, con el propósito de asegurar, por una parte, la asignación de diferentes fuentes de financiamiento con orden y armonía y, por otra, la permanencia de las obras.

15.- Las normas técnicas cuadros básicos de equipo y mobiliario y las rutinas de conservación y mantenimiento que registrarán las acciones en los hospitales serán las emitidas por la Secretaría de Salud o bien, por la dependencia ejecutora a la cual pertenece el hospital.

16.- La inversión asignada inicialmente por el programa de Solidaridad se complementará con apoyos derivados de los gobiernos estatal y municipal, del propio patronato del hospital y de otras fuentes de financiamiento.

3.4.- Integración de los comités de Solidaridad

Los nosocomios integrados al programa Hospital Digno deben conformar su Comité de Solidaridad con representatividad democrática de cada uno de los servicios hospitalarios, de los usuarios o sus familiares, personas físicas y grupos organizados de la comunidad.

El órgano ejecutivo de la organización social solidaria se integra de la siguiente manera: presidente, secretario, tesorero, vocal de Control y Vigilancia y otros vocales.

Se recomienda que en su asamblea constitutiva participen: Personas físicas, usuarios -reales y potenciales- y grupos organizados interesados en el mejoramiento del hospital; Representantes de la comunidad; Personal de las áreas médica y paramédica; Personal administrativo; Presidente o un representante del patronato; Director del hospital; Representantes del gobierno estatal y municipal; El titular de los servicios de salud en el estado o su representante - Representante de la Sedesol, de la Secogef o de la Contraloría estatal y de la dependencia ejecutora; Debe ser una persona de la comunidad o bien personal del hospital que no tenga un puesto directivo.

De la instalación del Comité de Solidaridad se levanta un Acta constitutiva debidamente firmada por sus integrantes y por los representantes de la Sedesol, de la Secogef o la Contraloría estatal, de la dependencia ejecutora y de los gobiernos estatal y municipal.

El órgano deliberativo del Comité de Solidaridad lo constituye la asamblea general de la comunidad hospitalaria. Esta instancia funge como la unidad de análisis, acuerdo, mando y dirección, cuyo funcionamiento se basa en los principios de democracia interna, autogestión y cooperación de sus miembros.

Pueden asistir a las asambleas generales y a las reuniones del órgano directivo del Comité todas las personas interesadas en el mejoramiento del hospital. Por lo tanto, la organización solidaria podrá invitar a sus reuniones a las personas cuya participación se considere importante para la solución de problemas, ya sea por su experiencia técnica y profesional o por su responsabilidad en áreas de interés para mejorar el funcionamiento de los servicios.

3.5.- Principales acciones del Comité de Solidaridad

"La primera actividad del Comité de Solidaridad consiste en elaborar y aprobar, mediante asamblea general, su programa de trabajo. Este programa incluye actividades prioritizadas, alternativas de solución, metas a alcanzar, recursos necesarios y recursos existentes, además de un cronograma, en donde se especificarán las fechas de inicio y término de cada actividad, así como al responsable de su ejecución. La siguiente lista resume las líneas de trabajo que es importante incorporar al cronograma para seguir y controlar el ejercicio de recursos

- *- Elaboración del expediente diagnóstico.
- *- Relación de prioridades.
- *- Concertación, en el seno del Comité, del primer paquete de acciones. - Elaboración de los expedientes técnicos para obra y equipo médico. - Celebración de concursos para la selección de proveedores de equipo y de contratistas para la ejecución de obra civil.
- *- Inicio y término de obra civil, por tipo de servicio y obra a realizarse.
- *- Seguimiento, control de las actividades y acuerdos del Comité. - Informe de evaluación y verificación del cumplimiento.
- *- Acciones de contraloría social.⁴¹

Para la definición de cada línea de actividad, es conveniente confrontar las áreas prioritarias con las principales acciones a emprender, con el propósito de darles mayor precisión y valorar su peso específico en el cuadro de necesidades identificado. Es pertinente verificar el avance de las actividades, para cumplir, en tiempo y forma, con los compromisos y acuerdos contraídos.

La formulación del reglamento interno del Comité de Solidaridad, consistirá en la suma de normas concertadas al interior de la organización solidaria, que regirán su vida orgánica para poder cumplir con los objetivos que le dieron origen.

La elaboración del expediente diagnóstico situacional de los servicios del hospital, tanto de las áreas médicas como de apoyo directo, esta priorizando su atención y solución conforme a los siguientes criterios:

Número de usuarios y prestatarios que se benefician con la acción.

Monto del fondo disponible y costo que implica la acción. - Significado de la acción con relación al conjunto de necesidades identificadas y factibilidad del fondo para su ejecución.

Contribución de la acción en la higiene, el bienestar y cuidado de la salud de los usuarios, así como en las condiciones de operación y desarrollo de las actividades de los prestadores de servicios.

La definición del programa de trabajo que incluye la relación de prioridades del hospital, serán atendidas por el órgano directivo del Comité y para lo cual se destinará el presupuesto asignado.

⁴¹ - *Ibid.* pp 7

En una primera instancia se atenderán las necesidades de las áreas médica y paramédica y, en un segundo momento, se consideraran otras áreas como archivo clínico, cocina, áreas de descanso del personal médico y bibliotecas, entre otros

Conforme a los propósitos y metas del programa de trabajo los miembros del órgano directivo del Comité deben proponer, analizar y acordar formas de participación comunitaria y esquemas de colaboración de los familiares de los pacientes o de Flujograma de actividades del Comité de Solidaridad personas afines al hospital, para mejorar las instalaciones y fortalecer los servicios, y también como mecanismo de contra prestación cívica.

Con base en los propósitos y metas establecidas, la asamblea general puede proponer diversas comisiones de trabajo para dar respuesta a las necesidades planteadas. En este caso, la asamblea elegirá a los representantes del órgano directivo para coordinar estas comisiones.

Se establecerán mecanismos para convocar a todos los integrantes de la organización solidaria a la realización de las asambleas generales; para ello, previamente se difundirá la fecha, el lugar y el orden del día de la reunión.

En cada reunión del órgano directivo del Comité de Solidaridad se tratarán los asuntos con base en un orden del día acordado previamente por sus miembros, con el propósito de que anticipadamente analicen y preparen los elementos necesarios que permitan un ágil desahogo de los asuntos y la definición de propuestas de solución a los problemas planteados. Asimismo, es recomendable elegir un secretario de actas, un moderador y un escrutador de esta forma, se propicia la celebración de reuniones con orden y disciplina

En cada reunión se debe pasar lista de asistencia y levantar una minuta en donde se especifiquen, en forma clara y concisa, los asuntos tratados, los acuerdos tomados y los responsables de su ejecución. Esta minuta deberá firmarse por todos los miembros del Comité y, en su caso, se le realizarán los ajustes que acuerde el pleno para su formalización.

La dependencia ejecutora elabora los expedientes técnicos de obra y equipo, con base en las prioridades definidas por el Comité, los cuales se remiten a la delegación estatal de la SEDESOL para su aprobación. Previamente, la dependencia ejecutora los debe presentar al Comité de Solidaridad para su validación.*

Los expedientes técnicos de obra y equipo deben estar firmados y validados por los responsables de la dependencia federal normativa y por la dependencia ejecutora.

El órgano directivo del Comité de Solidaridad y la comisión de trabajo correspondiente al proyecto, mantienen comunicación con el representante de la dependencia ejecutora, a fin de que le apoye en la convocatoria y celebración de los concursos de la obra civil y la adquisición de equipo médico. Asimismo, la delegación estatal de la Sedesol y la Contraloría estatal o la Secogef asesorarán al Comité en estas actividades.

Los comités podrán realizar compras directas de equipo médico y contratación directa de la obra civil, de acuerdo con los montos señalados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, que en cada ejercicio fiscal regula las erogaciones estatales. Lo anterior, con el propósito de dar celeridad a los trabajos que realizan los comités, sin menoscabo de la transparencia y honestidad en la aplicación de los recursos. Los montos para compra directa, su control y vigilancia deberán ser informados por el representante de la dependencia ejecutora que participa en el Comité de Solidaridad.

Los concursos deben celebrarse en presencia de los miembros del Comité y se levanta una minuta especificando los acuerdos tomados

El Comité de Solidaridad debe abrir un expediente por tipo de servicio incluido en el programa, donde se archiva toda la documentación comprobatoria de las acciones realizadas.

Asimismo, el vocal de Control y Vigilancia del Comité deberá realizar las acciones de contraloría social correspondientes con el propósito de dar seguimiento a los procedimientos de compra directa y contratación de la obra civil, así como también mantener informados tanto al Comité de Solidaridad como a la comunidad interesada sobre el cumplimiento de las acciones, el ejercicio transparente y la honesta aplicación de los recursos por parte de los servidores públicos. En su caso, deberá también informar al Secogef o a la Contraloría estatal sobre las inconsistencias en el destino de los recursos.

Los concursos de obra civil y adquisición de equipo, se rigen por las leyes de Obras Públicas de servicios relacionados con bienes muebles, respectivamente.

3.6.- Ejercicio presupuestal

Para la operación del programa Hospital Digno, se ha dispuesto el establecimiento de un fondo que se integra mediante la contribución de los tres niveles de gobierno: Federación, estado y municipio. También se consideran las aportaciones de particulares, personas físicas, colegios de profesionales y clubes de servicios, entre otros.

"Para asegurar el ejercicio de los recursos federales del Programa de Solidaridad, basta con que se tenga la relación de prioridades del Comité y se elaboren y aprueben los expedientes técnicos correspondientes por parte de la Sedesol.

Una vez aprobados los recursos por la delegación estatal de la Sedesol, se remite la notificación oficial (oficio de aprobación) al titular de la dependencia ejecutora, para que ésta, a su vez, lo haga del conocimiento del Comité de Solidaridad y participe en su destino y aplicación. Se propone que la constitución del fondo se divida en dos componentes:

-El 80 o 95 por ciento del total del fondo se podrá destinar para la adquisición de equipo médico y la ejecución de obra civil.

-El 20 o 5 por ciento restante puede aplicarse como fondo para la adquisición directa de equipo médico básico, y otros elementos urgentes para el diagnóstico y tratamiento. Este fondo requiere precisarse con la Coordinación Nacional del Programa Hospital Digno.

Estos porcentajes que se proponen podrán variar, dependiendo de los requerimientos particulares de cada hospital y de la decisión de cada Comité. En algunos casos, podría no ser necesario el fondo de 20 o 5 por ciento, ya que las instituciones del sector salud abastecen regularmente a las unidades médicas, a través de sus programas normales."⁴²

En este apartado, relativo al ejercicio presupuestal, se presentan únicamente los procedimientos generales que deben conocer los comités de Solidaridad -en cuanto a la elaboración del expediente técnico, aprobación del presupuesto, liberación de recursos, ejercicio del gasto y registro contable del ejercicio, con el propósito de orientar sus acciones en forma progresiva para la consecución de la obra civil, la compra de equipo médico y otros insumos para la atención de la salud.

Los aspectos detallados de cada uno de los procedimientos señalados, deben ser informados al Comité por el representante de la Sedesol quien, con base en el Manual único de operación del Programa de Solidaridad y en las Normas de programación y presupuestación, asesorará a los miembros del Comité en las gestiones a realizar.

⁴² - Coordinación de Comunicación del Programa Solidaridad. "La Solidaridad en el Desarrollo Nacional" SEDESOL. México. 1993. pp 87

Por su parte, representantes de la dependencia ejecutora a la cual pertenece el hospital, de la Secogef, o de la Contraloría estatal, asesoran al Comité en la aplicación de estos procedimientos y en sus actividades específicas, así como sobre cualquier asunto relativo al marco que reglamenta el proceso de gasto y su comprobación.

Mediante los flujogramas, se pretende separar las actividades generales que son competencia de los comités, y aquellas que son responsabilidad de las instituciones participantes, con la finalidad de que, por una parte, los miembros del Comité no desarrollen actividades ajenas a sus acciones cotidianas en los hospitales y, por otra, que el Comité no se convierta en una instancia que realiza gestiones en sustitución a la estructura administrativa de la dependencia ejecutora.

En este sentido, el Comité y sus comisiones se convierten en un grupo representativo de los servicios y áreas del hospital, que analiza problemas y define acciones resolutivas; por tanto, su actividad debe estar apoyada en los asesores de la delegación estatal de la Sedesol, de la Secogef o Contraloría estatal y de la dependencia ejecutora.

En su ordenación, el ejercicio presupuestal va de la elaboración del expediente técnico, que constituye el listado de necesidades por orden de periodo, a la aprobación del presupuesto o visto bueno inicial, para llegar a la liberación de recursos o disposición del gasto, a su ejercicio directo para transformarlo en bienes o servicios y, finalmente, a su registro contable para efectos de contraloría y comprobación.

Es importante que al término del ejercicio, las obras ejecutadas y el equipo médico adquirido se encuentren en operación. Asimismo, los comités conjuntamente con las instituciones participantes deben elaborar y formalizar las actas de entrega-recepción de la obra civil y de recepción de equipo médico.

Para verificar el cumplimiento de los acuerdos y compromisos, y de esta manera llevar un buen control de las líneas de actividad, resulta indispensable realizar el seguimiento de las acciones.

Se usan convencionalmente los conceptos "seguimiento de la gestión" y "avance físico-financiero", para referirse al ejercicio de los recursos financieros con relación a los renglones de obra y adquisiciones.

La información que se cubrirá para este propósito requiere de la vigilancia directa del vocal de Control y Vigilancia, del personal del hospital y de los miembros del Comité de Solidaridad, a fin

de supervisar personalmente las áreas físicas y la documentación soporte o comprobatoria de los bienes y servicios que se adquieren.

El Reporte mensual del seguimiento de la gestión, lo debe realizar el vocal de Control y Vigilancia del Comité, además de registrar las reuniones realizadas y sus propósitos, así como también deberá llevar el seguimiento del avance físico-financiero en la adquisición de equipo médico y otros insumos o bienes, incluyendo la ejecución de las obras. Lo anterior permitirá analizar sistemáticamente la gestión de los comités para poder alcanzar el cabal cumplimiento del ejercicio de recursos y apoyar sus actividades oportunamente, y deben enviarse los informes mensualmente a la Coordinación Nacional del Programa Hospital Digno.

Los resultados del seguimiento físico-financiero constituyen un indicador objetivo de los alcances que logren los comités en su cometido por mejorar los servicios hospitalarios.

3.7. RESULTADOS

En México existen alrededor de 800 unidades 259 del IMSS, 53 de IMSS-Solidaridad, 226 de la Secretaría de Salud (SSA) y las restantes del ISSSTE y otras instituciones de salud. Asimismo, se cuenta con mil 345 unidades médico-familiares del IMSS, 3 mil 75 del Programa IMSS-Solidaridad, y cerca de 6 mil 386 centros de salud de la SSA. (Ver Anexos 7 y 8)

En conjunto, la atención hospitalaria disponible representa una cama por cada mil habitantes, pero su distribución es inequitativa. Para la población no atendida por los servicios institucionalizados de salud la cobertura es de 0.3 camas por cada mil habitantes.

Aunque el gobierno mexicano destina gran cantidad de recursos a la construcción de infraestructura de salud, el esfuerzo no se ha complementado con el mantenimiento de las instalaciones, lo que provoca que en los hospitales no exista la calidad y calidez en la atención médica que demandan los sectores de población con menos recursos.

El Programa Hospital Digno se rige por los principios de Solidaridad, con el objetivo de elevar el nivel de atención en los hospitales del sector salud, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Mejorar la atención médica.
- Elevar la calidad y calidez en la prestación de los servicios.
- Alcanzar el máximo grado de limpieza e higiene.

- Lograr la participación de la comunidad y de la población que se encuentra dentro y alrededor de los hospitales.

A partir de 1989, en el marco del Convenio de Desarrollo Social se incorporan el Programa Nacional de Solidaridad y los tres acuerdos nacionales establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo: Ampliación de la Vida Democrática, Recuperación Económica y Estabilidad y Mejoramiento Productivo del Bienestar Social. Es importante resaltar esta transformación porque ello explica los cambios significativos en la distribución de los recursos de la inversión federal. Así en el periodo 1989-1993 la distribución de los recursos a través del Convenio ha mostrado el siguiente comportamiento:

- Once entidades concentraron el 52.0% del total de los recursos: Oaxaca 7.2%, Yucatán 7.1%; Chiapas 7.0%, Michoacán 5.5%, México 5.5%, Guerrero 5.0%, Veracruz 4.2%, Hidalgo 3.2%, Guanajuato 2.6%, Baja California 2.5% y San Luis Potosí 2.1%. (Ver Anexo 2).

Respecto a los logros alcanzados en Programa Hospital Digno, al término de la presente investigación, se ha equipado y suministrado materiales en todo el país a 455 Hospitales en el periodo: 1991-1994, se han rehabilitado las áreas de urgencias y de consulta externa, principalmente. Entre las obras más importantes que se destacan por ser realizadas durante el periodo, están las del Hospital del Niño en Toluca, el Hospital Psiquiátrico en León Guanajuato, y el Hospital General de Veracruz, el Hospital General de San Luis Potosí, el Hospital General de Villahermosa Tab., y Hospitales Generales en las capitales de Yucatán, Jalisco, Sinaloa, Nuevo León y Puebla, todos Nosocomios de tercer nivel. La infraestructura de salud tuvo un crecimiento promedio anual de 38.9%. La cobertura de servicios de salud se ha ampliado e incorporaron a 10.5 millones de mexicanos que antes no recibían atención médica social, y que ahora tienen acceso a servicios de salud institucionalizado con la atención adecuada, así mismo, se refleja que durante los años que van de 1991 a 1994, se han invertido un total de 372.3 millones de nuevos pesos, (ver Anexo 2) y, que entre otras cosas, se han construido 1,606 unidades médicas rurales, así como 821 centros de salud. Los siguientes indicadores muestran el grado de avance en infraestructura y la inversión destinada a cada Estado de la República.

En 1991, año en que entra en operación el Programa Hospital Digno, con una inversión autorizada de 31 millones, 224 mil nuevos pesos, de los cuales la aportación del Gobierno Federal fué de 22 millones, 637 mil nuevos pesos, y la aportación de los Gobiernos Estatales que fué por 8 millones 587 mil nuevos pesos, se construyeron y rehabilitaron 33 Hospitales en todo el país.

En 1992, con una inversión autorizada de 65 millones, 941 mil nuevos pesos, de los cuales la aportación del Gobierno Federal fué de 41 millones, 850 mil nuevos pesos, y la aportación de los Gobiernos Estatales que fué por 24 millones 100 mil nuevos pesos, se construyeron y rehabilitaron 83 en todo el país

En 1993, con una inversión autorizada de 161 millones, 333 mil nuevos pesos, de los cuales la aportación del Gobierno Federal fué de 88 millones, 730 mil nuevos pesos, y la aportación de los Gobiernos Estatales que fué por 72 millones 603 mil nuevos pesos, se construyeron y rehabilitaron 189 Hospitales en todo el país.

En 1994, con una inversión total autorizada de 110 millones, 590 mil nuevos pesos, de los cuales la aportación del Gobierno Federal fué de 65 millones, 68 mil nuevos pesos, y la aportación de los Gobiernos Estatales que fué por 41 millones 342 mil nuevos pesos, el país se benefició con la construcción y rehabilitación de 150 Hospitales.

.....De esta manera, durante el periodo 1991-1994 El Estado de Aguascalientes, recibió recursos por N\$ 4.511 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 5 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Baja California Norte, recibió recursos por N\$ 7.044 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 6 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Baja California Sur, recibió recursos por N\$ 4.351 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 8 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Campeche, recibió recursos por N\$ 2.911 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 4 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Coahuila, recibió recursos por N\$ 10.516.6 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 17 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Colima, recibió recursos por N\$ 5.279.6 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 7 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Chiapas, recibió recursos por N\$ 7.910.5 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 9 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Chihuahua, recibió recursos por N\$ 7.197.3 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 18 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Durango, recibió recursos por N\$ 6.506.5 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 9 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Guanajuato, recibió recursos por N\$ 11.622.5 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 12 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Guerrero, recibió recursos por N\$ 4.900.1 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 13 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Hidalgo, recibió recursos por N\$ 5.220 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 7 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Jalisco, recibió recursos por N\$ 15.074.7 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 22 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de México, recibió recursos por N\$ 41.690 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 35 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Michoacán, recibió recursos por N\$ 5.333.4 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 15 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Morelos, recibió recursos por N\$ 1.816 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 2 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Nayarit, recibió recursos por N\$ 2.251.7 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 6 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Nuevo León, recibió recursos por N\$ 34.194.2 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 19 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Oaxaca, recibió recursos por N\$ 5.011 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 9 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Puebla, recibió recursos por N\$ 13.841.5 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 31 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Queretaro, recibió recursos por N\$ 7.668 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 14 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Quintana Roo, recibió recursos por N\$ 9.924.2 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 15 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de San Luis Potosí, recibió recursos por N\$ 25.333 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 10 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Sinaloa, recibió recursos por N\$ 13.176 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 22 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Sonora, recibió recursos por N\$ 10.769.5 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 7 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Tabasco, recibió recursos por N\$ 13.190.3 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 9 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Tamaulipas, recibió recursos por N\$ 8.619.8 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 17 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Tlaxcala, recibió recursos por N\$ 3.468.3 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 6 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Veracruz, recibió recursos por N\$ 10.618.2 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 19 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Yucatán, recibió recursos por N\$ 5.243.9 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 7 Hospitales.

Durante el periodo 1991-1994 El Estado de Zacatecas, recibió recursos por N\$ 10.093.7 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 8 Hospitales.

Finalmente, durante el periodo 1991-1994 el Distrito Federal, recibió recursos por N\$ 52.435 millones, para beneficiarse con la construcción y rehabilitación de 67 Hospitales.

Totalizando la cantidad de N\$ 367 millones, 722 mil Nuevos Pesos para la construcción y rehabilitación de 455 unidades hospitalarias en Inversión del Programa Hospital Digno. (vease Anexos: 4, 5, y 6).

CONCLUSIONES

A partir de los indicadores anteriormente señalados se infieren las siguientes conclusiones:

El Programa Nacional de Solidaridad, ha apoyado obras y proyectos en materia de salud, vivienda, alimento, abasto, y urbanización; en cuanto a las acciones de Salud, se ha avanzado en la dotación de infraestructura básica para la atención, de los grupos que más lo requieran, el Programa Hospital Digno cuyo objetivo es elevar el nivel de atención de hospitales del Sector Salud siguió los criterios de;

- 1) Mejorar la atención médica;
- 2) Elevar la calidad y calidez de la prestación de los servicios;
- 3) Alcanzar el máximo grado de limpieza e higiene, y
- 4) Lograr la participación activa de la comunidad y de la población que se encuentra dentro y alrededor de los hospitales.

El conjunto de obras y acciones que han contribuido a mejorar las condiciones de vida de las comunidades y el aprendizaje y generalización del método participativo, constituyen un primer nivel de los resultados que ha obtenido el Programa Solidaridad, ya que han instrumentado programas específicos y acciones concretas de bienestar social, producción y desarrollo regional, dirigidos a la realización de obras que representan un mejoramiento en el nivel de vida de los grupos sociales que viven en colonias populares, poblados rurales y comunidades indígenas, pues los efectos del programa son más de carácter cualitativo que cuantitativo por lo que es más importante medir el impacto que efectivamente tiene en la calidad de vida de las comunidades. En el transcurso de su operación, el Programa Nacional de Solidaridad, también ha mostrado un incremento sostenido en el monto de los recursos ejercidos.

Interpretación de Resultados.-

- Es evidente que los criterios de asignación de los recursos federales son heterogéneos; por una parte si se consideran aspectos como los índices de marginación social, población indígena y necesidades sociales; por otra parte, se deduce la aplicación de criterios políticos en la asignación de recursos- La administración de Carlos Salinas de Gortari, ha mostrado interés en destinar mayores recursos al gasto social, como lo muestra la tasa media anual de crecimiento de 15.8% en términos reales pues la anterior administración se registró una tasa media anual negativa del 16.6% en términos reales.

- Históricamente el Estado ha tenido como función principal la realización de acciones que le permitan obtener el consenso de sus gobernados y al mismo tiempo asegurar las condiciones de reproducción y el mejoramiento del nivel de vida, sin embargo, en la actualidad el desarrollo del capitalismo no ha logrado rebasar la desmedida explosión demográfica, que ha llegado a tal grado que en la mayoría de los países capitalistas está ocasionando serias alteraciones sociales y económicas.

- En México, el proyecto de modernización económica aporta beneficios que se esperan recaer en el bienestar de la población, la búsqueda de la eficiencia productiva y de una mayor competitividad internacional generarán en el corto plazo crecientes niveles de desarrollo económico para algunos sectores de la sociedad. En años anteriores cuando había crecimiento económico la pobreza se reducía pero en forma muy lenta. Se necesitaría dejar pasar al menos 10 años para poder afirmar si las reformas económicas del régimen salinista favoreció finalmente a los sectores de la sociedad más necesitados.

- Actualmente en etapas de crisis y deterioros productivos, la desigualdad social da la impresión de extenderse y profundizarse a gran velocidad. Esta situación se explica fundamentalmente por la aguda concentración de la riqueza que por muchos años ha caracterizado al país, y que hoy se ve acompañada por una regresión en los índices básicos del desarrollo productivo de la planta nacional, pues se considera que el 70% de las empresas pequeñas y medianas del país han dejado de operar por falta de liquidez, dando por resultado un importante índice de desempleo y retraso en la economía de la clase trabajadora.

- Por sus alcances globales, así como por la dinámica que ha generado la propagación de la pobreza, ésta se convierte en desafío para la legitimidad del sistema político-económico y exige que se la incluya en todo proyecto democrático, más que en un esquema económico social determinado o asociado a una corriente de pensamiento específica. La desigualdad y la pobreza no son sólo problemas entre el Estado y los pobres, son problemas de la sociedad en su conjunto.

- No es posible competir en el ámbito internacional a partir de una política que mantenga permanentemente bajos los salarios reales, ni con una población mayoritariamente pobre. La enorme desigualdad existente en el país tiene como contrapartida la extrema riqueza; los monopolios. No puede haber combate persistente y sostenido de la pobreza si no se enfrenta la injusticia distributiva que históricamente ha caracterizado a nuestro país y que puede seguir definiendo por muchos años nuestro futuro.

- La solidaridad y la toma de conciencia que hoy se requieren tienen que generar compromisos claros en materia de aumento de la riqueza y de su distribución. La desigualdad no es un problema parcial sino una realidad global que nos involucra y afecta a todos.

- El problema de la pobreza es mucho más complejo de lo que se manifiesta a diario en los medios de comunicación, es por ello que en los próximos años deberán instrumentarse políticas que en el corto y en el mediano plazo estimulen la generación de empleos, se apoye realmente a la planta productiva nacional, se fortalezca el poder adquisitivo y se consolide la participación social en el desarrollo nacional.

- La política económica deberá instrumentarse de tal forma que buscando el crecimiento, la estabilidad, y el equilibrio en las finanzas públicas incremente el gasto social y promueva el desarrollo regional.

- Es importante que sin caer en excesos que pudieran generar ineficacias en el ejercicio del gasto, se destinen más recursos al desarrollo social. La ONU recomienda que para países como México se destine a este objetivo el 10% del PIB.

- Deberá procurarse que el gasto público en desarrollo social se oriente principalmente a fortalecer a los grupos que presentan los mayores índices de marginación, se debe hacer énfasis en aquellos que por sus condiciones de vida requieren de acciones inmediatas sin perder de vista los objetivos generales de toda política social.

- EL gasto social debe beneficiar en forma proporcional, a los sectores más necesitados: ello depende de los montos que se destinen a los diferentes sectores (salud, educación, alimentación, vivienda, servicios básicos etc.) y a la composición e importancia que se le proporcione a cada parte del programa por ejemplo, más a salud que a educación, etc.

- Se requiere instrumentar una política social más amplia para que el gasto público impacte de manera decisiva en el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

- Establecer plazos y tiempos, así como objetivos, metas, prioridades y acciones a desarrollar en la estrategia de desarrollo. Su elaboración permitirá que el Programa Nacional de Solidaridad profundice sus alcances y establezca prioridades en el corto, mediano y largo plazo.

- Por las circunstancias en que surgió, el programa puede catalogarse como una acción de corto plazo, meramente circunstancial y sin una planeación previa a su instrumentación, se debe recordar que en sus inicios formaba parte de los Programas de Desarrollo Regional del Gobierno Federal, pasando de ser un programa de menor cobertura a ser el principal instrumento de la política social.

- Las acciones de corto plazo no necesariamente son acordes con las de largo plazo, por lo que es importante armonizar las acciones inmediatas con las de mediano y largo plazo, el que se hayan concretado en plazos cortos, pone en evidencia la necesidad de legitimación que desde periodos anteriores venía manifestando el Estado y que hace crisis en las elecciones de 1988.

- La instrumentación del programa obedeció a la necesidad del Gobierno Federal de atenuar las presiones sociales producto de la crisis y los ajustes en la economía que pusieron de manifiesto la falta de capacidad de los regímenes anteriores para incorporar al progreso a la mayor parte de la población.

- Es necesario desarrollar una reforma que vincule eficazmente a la salud con el desarrollo económico y social. La reforma del sistema de salud debería basarse en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo, para así perseguir los propósitos de equidad, calidad y eficiencia.

- Resulta indispensable alcanzar la cobertura universal antes del año 2000. Para ello, debe definirse, mediante criterios de costo, efectividad y aceptabilidad social, un paquete de servicios esenciales de salud que se haga accesible a toda la población. Un paquete de este tipo permitirá desplegar un esfuerzo prioritario para terminar con el rezago que aún afecta a las condiciones de salud y nutrición de la población pobre, sobre todo del medio rural.

- El sistema de salud debe superar su segmentación actual. Es necesario preservar el actual pluralismo del sistema de salud, pero resolviendo los problemas que derivan de la segregación de la población en diferentes instituciones. El sistema actual, organizado verticalmente por grupos sociales, debe ser sustituido por un sistema integrado horizontalmente por funciones. En esta división de funciones, la Secretaría Salud debería redefinir su misión central hacia la regulación del sistema. En esta forma se fortalecería su papel rector. Por otra parte, se debería tender progresivamente a separar el financiamiento de la prestación de los servicios. Lo que se requiere es un sistema que combine lo mejor del gobierno, la seguridad social y el sector privado.

- A fin de mejorar la satisfacción de la población y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores, debe reconocerse la libertad de elección por parte de los usuarios. Más aún, la población no debería ser un receptor pasivo de las acciones del sistema de salud, sino uno de sus actores centrales; por ello, se requiere de un mecanismo efectivo de participación social, que permita agregar la representación comunitaria hacia los niveles estatal y nacional.

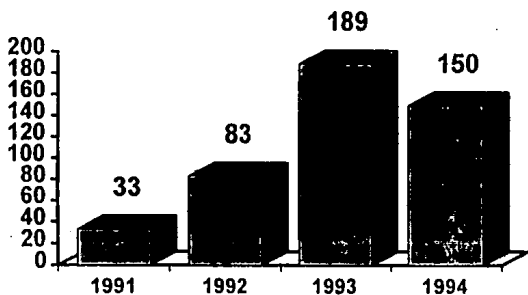
- Es necesario establecer una estrategia concertada para elevar la calidad y la eficiencia en todas las organizaciones de salud. Como parte de esta estrategia, el nuevo sistema de salud requerirá de un fortalecimiento de la inteligencia institucional, mediante mejores sistemas de información, mayor inversión en investigación científica, estímulos a la innovación tecnológica, desarrollo equilibrado de los recursos humanos y reforzamiento de la capacidad gerencial.

- Se requiere de un pacto Social por la Salud, que permita la convergencia de todos los grupos y sectores. A fin de dar expresión concreta a este pacto, debería instituirse un mecanismo plural y participativo para diseñar y evaluar las opciones de reforma, así como para preparar un proceso cuidadoso de transición que proteja el funcionamiento del actual sistema a medida que se van introduciendo gradualmente los cambios. Existen varias formas concretas que podrían darse al mecanismo propuesto. Una de ellas sería una comisión o grupo de trabajo, con una coordinación ejecutiva. Para ser efectivo, este mecanismo debería establecerse al más alto nivel político, de manera que tuviera la capacidad de convocar a todos los protagonistas que con su participación dan vida al sistema de salud.

- Por último, las condiciones económicas, políticas y sociales hacen que la población comience a despertar, haciendo públicas sus demandas, las necesidades más apremiantes para el bienestar propio. El Programa Nacional de Solidaridad como política social de desarrollo sectorial, debe encauzar sus recursos a las zonas que más los requieran a fin de poder mantener un nivel de vida decoroso de acuerdo al modelo de desarrollo que en estos días el propio Estado promueve y presume de ello al mundo entero.

ANEXOS

**Programa Nacional de Solidaridad.
Programa Hospital Digno
(Hospitales)**



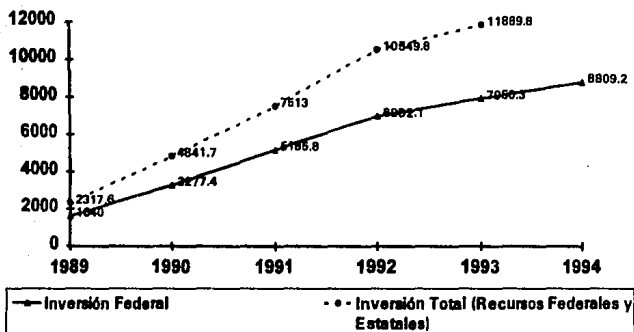
Anexo 1.

FUENTE: CUENTA DE LA HACIENDA PÚBLICA FEDERAL 1989-1994.

**Programa Nacional de Solidaridad
HOSPITAL DIGNO**
Anexo 2. Avance Construcción Hospitales por Entidades.

<i>ESTADOS</i>	1991	1992	1993	1994
Aguascalientes		1	4	
Baja California Nte.	1	1	2	2
Baja California Sur		3	4	1
Campeche			4	
Coahuila	1	3	7	6
Colima		1	4	2
Chiapas		2	7	
Chihuahua		3	5	10
Durango		2	5	2
Guanajuato	1	3	4	4
Guerrero	1	1	4	7
Hidalgo		1	4	2
Jalisco	2	5	6	9
Edo. de México	4	10	13	8
Michoacan	2	3	5	5
Morelos		1	1	
Nayarit			3	3
Nuevo León	1	4	10	4
Oaxaca	1	2	6	
Puebla	3	5	11	12
Queretaro	1	3	6	4
Quintana Roo	1	4	6	4
San Luis Potosí	2	3	4	1
Sinaloa	4	4	8	6
Sonora		1	3	3
Tabasco		2	2	5
Tamaulipas			8	9
Tlaxcala		1	3	2
Veracruz		2	8	9
Yucatan	1		1	5
Zacatecas		1	4	3
Distrito Federal	7	11	27	22
TOTALES:	33	83	189	150

Anexo 3. PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD
Recursos Asignados 1989-1994
 (Millones de N\$)



FUENTE: CUENTA DE LA HACIENDA PUBLICA FEDERAL 1989-1994.

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD
INVERSION AUTORIZADA 1991 - 1994
(Miles de Nuevos Pesos)
HOSPITAL DIGNO

ANEXO 4

ESTADO	INVERSION 1991				INVERSION 1992					
	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	HOSPITALES	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	HOSPITAL 82	HOSPITAL EN PROCESO	TOTAL DE HOSPITALES
SUMA	31,224.5	22,637.1	8,587.4	33.0	65,941.4	41,850.8	24,090.6	60	23	83
AGUASCALIENTES					1,000.0	500.0	500.0	1	0	1
BAJA CALIFORNIA	2,000.0	1,000.0	1,000.0 *	1.0	700.0	700.0			1	1
BAJA CALIFORNIA SUR					1,300.0	1,300.0		3	0	3
CAMPECHE										
COAHUILA	500.0	500.0		1.0	1,591.1	913.0	678.1	2	1	3
COLIMA					600.0	300.0	300.0	1	0	1
CHIAPAS					1,700.0	850.0	850.0	2	0	2
CHIHUAHUA					2,181.8	1,309.9	871.9	3	0	3
DURANGO					1,200.0	1,200.0		2	0	2
GUANAJUATO	1,000.0	1,000.0		1.0	3,200.0	1,600.0	1,600.0	2	1	3
GUERRERO	1,000.0	1,000.0		1.0	700.0	700.0		1	0	1
HIDALGO					1,000.0	500.0	500.0	1	0	1
JALISCO	2,000.0	1,000.0	1,000.0	2.0	4,210.8	2,210.8	2,000.0	3	2	5
MEXICO	3,100.0	3,100.0		4.0	14,585.2	6,278.4	8,306.8 *	7	3	10
MICHOACAN	2,000.0	1,000.0	1,000.0	2.0	2,000.0	1,000.0	1,000.0	2	1	3
MORELOS					1,000.0	500.0	500.0	1	0	1
NAVARO										
NUEVO LEON	2,000.0	1,000.0	1,000.0 *	1.0	2,599.2	1,299.6	1,299.6	4	0	4
OAXACA	157.7	157.7		1.0	1,242.3	1,242.3		1	1	2
PUEBLA	122.6	61.3	61.3	3.0	2,492.4	1,565.0	927.4	3	2	5
QUERETARO	500.0	500.0		1.0	1,500.0	750.0	750.0	2	1	3
QUINTANA ROO	700.0	700.0		1.0	1,350.0	1,250.0	100.0	3	1	4
SAN LUIS POTOSI	1,700.0	1,700.0		2.0	2,150.0	1,612.5	537.5	2	1	3
SINALOA	3,436.2	1,718.1	1,718.1 **	4.0	2,663.8	1,531.9	1,131.9	2	2	4
SONORA					1,000.0	500.0	500.0	1	0	1
TABASCO					2,374.8	1,187.4	1,187.4	2	0	2
TAMALIPAS										
TLAXCALA					700.0	350.0	350.0	1	0	1
VERACRUZ					1,100.0	1,100.0		2	0	2
YUCATAN	2,713.0	1,000.0	1,713.0 *	1.0						
ZACATECAS					400.0	200.0	200.0	1	0	1
DISTRITO FEDERAL	8,295.0	7,200.0	1,095.0 *	7.0	9,400.0	9,400.0		5	8	11

*.- Aportación del ISSSTE

**.- Incluye 1000.0 de aportación del ISSSTE

*.- 2028.4 aportación del DIF

FUENTE: Cuenta de la Hacienda Publica Federal 1989-1994.

PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD
INVERSION AUTORIZADA 1991 - 1994
(Miles de Nuevos Pesos)
HOSPITAL DIGNO

ANEXO 5

ESTADO	I N V E R S I O N 1 9 9 3							
	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	BENEFIC.	FEDERAL EJERCIDO	HOSPITALES 63	HOSPITAL EN PROCESO	TOTAL DE HOSPITALES
S U M A	161,333.3	86,730.5	43,401.2	29,201.6	86,456.5	119	70	189
AGUASCALIENTES	3,511.0	3,111.0		400.0	3,111.0	3	1	4
BAJA CALIFORNIA	1,419.0	819.0		600.0	819.0	1	1	2
BAJA CALIFORNIA SUR	2,501.0	2,001.0		500.0	1,447.4	1	3	4
CAMPECHE	2,911.0	1,361.0	1,350.0	200.0	1,340.6	4	0	4
COAHUILA	4,325.5	2,705.5	420.0	1,200.0	2,705.5	5	2	7
COLIMA	2,263.6	988.5	975.1	300.0	988.5	3	1	4
CHIAPAS	6,210.5	2,910.5	2,900.0	400.0	2,897.2	5	2	7
CHIHUAHUA	5,015.5	2,481.5	2,079.0	475.0	2,232.1	3	2	5
DURANGO	2,415.9	1,657.1	558.8	200.0	1,656.9	3	2	5
GUANAJUATO	3,422.5	1,722.5	1,200.0	500.0	1,722.5	3	1	4
GUERRERO	1,616.0	1,416.0		200.0	715.7	2	2	4
HIDALGO	3,375.8	1,975.8	1,000.0	400.0	1,965.3	3	1	4
JALISCO	5,853.8	2,891.9	2,381.9	600.0	2,891.6	3	3	6
MEXICO	18,004.8	8,611.6	6,221.6	1,171.6	8,611.6	7	6	13
MICHOACAN	1,057.3	747.5	299.8	100.0	559.5	2	3	5
MORELOS	816.0	416.0		400.0	415.5	1	0	1
NAYARIT	1,395.7	733.7	82.0	600.0	573.0	3	0	3
NUEVO LEON	19,027.3	8,023.4	8,849.9	6,155.0	6,020.3	5	5	10
OAXACA	3,611.0	2,611.0		1,000.0	2,607.2	5	1	6
PUEBLA	5,727.5	2,677.0	2,650.5	400.0	2,672.9	6	3	11
QUERETARO	4,218.0	2,016.0	1,800.0	400.0	2,018.0	3	3	6
QUINTANA ROO	6,341.2	4,711.6	1,429.6	200.0	4,711.6	2	4	6
SAN LUIS POTOSI	11,483.0	10,917.4	165.6	400.0	10,739.0	0	4	4
SINALOA	5,076.0	2,400.0	2,376.0	300.0	2,390.1	5	3	8
SONORA	4,180.8	2,102.5	2,078.3	0.0	2,062.7	2	1	3
TABASCO	4,015.5	1,765.5	750.0	1,500.0	1,765.5	1	1	2
TAMAULIPAS	3,357.8	1,686.4	1,171.4	500.0	1,684.1	8	0	8
TLAXCALA	1,674.5	698.0	676.5	300.0	697.4	2	1	3
VERACRUZ	3,018.2	1,524.6	1,490.6	0.0	1,524.6	7	1	8
YUCATAN	523.0	469.0	54.0	0.0	464.0	0	1	1
ZACATECAS	2,894.8	1,896.0	568.6	430.0	1,726.0	3	1	4
DISTRITO FEDERAL	20,070.0	10,700.0	0.0	9,370.0	10,700.0	16	11	27

FUENTE: Cuenta de la Hacienda Publica Federal 1989-1994.

PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD
INVERSION AUTORIZADA 1991 - 1994
(Miles de Nuevos Pesos)
HOSPITAL DIGNO

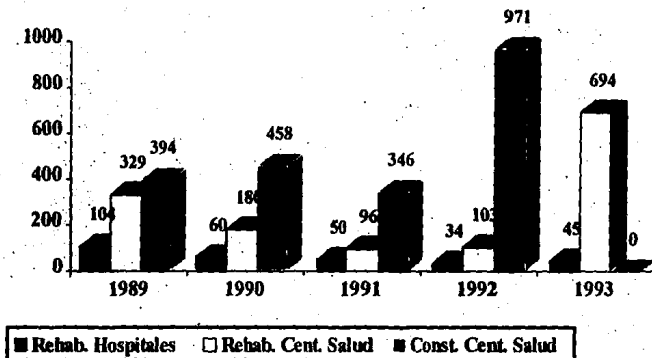
ANEXO 6

ESTADO	INVERSION 1994							
	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	BENEFIC.	FEDERAL EJERCIDO	HOSPITALES 04	HOSPITAL EN PROCESO	TOTAL DE HOSPITALES
S U M A	110,500.7	85,007.7	33,453.9	7,849.2	35,709.2	55	95	150
AGUASCALIENTES	0.0							0
BAJA CALIFORNIA	2,925.0	2,925.0			1,117.4	0	2	2
BAJA CALIFORNIA SUR	550.0	550.0			500.5	0	1	1
CAMPECHE	0.0							0
COAHUILA	4,100.0	2,000.0	1,800.0	500.0	1,700.0	1	5	6
COLIMA	2,418.0	886.4	886.4		643.2	0	2	2
CHIAPAS	0.0							0
CHIHUAHUA	1,367.4	683.7	683.7		15.5	6	4	10
DURANGO	2,890.6	2,150.5	524.5	215.6	906.7	1	1	2
GUANAJUATO	4,000.0	2,000.0	2,000.0		699.8	1	3	4
GUERRERO	1,584.1	1,200.0	384.1		380.0	4	3	7
HIDALGO	844.2	844.2			645.4		2	2
JALISCO	3,010.1	500.0	2,510.1		938.2	6	3	9
MEXICO	6,000.0	3,000.0	3,000.0		1,500.0	6	2	8
MICHOACAN	278.1	100.0	178.1		527.3	1	4	5
MORELOS	0.0							0
NAYARIT	856.0	763.1	92.9		763.1	1	2	3
NEVO LEON	10,567.7	522.0	1,702.9	4,162.0	1,782.9	1	3	4
OAXACA	0.0							0
PUEBLA	5,499.0	2,749.5	2,749.5		1,374.7	4	8	12
QUERETARO	1,450.0	1,200.0	250.0		1,200.0		4	4
QUINTANA ROO	1,533.0		1,141.5		391.5		4	4
SAN LUIS POTOSI	10,000.0	7,491.2	2,508.8		4,443.0		1	1
SINALCA	2,000.0	1,000.0	1,000.0				6	6
SONORA	5,588.7	3,843.8	1,744.9		2,097.5		3	3
TABASCO	6,800.0	3,850.0	1,850.0	1,000.0	3,120.4	3	2	5
TAMAULIPAS	5,262.0	2,664.2	2,600.4		148.6	4	5	9
TLAXCALA	1,093.8	548.9	548.9		404.7		2	2
VERACRUZ	6,500.0	3,450.0	3,050.0		2,048.4	5	4	9
YUCATAN	2,007.9	1,783.7	224.2		951.0	5		5
ZACATECAS	6,799.1	3,002.0	2,997.1		1,806.0		3	3
DISTRITO FEDERAL	14,670.0	14,220.0			450.0	6	16	22

*.- Aportación del ISSSTE
**.- Incluye 1000.0 de aportación del ISSSTE

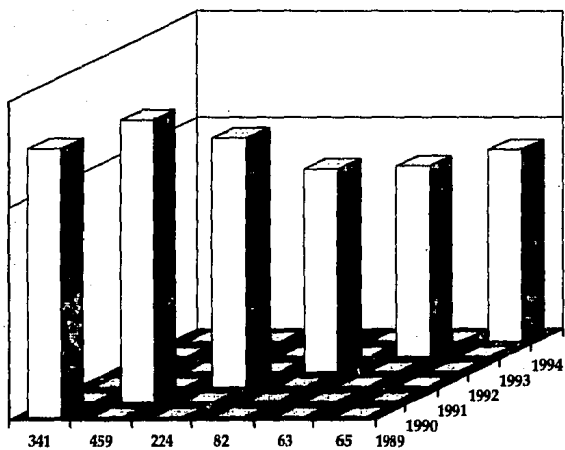
FUENTE: Cuenta de la Hacienda Publica Federal 1989-1994.

Anexo 7. Programa Nacional de Solidaridad
Solidaridad- Secretaría de Salud



FUENTE: CUENTA DE LA HACIENDA PÚBLICA FEDERAL 1989-1994.

• Anexo 8 . Programa Nacional de Solidaridad
• Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad
(Unidades Médicas Rurales)



FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD. SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

- Centro de Análisis Multidisciplinario, Reporte de Investigación No. 27. Mes de Abril de 1993. México, U.N.A.M.
- Chavez, Marcos "El mínimo en picada desde 1977" EL FINANCIERO México, 8 de enero de 1993.
- Consejo Consultivo del PRONASOL. "Combate a la Pobreza" México, El Nacional.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente
- Coordinación de Comunicación del Programa Solidaridad. "La Solidaridad en el Desarrollo Nacional" SEDESOL. México. 1993.
- Cordera, Rolando. (compilador) El desarrollo de la Crisis en México en "Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana." Ed. Siglo XXI México.
- Frenk, Julio. "Hacia un México más Saludable." Revista Nexos, México, Año 17 Vol. 202.
- Hernandez Laos Enrique. "Crecimiento Económico y Pobreza en México" Una Agenda de Investigación. México. UNAM. 1992.
- I.M.S.S. "Instituto Mexicano del Seguro Social, 40 Años de Historia" Dirección General, Secretaría General, Jefatura de Publicaciones, México. 1984.
- Kumate Jesús, José Soberón, Guillermo. Comp; "La Salud en México: Testimonios 1988" Tomo I
- Lewis, Oscar. "Los hijos de Sanchez", Introducción. México, Ed. Grijalvo. 1982.
- Ley General de Salud. Secretaria de Salud. Vigente.
- Ley Orgánica de la Administración Pública. México. 1994
- Medellin Rodrigo, "La dinámica del distanciamiento económico-social en México". en la Sociedad Mexicana : Presente y futuro. México. FCE. 1971.
- Montaño, Jorge. Los Pobres de la Ciudad en los Asentamientos Espontáneos, México, Ed. Siglo XXI, 1981.
- Narro, Robles José. "La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI." F.C.E. México, 1994.
- Rodriguez, Octavio. "Crisis Política y Neocardenismo" en Estudios Políticos. Tercera Epoca. No. 1 Enero-Marzo 1990.

Plan Nacional de Desarrollo. Presidencia de la República. México, 1988.

Programa Nacional de Solidaridad. Manual Único de Operación. SHCP. México, 1992 pp. 9
Robledo, Elisa. "41 millones de Mexicanos Deaparperados". Revista EPOCA No. 13 sep.1991.

Secretaría de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública - El Colegio Nacional, Ed. Fondo de
Cultura Económica. México, 1988.

SEDESOL. Programa Nacional de Solidaridad, Programa Hospital Digno. Reunión de Análisis y
Evaluación, Subsecretaría de Desarrollo Regional. México. 1991.

Sistema de Ciudades y Distribución especial de la Población en México. CONAPO, 1991, Vol. 1.

Solís, Leopoldo. "La Realidad Económica Mexicana: retrovisión y perspectivas." México, Ed. Siglo
XXI, 11ª edición, 1981.

Warman, Arturo. Los Campesinos; Hijos predilectos del Régimen, México, Ed. Nuestro Tiempo,
1972.