

3
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGÓN

**“ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL PROGRAMA DE
AMPLIACIÓN DE COBERTURA COMO PARTE DEL
PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
DE SALUD EN ZONAS RURALES MARGINADAS: EL CASO
DEL ESTADO DE OAXACA (1995-1997)”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA**

P R E S E N T A :

AMÉRICA CHAVEZ VARGAS

ASESOR:

LIC. ANGELA MORALES CAMPUZANO

MÉXICO

AGOSTO 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser el espacio donde se forjan los humanistas y científicos del pueblo mexicano.

Agradezco infinitamente a todas las personas que hicieron factible la conclusión de esta investigación; especialmente al C.P. Juan José Pérez Castañeda quien prestó una atención especial en el desarrollo de la misma, desde su inicio.

Al jurado que fué asignado:

Lic. Ma. Cristina Camacho Ramos

(Jefe del Area de Sociología y Presidente del Jurado);

Lic. Marcelino Martínez Nolasco (Vocal);

Lic. Angela Morales Campuzano (Asesor de tesis y Secretario del Jurado);

Lic. Fernando Quintana (Suplente) y al

Lic. Claudio Escobar Cruz

(Secretario Técnico del Area de Sociología y Suplente del Jurado.)

por su compromiso y comentarios que enriquecieron el contenido de este trabajo.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

*Por su dedicación en mi formación profesional y su empeño
por salir adelante.*

A MIS ABUELOS

*Gracia y Eloy, por que siempre he tenido su bendición y han estado
cerca de mi.*

A RUBEN

*Mi esposo y compañero, por su gran apoyo y los ánimos
que me da para seguir superándome.*

INFINITAMENTE GRACIAS

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I. SALUD, ESTADO Y SOCIEDAD.	12
1.Principales teorías que abordan el concepto salud-enfermedad	12
2. Participación del Estado en la promoción de la salud	18
2.1 Las políticas de salud y el bienestar social	21
2.2 La seguridad social en México	27
CAPITULO II. EL PERFIL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.	38
1. Aspectos demográficos	38
2. Diagnóstico general de salud	44
3. Conformación del sistema de actual de salud	49
3.1 Instituciones de seguridad social	53
3.2 Niveles de atención	61
3.3 Tipo de unidades médicas para población abierta	65
CAPITULO III. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	70
1. Lineamientos de la reforma	70
2. El programa de ampliación de cobertura	81
2.1 Características básicas del paquete básico de servicios de salud	89
2.2 Recursos financieros	93
2.3 Población beneficiada	97
3. Consideraciones sobre la planeación y la programación	99

CAPITULO IV. EL PAC EN EL ESTADO DE OAXACA	102
1. Factores condicionantes	102
2. Diagnóstico de salud	111
3. Instituciones y acciones estatales de salud	114
3.1 Servicios estatales de salud	117
3.2 Operación de los servicios de salud	120
3.3 Operación de los recursos institucionales	122
3.4 Regionalización	126
4. Evaluación del PAC	127
CONSIDERACIONES FINALES	138
FUENTES	146
BIBLIOGRAFIA	146
TESIS	148
PROGRAMAS	149
LEGISLACIONES	149
OTROS DOCUMENTOS	150

INTRODUCCION

La sociología se ha especializado a partir de la segunda mitad de este siglo, lo que le ha dado un matiz multidimensional mismo que ha sido moldeado por la sociedad; es decir, en ésta época en donde el desarrollo y la aplicación racional de la tecnología se ha convertido en premisa de modernización para todos los ámbitos de la vida social, las ciencias sociales en general, no escapan de dicha influencia. Así pues, se puede considerar relativamente reciente, que la sociología, ha tratado de explicar las causas y procesos del factor social en el desarrollo de la medicina como práctica social desde otra perspectiva a la médica. Sin embargo, en México aún son pocos los análisis dedicados a este rubro de la "seguridad social". Por este motivo, se deriva la inquietud personal de realizar un estudio en este aspecto, analizándolo desde la óptica de la sociología, que permita una comprensión mas significativa del proceso salud-enfermedad como práctica médica y como práctica social, las cuales deben ser traducidas en políticas de salud para la población. En este sentido, apuntar las fallas y lagunas de cualquier sistema de salud y proponer alternativas para dar sentido social y solidez a los esfuerzos por reformar la organización de la salud, nos hace conscientes de que su transformación, no es una simple tarea tecnocrática reservada a los especialistas en la materia, sino que implica, a la vez, transformaciones profundas en la organización económica, social y política de un país.

Así pues, el objetivo sobre el cual gira este trabajo es realizar el análisis de un programa concreto de salud en México: ***El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en Zonas Rurales Marginadas***, para conocer el grado de avance de su aplicación, tomando como caso específico el Estado de Oaxaca, para determinar cómo incide dicho Programa en el desarrollo socioeconómico de la población rural marginada que carece y/o no tiene acceso a los servicios de salud públicos, así como la factibilidad a través de éste, de aliviar la pobreza de esas zonas mediante la incorporación de este tipo de servicio.

Aquí, la concepción del proceso salud-enfermedad a nivel biológico-individual debe ser una filosofía que no tenga cabida dentro del estudio de la sociología, ya que existen

varios elementos que la enlazan con la medicina, propiamente con su práctica social, y el más importante sin duda es la condición sociohistórica en la que se encuentra inmersa la salud y la enfermedad. De esta manera, el análisis de los factores económicos y sociales como determinantes en las causas y soluciones de la salud y la enfermedad en la sociedad, deben estar presentes en los “programas de bienestar social” de los países. Por eso, conceptualizar este estudio sobre los aspectos de la salud en el plano social, nos llevó a analizar en el **primer capítulo** las principales teorías que abordan el concepto, la práctica y el saber médico; es decir, los enfoques de interpretación que se han gestado en diferentes etapas del desarrollo moderno y cómo son traducidos en acciones de atención a la salud o enfermedad de la sociedad. De esta forma, el proceso salud-enfermedad por ser considerado un proceso social que se presenta con diversas características en las clases sociales, posee un carácter ideológico que es determinante tanto en la detección de necesidades de la población, como en la realización de las políticas sociales, su instrumentación y por ende, en su impacto o beneficio social. Se analiza el papel del Estado en la configuración de políticas sociales en México, es decir, su participación en la sociedad y en la planeación de la política de salud y seguridad social.

En este caso, en el país el desmedido crecimiento de la población ha propiciado movilidad en los estratos socioeconómicos a expensas de una mayor pobreza extrema, cambios en los niveles educativos, establecimientos de “sistemas de seguridad social”, y acciones específicas de los servicios de salud para modificar la historia natural de los diversos padecimientos, principalmente del tipo infeccioso. En diversas zonas geográficas, amplios grupos de población viven en condiciones de marginación, insalubridad y gran dispersión geográfica, en las que prevalecen enfermedades ligadas a la pobreza (principalmente procesos infecciosos y desnutrición, así como accidentes, violencias, enfermedades crónico-degenerativas y endemias regionales entre las que sobresalen el paludismo, el cólera, dengue, etc.) y un cuadro de enfermedades nuevas que se han desarrollado y que demandan una oportuna respuesta y una permanente vigilancia epidemiológica.

Este panorama presenta perfiles más agudos en los grupos rurales con mayor pobreza como los indígenas, cuyas precarias condiciones socioeconómicas (vivienda, falta de

agua y drenaje, analfabetismo, bajos niveles de empleo e ingresos, deficiente alimentación y altas tasas de natalidad) contribuyen al recrudescimiento de su horizonte epidemiológico. Además, una proporción importante de los grupos étnicos es monolingüe y habita en localidades de gran dispersión geográfica, lo que limita doblemente su acceso a los servicios y determina la persistencia del círculo vicioso: *pobreza-enfermedad-limitada esperanza de vida-incipiente desarrollo social*. Esto nos llevó a considerar en el **segundo capítulo** el perfil de los servicios de salud en México, tomando en cuenta algunos aspectos sociodemográficos en cuanto a las características de la población que habita en las zonas rurales marginadas; se hace un diagnóstico de la salud, se identifica la conformación del sistema de salud, las instituciones de seguridad social, los niveles de atención y el tipo de unidades médicas para población no “*derechohabiente, no asegurada o abierta*”, lo cual nos refleja un panorama de la cobertura de los servicios de salud.

Como otro aspecto, el país presenta características tan peculiares en su desarrollo económico y social, que se torna compleja la elaboración de programas nacionales y regionales que buscan “subsanan” los “males sociales” que derivan de la pobreza acentuada, sobre todo, en estas zonas rurales marginadas. Así pues, la necesidad de elaborar este análisis acerca de los problemas de salud en México; deriva ante el cuestionamiento y la necesidad de precisar la capacidad de respuesta que tiene la administración pública, como institución del Estado mexicano, para solventar las carencias y necesidades de salud de la población. Ante la magnitud de la problemática social que representa la existencia de un gran número de “marginados”, en el *Plan Nacional de Desarrollo* se incluyen los Programas de extensión de cobertura de los servicios de salud; para lo cual, se ha puesto en operación desde el período 1982-1995 acciones que “sugieren” mejorar los servicios, al crearse y fortalecerse el Sistema Nacional de Salud; así como las reformas del marco regulador de los servicios de salud que el Estado proporciona a la población abierta mediante la aplicación del PAC; y cuya implementación está apoyada en otros programas regionales como el *Paquete Básico de los Servicios de Salud (PABSS)*, mediante los cuales se descentralizó los servicios de salud a nivel estatal y municipal; motivo por el cual se retoman en el **capítulo tercero** algunos aspectos de la Reforma del sector salud para llevar a cabo la realización de estos programas, en este caso el PAC, sus

lineamientos, el PBSS como su principal eje toral, los recursos con los que dispone y la población que es "beneficiada" con estas acciones.

Por último, la población "abierta" se dispersa en todo el territorio nacional, pero existe una mayor concentración en los Estados de Chiapas, Guerrero, Puebla, Veracruz y Oaxaca, los cuales presentan considerables rezagos no sólo en la prestación de los servicios de salud, sino en general, en las condiciones de vida locales de su población rural que presentan bajas condiciones de desarrollo. De éstos, seleccionamos para nuestro caso concreto de análisis el Estado de Oaxaca; por las siguientes situaciones:

- Oaxaca cuenta con una población de 3'019,560 habitantes. El 68% corresponde al núcleo de población abierta. Posee 264 municipios que abarcan un total de población de 1'014,000 habitantes¹.
- Es un Estado que refleja en sus datos estadísticos una distribución geográfica de la población en un área predominantemente rural. Existen 11 distritos con más del 90% de su población en localidades de menos de 2,500 habitantes mientras que en 9, la proporción es inferior a la media estatal.
- Además de la dispersión geográfica, la movilización poblacional tiene repercusiones sobre los índices de salud. El 5% de la población es emigrante y entre las regiones con mayor migración se encuentran la Mixteca, Sierra y Valle Central.
- Existen en la entidad 16 grupos étnicos distribuidos en 560 municipios (98% de los municipios estatales) con 1,018,106 habitantes que representan más de una tercera parte de la población del Estado, en condiciones de desarrollo, cobertura de servicios e indicadores de salud, que muestran importante rezago social, en relación con el resto de la población.
- En educación, para 1990 la población de 15 o más años de edad, 72.3% era alfabeta y el 25.5% analfabeta. Lo que representa una instrucción apenas de los primeros años del nivel elemental.
- En cuanto a la disponibilidad de vivienda 69% de ellas se consideran con características en hacinamiento.

¹ Datos obtenidos de: INEGI. *Perfil sociodemográfico de Oaxaca. Censo de Población y Vivienda 1995*. México, 1997.; y "Marco General del Programa de Ampliación de Cobertura" en *Lineamientos de Operación México, Cuadernos Técnicos*. Secretaría de Salud, 1996.

- La situación económica actual presenta diferencias regionales profundas, afectando considerablemente algunas regiones del Estado como la Mixteca, Cañada, Sierra Sur y Sierra Norte.
- El panorama epidemiológico es agudo, destacan sobremanera las enfermedades infecciosas, crónico degenerativas, paludismo, etc. Las principales causas de mortalidad son generadas por el predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias, en los primeros lugares. Sobresale la mortalidad materna que pasó de 14.3 por cada 10,000 nacidos vivos registrados en 1990 a 9.8 en 1994.

Considerando estos aspectos, en el **capítulo cuarto** se realiza el análisis específico del estado de Oaxaca, el cual presenta características muy especiales en cuanto al grado de desarrollo social y grado de marginación y el cual es nuestro tema central de estudio. Se hace un planteamiento de la situación de la salud de la población de las zonas rurales-marginadas; se analizan concretamente los factores condicionantes de los daños a la salud, como el aspecto demográfico, de educación, de salud, de vivienda, la mortalidad y la morbilidad. Se valora la presencia de las instituciones y acciones estatales de salud, los servicios y la operación de los mismos, así como las acciones de atención a la población, los mecanismos de participación y su beneficio social, que a la fecha nos arroja resultados que deben tomarse en cuenta para la planeación de políticas de seguridad social en materia de salud.

Así pues, para poder evaluar el impacto del PAC en el estado de Oaxaca, este proyecto de investigación toma en cuenta como parámetro de delimitación temporal el año de 1995; fecha en que se inició la más reciente reestructuración del sistema nacional de salud; la segunda fecha de nuestro estudio, el año de 1997, como año para poder determinar cuál ha sido el impacto en el desarrollo socioeconómico de la población rural marginada que carece de servicios de salud con la puesta en operación a poco más de dos años del PAC, cuyos principios básicos se encuentran especificados en el *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000* y que marca como su fundamento estructural la *"universalidad de los servicios de salud"* con eficiencia y calidad.

Por lo tanto, el análisis de los servicios de salud e instituciones sociales, cuyo fin es evitar y enfrentar los daños generados por el proceso salud-enfermedad, resulta un instrumento útil para identificar y caracterizar la orientación de las políticas sociales

emprendidas por el Estado ante las necesidades, los problemas y las demandas de salud de las mayorías; revela la situación de una lucha política e ideológica en este campo y naturalmente, muestra la dinámica y el escenario económico y social de la sociedad en su conjunto. Así pues, creemos que este trabajo se presenta como elemento de aportación cualitativa y cuantitativa. Consideramos que la aportación que se pueda realizar en este campo es significativa, partiendo de la idea que el Estado debe ser el primer promotor y difusor de la salud pública, no lucrativa y no supeditada a los intereses de un mercado consumista de medicamentos; ni mucho menos como fórmulas de legitimación, ya que el factor salud-enfermedad se encuentra relacionado directamente con el ámbito socioeconómico y cultural.

Por lo anterior, deducimos las primeras premisas que podemos considerar: ¿contribuye la descentralización de los servicios de salud a modernizar el Sistema Nacional de Salud y dotarlo de mayor eficiencia para hacer frente a los críticos rezagos que enfrentan los núcleos de población con mayores índices de marginación?; el Programa de Ampliación de Cobertura ¿pretende ser un medio para superar la pobreza del país?., es decir, ¿se trata de dar respuesta a un conjunto de problemas de primera importancia, plenamente identificados por su magnitud y trascendencia social, brindando las posibilidades científicas y técnicas disponibles para resolverlo?.

CAPITULO I

SALUD, ESTADO Y SOCIEDAD.

1. Principales teorías que abordan el concepto salud-enfermedad.

Las diversas concepciones que han existido acerca del proceso **salud-enfermedad**, nos lleva a interpretar los factores biológicos, fisiológicos, económicos y culturales que inciden en dicho proceso, según las prioridades que corresponden a diversos intereses de clase. De aquí que se deriven corrientes teóricas con diferentes enfoques que limitan o acercan al conocimiento y sentido social de la salud y la enfermedad y de la práctica médica.

A nivel general, mencionaremos las tres teorías principales de interpretación del proceso salud-enfermedad.

En primer término, la TEORIA UNICAUSAL considera un solo tipo de causa de la enfermedad que tiene su base teórica en el postulado de Koch², que busca la etiología específica; es decir, trata de encontrar el agente patógeno que daña el funcionamiento "normal" del organismo para eliminarlo con recursos propios de la medicina. Esta teoría logró una amplia aceptación cuando, a través de la experimentación, pudieron establecerse ciertos nexos entre fenómenos biomédicos que la ciencia médica colocó en primer plano durante la segunda mitad del S XIX. Esta conceptualización de la causalidad surge con el desarrollo de la microbiología, y aún sigue siendo el modelo dominante dentro de la medicina moderna.

La manera como se concibe la enfermedad orienta la búsqueda de sus causas. Este modelo causal clásico de la medicina profesional, presenta a cada enfermedad como el resultado de la acción de un agente patógeno específico generalmente de carácter biológico. Es un modelo enmarcado en el ambiente **biologicista-positivista** ya que parte de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas; ofrece una reparación del daño mediante una atención curativa más que

² Citado por Rojas Soriano Raúl. En Explotación y enfermedad de la clase obrera. (El caso del proletariado industrial mexicano 1970-1982). Tesis. UNAM. 1982. P 32

preventiva; orienta sus acciones a individuos y no a comunidades, y basa una parte de su enfoque en la modificación de la conducta individual. Sin embargo, esta práctica científica la podemos considerar aislada del factor social, ya que antepone la enfermedad como un problema individual del ser humano y que debe ser tratada como tal.

Posteriormente, a finales del siglo pasado, surge un modelo causal alternativo que postula la existencia o la confluencia de varios factores para que se presente la enfermedad; es decir, la presencia de la causa de riesgo de origen biológico-físico-químico, pero aún a nivel individual. Posteriormente se enfrentaron dos corrientes del pensamiento médico; la **sociomédica** que sostenía que la salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico-social y la **biomédica** que conceptualizaba a la enfermedad como un problema de carácter puramente biológico individual.

En un segundo enfoque o TEORIA MULTICAUSAL, se concibe la enfermedad vinculándola a factores sociales y físicos; es el enfoque de la epidemiología tradicional. Toma en cuenta los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un estado fisiológico. Aunque rebasa al modelo unicausal en la concepción sobre las causas de la enfermedad, es un enfoque ahistórico y mecanicista, que no permite establecer jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar las relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos. Es el enfoque de la sociología burguesa que estudia dicho proceso desde una perspectiva funcionalista, empirista y subjetivista (ya que resalta lo subjetivo de lo material), donde la sociedad se concibe como un conjunto de "partes" o "instituciones"; donde el individuo es "funcional" o "disfuncional" de "ajuste o adaptación," en parte biológica, y en parte social del sistema.³ **La teoría de los sistemas o sociología burguesa** considera que la enfermedad es un "mal social" en la medida que incapacita al individuo a realizar sus roles sociales, lo que se traduce en una alteración del equilibrio social. No considera la existencia de clases sociales, sino que todos tienen la misma oportunidad y capacidad para ascender en escala social, o llegar a alcanzar las metas colectivas que la misma sociedad ha impuesto. De los resultados obtenidos por los análisis de este enfoque, se basan las orientaciones de las políticas y programas concretos, en ámbitos reducidos de

³ Cfr Talcott Parsons. El sistema social. 432 p.

población y espacio; cuyo objetivo es el mantenimiento del sistema social, a través de la implementación de medidas que permitan evitar situaciones “*disfuncionales*” que alteren el orden;⁴ es decir, los problemas de salud son problemas sanitarios y se dan, por lo tanto, soluciones con una política *sanitarista*. Sin embargo, dar soluciones sanitarias a los problemas de salud específicos, significa para el Estado, una garantía para la inversión extranjera, el capital, los intereses de clase en el proceso salud-enfermedad y la orientación de la práctica médica, y su interpretación está mediada por la ideología que responde a determinados intereses.⁵

El inicio de los planteamientos de tipo *biológico-social-histórico* resurgieron significativamente en periodos de crisis del sistema capitalista. En los años, veinte, treinta y a partir de los setenta, son de nuevo retomados bajo el impulso del auge de la lucha obrera y de otros grupos explotados. Con el proceso de industrialización progresiva que se desarrolla en América Latina, después de la segunda guerra mundial, y el auge del gran desarrollo médico, se desarrollan tendencias en la medicina con fundamento en la composición social y las correspondientes actitudes políticas y sociales. Mencionando en términos generales la *tendencia pro-países centrales* influenciada por los países imperialistas que copian sus modelos y los trasladan a otras realidades sociales diferentes; políticamente se expresan hacia la medicina privada de las clases con mayores recursos, es una medicina elitista y se da en los países centrales de América Latina. La segunda, es la *tendencia pro-nacional-desarrollista* quien la defiende las Instituciones de salud y las universidades para centralizar la investigación y la formación de recursos humanos; sin embargo, se basan en la concepción *multicausal*, llegan a tomar en cuenta el factor social, pero en forma no dialéctica, niegan el materialismo dialéctico. Es aquí donde se desarrollan otros enfoques. El hecho real es que el concepto salud-enfermedad aparece históricamente como tendencia en la década de los setenta; como resultado de la crisis política, social, económica, implicando *per se* la crisis que en medicina se estaba dando, y en la cual se hace una rigurosa revisión del concepto de salud de la OMS⁶ y en donde se

⁴ Cfr. Althusser, Louis. *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Medellín, Ediciones PEPE, 1978.

⁵ Cfr Mercado Calderón, Francisco. et. al. *Medicina ¿Para quién?*. México, Ediciones Nueva Sociología, 1980, p 40 y sigs.

⁶ Define a la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Si bien, la noción considera correctamente la relación entre los elementos del proceso, dentro de

le cuestionaba, a través de la óptica de las ciencias sociales y su metodología de investigación, cuya aparición y desarrollo como tal, datan de las primeras décadas del SXX. Surge entonces la **tendencia crítica** que son los profesionales de la salud con diferente ideología de las otras corrientes sociomédicas, ya que ven en la salud y la enfermedad, fenómenos colectivos que se interrelacionan con el resto de los procesos sociales. El meollo del problema, es comprender cómo las relaciones de producción y de cambios existentes en una formación social concreta se expresan en la relación salud-enfermedad colectiva, ya que cada formación social crea su propia patología y es necesario detectar cuáles son los procesos presentes de relevancia para el complejo proceso de la salud y la enfermedad.⁷

Por último un tercer enfoque; la SOCIOLOGIA MEDICA MARXISTA; este enfoque determina las causas fundamentales de la enfermedad basándose en un contexto histórico y social, relacionando la esencia y fenómeno a fin de buscar las causas determinantes y condicionantes, lo que permite plantear alternativas de solución dentro de la formación de cada grupo social. Esta teoría supera cualitativamente a las dos propuestas anteriores en cuanto al análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad, en cuanto se aplica sobre la base de categorías histórico-sociales de la realidad como una totalidad.

La sociología médica marxista, aporta elementos metodológicos superiores a las dos propuestas anteriores para el análisis del proceso salud-enfermedad; un enfoque de tipo unicausal puede limitar el estudio de los problemas de la salud en la sociedad, ya que la enfermedad es vista como un problema individual, separado de las condiciones en que se produce, que son condiciones sociales; así mismo, el segundo enfoque, aunque hace mención del aspecto social, no permite una comprensión profunda del verdadero significado de los aspectos socioculturales ya que pretende solucionar los problemas de salud mediante el incremento aislado de recursos económicos,

una triada bio-psico-social, la definición no considera de entrada puntos clave para su conceptualización ya que el concepto de "bienestar" es subjetivo, es concreto, lleva a inferir que todas las actividades del individuo tienen relación directa o indirecta con su estado de salud, y por último, la definición no aclara que la salud es un elemento histórico consubstancial al desarrollo social y económico de una población causa y consecuencia del mejoramiento de las condiciones existenciales de los individuos de una comunidad.

⁷ Torres Alvarado, Ma. Guadalupe. Consideraciones teórico-metodológicas sobre la práctica médica en México. Tesis, UNAM-ENEP-Aragón, 1992, p 47 y sigs.

hospitales, médicos, etc.

Este tipo de enfoque sociológico lo ha definido Carlos Marx en sus estudios sobre el proletariado del sistema capitalista en sus inicios, el cual toma en cuenta el factor explotación para observar la salud de los trabajadores como fuente de ganancia del capital, el cual debe mantener en las condiciones de salud, seguridad e higiene mínimas para que la fuerza de trabajo humana sea aprovechada. Este enfoque, por ejemplo, es retomado en México inicialmente por el Dr. Raúl Rojas Soriano⁸ el cual considera que “la salud-enfermedad, aún cuando se manifieste en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte, y en el acceso real en los servicios médicos.”⁹ Sin duda, esta acepción queda tan sólo a nivel de explicación la relación capitalista-proletariado. Sin embargo, no negamos que las condiciones generales de existencia, los intereses y las ideologías de clases sociales están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como la concepción que se tiene de él, pero aún esta concepción queda solamente a nivel de la relación de clases sociales entre burguesía y proletariado, y no examina todo el complejo social de relaciones que determinan las condiciones de desarrollo de la población en general.

La sociología entonces, debe tratar de conocer las verdaderas causas del proceso salud enfermedad, considerarlo como un proceso social históricamente determinado donde existen clases sociales, que se enmarcan dentro de una sociedad capitalista, el cual es su predominio innegable y existente en nuestra realidad social mexicana; lo que trae consigo, por lo tanto, diferencias entre clases sociales con respecto a los índices de morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos, donde todavía, en el proletariado, existen dos grandes divisiones sociales que se pueden caracterizar como discriminatorias de la seguridad social: los que tienen acceso a las instituciones del sector salud y los que carecen y/o no tienen acceso a los mismos.¹⁰

⁸ Consúltense las fuentes al final del documento.

⁹ Rojas Soriano. Op. Cit p 38

¹⁰ Para una concepción más detallada de las clases sociales Cfr: Cueva, Agustín. La concepción marxista de las

Por lo tanto para nosotros, el quehacer de la sociología en el campo de la salud no debe aislar los factores biológico, físico y psicológico, ya que el componente salud es producido por todas las circunstancias del entorno social para ser considerada como práctica médica social determinada por un componente histórico: se trata de ver cómo en el pasado las diferentes sociedades elaboraron políticas o generaron mecanismos de gestión que se encuadraban dentro del modelo de atención médica curativa; ya que el tema de la salud estuvo dominado más de 300 años por la opinión eclesástica; así que la medicina como ciencia, tiene un dominio relativamente reciente y su dominio completo no tienen más de 100 años de antigüedad. Pero actualmente se corre el riesgo de que el tema de la salud pase a ser de un tema únicamente médico, a un tema predominantemente financiero, si la preocupación central sigue siendo el costo creciente para racionalizar la atención médica contemplada por los economistas, por lo que no podrá ser una medicina social como tal; lo que es urgente rescatar por la sociología. En este caso, la sociología latinoamericana¹¹ se integra a la tradición del pensamiento sociopolítico, cuyas preocupaciones y categorías analíticas se construyen en el desarrollo de los contextos sociales y del rol de los intelectuales. Es decir, la sociología latinoamericana, en la cual se incluye la sociología mexicana, no solo ha sido y es atravesada por las urgencias políticas del momento, sino que dichas urgencias han determinado también los énfasis de sus distintos problemas temáticos.

Así pues, entendiendo que una contribución en particular de la sociología en este campo sería evitar la unilaterización en la cuestión sanitaria y convertirla en un foco de preocupación no solamente de una profesión como la médica, o de un grupo profesional aislado, sino del conjunto de población. Una propuesta similar aporta Hugo Mercer: "Hay que identificar los mecanismos e instrumentos de autogestión. Este es un campo en el cual, las ciencias sociales pueden contribuir mucho: algunos aportes se han realizado. Para ello es necesario reconocer el peso de algunos cuerpos sociales establecidos (partidos políticos, organizaciones sindicales, centros de trabajo, organizaciones educativas) y que estos se conviertan en mecanismos de decisión y de participación colectiva. Este es un punto en el que las ciencias sociales

clases sociales. México, FCPyS (CELA) UNAM, s/f. y/o Poulantzas, Nicos. Clases sociales en el capitalismo México. S XXI, 1976

¹¹ Cfr. Pozas Horcasitas, R. (Coord.). Las ciencias sociales en los años noventa México, UNAM, 1993

pueden investigar, contribuir, proponer y mediante la politización propiciar la democratización de este campo".¹²

En el ámbito académico, varios son partidarios confesos del cambio social, de la búsqueda del bienestar social, pero ciertamente su actitud se enfila al apoderamiento de un campo especializado en beneficio propio, debido tal vez, por que no se ha tratado de reflexionar fehacientemente sobre la relación no sólo en términos académicos entre la docencia y la investigación.

En el caso de México, dada la poca experiencia de trabajos académicos a nivel nacional, y en función de la capacidad de repuesta de problemas científicos y de producción con un alto nivel de eficiencia, se requiere de la investigación en programas de que conlleven a la instrumentación de una metodología de estudio integral para el tratamiento de problemas prácticos y así garantizar los trabajos de los programas desde una perspectiva multidisciplinaria; por lo que, es necesario establecer una metodología de trabajo académico capaz de resolver con eficacia algunos problemas que representa la realidad nacional y donde el servicio social pueda intervenir, bajo un marco integral, que pudiera establecese aún desde su inicio en las universidades.¹³

La interdisciplina surge entonces paralelamente como repuesta metodológica para solucionar problemas prácticos inherentes a la ciencia y a la producción y como repuesta concreta entre la vida académica y la realidad social. El trabajo interdisciplinario puede servir de enlace entre la vida académica universitaria y la problemática social que vive el país; por lo que se requiere la apertura y voluntad para realizar un esfuerzo común de entendimiento y conciliación de posiciones diversas en cuanto al tratamiento de un problema específico.

2. Participación del Estado en la promoción de la salud.

La mayoría de las investigaciones sobre políticas públicas excluyen de su análisis la definición inicial de la situación de la problemática que provoca la intervención del

¹² Mercer Hugo. "Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México". En Revista de Estudios Sociológicos De el Colegio de México, Vol 2, Nums 5 y 6, mayo-diciembre, 1984. P 335 y sigs.

¹³ Cfr. "Taller de Equipos Multidisciplinarios en Instituciones". Cuadernos del Programa del Servicio Social Multidisciplinario. México, UNAM, 1992 p18.

Estado. Como consecuencia, no existen estudios generosos y sistemáticos del surgimiento de cuestiones sociales como paso anterior al examen de alternativas de políticas para resolverlas. En otras palabras, la mayoría de los trabajos sobre políticas públicas toman como dada la presencia de cuestiones sociales pendientes y de nuevas ideas para resolverlas, en vez de incluir éstas en el análisis del proceso de su formación. Por otra parte, el estudio de los movimientos sociales que podría parecer como más apropiado para examinar tales fenómenos, tiende a enfocarse en la dinámica interna de tales movimientos, dando pocas indicaciones de cómo se articulan con el proceso de formación políticas; por lo que el proceso de selección de problemas antecedentes a una decisión pública es un proceso sumamente político, ligado con la estructura de desigualdades políticas y económicas de una sociedad.

Sobresale entonces, la **importancia del Estado** dentro de la sociedad capitalista como elemento de la seguridad social. Para *Carlos Marx* el Estado "es el órgano de dominación de clase, un órgano de opresión de una clase por otra, es la creación del orden que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre clases".¹⁴

Para *Antonio Gramsci*, el Estado es concebido como un organismo propio de un grupo destinado a crear las condiciones favorables para la máxima expansión del mismo grupo, en donde el grupo dominante es coordinado concretamente por los intereses generales de los grupos subordinados, y la vida estatal es concebida como una formación y una superación continua de equilibrios inestables entre los intereses del grupo fundamental y de los grupos subordinados.¹⁵ El Estado pues, se convierte en el administrador de la seguridad social. De acuerdo con lo anterior, la teoría del Estado supone que la función de dominación que tiene, según la idea fundamental del marxismo, es producto y manifestación de la inconciliabilidad de las contradicciones de clase, mismo que sirve como mediador y conciliador de los antagonismos.

¹⁴ Citado por Lenin Vladimir, I "El estado y la revolución" En Obras Escogidas. Moscú, Tomo II, Progreso, p 294

¹⁵ Gramsci, Antonio, Notas sobre Maquiavelo, sobre política y el Estado moderno México, Juan Pablos Editores, 1975, p72.

Por lo tanto, consideramos al Estado, como un complejo de instituciones sociales, a través de las cuales, se pone en acto y se garantiza la organización del sistema a favor de la clase dominante y el control del resto de la sociedad. Por lo tanto, el Estado actual, como lo define *Raúl Velazquez* en su estudio sobre políticas de salud es “..la forma superior de organización política de una sociedad, de un espacio y tiempo determinados, y dentro de cierto territorio, desarrolla, detenta y ejerce el poder político soberano, jurídico, hegemónico e institucionalizado mediante un aparato gubernamental y administrativo.”¹⁶ El gobierno es creado formalmente cuando el poder del Estado es provisto de órganos de expresión política y jurídica; los cuales, con facultades específicas permiten su ejercicio racional. Para tal efecto, de acuerdo a la doctrina de la división de poderes,¹⁷ es necesario que se divida para su ejercicio en tres poderes, cuya manifestación concurrente y complementaria en la sociedad afina la acción gubernamental.

Si bien, la capacidad administrativa y gubernamental no nace con el Estado, es con esta avanzada organización política, que alcanza su mayor potencialidad. Entonces, el gobierno se identifica como la sede material del poder estatal, necesario para la realización de los fines y las tareas del Estado. Si unos y otros se refieren respectivamente al “*qué*” y al “*cómo*” de su poder, el gobierno hace referencia a las cuestiones del “*por dónde*” y el “*cuándo*”. Por lo mismo, la política estatal no constituye ni un acto reflejo, ni una respuesta aislada, y permite inferir la posición del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad. En la política pública la decisión del gobierno contempla necesariamente los puntos de tensión del sistema social y político, la creación de flujos de información confiables para la adecuada recepción de las demandas de la sociedad, y finalmente la construcción de la estructura institucional para la respuesta de dichas demandas; el ámbito de desenvolvimiento de

¹⁶ Velazquez Sosa, Raúl Políticas de salud y asistencia social en México 1982-1988. México, Tesis, UNAM, 1991, p 38

¹⁷ Uno de los principales teóricos de esta doctrina es Montesquieu quien precisa que la finalidad más importante de dividir el poder del Estado es la de limitar sus posibles excesos. Cfr El Espíritu de las leyes.

la acción del gobierno, es la sociedad civil, fuente de peticiones y demandas que alimenta su sistema decisonal, armazón de su legitimidad e instancia reguladora de sus actividades.

En nuestra sociedad mexicana, las acciones del gobierno requieren un aparato administrativo para "estructurarse de manera coherente", tomando como parámetro formal el número y funciones sustantivas de las dependencias adscritas al Poder Ejecutivo, como las Secretarías, con la finalidad de crear sectores administrativos. En nuestro caso, las políticas de salud, como tarea sustantiva del Estado, también encuentran un marco referencial en la sectorización. La organización del sector salud y los mecanismos de interrelación entre las instituciones gubernamentales que lo integran, depende en gran medida del contexto social, político y económico en donde se desarrollan.¹⁸

2.1 Las políticas de salud y el bienestar social.

La seguridad social que brinda el Estado, mediante sus instituciones por medio de las prestaciones médicas, económicas y sociales, contribuyen a mantener en situación adecuada para el capital, la salud de la clase proletaria. La atención médica que se proporciona dentro de la seguridad social adquiere ciertas características que hace que la medicina se convierta en un mero acto mecánico, donde el médico se rige en juez y la vez, se convierte en uno más de los trabajadores de la salud pública, donde individualmente solo puede resolver los problemas de enfermedad de la población que atiende. Así pues, la conceptualización del proceso salud-enfermedad, que la ciencia médica elabora, y que orienta las políticas de salud y la práctica médica, depende de la realidad material, de las relaciones sociales imperantes, que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación.

¹⁸ No es nuestro interés ahondar sobre el complejo de la administración pública, sólo mencionamos los aspectos que nos introducen a una contextualización de las políticas públicas en salud del Estado a través de la administración pública. Para una mayor referencia al respecto, Cfr: Guerrero, Omar La administración pública del Estado capitalista México, Ediciones Fontamara, 1981.

En México, la implementación de la política pública en materia de salud está encaminada a través del modelo institucional, el cual propone el estudio de la estructura, organización, obligaciones y funciones de las instituciones gubernamentales, al considerar que las políticas se hacen públicas hasta que son adoptadas e instrumentadas por éstas, quienes las proveen de legitimidad, universalidad y coercitividad.

En contraposición a la imagen del Estado de Bienestar proveedor de servicios de salud, de educación, de vivienda, etc., se han contemplado diferentes alternativas, como la organización de las fuerzas de la sociedad civil -comunidad, familia, organizaciones, etc.- el saneamiento ambiental, la prevención de enfermedades o el autocuidado. Estas alternativas se enmarcan en un contexto más amplio del concepto de salud que abarca tanto los aspectos principales del bienestar social como la participación social y política de la población para administrar y generar este bienestar.

Existe entonces, una profunda articulación existente entre las políticas de salud y los proyectos económicos y políticos y sociales más globales que se intentan desarrollar desde el Estado. Todo proyecto político contiene expresa o implícitamente, una propuesta de política de salud que muestra todas las interconexiones existentes entre las condiciones de salud de una comunidad y el conjunto de las relaciones que los miembros establecen en el nivel de lo político, lo económico y lo social.

Podemos afirmar que existe una estrecha relación entre la forma en que una determinada población enferma, envejece y muere, las modalidades establecidas para la prevención, curación y rehabilitación de los individuos, los mecanismos financieros de las acciones de la atención médica, etc., y el modelo de organización económica, política y social que dicha sociedad adopta. Este modelo incluye el nivel de productividad, la complejidad de la estructura económica, el desarrollo alcanzado por los sectores secundario y terciario, la consiguiente diversificación de clases y fracciones de clase, el grado de participación de organizaciones intermedias, la forma en que se

resuelve la contradicción entre necesidad de acumulación y posibilidad de distribución del excedente producido en común, y fundamentalmente, la responsabilidad que la comunidad otorga a sus miembros individualmente, a sus organizaciones intermedias y al Estado, por la consecución de los niveles generales de bienestar que se consideran patrimonio inalienable de todo ser humano por su condición de tal.

En relación con esto último, el papel asignado al Estado como moderador de intereses sociales divergentes y regulador del proceso societal en los países capitalistas occidentales, y posteriormente en los países latinoamericanos, se han desarrollado en las últimas décadas dos concepciones opuestas basadas en dos modelos diferentes e articulación entre sociedad civil y aparato estatal que se expresan sistemáticamente en los conceptos de Estado y Bienestar y Estado Subsidiario.

El Estado y los modelos de desarrollo. En la década de los cuarenta el modelo de ***Estado de Bienestar*** supone una propuesta de resolución de las graves perturbaciones producidas por la crisis de 1929 y agravadas por el estallido de la segunda guerra mundial. El Estado asume la responsabilidad de lograr una nueva integración al sistema capitalista aplicando su poder de intervención no solamente en la esfera económica, como se había hecho en la década anterior, sino fundamentalmente en el orden social.

Ante la nueva sociedad que se estaba modificando, mucho más compleja y agraviada por una crisis, se pone de manifiesto las graves contradicciones y donde la fuerza del sector laboral es creciente y amenazadora; la concepción de Estado liberal-Estado gendarme, no intervencionista seguidor de la doctrina de *laissez faire*, se obliga además de su función anterior de conservador del orden público y defensor de la integridad nacional, a una mayor capacidad en el terreno de la regulación de las relaciones sociales, de manera de asegurar que los intereses contradictorios sean concensados. Aquí entonces el Estado planifica, asigna recursos, interviene decisivamente en el desarrollo de la economía, atenúa la tendencia a la concentración de la riqueza propia del libre funcionamiento de las leyes del mercado, actuando como organismo

redistribuir.¹⁹

El modelo económico de funcionamiento de esta sociedad de bienestar proviene de los planteamientos de Keynes el cual es la idea de actuar sobre la demanda, promover la reactivación de la economía a través del gasto público, desarrollar el mercado interno y asegurar de esa forma el crecimiento ininterrumpido de la sociedad capitalista. Así pues, supone el aumento de la capacidad de consumo, aumento consiguiente de la demanda de bienes y servicios, estímulo al desarrollo de la capacidad productiva de la industria, incorporación de nuevos sectores al mercado de trabajo, generalización del bienestar, posibilidad de una nueva fórmula de adecuación entre capitalismo y democracia, dio buenos resultados en los países centrales hasta fines de la década de los setenta, pero su aplicación no resultó tan exitosa en América Latina, es decir, en la periferia. En América Latina el Estado protector o Estado de bienestar se identifica en general con la aparición de regímenes con fuerte apoyo popular, como en Argentina.²⁰

Desde diferentes sectores del espectro ideológico surgen propuestas de una mayor actividad del Estado en el área de los servicios básicos o actividades que producen el bienestar. En el pensamiento conservador, el énfasis en la necesaria intervención del Estado en el área de los servicios sociales se basa en preocupaciones de mantenimiento del orden y obtención del consenso muchas veces formulados en los términos de la doctrina de la seguridad nacional que se difunde a partir de la década de los cincuenta. En esta propuesta a diferencia de las anteriores se tiende a excluir del sistema de mercado solamente los servicios destinados a los grupos de menor ingreso, dejando a las empresas privadas la tarea de satisfacer la demanda proveniente de los sectores de mayor poder adquisitivo y configurando de este modo una oferta de servicios no igualitaria y con marcadas características discriminatorias.

¹⁹ Cfr: Bobbio, Norberto. La teoría de las formas de gobierno en la historia del pensamiento político México, FCE, 1987.

²⁰ Cfr: O'Donnell, Guillermo "Acerca del corporativismo y la cuestión del Estado" Documento CEDES/CLACSO, No 2 Buenos Aires 1975.

Se trata de una concepción residual de tipo marginalista, según la cual, el individuo debe satisfacer sus necesidades en el mercado y sólo en caso de incapacidad o carencia, los organismos públicos acuden en su apoyo en virtud de un enfoque de tipo *"caritativo"* de la asistencia social.

Los componentes de esta concepción diferencial y residual de la prestación de servicios sociales se refuerzan con la crisis general del capitalismo, cuyas primeras manifestaciones datan de comienzos de la década de los setenta, y dan lugar tanto en los países centrales como en los periféricos al surgimiento de ideologías liberales y neoconservadoras que alimentan la doctrina del Estado *"subsidiario"*.

Los nuevos fundamentos de organización social; el ***"nuevo modelo de sociedad"*** propuesto, combina elementos ideológicos provenientes de diversas fuentes, no totalmente compatibles entre sí, que se articulan en forma diferente según las condiciones de cada realidad nacional y la específica combinación de fuerzas sociales que configuran la alianza del poder.

En este caso, la crisis es analizada como crisis política, no económica. Las dificultades en el campo económico son consideradas como expresión de una crisis como forma de Estado, el Estado protector, intervencionista, órgano político de la democracia de masas. En este caso, la lucha de entre sectores con intereses contrapuestos invade el ámbito estatal, determinando un proceso continuo de negociación en el que, el Estado aparece como distribuidor de beneficios y privilegios, sometido al ilimitado poder de las mayorías. El Estado entonces, aparece de este modo como articulador ineficiente de los diversos sectores que entran en conflicto en el seno de la sociedad civil. Se ve por tanto, obligado a procurar un utópico de bienestar general mediante el intervencionismo y la planificación, a desarrollar y mantener costosos sistemas de seguridad social, asegurar ciertos niveles de trabajo y de vida para las clases trabajadoras que imposibilitan una asignación "racional" de los recursos. Se cuestiona de este modo la *"gobernabilidad de la democracia"*. Se pone

énfasis en la necesidad de controlar las exigencias inoportunas de las masas. Se desarticula el sistema representativo y el proceso político democrático en tanto se asegura el derecho de los hombres a decidir sobre sus condiciones materiales de vida y asumir colectivamente la responsabilidad por la vida de todos.²¹

En este contexto, uno de los lugares donde ha sido radicado el sociólogo experimentado y el no experimentado, es para la determinación de los objetivos y alcances de la política social del **Estado Neoliberal**, aunque con una actitud "crítica": ayudar a los pobres y desposeídos desde dentro de un entramado oficial, dado que ello "facilita" el quehacer del sociólogo. Pero no hace alusión a qué beneficios personales lo mueven a operar desde y para el Estado: su actividad no va más allá de la promoción de los beneficios que puede reportar la política social si se participa sobre reglas manifiestas y con instrumentos adecuados, puede pensarse entonces que esto es institucionalizar la participación social para controlarla de alguna manera. Esto no debe ser la concepción del sociólogo, precisamente hay tratar de escudriñar sobre este Estado Neoliberal su funcionamiento y proponer otro tipo de Estado que realmente sea un Estado democrático, que sea de alguna manera patrocinador de un nuevo modelo que oriente y busque alternativas para un desarrollo de las sociedades y no deparar en cuestionar cómo son elaboradas esas políticas por la matriz establecida por el poder y por las élites y clases institucionalmente establecidas.

Este orden constituido maximiza el cálculo de los beneficios y la expectativa del rol, entreverados con los intereses individuales por lo que el nuevo orden no hace más que institucionalizar avenidas para la producción del poder, el privilegio y la clase dominante. Asimismo, este orden constituido se encuentra inmerso directa o indirectamente en las perspectivas del cambio formuladas desde la corporación oficial, la corporación del poder y su proyecto fincado en la premisa de la modernidad.²² De ahí que las esperanzas sociales del sociólogo, se yuxtaponen a las

²¹ Cfr. Beveridge, W. Las bases de la seguridad social. México, FCE, 1987.

²² Cfr. Giner, S. Ensayos Civiles. Barcelona, Ed. Península 1987.

habilidades y capacidades con reconocimiento oficial que ha logrado, en una especie de inversión a microescala para su valoración. Es hoy, la corporación que determina nuestro ámbito de vida, nuestras posibilidades de promoción, nuestra carrera, nuestro empleo y desempleo, nuestro trabajo y nuestros días.

2.2 La seguridad social en México.

En el caso de México, la política social ha sido un importante instrumento gubernamental cuyo objetivo se centra en la necesidad de resolver los problemas de inseguridad de la clase trabajadora, como consecuencia del desarrollo industrial a partir propiamente de la década de los años cuarenta, ante la presencia de enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y desempleo. De esta manera y como consecuencia de la lucha laboral y sindical, el Estado expidió leyes para proteger al trabajador con el propósito de evitar la inestabilidad sociopolítica y mantener el control para la conducta de la sociedad. Es así como la seguridad social se fue perfilando a partir del ideario, las manifestaciones y las aspiraciones que surgen en su idiosincracia de acuerdo con sus requerimientos y necesidades dándole expresión y fundamento en una estructura legal y a un conjunto de instituciones, mismas que el devenir histórico ha cobrado vigencia y proyección.

El Dr. José Narro Robles²³ hace un análisis de la *"Seguridad Social y el Estado Mexicano"* en el cual interpreta las transformaciones económicas, sociales y culturales ocurridas en la década de los años cuarenta en la sociedad mexicana la cual presenta una rápida dinámica de cambio; de ahí que la política social desde su inicio, hasta la actualidad, se ajuste y modifique de acuerdo con cada contexto específico. En este marco, la seguridad social mexicana rompe con los esquemas tradicionales de los seguros sociales y anticipa en la práctica lo que posteriormente vendrían a constituir los modelos ideológicos conceptuales en la *seguridad social integral*.²⁴

²³ Actualmente el Dr. Narro es Subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud.

²⁴ Cfr. Narro Robles. La seguridad social y el Estado Mexicano. P 7 y sigs.

El término de **seguridad social** cobró importancia en el mundo cuando las Naciones Unidas la definió como uno de sus objetivos básicos. A partir del primer año de la segunda guerra mundial, se desarrolló un importante movimiento internacional **pro legislaciones de seguridad social**. Se daba forma así a un largo proceso de definición conceptual que culminaba en la aceptación internacional de la seguridad social integral, que no es otra cosa que la incorporación a la concepción original del seguro social de tres procesos: **de servicios sociales, de solidaridad social y de la ampliación de la cobertura de la población no derechohabiente**. Principios conceptuales que trece años después se incorporarían a la Ley del Seguro Social en México.

En los diferentes periodos de la práctica médica y seguridad social en el país,²⁵ podemos mencionar a grosso modo, que durante **1800 a 1850** la medicina era todavía eminentemente empírica, el tipo de instituciones hospitalarias que predominaban eran las de beneficencia, sostenidas por lo general, por la Iglesia a cargo de distintas órdenes religiosas. Sin embargo, para combatir las epidemias a finales del siglo XVIII se crearon algunas instituciones dirigidas y financiadas por el Estado, como es el caso del Hospital Provisional para las Viruelas que existió en Monterrey en 1798.

Durante el período **1851-1900**, en esta época, en Europa y Estados Unidos, surgen las especialidades médicas, iniciándose a nivel de especialidad en Estados Unidos la enseñanza de la oftamología en 1861. El rápido desarrollo científico-técnico dado por la Revolución Industrial, repercutió en un relativo desarrollo de elementos para el diagnóstico y tratamientos médicos que revolucionaron toda la práctica anterior. En gran parte, debido a la centralización y manejo de la medicina hospitalaria, se gestó el florecimiento y desarrollo de las grandes escuelas médicas clínicas. La que más impacto tuvo en México fue la escuela francesa, al grado que todavía a principios de este siglo, aproximadamente en 1920 era la escuela dominante. La escuela mexicana

²⁵ Cfr. Kumate, Jesús. (Coord) et al La salud de los mexicanos y la medicina en México. México, el Colegio de México, 1977, 365 p y sigs

tuvo su gran auge a fines del siglo pasado y en los primeros años de éste, durante el Porfiriato. Los postulados que sostienen el régimen de seguridad social en nuestro país, tiene sus raíces históricas en el movimiento revolucionario de 1910, y su fundamento político en el artículo 123 de la Constitución Política.

En esta etapa posrevolucionaria período comprendido entre **1910 y 1949**, el Estado mexicano, se consolida después de una crisis política la cual destruye al Estado liberal oligárquico del Porfiriato y se orienta a la búsqueda de una base social a través de una política de masas, mediante la satisfacción inmediata de los intereses de las clases explotadas de la ciudad y el campo, buscando no contraponerla al desarrollo del capitalismo y dando origen a la Constitución Política e impulsando el Estado hacia la vía institucional.²⁶ Los organismos de salud evolucionaron aceleradamente y crecieron en complejidad administrativa, haciéndose de nuevas atribuciones. Destaca el hecho que a fines de este período se fundan varios hospitales, entre los que sobresalen el *Hospital General de la Ciudad de México*, fundado en 1905. Durante el período de 1911 a 1940, primera institución de seguridad. Para 1922 se crea el *Departamento de Salubridad*. En ésta época se consolidan avances en el terreno de la microbiología, que permiten actuar con enfermedades transmisibles que hasta entonces había sido imposible controlar. Se realizan intensas campañas sanitarias como avances en la industria química; se inicia el descubrimiento y producción a nivel comercial de medicinas de patente, iniciándose así la sustitución de la preparación de compuestos que se hacían en boticas; al final de ésta época se descubren las sulfas (1935), y la penicilina (1939); después del conflicto bélico entre las potencias se inicia la producción masiva, y con ello toda una revolución en el desarrollo y producción comercial de medicamentos. Por Decreto del mes de junio de 1937 (que adicionó la Ley de Secretarías y Departamentos de 1935), se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil, el cual a su vez, fue sustituido por la Secretaría de Asistencia Pública (Decreto del 31 de diciembre de 1937); el Departamento de Salubridad Pública se mantuvo sin modificaciones. A partir de la reforma encabezada por Benito Juárez, las

acciones de caridad encaminadas a la protección de los desvalidos estaba a cargo de la iglesia católica. Hasta ese momento, se transformaron en acciones de asistencia pública, responsabilidad del Estado. Si bien la atención a menores, ancianos y minusválidos en desamparo ha constituido una preocupación constante de los gobiernos contemporáneos (como la creación del Departamento de Asistencia Social Infantil en 1937) no es sino hasta fechas relativamente recientes cuando esta responsabilidad ha adquirido particular relevancia en la agenda pública.²⁷ El 18 de octubre de 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) al fusionarse la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad. A partir del periodo 1982-1988, la nueva connotación de *Secretaría de Salud* “..se acomoda la función original que nuestro derecho administrativo señala a las Secretarías de Despacho y que se han ido deslavando en algunos ramos de la acción gubernativa: es instancia de autoridad y no apartado de prestación de servicios a la ciudadanía ... es el nuevo modelo orgánico funcional de la Secretaría de Salud dispone que los servicios a los ciudadanos deben prestarse por las entidades federativas y el Distrito Federal y por Organismos Públicos Descentralizados.”²⁸

El período comprendido entre **1944-1960** es la época denominada de “**superespecialización**”; se crean los hospitales para especialidades médicas como el Hospital de Nutrición, Hospital Infantil, Instituto Nacional de Cardiología, Tuberculosis, etc. Se erradica la viruela en México y en muchos otros países se controlan o disminuyen sensiblemente otras enfermedades.

De **1961 a 1980** se nota un aumento sostenido en el número de derechohabientes de las instituciones de seguridad social pero aún insuficiente, ya que cifras oficiales casi el 50% de la población estaba todavía desprotegida en 1979. Si evaluamos las cifras,

²⁶ Guerrero Orozco, Omar. Op Cit.

²⁷ Moreno Cueto, Enrique. et al. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México, IMSS, 1982 p37 y sigs.

²⁸ Ruiz Massieu, Francisco. “La modernidad administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de salud”. En Revista de Administración Pública. México No. 69-70 enero-junio , INAP, p 30

hasta la actualidad, casi veinte años después, notaremos que no han cambiado mucho en cuanto a la proporción de la población abierta, como lo señalamos en el siguiente capítulo. A partir de 1973 se inicia el **Programa de Solidaridad Social** del IMSS ampliando cobertura a sectores campesinos; los médicos intervienen en diversos movimientos reivindicatorios en 1959 (IMSS), 1964-1965 (residentes e internos y pasantes en servicio social) en 1978-1980 varios movimientos dentro de la SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX.²⁹

El primer organismo creado específicamente para desarrollar tareas de asistencia social fue el *Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI)*, creado el 1º. de febrero de 1961 el cual cambió de denominación a Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. (IMAN) el 19 de agosto de 1968. En enero de 1977 se crea el *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)*, ratificándose su condición de Organismo Público Descentralizado.³⁰

A mediados de los años setenta, el Estado mexicano asumía una actitud *de laissez-faire* con respecto a algunos aspectos de la salud pública como la planificación familiar. En la burocracia mexicana cualquier sugerencia en una postura personal en cuanto a acciones estatales, por parte de un funcionario público, cualquiera que sea su rango es dedicado. Por lo tanto sería propiamente impensable para un funcionario de la cercanía inmediata al Presidente iniciar una idea por cuestión propia. Esto no significa que estos funcionarios no propongan medidas o acciones nuevas, sino que el Presidente siempre tendrá la paternidad (y el riesgo) de las iniciativas que se emprendan durante su régimen. En este sentido y no en un sentido constitucional o formal de los regímenes posrevolucionarios se han considerado autoritarios. No es de extrañarse si en tales circunstancias, los presidentes han adquirido un estilo personal de gobernar interviniendo directamente hasta en niveles administrativos relativamente bajos para aplanar las dificultades iniciales en la aplicación de una nueva política, e

²⁹ Rodas Carpizo, A. Estructura socioeconómica de México. México, LIMUSA, 1990, p 45 y sigs

³⁰ Soberón Kumate, Laguna J. (comps). La salud en México: testimonios 1988. Fundamentos del cambio

impedir las luchas interpersonales e interburocráticas que frenen las acciones.

Esta concentración de la figura del presidente significa también lo que podía llamarse el "proyecto personal del presidente", el cual tiene un peso preponderante en la conformación de un perfil político de un régimen, y es en función de este proyecto que algunas sugerencias de acciones concretas son seleccionadas y otras excluidas por autocensura.

De esta manera las aportaciones de los individuos o grupos influyen en el proceso de formación de las políticas públicas están implícitamente marcadas en un paradigma personal del Presidente que expresa su concepción personal que quiere imprimir en su régimen.

En el caso de Luis Echeverría Álvarez existía claramente un proyecto internacionalista de liderazgo en el tercer mundo en materia de políticas sociales, ambientales, etc. lo que faltaba era llenar este marco con medidas concretas que no solamente fueran política e internacionalmente factibles, pero que además acrecentaran la visibilidad política de México. Por ejemplo, al fomentarse la política de población con un fuerte componente de planificación familiar. En realidad la nueva política debía aparecer como una conquista popular, un nuevo derecho de los ciudadanos de decidir el tamaño de su familia, o sea, algo que los líderes de los diferentes sectores políticos pudieran describir como una concesión obtenida del gobierno. Por consiguiente se afirmaba que la disminución de la natalidad mexicana a una tercera parte permitiría incrementar considerablemente el bienestar de la población.

Esto explica también la necesidad de discreción en las etapas de formación de una política; nada debe salir a la luz pública hasta haberse obtenido el acuerdo de los principales centros de poder que colaboran con el gobierno y constituyen la base de su fuerza política y legitimidad.

El periodo del presidente José López Portillo se caracterizó por una política salarial de no incremento a los salarios, así como por el control de las demandas del sector obrero organizado, y por la instrumentación de nuevos incentivos para el capital a efecto de lograr el crecimiento de las inversiones. Se implementaron planes, programas y reformas que sólo pretendieron regular las actividades políticas, económicas y sociales sin tener algún proyecto definido.³¹

En este marco, las reformas constitucionales se encaminaron a transformar el sistema político vigente desde la posguerra y que tiene qué ver específicamente con el cambio en el peso y la calidad que se asigna a lo "privado" y a lo "público" del Estado. Estos cambios realizados sobre todo, en el periodo sexenal de Miguel de la Madrid no modificaron el contenido, ni la ideología de un Estado que se definía esencialmente como "revolucionario", es decir, no rompieron con los vínculos de un Estado que aunque "liberal", era tradicional como el Porfiriano, y "nacionalista", que aunque capitalista era independiente de los centros de poder externos que no alcanzaba a redefinir la ideología del Estado y su contenido que guiara la acción política. Fue hasta 1992 durante la presidencia de Salinas de Gortari que se le da nombre de *liberal (ismo) social* a todo el proceso político que se había dado diez años antes; se anuncia a la nación un Estado "nuevo, reformado o reconstruido" que son tipos de Estado distintos del Estado de Bienestar en México". El *liberalismo social*, es el proyecto de nación, estado, partido, ideología que interpreta en forma moderna en México, la relación "privado-público", que son categorías universales en la construcción del Estado, constituyéndose en alternativa al "nacionalismo revolucionario" y rompiendo con la forma del Estado de Bienestar a la mexicana para intentar replantear a través de categorías aparentemente contradictorias y con retardo, un nuevo sistema político que comienza a gestarse en 1982.³²

³¹ Calderón Infante, Juan Pedro. La dirección administrativa del estado mexicano ante la salud de la población abierta: 1982-1995. México, Tesis, UNAM, 1986 p 13 y sigs.

³² Cfr. Bolívar, A. "Bienestar a la mexicana". En Revista Sociológica. Año 8 No. 22, mayo-agosto 1993, p 67y sigs.

De esta manera el liberalismo social, nuevo referente de las "políticas públicas", más liberal que social, constituye desde entonces una o varias "políticas públicas de transferencias específicas", más bien, es el ámbito de representación en que se define completamente lo público y lo privado y la posible condición de la pluralidad y la competencia de partidos.

La asistencia social como función y responsabilidad estatal fue elevada a rango Constitucional en 1980, al adicionarse el Artículo 4º. Constitucional que menciona: "es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, la Ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas".

Así pues, la coyuntura de 1982 marcó el fin del Estado de Bienestar que si bien, se fundamentaba en la doctrina *laissez-faire* expuesta anteriormente, no dejó de lado, sin embargo, el carácter social que tuvo su expresión, en todo el mundo, en la forma del Estado de Bienestar, el que por sobre todo, manifestó la conciliación de los intereses de clases más contrapuestos.

El **neoliberalismo**, producto deformado del antiguo liberalismo, libertario y antiautoritario, se encaminó primero a apartarse y corregir éste aspecto retardario y ha buscado desprestigiar el modelo del llamado "*Estado benefactor*", para después, de acuerdo con los tiempos, reaccionar severamente contra el llamado socialismo real.

Es hasta los inicios del sexenio **1982-1988** cuando se reforzó el carácter prioritario de la asistencia social al integrarla formalmente al sector y al *Sistema Nacional de Salud* mediante decreto del 21 de diciembre de 1982; con la promulgación el 9 de enero de 1986 de la *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social*, se dotó de nuevas atribuciones al mismo y se definieron con precisión los sujetos de la percepción de estos servicios.

El gobierno actual de Ernesto Zedillo, hereda al igual que los anteriores presidentes, la crisis que va quedando de los proyectos personales de gobierno pasados, por lo que ahora, la medida para solucionar la problemática financiera y social, actualmente es solicitar el apoyo en materia económica y política que los Estados Unidos de Norteamérica y el Fondo Monetario Internacional prestan, pero en general, sigue la línea de la política de Estado anterior.

Finalmente podemos englobar, las necesidades básicas de las prestaciones sociales en México que conforman el concepto de seguridad social integral los cuales se proponen:

- a) *Bienestar general de la familia, por medio de la elevación de niveles de vida.*
- b) *Formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental.*
- c) *Aplicación adecuada del presupuesto familiar; alimentación, vivienda, vestido, etc*
- d) *Protección del salario del seguro mediante tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos.*
- e) *Principios y prácticas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño.*
- f) *Interés por la recreación y por la correcta utilización del tiempo libre.*
- g) *Práctica deportiva como práctica de la medicina preventiva.*
- h) *Extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio recreativo.*
- i) *Proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bienestar social.*
- j) *Solidaridad y promoción de la seguridad social en relación con el bienestar de la comunidad.*

Estos enunciados establecidos por el Estado mexicano en cuanto a la seguridad social, representan ideales en cuanto a la superación personal y de la familia. Pero se basan en una concepción de desarrollo personal de alcanzar ciertas “metas del bienestar” que no se reflejan ni se convierten en una política social de desarrollo.

En conclusión, las modalidades del sistema de salud puestas en práctica, son la resultante de dos tendencias históricas: la *primera*, que por cuestiones de racionalidad técnica y administrativa impulsa el acceso universal de la población a la atención de la salud en forma permanente e igualitaria a través de la integración orgánica de las diversas instituciones de salud, y *segunda*; la que atiende a las características y funcionamiento del sistema político mexicano y a la organización de aparato administrativo público.

Es así como los pasados enfoques a la prestación de bienestar social en México han recubierto las fallas estructurales que existen en la sociedad mexicana. Las políticas adoptadas han sido paliativos a corto plazo, como respuesta a presiones específicas, económicas o sociales, pero mantienen una brillante y laboriosa imagen de un Estado dedicado al bienestar de sus grupos económicamente más afortunados. El sistema sexenal por este motivo crea una tendencia interna a evitar los programas de bienestar social a largo plazo. En cambio, se adoptan modificaciones políticas a corto plazo. Algunos beneficios pueden tocarles a los pobres, pero éstos suelen ser parciales, superficiales o no sostenidos.³³

Persiste la explotación, los bajos salarios y las malas condiciones de vida en los campos. La reforma agraria, los planes de desarrollo rural, y la intervención del Estado a favor de la agricultura en pequeña escala y la producción de alimentos básicos no han reducido la desigualdad en las zonas rurales. Finalmente, el bienestar social en México tiene importantes implicaciones ideológicas, ya que ayuda de alguna manera, a desviar la culpa por una inadecuada provisión: la culpa ya no es

del Estado sino del individuo. Los que están excluidos de la seguridad social interpretan esto no como una falla del Estado por no cubrir adecuadamente a todos, sino como resultado del tipo de trabajo que encontraron. La política pues, ha tratado de sostener los niveles de bienestar social, en lugar de utilizar los beneficios del desarrollo económico para desarrollar y mejorar las condiciones de vida de la población.

³³ Cfr: Ward, Peter. Políticas de bienestar social en México, 1970-1989. P 217 y sigs.

CAPITULO II

EL PERFIL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

1. Aspectos demográficos.

Para abordar el tema que nos ocupa y precisar el perfil de los servicios de salud, es necesario hacer algunas consideraciones sobre nuestro país.

Estamos hablando de una nación con más de **91 millones de habitantes** en la cual, si bien es cierto que existe una tendencia a la urbanización en los últimos decenios, también lo es, que presenta una dispersión rural caracterizada porque de las más de 156 mil localidades existentes, el 90% de ellas tienen una población inferior a los 500 habitantes; 140 mil 551 concentran poco más de 10 millones de mexicanos, es decir, cerca del 12% del total nacional. En contraste, en el 1.7% de las localidades de 2 mil 500 habitantes y más se localiza el 71% de la población mexicana.¹

La dinámica poblacional ha tenido varios efectos en el transcurso de su acelerado desarrollo a partir de los años 40's entre los que destacan:

- El descenso progresivo de la **mortalidad**, que se redujo de 23 por mil habitantes en 1940 a 4.7 en 1994, y de la mortalidad infantil que pasó de una tasa de 158.7 por mil nacidos vivos a 20.0 en el mismo periodo.²
- El incremento de la **fecundidad** hasta alcanzar en 1960 la cifra de 7 hijos por mujer, seguida de un periodo de estabilidad, para posteriormente descender hasta lograr en 1994, una reducción de 59 por ciento (2.9 hijos por mujer).³
- El **crecimiento poblacional** acelerado se acompañó de una redistribución de la población hacia las áreas urbanas - en donde su proporción se incrementó de 35 por ciento a 71 por ciento desde la década de los cuarenta. A la migración rural urbana ha sumado un saldo

¹ "Población por tamaño de localidad 1990". En: Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, Nov, 1994, p115

² "Causas de muerte en México." En: Hechos de salud 1990. Epidemiología. México, Secretaría de Salud, 1990.

³ "Aspectos demográficos". En: Niveles de bienestar social en México. México, INEGI, 1993.

migratorio negativo, sobre todo hacia Estados Unidos de Norteamérica.⁴

- Se incrementó la **esperanza de vida**, que de 40 años en 1940, se levó hasta 71 años para 1990 y a 72.6 en 1994.⁵
- La pirámide de población ha ido cobrando mayor peso relativo en los grupos de 15 años y más entre los cuales destaca el crecimiento acelerado de la **población mayor de 60 años**, que de constituir en 1940 5.1 con un millón de habitantes, actualmente represente 6.1 por ciento con casi cinco millones en 1990. Esta perspectiva anuncia las necesidades que habrán de ser satisfechas para una población cada vez mayor en las etapas productiva y posproductiva.⁶

El proceso de cambio es sin embargo, muy diferente entre las diversas regiones que integran el país, respondiendo a su nivel socioeconómico y sus condiciones geográficas. Las implicaciones de éstos cambios requieren sin duda, el establecimiento de programas nacionales, regionales y sectoriales, encaminados a dar una respuesta a las necesidades económicas, de educación, empleo y servicios de una población en pleno proceso de transición. Actualmente el problema social de atención más urgente es la pobreza extrema. Cerca de 14 millones de mexicanos no pueden satisfacer sus necesidades más elementales. El **sector rural concentra tres cuartas partes de la población con pobreza más aguda**. Los pobladores rurales del semidesierto y de las zonas de baja productividad padecen los efectos de la exclusión social. La pobreza y marginación afectan de modo particularmente grave a la población rural: en 1990 41 por ciento de la población indígena de más de catorce años era analfabeta y 37 por ciento no tenían ninguna instrucción escolar; de los que trabajan, 83 por ciento reciben menos de dos salarios mínimos.⁷ En su gran mayoría, los indígenas residen en comunidades apartadas de los beneficios sociales y los servicios públicos básicos. Otro grupo con desventaja social son los jóvenes afectados por la falta de oportunidades de educación y empleo; los niños con mayores carencias, los ancianos, los discapacitados y las mujeres del campo y la ciudad, dedicados a actividades de escasa rentabilidad económica.

⁴ *Ibíd.*

⁵ *Ibíd.*

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.*

Se estima que sólo un poco más del 50% de la población nacional tiene acceso a los servicios que imparte la seguridad social y que cerca del 10% no tienen acceso regular y sistemático a los servicios de salud.⁸ Son estos mexicanos que habitan en localidades pequeñas y dispersas, quienes subsisten (en su mayoría) al margen de las condiciones sanitarias más elementales entre los que se presentan grandes contrastes culturales, económicos y sociales. Todo esto explica que tenemos variaciones tan marcadas en los indicadores de salud, que en el caso de nuestro estudio, si comparamos la esperanza de vida al nacimiento de un niño oaxaqueño con la de una niña leonesa es ésta, superior en 11 años.⁹

Conviene tener presente que, de acuerdo con los análisis del *Consejo Nacional de Población*, de los cerca de 2 mil 400 municipios del país, 341 tienen indicadores que los ubican en el rango de muy alta marginación; en tanto que existen otros 812 calificados como de alta marginación.¹⁰ Esto no significa de manera alguna, que en el resto del país no existan algunas poblaciones que se encuentren dentro de los rangos de marginación más elevada.¹¹ De entre los nueve indicadores que determinan el nivel de marginación se enfatiza el carácter de exclusión o déficit con el que se pretende medir, las condiciones de vivienda, educación, ingresos y distribución de la población. En este caso, a pesar de las transformaciones de la economía mexicana, los problemas de pobreza, desigualdad y marginación han concentrado nuevamente la atención para instrumentar, de alguna manera, una política de mantenga la estabilidad social y política de estos sectores, ya que los programas de ajuste de la economía nacional han provocado el empeoramiento de las condiciones de vida de la población mexicana.

⁸ "Localidades con población sin acceso a los servicios de salud". En Estudio de regionalización operativa. México, Consejo Nacional de Salud, Secretaría de Salud, 1995

⁹ "La situación de la salud en los Estados de Oaxaca y Nuevo León". México, Sistema Nacional de Salud, Informe de la Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salud, 1996

¹⁰ "Municipios por entidad según grado de marginación" En Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, Nov. 1994, p 89

¹¹ Para una mayor información sobre la definición y construcción de los indicadores consúltese, CONAPO/CNA

También es necesario tener presente que los municipios indígenas entendidos como aquellos que tienen entre 70 y 100 por ciento de población indígena entre sus habitantes, están íntimamente ligados a los grupos marginados. Así con base en este criterio existen en total 390 municipios indígenas; de ellos, el 51% son de muy alta marginación y el 41% de alta marginación. En realidad de los 100, con el mayor nivel de marginación en el país, 82 corresponden a municipios indígenas y los 18 más marginados también lo son.¹²

Cabe hacer la observación el *XI Censo de Población y Vivienda en México* es el primero en la historia de nuestro país que publica datos sobre los niños menores de 5 años que viven en hogares donde la familia habla una lengua indígena. Este conocimiento aproximado de las personas indígenas resulta de gran relevancia para las acciones indigenistas, tanto por parte de agencias de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) así como de organizaciones no gubernamentales. Las cifras estadísticas presentan un cuadro de los Estados con mayor proporción de población hablantes de lengua indígena en donde las entidades con mayor proporción son Yucatán (39.7%), Oaxaca (36.6%), Quintana Roo (26.1%), y Chiapas (25.1%) como las más altas. En contraste, hay estados que por su desarrollo económico, es casi nula la presencia de población indígena como Aguascalientes (0.1%), Guanajuato (0.1%), Nuevo León (0.2%), Tamaulipas (0.4%) y Zacatecas (0.1%). En el caso del Distrito Federal, aunque es una zona predominantemente urbana se registra 1.3% de población indígena, resultado de la migración a la ciudad de las zonas de expulsión.¹³

Cabe hacer mención de que el indígena ha sido poco a poco rechazado como elemento más débil, a aquellas zonas menos deseables desde el punto de vista económico. Este hecho se explica que la población indígena se encuentra localizada

Indicadores socioeconómicos de México. 1990

¹² "Población indígena, municipios y grados de marginación 1990". En *Desigualdad regional y marginación municipal en México*. México, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, Nov, 1994, p 115.

¹³ INEGI. *Hombres y mujeres de México. Programa Nacional de la Mujer 1995*. México 1997.

en zonas montañosas inaccesibles de la Sierra Madre Oriental y la Sierra Madre Occidental, y sobre todo, en el lugar en que se unen y forman la parte montañosa del país, ***Oaxaca y Chiapas donde se conserva la mayor densidad de población indígena***, y por otra parte, la mayor abundancia de lenguas indígenas.

Lo anterior es resultado de la persistente explotación, los bajos salarios y las malas condiciones de vida en el campo. La reforma agraria, los planes de desarrollo rural y la intervención del Estado en favor de la agricultura en pequeña escala y la producción de alimentos de consumo básico no han reducido la desigualdad en las zonas rurales.

También en lo ideológico, la prestación de servicios de bienestar ayuda a sostener las relaciones económicas existentes. Un sistema multifacético de prestaciones da la impresión de un Estado interesado y activo en favor de los pobres. El conservadurismo en cierta forma, la no militancia y la dependencia intelectual se fomentan por varios medios. En primer lugar, las variaciones regionales en la distribución de los servicios de bienestar social actúan fomentando complacencia y pasividad en las zonas que tienen acceso preferencial a los recursos y para desviar las demandas que se hacen en otras regiones.

Aquí la presencia de la marginalidad es un punto clave en el desarrollo socioeconómico de la población. El ***marginado*** conforma una población que se ha identificado por una escasa participación de los procesos económicos, políticos, sociales y culturales; condicionados éstos por el proceso de industrialización que se manifiesta fundamentalmente por el desempleo y el subempleo, elementos que encierran la idea de excepción o exclusión del sistema de desarrollo y de las diferentes áreas de la vida social y consecuentemente forman una población con rezagos específicos en cuanto a su manera de vivir, emplearse o enfermarse, ya que dentro del mundo marginal, la salud es uno de los elementos más vulnerables.

En México el fenómeno de la marginalidad, se acentúa a partir de los años cuarenta cuando el esquema del desarrollo latinoamericano se vio agotado por las limitaciones estructurales de nuestra sociedad. La crisis del sector agrícola a partir de los años 70's provocó modificaciones en la organización económica, primeramente en el campo, donde los síntomas de agotamiento del sistema se reflejan en el despojo de comuneros y campesinos de sus tierras debido a la penetración del capital industrial que tecnifica el proceso de explotación de la tierra, con el cual se ven incapaces de competir y los obliga a incluirse como parte de la superpoblación relativa, que da como consecuencia las grandes migraciones campo-ciudad. El fenómeno es producto del desempleo y subempleo rural, atrayendo masas marginales rurales hacia los grandes centros metropolitanos por la búsqueda de un mejor medio socioeconómico, y al final el engrosamiento de la población urbana marginada preexistente sumida en precarias condiciones.

En México, la marginalidad presenta diferentes niveles o formas debido a que el desarrollo del país no es uniforme, por lo cual presenta diversas características en las zonas urbanas y rurales y tiende a regionalizarse de acuerdo al avance de sus fuerzas productivas. Esto propicia que las inversiones públicas y privadas en este renglón de la economía, sean desaprovechadas al máximo y presten mayor atención a las zonas de mayor desarrollo por poseer una infraestructura agrícola que facilite el proceso de producción y comercialización de los productos. Esta situación influye en la formación y características de la población marginada en estas zonas, haciéndola menos severa que en otras partes de la nación. En el resto del país, es posible observar relaciones de producción precapitalistas, en donde las inversiones han sido poco aprovechadas y se han ido restringiendo. En ellas se observa un menor desarrollo en la región, lo que ha repercutido en la existencia y acentuación del grado de marginalidad.¹⁴

¹⁴ Cfr García Muñoz, Humberto. et. al. "Migración y desigualdad en la ciudad de México" en El perfil de México México, SXXI, 1980, p 75

De lo anterior se puede concluir que la **marginalidad social** es una situación de escasa participación de grupos de población, de los procesos económicos-sociales que determinan una situación desventajosa que se encuentra determinada por el mismo desarrollo como población sujeta a explotación. Bajo el supuesto entre un desfase entre explosión demográfica y desarrollo económico en los países de menor ingreso, la marginalidad se presenta en forma de desempleo o subempleo urbano y rural. “La marginalidad deja de estudiarse como una disfunción entre los procesos de desarrollo y urbanización, y comienza a analizarse dentro de categorías como la de superpoblación y ejército industrial de reserva, tratando de ubicar el fenómeno dentro del proceso de acumulación del capital en países dependientes”¹⁵ Por lo tanto, *“La existencia de una situación social como la marginalidad es entendida como el resultado de la propia naturaleza de la estructura vigente en la sociedad; es concebida como un fenómeno derivado de un tipo particular de inserción a la estructura social.”*¹⁶

2. Diagnóstico general de salud.

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, sólo es posible cuando existen condiciones económicas de salud adecuadas. En las estipulaciones de *La Reforma del Sistema Nacional de Salud* se contempla mejorar la *“calidad de los servicios”*, mediante la reestructuración de las instituciones y la ampliación de la cobertura. No obstante, prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo, en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

Como generalidad, el país atraviesa una crisis económica y política que se traduce en un nivel de vida bajo; que se materializa en la carencia de empleo, de alimentos, altas tasas de fecundidad, analfabetismo, monolingüismo y condiciones deficientes de

¹⁵ Unikel, Luis. *El desarrollo Urbano de México. Diagnóstico e implicaciones futuras*. México, el Colegio de México, 1976, P 221

¹⁶ Muñoz, Humberto. et. al. Op. Cit. P 81.

vivienda y de servicios públicos; así como de servicios de salud, etc., que se reflejan en su situación de salud y presentan un cuadro de morbimortalidad en el que prevalecen las enfermedades que caracterizan a las sociedades en vías de desarrollo.

Al efectuar el análisis de las **principales causas de mortalidad**, según el nivel de marginación, es posible observar que el número de muertes atribuido a las enfermedades crónico-degenerativas es más elevado si existe menor nivel de marginación; a pesar de que las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de defunción en ambos grupos, la segunda causa, se debe a los tumores malignos. Sin embargo, en el primer caso, la tasa es casi dos veces más alta en las entidades de muy baja marginación. Por otra parte, mientras que las infecciones intestinales ocupan, como promedio, el cuarto lugar en los estados de muy alta marginación; en los de muy baja marginación han sido desplazadas hasta el catorceavo lugar sin dejar de tener en cuenta el riesgo de morir por SIDA, que en estas últimas entidades, es ya mayor que por las mencionadas infecciones intestinales.¹⁷

Coexisten en nuestro país enfermedades propias de la pobreza como el cólera, las infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales que afectan sobre todo, a los grupos de menores ingresos, se presentan nuevos problemas de salud relacionados con los cambios en los estilos de vida que se traducen en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones. Además, en lo que respecta a la morbilidad, se han agrupado 92 casos nuevos de enfermedades en 1996, como consecuencia de estos acelerados cambios que además de sociales, el factor ambiental está influyendo de manera persistente en las causas de morbilidad general. Por ejemplo, en algunas ciudades como el D.F., la contaminación está agudizando los padecimientos respiratorios, sobre todo en los niños y personas de la tercera edad, cuestión que tiende a ser cada vez más fuerte y persistente.

¹⁷ "Causas de mortalidad y nivel de marginación. Aspectos relevantes de la mortalidad 1993" En Perfiles estadísticos. México. No. 8, Secretaría de Salud, 1994.

Cabe advertir además, que no se puede dejar de considerarse que nos encontramos en un proceso de auténtica polarización epidemiológica donde las enfermedades infecciosas, parasitarias y carenciales coexisten en dos categorías distintas con las crónico-degenerativas y las lesiones o accidentes. Así las primeras constituyen las principales causas de morbilidad y las segundas, las primeras causas de mortalidad.

A este complejo panorama epidemiológico se une otra característica que es la del crecimiento y dinámica demográfica como lo hemos señalado anteriormente, hace veinte años, la tasa de crecimiento de la población era de tres por ciento anual y diez años después descendió a 2.6 por ciento; sin embargo, en este lapso la población pasó de menos de 60 a 75 millones de habitantes. Ahora supera los noventa millones. Actualmente un 36 por ciento total de la población tienen menos de quince años de edad. La población es creciente, se vincula con los problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención cuando la población va envejeciendo.

Pese a que a que las cifras oficiales proporcionan una visión "igualitaria", siguen persistiendo las desigualdades regionales y por grupos socioeconómicos o clase social. Por ejemplo, 60 por ciento de las defunciones infantiles ocurren en las familias cuyas madres no tienen instrucción o no completaron la primaria. En este grupo, por cada mil nacidos vivos ocurren 52 muertes infantiles, mientras que en las madres con instrucción secundaria o superior; esta proporción disminuye a 18 por mil. Las diferencias entre las entidades federativas son igualmente notables. Por ejemplo, la mortalidad infantil en Oaxaca y Chiapas es 2.5 veces mayor que la del Distrito Federal o Nuevo León.¹⁸

Todos estos contrastes reflejan la existencia de condiciones injustas e inequitativas. Tal parece que se trata de dos naciones con realidades sociales, económicas y culturales muy distintas. Podemos señalar que las cifras promedio de los indicadores de salud del país (según cifras oficiales) son alentadoras, a pesar de que todavía sean insuficientes,

¹⁸ *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*

además de que enmascaran esa dolorosa realidad: **la existencia de profundas brechas y desigualdades entre clases sociales, sectores y regiones del país.**

Esta misma situación se observa al comparar los **recursos de infraestructura disponibles** para la atención de la salud de la población. Es obvio que existe un desequilibrio que debe ser atendido. Debemos reconocer que si se revisa la cobertura de los servicios, la calidad y el grado de equidad con que se prestan los mismos; así como la eficacia en la utilización de los recursos disponibles en cada una de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, podemos evaluar el grado de la falta de seguridad social en este rubro.

Actualmente las instituciones de los servicios de salud se refiere a la **subutilización de la capacidad instalada**. Para explicar las causas más frecuentes aducidas son: la falta de personal (el auxiliar de enfermería, el médico pasante en servicio social y el personal médico de base), la falta de equipo, abasto insuficiente, deterioro de la planta física, así como los problemas presupuestarios y laborales.

La población denominada no **derechohabiente** de los servicios de salud, representa uno de los aspectos que en materia asistencial, debe considerarse en la programación y la acción del Estado debido a que este tipo de población representa aproximadamente el 48% de la población total nacional. Es decir, aproximadamente 26 millones de personas son atendidas mediante los servicios que proporciona la Secretaría de Salud; 9 millones son cubiertos por el programa IMSS-Solidaridad; y casi 10 millones no cuentan o no tienen acceso a los servicios de salud públicos.¹⁹

El hecho de que se cuente con un tipo de población **asegurada** en las distintas instituciones de salud, ha provocado la duplicidad de la oferta de servicios médicos y la distribución anómala de la infraestructura y de los recursos; existiendo una concentración excesiva en las zonas urbanas y, con frecuencia, una limitada oferta en

otras partes, que desde el punto de vista de cada institución, no justifican la inversión requerida para atender a la población localmente.

Esta situación no sólo ha ocasionado un aumento importante en los costos unitarios de atención médica, sino un decremento en la calidad con que cada institución presta sus servicios debido a que la atención médica que recibe el usuario se limita a la disponibilidad de la infraestructura en cada una de las instituciones. La heterogeneidad en la distribución de los recursos disponibles ha acotado además, la expansión de la cobertura institucional, al dedicarse recursos financieros recientemente en la operación y mantenimiento del equipo médico y de las propias unidades hospitalarias urbanas.

Desde el punto de vista del **acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas** existen dos grupos de usuarios: los afiliados a la seguridad social, que son aproximadamente 45 millones, y los no asegurados, que representan alrededor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a quienes no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural y a las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría este grupo hace uso de los servicios públicos que ofrece la Secretaría de Salud. El programa IMSS-Solidaridad y los servicios estatales y municipales. Hay un tercer grupo que tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de la medicina privada.²⁰

Por último, es importante hacer notar que, independientemente de estas limitaciones, en México, en el campo de la salud se han presentado cambios revolucionarios en los últimos 25 años, en especial en la década pasada. Mientras nos centramos en precisar y determinar las necesidades inmediatas aún no satisfechas y en efectuar un recuento de las oportunidades por venir, queda la impresión de que hemos dejado de percibir el

¹⁹ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

²⁰ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

alcance de estos cambios, la rapidez con que se han presentado; así como el impacto que han tenido sobre las políticas y líneas rectoras de la salud.

Población asegurada Mayores ingresos	Población (millones) (incluye ambas)	Población abierta Menores ingresos	Población (millones)
Seguro privado	47	Secretaría de Salud	26
Seguridad social		IMSS-Solidaridad	9
		Sin acceso	10
Total	47	Total	45
Fuente: Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000			

Asimismo, no podemos dejar de reconocer los logros que se han obtenido con los Programas de Planificación Familiar y de Vacunación Universal debido al avance de la ciencia médica cuyos efectos se traducen en la disminución de los índices de fecundidad y natalidad, en la erradicación de la poliomelitis y la eliminación de la difteria, además de una muy importante reducción de la mortalidad originada en las enfermedades evitables por vacunación.

3. Conformación del sistema actual de salud.

Concepto de servicio y los servicios de salud. Los servicios pueden ser diferenciados en dos ramos de actividades: en primer lugar aquellos relacionados directamente con la esfera de circulación de bienes materiales, tales como los

servicios bancarios involucrados en la circulación del capital dinero como medio circulante y como medio de pago. En segundo lugar, hay un conjunto de servicios o servicios de consumo. El resultado de la producción de los servicios, no constituye un valor de "trueque" por lo tanto no entra en el proceso de circulación que es una esfera particular del proceso global de producción de mercancías. El proceso del trabajo comprendido en el servicio produce un determinado valor de uso que, al ser agotado inmediatamente después de ser consumido, es incapaz de producir plusvalía.

El servicio de salud, es desde esta forma, el resultado del trabajo de agentes de salud, lo cual implica para el usuario, una utilidad consecuente del efecto que pueda producir. Sin embargo, este carácter no significa que estén al margen de las relaciones capitalistas de producción o que sean una práctica residual procedente de formas de producción anteriores.²¹

En el análisis de las prácticas de los servicios de consumo se impone aún más, otra distinción: la de que en la forma de producción capitalista existe la separación entre consumo necesario para la manutención, reposición y reproducción de la fuerza de trabajo. Por lo tanto, el sector servicios no debe ser comprendido como un sector extraeconómico, es decir, que no mantiene ninguna relación con la producción. En efecto, las actividades no productivas que lo constituyen no es motivo para excluirlas de la esfera de las prácticas económicas, situándolas exclusivamente como prácticas político-ideológicas dirigidas al control social y a la instauración de una hegemonía de clase. Así mismo, el trabajo médico es por sí mismo improductivo que cumple ciertas funciones dentro del proceso de acumulación y reproducción ampliada del modo de producción. Entre ellas las que permitiría la reducción de los costos de producción de mano de obra, tanto de los asalariados del sector productivo como la de los trabajadores improductivos pero necesarios para el modo de producción. Otra función sería aumenta la productividad de la fuerza de trabajo mediante reducción del

²¹ Cfr: Guerrero O., Omar. Introducción a la administración pública. México, Ed. Harla, 1985 p 22 y sigs.

ausentismo y un mejor estado de salud del trabajador. Podemos afirmar que si situamos la práctica médica como un complejo microempresarial, es por que ahí se reproduce la división social del trabajo intelectual y manual y entre diversas categorías de asalariados (médicos, médicos especialistas, médicos de atención primaria, enfermeros técnicos, auxiliares, supervisores, administrativos. etc.)²²

En esta forma destacan varios tipos de instituciones de prestación de servicios que se especializan como canales de consumo sanitario de los diversos grupos sociales y de grupos de patologías de acuerdo con el grado de complejidad tecnológica requerida. Aquí pues, es donde se articulan diversas formas de prestación de los servicios de salud, desde la típicamente capitalista (la empresa médica), hasta formas autónomas de prácticas desde hospitales filantrópicos y órganos de beneficencia.

Por lo tanto, la burocracia el Estado no constituye una fracción de clase, ni dispone del poder del estado. El peso político que puede haber tenido en la capitalización de la medicina debe ser entendido dentro de los límites de la autonomía relativa del Estado frente a las clases sociales. De esta manera ante los intereses, sean de las clases asalariadas (demanda de asistencia médica, por ejemplo) o sean de los diversos segmentos del complejo médico empresarial, las "soluciones" se encaminan a la ampliación de los servicios públicos o a la contratación de servicios de hospitales particulares o también hacia los convenios de la medicina de grupo. El espacio de la intervención de la burocracia asistencial se dilataría o se reduciría bajo la forma de un abanico de alternativas de políticas de asistencia médica, dependiendo de la articulación de los intereses, de las presiones y de los compromisos sellados entre los diversos segmentos de la medicina privada, de las fracciones de la masa asegurada y de la burocracia preventiva.

La persistencia de los segmentos de la burocracia de las instituciones de seguridad

²² Cfr: Mercer, Hugo. "Hospitales y práctica médica en la ciudad de México" En. Revista de Estudios Sociológicos México, Vol.2, No.5 y 6, mayo dic-1984, El Colegio de México, p 370 y sigs

social en los centros de decisión se deriva también del propio funcionamiento de la burocracia estatal que se basa en la reproducción de la división social del trabajo. De esta forma, aseguran una parte de poder en los procesos decisivos; un saber normativo, legal, actuarial que los hace imprescindibles y al mismo tiempo hacen viables los canales de articulación con los diversos sectores de la sociedad civil.

Lo que ha distinguido a la planeación social, además de todo el funcionamiento del sector estatal del régimen después de 1964, es su sentido tecnócrata, centralizado en sus decisiones, fragmentado y descentralizado en la ejecución de los planes propuestos.

Pese a la expansión institucional y financiera de los sectores del Estado ligados al "sector social", la oferta de bienes de consumo social no ha tenido la demanda social generada por las condiciones de explotación de la fuerza de trabajo: inestabilidad en el empleo, política salarial, intensificación de la jornada de trabajo; elementos presentes en la reanudación del patrón de acumulación y que persistieron hasta fines de los setenta.

Por otra parte la propia eficacia de las políticas sociales, como proyecto de legitimización a través de la atenuación de las desigualdades reales, fue comprometida por los objetivos económicos encajados en esta política. Este es el carácter que más directamente se relaciona con las transformaciones capitalistas de la práctica médica, derivadas de las políticas médico-asistenciales de seguridad social.

La expansión de las políticas sociales como aumentó real del gasto público creó, al mismo tiempo una nueva brecha estructural entre los ingresos y los gastos estatales generando la situación latente de una crisis fiscal en el Estado de Bienestar. Sabemos que en las sociedades capitalistas contemporáneas la expansión de los cambios estatales y la emergencia de crisis fiscales tienen a resultar en decisiones

estatales que procuran transformar los gastos sociales en gastos de capital social. El Estado interviene para facilitar la penetración del capital en nuevos ramos del sistema productivo y de servicios de consumo, convirtiéndose así los sectores de educación, de salud, de esparcimiento, etc., en empresas. Es así como las políticas de asistencia médica de las instituciones de seguridad social han reflejado el carácter contradictorio entre los proyectos de legitimización del régimen y de acumulación en el sector social han reflejado el carácter contradictorio entre los proyectos de legitimización del régimen y de acumulación en el sector social. Si por un lado la inclusión de nuevas partes de la población en el sistema preventivo incentiva la ideología del Estado por encima de las clases y significa una efectiva conquista social, por otro lado, la ineficiencia y el burocratismo del sector preventivo colocan en confrontación directa a las masa populares con el sector estatal.

3.1 Instituciones de seguridad social.

Si estudiáramos el proceso de formación de las instituciones hospitalarias, encontramos que el **enfoque estructural funcionalista** ha sido la expresión dominante durante más de dos décadas; que privilegió como temática a la institución hospitalaria. La legitimación del estatus del enfermo requiere que dicho individuo busque y acuda a la atención médica más adecuada: la que presta el hospital.

Para *Talcott Parsons* esa búsqueda orientada hacia el hospital le da a esa institución un carácter adicional al del ámbito terapéutico al investirse de funciones de legitimación y control social. El aislamiento que el hospital supone es una forma de control al evitar la expansión de la desviación que la enfermedad entraña. De las formulaciones iniciales Parsons y de las investigaciones posteriores que se inscribieron en la práctica médica moderna se desprendieron observaciones críticas respecto al carácter del control social que se ejerce desde el hospital, control que por otra parte excedía la finalidad terapéutica básica. Fue hasta principios de los setenta que un nuevo enfoque se incorporó al tratamiento de la temática hospitalaria. De la preocupación sobre el costo creciente de la atención médica y del peso determinante

que han ido adquiriendo el componente tecnológico y los medicamentos, se derivaron a una serie de trabajos destinados a demostrar la necesidad de reducir, de alguna manera la enorme institución en que se había convertido el hospital. Con la misma fuerza que se postulaba reducir el Estado para engrandecer la nación se abogaba por una simplificación del ejercicio de la medicina destacando la conveniencia de intensificar la atención primaria y de baja complejidad, racionalización, extensión de cobertura y desmedicalización eran expresiones que convergían en el reclamo por una simplificación de la práctica médica.

Si bien, desde esta posición se expresaba una voluntad inicial por cubrir las necesidades de salud de los sectores más desprotegidos, las interpretaciones posteriores rescatan sólo el componente de reducción del gasto para incluirlo dentro de un conjunto de recomendaciones tendientes a disminuir la presencia estatal en el gasto social. Sin embargo, al extrapolarse tal planteamiento al contexto latinoamericano, su insuficiencia se acrecienta, por que pretender reducir el gasto público en salud, cuando persisten condiciones sanitarias claramente atrasadas, implica abandonar a vastos sectores de población, dejándolos expuestos a una medicina orientada al afán de lucro. En este caso, *Michel Foucault* rescata en algunos de sus trabajos referidos a la medicina, la importancia de las dimensiones histórica y política en el devenir de la institución hospitalaria, el cual identifica como un instrumento de supervisión por parte de la profesión médica sobre el conjunto de la población urbana. La política sanitaria que entonces se impulsa se apoya sobre dos ejes: la constitución de un aparato responsable de los enfermos como tales y el establecimiento de un dispositivo de observación, de medición y mejoría de un estado de salud de la población. El análisis de los aspectos entre interpretar la política sanitaria, la relación entre el saber y la práctica médica y el vínculo de la población con los servicios asistenciales. El análisis de dichos aspectos permitió durante estos últimos años una rica producción en América Latina, la cual se ubica en una perspectiva teórica que destaca como determinante a la estructura social con su relación en la práctica médica y profundiza su relación en términos históricos. Como

ejemplo de este cambio lo expresa López Acuña respecto a México: "el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicios recibido están distribuidos desigualmente entre las clases sociales"²³, en el que el uso del concepto "clase social" y la corroboración empírica implica pasar de una caracterización globalizante de la relación entre salud y sociedad a una búsqueda explicativa más precisa. La indagación acerca de la relación entre clases sociales y servicios hospitalarios y políticas sanitarias en general, ha sido explorada ya en varios países latinoamericanos como Venezuela, México, Argentina, Brasil.²⁴

El desarrollo de las modalidades asistenciales que han existido en México son etapas en las que los hospitales operan como instrumentos de caridad y expiación de culpas (1524-1760), otras posteriormente en que se les atañe la función de contribuir al orden urbano (1760-1904) y otra que se inicia con la intervención estatal (de 1905 al presente), cuando las transformaciones hospitalarias, independientemente de su transformación tecnológica se manifestaron en cambios en la responsabilidad estatal (seguridad social, derecho a la salud) y en el papel que juega la atención médica privada. La salud, y más específicamente la atención médica representa un recurso de legitimación para los sectores sociales dominantes, que al haber estado asociada históricamente a un proyecto de sometimiento, enfrenta en su esfuerzo modernizador (desde principios de siglo) el peso de una valoración cultural sólidamente arraigada.

En América Latina se asiste a un momento de creciente preocupación por la problemática de la acción pública del Estado en relación a los denominados "sectores sociales": salud, educación, vivienda y seguridad social. Las manifestaciones de esto pueden constatarse por lo menos en los siguientes aspectos: en el lenguaje del discurso oficial gubernamental, en los desfases reales entre los propósitos de la acción pública y su grado de plasmación, y también en las diversas formas de la

²³ López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. México, S XXI, 1986, p 154.

²⁴ Cfr: Hesio, Cordeiro. "Empresas médicas: bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica. En Revista de Estudios Sociológicos. México, el Colegio de México, Vol 2, No 5 y 6, mayo-dic 1984, p 287 y sigs.

opinión pública que filtran un conjunto de demandas, posiciones y derechos de la población.

Conforme se acrecientan los problemas acumulados o parcialmente resueltos en este ámbito de la sociedad, se acentúan simultáneamente los problemas que atañen a la acción pública del Estado; y éste como órgano del poder, condensa el contenido de sus políticas aunque no siempre de modo evidente y más allá de la formalización de sus planes, metas y enunciados doctrinarios, los límites y los alcances de los objetivos sociales en pugna.

Se puede observar que en México como en otras partes del mundo, existen diferentes tipos de asistencia médica, la cual ha sido traducida como un rubro de la seguridad social, la cual se otorga a los individuos según el lugar que ocupen en el modo de producción. La clase proletaria, por ejemplo, ha luchado por el logro de reivindicaciones tanto de tipo económico como social que las lleven a mejorar su modo de vida. La clase burguesa, por su parte, se ha ocupado de tener los mejores servicios médicos privados. Así pues el Estado al fungir como intermediario de los intereses de la clase burguesa y proletaria, ha adoptado la responsabilidad de otorgar seguridad social a los trabajadores con el fin de mantener a la fuerza de trabajo en condiciones de explotación para beneficio de la clase dominante.

De esta manera, la Secretaría de Salud se encarga de proporcionar servicios médicos para preservar la salud de la población tanto urbana como rural. Tiene entre sus funciones asesorar técnicamente la planeación, desarrollo e implantación de los programas de salud que comprenden todas las entidades federativas del país, por ejemplo, las campañas contra el paludismo, vacunación, etc.

El Estado como parte de su política de bienestar social, y en un aspecto como es la atención a la salud, la seguridad social se divide en tres ramas según la clase social a la que se otorgue.

I. **Atención médica privada o liberal**

II. **Seguridad social**

III. **Asistencia médico social**

Cada una de estas ramas está representada por organismos ya sean gubernamentales o del sector privado, además de que las rigen diferentes tipos de principios.

Las actividades de la **atención médica privada o liberal** son llevadas a cabo por instituciones y centros hospitalarios privados y es la que se otorga a la clase burguesa; es decir, a aquellos quienes debido a sus modos materiales de vida tienen la oportunidad de recurrir a establecimientos de índole particular, o bien, acudir al extranjero para recibir atención médica. La finalidad de estas instituciones es ante todo el lucro. En cada Estado de la República existen consultorios, clínicas pequeñas u hospitales donde se atiende a la población que pueda pagar el servicio costoso, en comparación al de las instituciones del estado.²⁵

La segunda, la cual se refiere a la **seguridad social**, otorga atención médica y prestaciones económicas a los sectores básicos de aparato productivo. A esta pertenecen un gran número de trabajadores asalariados quienes acuden a este tipo de instituciones hospitalarias debido a que se les deduce una parte de su salario para tener derecho a este tipo de prestación, que hasta antes de la reforma del sector salud eran únicamente el *Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE)* y el *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)* que por su importancia desglosamos a continuación.

ISSSTE (Instituto de Trabajadores al Servicio del Estado). En cuanto a los trabajadores que cubre esta institución, en la primera *Ley de Pensiones y de Retiro* de 1925; el sistema de protección que en ella se establecía no cubría los importantes

²⁵ Kumate, Jesús. (Coord). et.al. La salud de los mexicanos y la medicina en México México, El Colegio Nacional de México, México 1977, p 348 y sigs.

campos de la atención a la salud y de la protección al salario, sino que se circunscribía a fijar las bases del retiro del trabajador y a fijar pensiones para el mismo y sus descendientes, así como caja de pensiones; su reglamento autoriza préstamos en efectivo de corto plazo y préstamos hipotecarios.²⁶ A partir de esta fecha y hasta 1957, la *Ley General de Pensiones Civiles* se modifica, en su mayor parte tendiente a ampliar los servicios de prestaciones sociales, mejorar el funcionamiento de los ya existentes, e incorporar el régimen de seguridad social a otros grupos de empleados y trabajadores públicos y veteranos del movimiento armado de 1910. Para 1959 se promulgó la Ley del ISSSTE, se sustituyó a la antigua Dirección General de Pensiones y de Retiro, se incorporaron prestaciones y ámbitos de seguridad social que el resto de los trabajadores del país habían conquistado en 1943 con la creación del IMSS, manteniéndose y ampliándose el rubro de las prestaciones económicas. Para 1983, se modificó la Ley para que fuera parte integrante del *Sistema Nacional de Salud*. De entre sus principales objetivos se encuentra establecer las prestaciones y servicios sociales que fija la Ley, así como impulsar los servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia y efectuar promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, para que se activen las formas de sociabilidad del trabajador y sus familiares. Para 1986 se ampliaron las prestaciones económicas al incorporarse el Sistema de Tiendas, operando anteriormente por diversas instituciones, para atender los requerimientos de consumo básico y proteger el salario del trabajador. En esta reforma, en cuanto a las prestaciones sociales se incluye atender las necesidades básicas del servidor público y su familia mediante la prestación de servicios asistenciales que amplían las prestaciones que buscan contribuir a mejorar el nivel de vida. Para tal efecto, se crean por Ley comedores, centros turísticos y servicios funerarios, enfatizando especialmente el desarrollo de las estancias de bienestar infantil.

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). En sus inicios era el seguro para jornaleros, artesanos y otros trabajadores. En 1929 la Ley Reglamentaria del Seguro

²⁶ Cfr. *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. México, 1995

Social fue expedida hasta el 31 de diciembre de 1942, modificada sustancialmente en 1973. Con ella se creó el Organismo Público Descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. Para 1956 se creó las Casas de la Asegurada, dando lugar a prestaciones no consideradas en la ley original de 1943, al incluir acciones de la medicina preventiva, educación y recreación. Poco más tarde surgen los centros de adiestramiento técnico que se extendieron a toda la población, asegurada o no, teniendo como argumento que se capacitaba al futuro asegurado. Con esta justificación y al masificarse los programas, se establece una red de Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar. En 1960 y paralelamente a otras acciones de la solución al problema de la vivienda, como nueva prestación que no figuraba en la ley; en el ámbito internacional diversos organismos y mecanismos de consulta impulsaron la ampliación de los servicios, la cobertura y redefinición conceptual y política de los seguros sociales. Para el 30 de diciembre de 1982 se modifica la Ley para integrarse en el Sistema Nacional de Salud; la última reforma y más importante se crea con la *Nueva Ley del Seguro Social en 1997*, el IMSS amplía su atención médica, (de hecho fue la primera institución que llevó a la práctica el sistema de medicina comunitaria en México) no sólo a los trabajadores asegurados; sino a las personas que requieran sus servicios, mediante el cumplimiento de la Ley, según las bases de cotización y de las cuotas; la Ley contempla el seguro de riesgo de trabajo, de enfermedades y maternidad, de invalidez y vida, de retiro, cesantía edad avanzada y vejez, de guarderías y prestaciones sociales, de la continuación voluntaria del régimen obligatorio, o por otra parte, de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio; y de los sistemas de ahorro para el retiro. La *Nueva Ley del Seguro Social*, establece en su Artículo 2º. Título primero: "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y de los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo...serán garantizados por el Estado." En su artículo 4º. del mismo título establece: "El Seguro Social es un instrumento básico de seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional... sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos".

La redefinición en la práctica observada por la seguridad social mexicana al incorporar en sus respectivas legislaciones su nueva concepción, fue en esencia la inclusión de las prestaciones sociales o complementarias. Esto permitió a ambas instituciones convertirse en factores de bienestar de la población en general, al rebasar los moldes clásicos de los seguros sociales. Esta acción permitió al Estado mexicano ampliar su capacidad de respuesta a las demandas generadas por las disparidades sociales, cubriendo espacios de la política social en una acción institucional para mejorar el nivel de vida de la colectividad. De esta manera tanto el IMSS como el ISSSTE otorgan estas prestaciones a la población abierta, con excepción de los servicios obligatorios de protección infantil por medio de las estancias.²⁷

Por último, con igual importancia que la anterior se puede nombrar la **asistencia médico social**, la que mantiene como principio igualitario el que la salud es un derecho de todos los miembros de la sociedad y que el Estado es el responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud. A este tipo de atención recurre un gran número de familias no aseguradas quienes al carecer de un trabajo, o bien al estar subempleados, no pueden gozar de la instituciones de seguridad social por lo que se ven en la necesidad de recurrir a la beneficencia pública. Por su parte la Secretaría de la Defensa Nacional otorga atención médica a los integrantes del ejército y de la Fuerza Armada ya que el gobierno presta este servicio a la fuerza pública. Estos a su vez atienden a la población en caso de desastre o emergencia, sobre todo en las comunidades rurales, mediante unidades móviles temporales.

Como podemos observar, las instituciones de la seguridad social y de la asistencia médico social se sintetizan en el siguiente cuadro, referente a la población atendida por el Sistema Nacional de Salud que muestra la cobertura por entidad federativa hasta 1996 de la población atendida. Es notoria la cobertura del IMSS, ya que posee una

²⁷ Narro Robles, José. *La seguridad social y el Estado mexicano*. Méxioco, FCE, p 82

filosofía de extensión de servicios mayor que la del ISSSTE que aún no ha modificado su sistema de atención hacia la población en general. Respectivamente cubren aproximadamente el 76% y 19% de población. Por su parte El Sistema Estatal atiende tan sólo el 2.3%, PEMEX el 1.1%, la Secretaría de la Defensa Nacional que cubre sobre todo la población de las zonas rurales con 0.7% y la Secretaría de Salud directamente infraestructura propia a tan sólo 0.5% de población a nivel nacional.

Es Notoria la poca participación de asistencia de los servicios de salud por parte de las entidades federativas del país en el cual encontramos notorias deficiencias y nula participación en este rubro; 24 de los 31 estados no cubren ningún porcentaje de población atendida con recursos propios, esto se pretende incrementar con la descentralización y la Reforma del Sector Salud.

3.2. Niveles de atención.

La medicina por niveles de atención es la “*división funcional*” de los problemas de salud de los grupos humanos teniendo en cuenta básicamente frecuencia y gravedad de padecimientos, orientación de los servicios, tipo de los servicios (continuo, esporádico, discontinuo) y accesibilidad del público a los servicios estatales de salud. Por lo general, se consideran tres niveles de atención a saber:

Primer nivel. Se considera la atención médica de carácter básico. Atiende los problemas referentes al mantenimiento de la salud, prevención de padecimientos, diagnóstico oportuno y en su caso tratamiento oportuno. Tiene las funciones de promoción a la salud, prevención de padecimientos infecto contagiosos y diagnóstico y tratamiento general. Su personal de salud son los médicos generales y trabajadores auxiliares con capacitación general; estos últimos pueden ser de la propia comunidad, por lo general pequeñas en población. Cuenta con unidades médicas básicas ubicadas en la propia comunidad. La atención que se proporciona es básicamente ambulatoria en

consultorio o en el seno de la comunidad.²⁸

POBLACION ATENDIDA POR LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN 1996							
ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SECRETARIA DE SALUD	SIA. DE LA DEFENSA NAC	ESTATAL
	48,903,877	37,260,967	9,311,640	539,521	272,868	361,344	1,157,637
Aguascalientes	599,955	508,197	90,825	219	0	714	0
Baja California	1,543,518	1,320,743	115,699	526	4,656	5,845	96,049
Baja California Sur	298,580	212,628	73,186	88	6,576	6,102	0
Campeche	435,945	244,177	72,239	16,291	101,512	1,726	0
Coahuila	1,778,222	1,552,851	220,362	307	0	4,702	0
Cofinta	293,930	227,549	55,090	307	8,498	2,488	0
Chiapas	820,128	513,283	214,983	8,995	6,592	13,462	62,813
Chihuahua	2,078,220	1,832,060	233,842	1,187	0	11,131	0
Distrito Federal	9,088,528	5,907,822	2,900,196	67,014	31,016	141,879	40,601
Durango	906,182	648,083	255,399	384	0	4,326	0
Guanajuato	1,938,103	1,584,765	308,066	29,157	0	8,115	0
Guerrero	1,016,939	596,828	389,182	0	13,596	17,353	0
Hidalgo	730,815	531,822	179,742	15,486	0	3,765	0
Jalisco	3,164,393	2,863,409	281,655	1,533	2,548	15,248	0
México	4,391,905	3,138,052	686,092	15,552	0	17,806	534,403
Michoacán	1,278,131	955,628	313,106	350	4,360	2,633	0
Morelos	684,596	527,649	152,453	175	0	4,319	0
Nayarit	474,314	347,179	121,614	0	2,508	2,913	0
Nuevo León	2,614,636	2,377,197	177,611	14,657	0	3,578	41,583
Oaxaca	876,584	559,833	270,301	21,778	9,848	14,824	0
Puebla	1,759,821	1,379,995	269,434	8,755	0	8,555	93,082
Querétaro	770,007	672,009	93,547	438	0	4,013	0
Quintana Roo	448,859	366,647	70,705	0	7,636	3,871	0
San Luis Potosí	1,046,480	827,025	211,444	4,418	0	3,593	0
Sinaloa	1,472,567	1,195,589	262,659	717	7,780	5,822	0
Sonora	1,422,059	1,116,225	185,882	876	7,428	6,910	104,748
Tabasco	858,854	446,509	134,969	77,997	5,992	7,029	184,358
Tamaulipas	1,769,604	1,392,246	287,120	88,181	15,572	6,465	0
Tlaxcala	346,172	252,572	88,503	0	0	5,097	0
Veracruz	2,705,993	2,102,671	365,650	183,412	31,908	22,352	0
Yucatán	777,970	651,740	116,543	613	4,744	4,330	0
Zacatecas	515,857	399,950	113,461	88	0	2,358	0

FUENTE: INEGI. INFORMACION ESTADISTICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. 1996.

²⁸ Castellanos Moliendo, Rosendo. Extensión de cobertura de los servicios médicos en México. 1970-1980 México, Tesis, UNAM, 1980, p 59

Este nivel representa la puerta de acceso a los servicios de salud, dado que en él se da el tratamiento y se efectúa el control, tanto de patologías sencillas de la pobreza como de la promoción del saneamiento y del mejoramiento del medio que va dejando el desarrollo industrial. Las actividades de este nivel se encauzan principalmente a conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento de padecimientos frecuentes, cuya resolución es factible mediante la combinación de recursos simples y poco complejos.²⁹

Segundo nivel. Es la atención médica general y especializada. Se ocupa de los problemas referentes al tratamiento de padecimientos específicos no muy frecuentes. Sus funciones básicas son de prevención, curación y rehabilitación de carácter general. El personal de salud son los médicos familiares, algunos especialistas y personal general y auxiliar con cierta especialización. Sirve a varias comunidades y la característica de la unidad médica son de tamaño intermedio, ubicada a distancia media del domicilio del paciente, atención ambulatoria u hospitalaria con cierta especialización.

A través de este nivel, se realizan actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad. En este nivel, se atienden a pacientes derivados del primer nivel o a quienes se presentan con urgencias médico-quirúrgicas. Asimismo, se ejerce el control sanitario y la vigencia epidemiológica de la población en el ámbito del entorno social y económico en que se encuentra insertado su ámbito de competencia.³⁰

Tercer nivel. Es la atención médica de alta especialidad. Trata los problemas referentes en función de personas, sistemas, aparatos u órganos cuya función básica es la rehabilitación especializada; por lo cual su personal médico y paramédico es también

²⁹Caiderón Infante, Juan Pedro. La dirección administrativa del Estado mexicano ante la salud de la población abierta. 1982-1995 México, UNAM-FCPyS, 1996, p 49.

³⁰ *Ibíd*, p 50.

especializado. Sirve a grandes grupos de población, aunque los problemas de salud que atiende son de poca frecuencia. El tipo de unidad médica es generalmente grande, puede estar ubicada a gran distancia de la casa del paciente; atención en consulta externa y hospitalaria.

En este nivel de desarrollan actividades de restablecimiento de la salud a usuarios referidos, por los otros dos niveles de atención. Se presentan padecimientos de alta complejidad en su tratamiento y que requieren de sistemas sofisticados de diagnóstico y que, por lo mismo, sólo está orientado a un reducido número de personas, dado que para su acceso se requiere de tener conocidos en las instituciones que prestan este servicio; así como vivir en las zonas urbanas donde existen los establecimientos de este nivel, o en su defecto contar con recursos para pagar gastos de traslado, hospedaje, alimentación en ocasiones de los enfermos y generalmente de sus familiares que lo acompañan. También se ejercen acciones normativas y de investigación de problemas complejos, como el caso del fenómeno de la contaminación propiciada por el modelo capitalista dependiente del país, y que cada vez requiere de tecnología especializada más avanzada para su control y disminución.³¹

Podemos observar en el siguiente cuadro las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud existentes desglosadas por Institución. Encontramos que predominantemente la infraestructura del IMSS y el ISSSTE abarca el 80.64% del total de las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional. De igual manera cubren el 66.8% de la infraestructura existente de Hospitales de Generales y aproximadamente 61% de los Hospitales de Especialidad o de tercer nivel. En contraste, encontramos que las instituciones a cargo del sistema estatal de salud tan sólo cubren en el mismo orden, el 2.5%, 10% y 14% de la infraestructura existente, lo cual demuestra la intervención directa el Sistema Nacional de Salud en la infraestructura de las unidades médicas, que han sido realizadas en base a la detección de necesidades de población

³¹ *Ibíd.*

derechohabiente, que lógicamente por ser éstas parte del sistema administrativo gubernamental están concentradas principalmente en las ciudades y lugares donde aparece el personal burócrata. Es por medio de la descentralización de los servicios de salud que se busca superar esta polarización al delegar la desconcentración de recursos y funciones para activar la participación directa del gobierno estatal en la administración de los recursos físicos y humanos para la construcción de nuevas unidades médicas que se requieran en cada región, según sus necesidades.

UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR INSTITUCIÓN, SEGÚN TIPO DE UNIDAD 1998				
INSTITUCION	TOTAL	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES DE ESPECIALIDAD	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
Secretaría de Salud	8,312	204	59	8,049
IMSS (Incluye IMSS-Solidaridad)	5,359	283	41	5,035
ISSSTE	1,198	83	11	1,104
Secretaría de la Defensa Nacional	279	29	2	248
Secretaría de Marina	159	27	1	131
Petróleos Mexicanos	202	15	8	179
DDF	144	13	18	113
Estatal (+Cruz Roja y Metro)	405	74	24	307
Instituto Nacional Indigenistas	100		0	99
	16,158	729	164	15,265

FUENTE: INEGI. INFORMACION ESTADISTICA DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD 1998

3.3 Tipo de unidades médicas para población abierta.

A pesar de que en los últimos años se ha tratado de aumentar la cobertura de los servicios médicos en zonas rurales mediante la construcción de unidades médicas y programas regionales, aún es insuficiente cubrir las necesidades de esta población. En el ámbito rural se contempla la operación de *Casas de Salud*, *Unidades Móviles*,

Unidades Auxiliares de Salud, Centros de Salud Rurales para Población Dispersa y Centros de Salud Rurales para Población Concentrada. Por su parte en el ámbito urbano se considera la operación de *Centros de Salud Urbanos*.

A grosso modo, la infraestructura de salud en el ámbito rural del primer nivel de atención son las siguientes:

Centros de salud. Opera para población que oscila entre los 500 y 1000 habitantes, ubicados en el área de influencia del centro de salud y cuya atención es de un auxiliar de salud.

La unidad auxiliar de salud. Su funcionamiento es para localidades con población entre los 500 y 1000 habitantes, con una cobertura potencial de 2,500 habitantes de difícil accesibilidad geográfica y panorama epidemiológico crítico. Su personal es el pasante médico o técnico en salud.

La unidad móvil. Es una opción de atención en poblaciones de difícil acceso. Su personal se integra con un médico, un auxiliar de enfermería, un odontólogo y un chofer.

El centro de salud rural para población dispersa. Se ubica en localidades con población entre los 1,000 y 2,500 habitantes. Su operación está a cargo de un médico pasante apoyado por una auxiliar de enfermería.

El centro de salud rural para población concentrada. Se ubica en localidades sede de más de 2,500 habitantes y menos de 15,000. Su personal se integra por uno o varios equipos compuestos cada uno por un médico general o pasante en servicio social, un auxiliar de enfermería y un promotor de salud. Cada centro tiene una cobertura potencial de 3,000 a 5,000 habitantes.

También se encuentran los **Centros de Salud Urbano**, ubicados en localidades sedes de más de 15,000 habitantes. Su infraestructura física y número de equipos varía en función de su población de afluencia.³²

De acuerdo a la capacidad potencial que establece *el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta*, para cada uno de este tipo de unidades, sin contar con otros centros de salud con hospital con los que cuenta la Secretaría de Salud, ni las 3,508 unidades de las demás dependencias e instituciones como el Departamento del Distrito Federal, el programa IMSS-Solidaridad y los gobiernos de los estados, se podría alcanzar a cubrir la cobertura de más de 54 millones de habitantes, rebasando el 31% de población abierta del país.

Por otra parte, se encuentran las unidades del segundo nivel de atención, que dependen directamente del titular de los Servicios estatales de Salud y de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados. Sin embargo, deben mantener una estrecha coordinación con las Jurisdicciones Sanitarias. El Modelo de Atención para Población Abierta establece que las unidades hospitalarias se dividen en Hospitales Generales de 30, 60, 120, 144 y 180 camas censables.³³

Todo este panorama representa un punto presupuestal: en la medida que el presupuesto se oriente a atender los problemas de enfermedad, se olvida la salud. De esta manera se puede apreciar que a pesar de que siguen construyendo hospitales y clínicas y se forma gran número de médicos, la salud de la población no ha favorecido en los estratos económicos bajos. El que está enfermo puede estar mejor atendido, suponiendo que el surgimiento de las enfermedades se va incrementando a la misma velocidad que la implantación de servicios; pero una cosa

³² Martínez Ortega, Ma. De los Angeles. Servicios de salud en el medio rural-urbano. México, Tesis, UNAM;1980, p42 y sigs.

³³ Ibid.

es estar atendido y otra es tener acceso a un servicio de salud con el que un médico puede resolver el problema.

En el aspecto demográfico, un cambio en el perfil de mortalidad, en términos demográficos significa un cambio drástico en la composición por edad de la población. Decimos que se trata de una población envejecida en la que virtualmente la totalidad de las personas viven hasta una edad avanzada. Mencionamos este proceso demográfico, porque creo que está estrechamente relacionado con la salud, particularmente con aspectos de salud, y particularmente resaltar el problema de los sistemas de seguridad social.

La meta para cualquier país de "salud para todos" significa necesariamente abatir la mortalidad, y esto, a su vez, implica un cambio drástico en el perfil de la población que tiene profundas consecuencias para el financiamiento de los sistemas de seguridad social. Un aspecto muy importante entre salud y medio ambiente es el de que todos los servicios de salud implican un doble acceso a la población: el acceso espacial y social. Además de que la transformación radical del medio ambiente conlleva a un deterioro permanente de la calidad de este medio y de la calidad de la vida.

Obviamente que no estamos compartiendo los mismos problemas ni nos encontramos en igualdad de circunstancias el principio de justicia social que se busca implantar tiene problemas muy serios de representatividad, dado que las poblaciones más marginadas son las que tienen menor representación política.

Pese a la euforia de establecer metas no todo mundo está de acuerdo en que puedan cumplir así también lo expresa Jacobo Finkelman: "La OMS -a través de un estudio confidencial-, decía que si cumplimos con una serie de metas intermedias llegaremos a obtener ciertos resultados... -este estudio muestra lo contrario a las metas establecidas para el año 2000- ya que señala que en para este año mencionado

habrá un serio deterioro en las condiciones sociales.”. Sin duda, y a casi dos años del 2000 este planteamiento señalado hace trece años, está vigente. Actualmente no se ha podido lograr controlar a satisfacción las enfermedades transmisibles; seguiremos padeciendo las enfermedades de la pobreza, a las cuales se agregarán otras enfermedades transmisibles, poco estudiadas en el pasado y mejor conocidas ahora. La tecnología disponible para atacar estas enfermedades es limitada, si se analiza desde el punto de vista de los costos y de infraestructura de organización social.

En la medida en que la magnitud de los padecimientos se incrementa, tenemos que oponer fuerzas cada vez más complejas, y por ende más costosas. Aquí se aplica este concepto de organización por niveles de atención médica, el primer y el tercer nivel en los extremos y el segundo nivel como intermediario. Obviamente el costo de contender con los problemas de esta manera es enorme en la medida de que se trata de un proceso de atención personal, independientemente de que las acciones se subdividen en diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación de la incapacidad y rehabilitación. Así el criterio de mala salud incide en la necesidad de ampliar tanto el campo de la asistencia médica, que se ha fomentado una franca disminución del umbral de tolerancia a la enfermedad, y de la competencia para la autoasistencia.

En la medida de que la población crece y se fomenta la dependencia en la atención personal, se incrementa la demanda y se reduce la oferta de servicios existentes; ya que repercute en el aumento del costo de la asistencia y en la falta de equidad del acceso a sus servicios. Las posibilidades reales que tiene nuestro país de alcanzar la meta de salud implica revisar la viabilidad de sustentar las políticas de salud pública y la evaluación de sus resultados en una información confiable y veraz, acorde al modelo que se haya escogido para atender la problemática de salud.

CAPITULO III

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

1. Lineamientos de la reforma.

En las últimas décadas, la descentralización se ha presentado en el entono oficial como una estrategia o instrumento de apoyo para la ejecución de los programas de gobierno y de las políticas nacionales de desarrollo de los periodos sexenales 1982-1988, 1989-1994, y el actual 1995-2000.

De esta forma, la descentralización se presenta como un instrumento gubernamental para apoyar la transformación estructural en materia de salud, desde el gobierno de Miguel de la Madrid hasta el de Ernesto Zedillo, el cual ha expresado la necesidad de contemplar un proceso de descentralización de los servicios de salud en las entidades donde aún no se ha desarrollado.

La tendencia a la descentralización de los servicios de salud de nuestro régimen federal, ha conformado en la realidad de nuestra administración pública, estructuras de organización que transitan entre la centralización y la desconcentración administrativa, aún cuando las políticas y programas modernizadoras de los gobiernos en turno, hayan declarado la intención de la realización de proyectos descentralizadores. Así pues la Federación a través de la Secretaría de Salud ha realizado todo un proyecto de descentralización de los servicios de salud. Una reforma donde se destaca la atención primaria de la salud, del individuo, de la familia y la comunidad.

La descentralización, en sentido estricto, "es un acto jurídico político, por el cual la Federación transfiere facultades, funciones, programas y recursos a una persona moral del derecho público, con autonomía técnica y orgánica, conservándose lo que la doctrina **denomina control de tutela** y consecuentemente, rrompiéndose la línea

jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades...puede llevarse a la práctica en dos formas: **a) funcional**, cuando se transfieren facultades hacia un organismo público descentralizado, que forma parte de la administración pública federal y **b) territorial**, cuando se transfieren programas y recursos hacia los niveles estatal y municipal.¹ Cabe mencionar que esta definición ha estado presente en el *Programa Nacional de Salud 1984-1988* y misma que sustenta el actual *Programa de Reforma del Sector Salud 1996-2000* y en general, los programas de descentralización de servicios de salud a población abierta.

Al hablar de descentralización, es necesario señalar otros conceptos relacionados como son: la centralización, desconcentración y delegación administrativa; ya que son formas administrativas que asume también la organización estatal, y que suelen fusionarse o coexistir con ésta.

Se dice que hay **centralización administrativa**, cuándo los órganos se agrupan colocándose unos respecto de otros, en una situación de dependencia tal, que se reserva la autoridad y responsabilidad en un nivel jerárquico en particular, con el fin de reunir en una sola persona a cargo, el poder de tomar decisiones y coordinar las labores dentro de su respectivo ámbito de acción.²

Por su parte la **desconcentración**, implica la traslación del centro burocrático a unidades periféricas o funcionales para lograr una mayor inmediatez con respecto al administrado o cliente, y en consecuencia, ofrecer un mejor servicio, manteniéndose la jerarquía con respecto al órgano central; este término se relaciona con la transferencia de recursos y funciones, entendiéndose éstas como tal y no como una delegación de autoridad por parte de la unidad central.³

¹ De la Madrid Hurtado, Miguel. *Las razones y las obras*. F.C.E. 1984 p 244.

² Palma, Eduardo. *La descentralización desde una perspectiva política*. Doc CPROD/90 CEPAL, 1983, p 16

³ *Ibid.* p 22 y sigs.

La “*delegación de facultades*” consiste en la transferencia de responsabilidades, buscando acercar la resolución de trámites y la prestación de servicios al lugar donde se generan las demandas.

En lo político, México es un Estado autoritario con la existencia de un presidencialismo absolutista, cuyo efecto ha sido nitidamente concentrador ya que, a través de la burocracia dependiente de él (Secretarías) intervienen en los asuntos internos de las entidades que conforman la Federación, matriz administrativa que amplía la concentración de la misma, medida en que aumentan las funciones encargadas al Estado. Otro elemento de concentración del poder político es el predominio del poder central en lo financiero (debido al proceso centralizador de recursos fiscales) que torna a los órganos dependientes ya sean concentrados o desconcentrados, y pone a merced de la ayuda federal a los Estados miembros de la Federación dejando así sin contenido al federalismo. La concentración del poder político se manifiesta así mismo, por la existencia de un partido predominante que controla al sector popular y propicia la desactivación política de masas.⁴

Angel Bassols comenta que la Federación de nuestro país “ha sido siempre no otra cosa, que una unidad puramente jurídica, de ningún modo de fenómenos sociales, económicos o reales, sino una serie de conceptos que se vierten en la Constitución para que lleguen a los Estados, en consecuencia de esto, un predominio de la Federación sobre los Estados.”⁵

En apoyo a nuestra argumentación concluimos con una afirmación de Eduardo Palma quien explica: “el proceso de descentralización en épocas de crisis económicas y convulsiones políticas, tiene probabilidades muy altas de experimentar grandes retrocesos, ya que el gobierno central experimenta pérdidas de recursos, se

⁴ Palma, Eduardo. *Op Cit.* P 50.

⁵ Bassols B Angel. Estado, federalismo y concentración en México México, Ed., FISCAL- UNAM, 1981, p 50

incrementan las necesidades insatisfechas de la población, y cuando más apremiantes sean éstas, menos preocupación se tendrá por los efectos secundarios de su propuesta de solución de emergencia, salvo si esto representa apoyo participativo de grupos sociales”⁶

Así pues, la centralización en el proceso de toma de decisiones tiene orígenes históricos en México; el campo de la salud no es la excepción. Con el transcurso del tiempo se han inducido una serie de obstáculos para la función gubernamental. La imposición de programas sanitarios por el centro, escasa participación de las entidades federativas en la formulación de políticas y programas, falta de aporte financiero y compromisos correlativos de los estados para instrumentar éstos, poca o nula intervención de las entidades en la prestación de los servicios de salud en sus territorios como ya lo hemos señalado.

Con la reforma Constitucional de 1982 al artículo 4º. y la promulgación de la *Ley General de Salud*, se estableció la distribución de competencia entre la federación y los gobiernos estatales y municipales, y la necesidad de promover la descentralización de los servicios de salud a población abierta.

La instrumentación de un proceso tan complejo tomó en cuenta los siguientes factores:

- **Casuismo.** Se ajustó a las características particulares de cada entidad federativa.
- **Administrativo.** Cada entidad creó organismos de carácter centralizado o paraestatal que asumieron la gestión de los servicios de salud en sustitución de los federales.
- **Logístico.** La Secretaría de Salud y el IMSS apoyaron la operación de los servicios durante la transferencia. El apoyo básico se dio en materia de estadística, informática, evaluación, administración de personal, obra pública, abastecimiento, etc. para evitar que estos se suspendieran o disminuyeran de calidad.
- **Patrimonial.** Los bienes de los organismos se destinaron a uso gratuito de los servicios estatales de salud.

⁶ Palma, Eduardo. *Op. Cit.* P 14

- **Competencial.** Descentralizó la atención médica, la salud pública y el control, regulación y fomento sanitario en materia de salubridad general concurrente. La Secretaría de Salud se reservó atribuciones para expedir y vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica, emitir políticas y procedimientos de planeación, programación y presupuestación, coordinar el Sistema Nacional de Información y realizar inspecciones, auditorías y supervisiones.
- **Financiero.** Los servicios descentralizados operan con aportaciones federales vía la Secretaría de Salud y con recursos estatales. Los primeros formalizados con el *Convenio Unico de Desarrollo* respectivo, atendiendo disposiciones de la Ley de Planeación, Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público, Ley General de Salud, la Constitución Política, Ley Orgánica de la Administración Pública y Ley de salud de la entidad federativa.
- **Laboral.** Los trabajadores de los servicios centralizados quedaron automáticamente protegidos por el apartado "B" del Artículo 123 Constitucional y quedaron sin afectar los derechos adquiridos y las facultades patronales conforme a las condiciones de trabajo que también se descentralizaron.
- **Gradualismo.** Por las condiciones que subyacen en el proceso (disponibilidad de recursos financieros), capacidad administrativa local, voluntad política etc.,) la descentralización se comenzó a realizar de manera paulatina, por Decreto del 8 de marzo de 1984, para evitar el posible deterioro de los servicios y para poder controlarlo y supervisarlo adecuadamente. Su conclusión en las 31 entidades federativas se precisó para fines de 1986, aunque al término del sexenio 1982-1988 únicamente se concretó en 14 entidades; Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.⁷

Al inicio de la presente gestión administrativa era claro que se tenía que enfrentar una problemática bien reconocida y ante la cual se debían operar de forma urgente las estrategias mas adecuadas para hacerles frente. En el campo de los servicios de salud se debía considerar la persistencia de diferencias que les impiden acceder a una mayor modernización organizativa, tecnológica y administrativa; es decir, de ineficiencias en la asignación de recursos y en la gestión de los servicios, de centralismo, limitada calidad y eficiencia, de segmentación e inadecuada coordinación, así como de dificultades derivadas de la sustentabilidad de los servicios públicos de salud.

Así pues, la Secretaría de Salud inició el proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta en 14 entidades federativas, así como los trabajos para

⁷ Cfr. Jeannetti Dávila, Elena. "Descentralización de los servicios de salud". En Torres, Blanca (Comp)

descentralizar las 17 entidades federativas restantes, tanto en los aspectos presupuestales como de operación: por su parte el IMSS, en el marco de la modernización administrativa ha transformado su estructura organizativa, desconcentrando responsabilidades y funciones en siete regiones, con el fin de reforzar la capacidad de gestión y toma de decisiones de las áreas operativas.⁸ Actualmente se procura un proceso que se orienta hacia una gestión cada vez más "democrática", con mayor participación de la sociedad, del sector privado y de los gobiernos locales, todos buscando un mayor desarrollo regional. Por otro lado, la sociedad es cada vez más consciente de la existencia de las inequidades y rezagos, que afectan directa o indirectamente a la salud de nuestra población.

El proceso de descentralización busca por una parte, ***contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida locales y por otra, un adecuado y libre ejercicio de las atribuciones y responsabilidades de los gobiernos estatales, y de los municipios***, lo cual implica transferir a las entidades federativas los recursos presupuestales asignados en los diferentes Capítulos de Gasto, su ejercicio y control, así como los recursos materiales, los bienes muebles e inmuebles y los equipos e instalaciones existentes en el estado para la prestación de los servicios; además de contar con el recurso humano.

En lo referente a la descentralización de los servicios de salud a población abierta se busca mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud para lo cual, es además necesaria la reestructuración organizativa de estos servicios y la asignación equilibrada del gasto federal en salud de acuerdo a criterios más racionales, como lo son por ejemplo la mortalidad y grado de marginación.

La descentralización ha propiciado las bases para integrar los ***Sistemas Estatales de Salud***, lo que permite que la población tenga acceso a los servicios médicos cuando lo

Descentralización y democracia en México. México, El Colegio de México, 1986 p 182 y sigs.

⁸ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

requieren. Esos cambios comenzaron el 20 de agosto de 1996 mediante el *Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud* con cada uno de los estados. En él se establece que cada una de las entidades federativas asumirán sus responsabilidades de acuerdo a la *Ley General de Salud*; manejarán y operarán directamente los servicios de salud, en el ámbito de su competencia; dispondrán de los recursos financieros de acuerdo a las necesidades y prioridades locales de salud y participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la política nacional de salud; además de establecer un Organismo Público Descentralizado (OPD), con personalidad jurídica y patrimonios propios.

En el plano laboral se formalizó con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud la continuidad de la relación existente con los trabajadores que se transfieren a los gobiernos estatales. En el ámbito federal, la consolidación de los sistemas estatales debe fortalecer el Sistema Nacional de Salud; la Secretaría de Salud por su parte, refuerza el papel rector y normativo y el ejercicio de sus atribuciones; para brindar apoyos efectivos a los trabajadores de la salud y se estableció una nueva forma en la relación entre las autoridades federales, estatales y municipales para la orientación de los objetivos y el logro de las metas.

Para inicios de 1997 se instalaron OPD en 25 de las 32 entidades federativas; quedando integrados todos los Estados a fines de 1997. En los Estados descentralizados, a través de la firma de los *Acuerdos Para la Descentralización*, se realizó la entrega oficial de los servicios del nivel federal hacia el estatal, la transferencia de los programas, la situación presupuestal y los recursos humanos, financieros y materiales. Los recursos que el Gobierno Federal transfirió a las 32 entidades federativas suman 121 mil plazas, 7,370 bienes muebles y 8,500 millones de pesos y se homologaron poco más de 22 mil trabajadores estatales que se integraron al OPD.⁹

⁹ *Ibid.*

En perspectiva se vislumbra, además, que el proceso de descentralización y la operación de los OPD facilite la integración orgánica de todas las instancias que proporcionan servicios de atención a población abierta; que la aplicación del gasto local mejore la economía en salud; que el proceso se extienda hacia los municipios; que el incremento de la autonomía local para la toma de decisiones repercuta favorablemente en la aplicación de respuesta a las demandas de la población y permita establecer espacios para la participación ciudadana a favor de la salud, y que como ya se ha mencionado, se facilite la ampliación de la cobertura de servicios de salud hacia la población más desprotegida.

En el transcurso de 1997 se aprobaron en el Congreso de la Unión por unanimidad reformas a la *Ley General de Salud*; así mismo se han actualizado reglamentos básicos y se han simplificado procesos que, aunado al proceso de desregulación administrativa, constituyen uno de los procesos fundamentales que permiten a la Secretaría de Salud actualizar, simplificar y fortalecer los marcos de actuación reglamentarios, normativos y jurídicos.

En base en lo anterior se desprende que: "En la integración de los sistemas estatales y municipales de salud podrá estimularse la participación activa de la población. Para acercar los servicios públicos de salud a cada comunidad es necesaria su descentralización total. La participación municipal será fundamental. *El Programa Municipio Saludable* alentará la participación de los ayuntamientos en acciones tales como: instalación de agua potable, control de la fauna nociva, y manejo adecuado de desechos residuales. De esta forma la descentralización de los servicios de salud será una expresión concreta del federalismo."¹⁰

Si bien es un hecho incontrovertible que nuestro **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, a

¹⁰ *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, p 95

lo largo de las últimas cinco décadas, ha ido avanzando en forma (por decir satisfactoria) y ha contribuido de alguna manera para alcanzar niveles de bienestar en lo mínimo que se han presentado en el México de la última mitad de este siglo. También es un hecho definitivo que hay problemas y rezagos que no han sido posible atender con la misma eficiencia con la que se resolvieron otros aspectos de la salud pública. El desarrollo de la atención de la salud en México ha sido desigual, subsisten localidades en condiciones sumamente precarias porque no ha sido posible que accedan en forma regular los servicios públicos. Esta realidad es resultado de múltiples factores. Evidentemente las comunidades a las que va dirigido el Programa se ubican en áreas de muy difícil acceso, sumamente dispersas, pequeñas en cuanto a población y con pocas posibilidades de desarrollo integral. Algunas han surgido durante esta misma década y permanecen relativamente alejadas, aisladas y en condiciones de suma pobreza, por lo que no ha sido fácil para el SNS llegar a ellas ni geográfica, ni funcionalmente, a través del modelo tradicional con el que había venido operando como sustento fundamental. Nos referimos al modelo que todos conocemos, donde la atención primaria ha venido desarrollándose como una prioridad en comunidades que tienen mayores posibilidades y recursos para acceder a los beneficios que conlleva esta estrategia.

Sin embargo el reto “.. ha sido tratar de hacer de la salud, justamente un instrumento de equidad real, que no será posible alcanzar mientras subsistan estas regiones que muestran rezagos lacerantes, ofensivos en algunos casos y sumamente difíciles de satisfacer por la atomización de estas cientos y cientos de pequeñas localidades (más de 100 mil) cuya población no va más allá, a veces de los 200 o 500 habitantes”¹¹.

En suma, el programa de Reforma del Sector Salud plantea cuatro objetivos generales:

- ***En primer lugar, una reforma financiera a la seguridad social para ampliar la***

¹¹ De la Fuente, Juan Ramón. “Las prioridades de la Reforma del Sector Salud”. Memoria de la Reunión de Difusión y Análisis del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996, p21

cobertura en el medio urbano. Es una ampliación diferente a la del Programa de Ampliación de Cobertura. Se plantea que más usuarios puedan pertenecer a la "seguridad social", mediante una reducción de sus cuotas para que las familias, incluso sin participar de manera formal en la economía, puedan inscribirse al seguro a través del Seguro Familiar, el cual tiene un costo de aproximadamente un tercio de lo que hoy cuesta la filiación voluntaria.

- **El segundo término, es la extensión el ámbito de la seguridad social en la población del medio urbano con capacidad de prepago;** es decir, hacer un pago por adelantado por la atención de la enfermedad del individuo, no pagar cada vez que se enferme sino independientemente de que se enferme o no, contar con el servicio, inclusive tener la posibilidad de elección del médico familiar.
- **Como tercer aspecto que plantea el Programa es la descentralización de los servicios a población abierta,** fundamentalmente en el esquema de atención porque aún no se cuenta con una multiplicidad de prestadores de servicios de entre los cuales las personas puedan escoger, particularmente en el ámbito de afluencia del Programa de Ampliación de Cobertura. En ese medio lo que se planteó es descentralizar los servicios e integrarlos, en el Programa IMSS-Solidaridad en algunos de los Estados para que sean manejados por los gobiernos de los mismos.
- **El cuarto y último punto es ampliar la cobertura a quienes prácticamente no tienen acceso a los servicios de salud.** Para eso se plantean el Programa de Ampliación de Cobertura y el Paquete Básico de Servicios de Salud.¹²

El nuevo modelo de atención. El anterior modelo del SNS separa artificialmente a los grupos de población y los divide de una forma que no corresponde a sus características geoeconómicas. Por eso el modelo que se propone tiene una nueva lógica, en donde el nivel de ingreso haga posible introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con la lección de los usuarios, con independencia de si esta población pertenece o no, a la economía formal.

El cambio de orientación del modelo persigue la ampliación de la seguridad social para que cubra, en el largo plazo a toda la población con posibilidades de acceder a ella. Es decir, la población urbana de ingresos medios, bajo un esquema de menores aportaciones de los usuarios y mayor financiamiento de fondos generales

¹² Bonilla Castañeda Javier "Aspectos generales del Programa de Reforma del Sector Salud" En Análisis e

EL MODELO ANTERIOR A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	
ECONOMIA FORMAL	FUERA DE LA ECONOMIA FORMAL
Seguros privados Seguridad social (principalmente IMSS-ISSTE)	Secretaría de Salud IMSS-Solidaridad Sin acceso
Puede Puede introducirse un modelo de elección	No puede introducirse el modelo
Características: Población de bajos ingresos Con capacidad de pago anticipado Múltiples prestadores cercanos en el primer nivel	Características: Población de bajos ingresos Sin capacidad de pago anticipado Pocos prestadores
<i>Fuente: Programa de Reforma del sector Salud 1995-200</i>	

En la Reforma se han adoptado mecanismos que permitan brindar servicios con mayor calidad y eficiencia, orientados más hacia lo preventivo y menos a lo curativo en la seguridad social.

Por su parte la descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta permitirá la formación de sistemas estatales de salud que atiendan a la población urbana de más bajos ingresos y a la población rural a través de programas específicos, lo cual *pretende ser el medio para superar la pobreza en la presente administración.*

EL MODELO QUE SE PRETENDE CON LA REFORMA	
NUEVAS FORMAS DE ASEGURAMIENTO PRIVADO	
<p>Seguridad social ampliada</p> <p>Puede introducirse un modelo de elección</p> <p>Características: Población de ingresos medios Con capacidad de pago anticipado</p> <p>Múltiples prestadores cercanos en el primer nivel Medio urbano</p>	<p>Sistemas estatales de Salud operando Descentralizadamente</p> <p>No puede introducirse el modelo</p> <p>Características: Población de bajos ingresos Sin capacidad de pago anticipado Pocos prestadores Medio rural</p>
<p>Fuente: Programa de Reforma del sector Salud 1995-2000</p>	

*"Esta reforma impulsa así al Sector Salud en México hacia los esquemas de organización más eficientes y equitativos que se están desarrollando en otras partes del mundo, en beneficio de los usuarios y los contribuyentes"*¹³

2. El Programa de Ampliación de Cobertura.

¿En qué forma se pueden plantear mecanismos de acción o una estrategia efectiva, no demagógica, que permita avanzar realmente en este reto social?. Tal cuestión ha sido planteada hace varios sexenios presidenciales, y en la que la presente gestión ha encaminado algunas acciones para su respuesta inmediata, tratando de ajustarlas a las circunstancias cambiantes que vive el país. "...Así de muchas propuestas originadas en instituciones académicas, en sociedades médicas, en foros de consulta popular (sobre todo a partir del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta

¹³ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, p 21

que venía operando en los últimos años) se reformuló todo lo relacionado con la ampliación de cobertura, desde luego con el complemento técnico de diversos estudios realizados por el Consejo Nacional de Salud y por la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud, para identificar en términos precisos, cuáles son esas regiones, zonas del país que verdaderamente no tienen acceso a los servicios regulares de salud.”¹⁴

A este respecto, cabe señalar que un planteamiento de esta naturaleza es sumamente complejo; puesto que definir este tipo de población crea problemas de conceptualización. No se trata necesariamente de poblaciones bien delimitadas, que tienen un acceso ágil y efectivo a los servicios, o bien, que no lo tienen todo; hay una franja intermedia muy importante donde se tiene acceso a algunas acciones, pero no a todas; a veces, sí se dispone de servicios, pero no siempre; en ocasiones, el problema es de carácter geográfico, otras es de carácter funcional. El país posee una enorme infraestructura que cumple muy marginalmente con sus propósitos por que no existen médicos suficientes o por que los que hay laboran solamente unas cuantas horas al día, o por que hay médicos que no quieren trabajar en zonas rurales, o por que existe carencia de medicamentos, o no hay suficientes insumos. Entonces también la falta de cobertura funcional debería de tomarse en cuenta.

Antecedentes. Anteriormente a este recién *Programa de Ampliación de Cobertura*, podemos señalar como un antecedente inmediato el *Programa de Atención a la Salud a Población Marginada*. En 1977 la Secretaría de Salud implementa el *Programa de Atención Primaria en Areas Marginadas del Distrito Federal*, en el cual se brindaría atención médica primaria a través de la medicina comunitaria a una población de 672,00 habitantes en un período de tres años a nivel nacional. Para ello, se capacitó personal médico, de enfermería y de trabajo social en el manejo de los *Programas de Atención Médica, Materno-Infantil y Planificación Familiar*, así como de otros para el

¹⁴ *Ibíd* p 32

control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, nutrición y promoción de la salud y registro estadístico fundamental.

En 1978 la Secretaría de Programación y Presupuesto da a conocer el *Programa de Acción del Sector Público 1978-1982*, en donde fija como política social de salud objetivos como: **1)** ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población marginada; **2)** proteger la niñez; **3)** promover las acciones preventivas mediante la vacunación, la educación higiénica, la planificación familiar y el saneamiento del ambiente.

Es hasta 1980 con el *Plan Global de Desarrollo* en el capítulo sobre "Políticas de Salud y Seguridad Social" que se recogen las experiencias obtenidas por la operación de los programas promovidos con anterioridad y se plantean las metas para el periodo 1980-1982.

Las acciones de salud están orientadas al logro de ampliación de cobertura a través del escalonamiento de los servicios, entre otras medidas con especial énfasis en las actividades de carácter preventivo sin descuidar las de orden curativo. El otorgamiento de los servicios mínimos de salud considera prioritariamente a la población de las áreas marginadas rurales y urbanas, en especial al grupo materno-infantil.

Con este señalamiento se comienza a estructurar como Programa de Ampliación de Cobertura de los Servicios de Salud el *Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes*, por el cual se pretende proporcionar atención primaria a través de la implementación de un sistema regionalizado y escalonado de servicios del cual, un módulo constituye el nivel de atención primaria de salud para la resolución de problemas frecuentes apoyados por los niveles secundario y terciario para referencia de problemas de mayor complejidad.

Sin embargo, para 1982 con el cambio de poderes y la contracción económica

provocada por la crisis, el programa quedó estacionario, la segunda etapa no se concluyó y sus alcances no se midieron, así la intención de integrar a la población marginada a los beneficios que brinda la ciudad y proporcionarles un mejor nivel de vida y de salud, se vio obstaculizado por el propio proceso de subdesarrollo que enfrentan nuestra sociedad y cuya superación se vislumbra a corto, mediano y largo plazo.¹⁵

La política social definida en el *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000* establece como estrategias fundamentales: ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos. Específicamente en materia de salud, determina que el Gobierno de la República garantizará el *Paquete Básico de Servicios de Salud* para todos los mexicanos. Así mismo, el *Programa de Reforma del Sector Salud* (como ya lo señalamos) fija como uno de sus objetivos fundamentales de la actual Administración la ampliación del acceso regular a servicios básicos de la población antes del año 2000, seleccionando como estrategia este *Paquete*. Por su parte el *Plan Nacional de Desarrollo*, estipula que para mantener la efectividad y la cobertura territorial de la política nacional de salud los servicios estatales serán agrupados en el Consejo Nacional de Salud (CNS).¹⁶ De esta forma, el CNS¹⁷ es la instancia permanente de coordinación entre las autoridades de salud de la Federación, los Estados y el Distrito Federal para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República.

Con base a las atribuciones que le fueron conferidas, y con el propósito de apoyar la Reforma del Sector Salud y la descentralización de los servicios, el CNS determinó, al inicio de su trabajo las líneas de acción entre las que destaca la ampliación de

¹⁵ Cfr. Benet Juárez, Ma. Guadalupe Enfoque sociológico de los planes de salud para población marginada. México, Tesis UNAM, 1986, 130 y sigs

¹⁶ La integración del Consejo y sus objetivos se fijan en el Acuerdo Presidencial publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 27 de enero de 1995.

¹⁷ El Consejo se integra con el Secretario de Salud como Presidente y los titulares de salud de las entidades federativas como Consejeros. Cuenta, además, con un Comité Asesor formado por los Subsecretarios de Servicios de Salud, de Planeación y de Fomento Sanitario, el Oficial Mayor, el Director de Asuntos Jurídicos, funcionarios

cobertura de los servicios.

Lineamientos del Programa de Ampliación de Cobertura. En el caso particular del Programa de Ampliación de Cobertura de los Servicios de Salud, éste se basa en el modelo de la *teoría de los sistemas*¹⁸, específicamente de Von Bertalanffy¹⁹ que considera a las políticas como producto del sistema político resultado del proceso de insumos y demandas que retroalimentan las respuestas de dicho sistema para adecuarlo a las nuevas necesidades del entorno y así mantener una relación de equilibrio. De esta manera, la Reforma, es extensa y compleja e implica una enorme variedad de programas, subprogramas, acciones y ajustes a las estructuras y al funcionamiento del SNS. Uno de los puntos es el referente a la ampliación de la cobertura, y es el más importante por el enorme reto que representa desde el punto de vista técnico y operativo, y por lo que significa como política social.

Con el propósito de ubicar en su exacta dimensión el contexto en que se inscribe la puesta en operación del PAC es necesario abordar cuatro de los principales problemas que inciden, por su gran relevancia estructural, en el funcionamiento actual del SNS:

Duplicidades. Es limitado el crecimiento de la seguridad social que le impide consolidarse como el principal esquema de cobertura en el medio urbano; deriva en la necesidad de sostener esquemas paralelos que, hasta cierto punto, duplican la atención a la salud en este contexto. Irónicamente estas duplicidades subsisten también en el medio rural en donde no existe una razón estructural para ello.

Insuficiencia en la calidad. No existen incentivos interconstruidos en la operación cotidiana de los servicios que lleven a que los prestadores se interesen en la calidad.

éstos de la Secretaría de Salud, y un Secretario Permanente

¹⁸ *Evolución y Perspectivas del Programa de Ampliación y Cobertura*. México, Secretaría de Salud, 1996 p24

¹⁹ Cfr Ludwig Von Bertalanffy. *Teoría general de sistemas*. México, FCE, 1976.

Centralismo. Los servicios de atención a población abierta acusaban un marcado centralismo que limitaba las posibilidades a los estados para tomar la iniciativa en vías a la solución de sus principales problemas de salud.

Subsiste población sin acceso regular. Se estima que hay alrededor de 10 millones de personas que no tienen acceso regular a los servicios de salud.²⁰ No obstante frente a estos problemas, debe mencionarse que la reforma del SNS, planteado en el programa respectivo, ha tenido avances significativos.

El primero de los puntos aludidos, relativo **al problema de la reforma financiera del Seguro Social**, permitirá que la seguridad social crezca gradualmente, tanto por la formalización del empleo que acompañará la reducción de las cuotas, como por el incremento a la afiliación voluntaria que traerá este nuevo modelo derivado de un seguro de bajo costo para las familias denominado *Seguro Voluntario Familiar*.²¹

Una segunda solución que responde a **los problemas detectados en el sector es la descentralización de los servicios de salud para población abierta** que dio inicio por acciones emprendidas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1996 y que siguió con la descentralización del *Programa IMSS-Solidaridad* un poco más adelante.

El tercer punto es el fortalecimiento de la modalidad de elección del médico familiar en la seguridad social, lo que permitirá recompensar a quienes gocen la preferencia de los usuarios, estableciendo así un incentivo claro en la provisión de servicios de calidad. Esta es la principal respuesta de la *Reforma* a la falta de calidad que presenta todo el sistema.

El cuarto aspecto lo constituye la ampliación de cobertura a través de un Paquete Básico (PB). La filosofía general en que se sustenta el PAC y la aplicación del PB

²⁰ Programa de Reforma del Sector Salud Op. Cit.

²¹ Estipulado en la Nueva Ley del Seguro Social

reside en la idea de que el país debe destinar recursos a la atención de los problemas de salud de la población marginada bajo un criterio inflexible en su destino, previendo que dicha atención se haga a través de un conjunto de intervenciones de bajo costo y alta efectividad, que eviten acciones verticales o demasiado dispersas cuyo impacto es bajo y difícil de evaluar.

Ahora bien, *¿Por qué es importante decidirse a encarar los problemas de salud de la población pobre de México?* Por que junto con la educación, la salud, es el principal componente del capital humano de las personas; es decir, determina fundamentalmente su capacidad productiva. La salud y la educación fijan la capacidad que tienen los individuos para superar su propia pobreza. Si bien, la salud no es un requisito integral para superar la pobreza sí es, sin duda, algo que refleja su *nivel de vida*.

¿Por qué es urgente decidirse a hacerlo ahora? Lo que ha ocurrido con el Producto Interno Bruto (PIB) y en alguna medida, con el ingreso per cápita durante los últimos años es elocuente. Es importante destacar que el BIP de 1995 es apenas 12% superior al PIB de 1981. Eso quiere decir que hemos tenido una tasa de crecimiento de la economía en los últimos 14 años de 0.8% anual solamente, mientras que la población ha venido creciendo a tasas quizá superiores al 2% anual.²²

Eso implica una caída del ingreso per cápita del 15%. Es decir, tenemos 15% menos de ingreso por persona en los últimos años en el país y la brecha entre las clases marginadas y las clases que tienen acceso a mayores ingresos se ha venido ampliando durante los últimos años, como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

²² INEGI. Encuesta Nacional Ingreso Gasto, 1994.

DISTRIBUCION DEL INGRESO CORRIENTE MONETARIO POR DECILES				
DECILES DE HOGARES	INGRESO TOTAL 1984		INGRESO TOTAL 1994	
	(millones de pesos)	% acumulado	(miles de pesos)	% acumulado
TOTAL	2,028,235		121,740,62	
I	24,14	1,1	1,232,56	1,0
II	53,985	3,85	2,761,10	3,28
III	78,376	7,7	3,980,805	6,55
IV	101,59	12,7	5,186,62	10,8
V	126,90	18,9	6,512,47	16,1
VI	155,43	26,64	8,123,39	22,83
VII	196,30	36,32	10,264,50	31,2
VIII	251,93	46,74	13,628,64	42,46
XIX	344,70	65,74	19,842,53	58,76
X	694,852	100,0	50,207,988	100,0
Coef de Gini		0,4562		0,513

Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso Gasto, INEGI.

Es urgente revertir esta tendencia. Además, esta caída en el ingreso per cápita tenemos otro problema: el que plantea el ingreso acumulado; es decir, la relación entre la población y el ingreso que acumula.

En resumen, lo que indica este cuadro es que entre 1984 y 1994 ha ocurrido un deterioro importante en la distribución del ingreso, situación que no es nueva para

nosotros. Por ejemplo, en 1984 el 10% de la población más pobre acumulaba el 1.9% del ingreso y en 1994, diez años después esa población acumulaba nada más el 1.01% del ingreso, lo que significa que el 10% de la población tienen el 1% del ingreso generado. El 20% de la población más pobre tenía el 3.85% o sea casi el 4% del ingreso nacional en 1984; esa participación del 20% más pobre ha bajado a 3.28 y si se observa la participación de todos, salvo los del último decil, ha caído entre 1984 y 1994. He aquí la urgencia de aplicar “*políticas de fondo*” como el PAC para la corrección de estos desequilibrios fundamentales que se están generando en el país, ya que si se dejan crecer más, se convertirán en problemas irreversibles.

2.1 Características del paquete básico de servicios de salud.

No obstante ser tan complejo este panorama, la Secretaría de Salud a través de varios estudios, elaboró un diagnóstico sobre la ***subutilización de la capacidad instalada***. Dicho estudio condujo al conocimiento real de los alcances de los servicios de salud para la población abierta en términos de la accesibilidad geográfica. En él se establece que de 7 a 10 millones de habitantes no tienen acceso a los servicios permanentes de salud,²³ estimación que parte de un criterio inclusivo donde se consideraron otros puntos de referencia como los *Estudios de Regionalización Operativa*,²⁴ a partir de los cuales, por ejemplo, se demuestra que la población puede ser menor, que oscila entre 7.2 y 7.4 millones de habitantes. Sin embargo, consideramos que es mejor ser inclusivos, al plantear una población mayor, y no irse a los extremos al considerar una población marginada menor.

Esta población evidentemente se dispersa en cientos de municipios, y dentro de ellos se encuentran localidades que no tienen acceso y las que sí tienen acceso a los servicios de salud; es posible incluso, detectar contrastes extraordinarios dentro de un mismo municipio.

²³ Diagnóstico Nacional de Cobertura de Servicios. México, Informe del Consejo de Comisión, Secretaría de Salud, 1995.

²⁴ *Estudios de Regionalización Operativa*. México, Secretaría de Salud 1995.

Así, cuando se toman indicadores promedio, podrá haber municipios que encajen perfectamente a la media, los promedios nos dirán que ni son de alta marginación, ni tienen graves problemas de pobreza; sin embargo si entramos a un análisis micro nos damos cuenta de que al interior del municipio hay regiones sumamente pobres, sin servicios, y otros, en contraste, son hasta ricos. Esto nos obliga a considerar que orientarse en base a promedios resulta a veces engañosos y poco confiable.

No obstante, la Secretaría de Salud identificó los municipios y localidades que deberán ser beneficiados del Programa de Ampliación de Cobertura. Aquí la pregunta obligada: *¿cómo se va a llevar los servicios esenciales de salud a esas regiones, qué se va hacer con ellos, cómo se puede, en términos reales, mejorar sus condiciones de salud y de bienestar?*

En este sentido la respuesta ha sido la configuración del *Paquete Básico* como estrategia total para la ampliación de la cobertura. No exclusiva pero sí como la estrategia que permitirá otorgar una atención efectiva e integral a través de acciones y mecanismos recíprocos.

El *Paquete Básico* se define como un conjunto mínimo de servicios de salud que deben ser otorgados a toda la población, en respuesta a sus necesidades prioritarias, contiene acciones factibles de realizar y su aplicación constituye la metodología básica para ampliar la cobertura de los servicios de salud.²⁵

Las intervenciones y estrategias que lo conforman agrupan actividades concretas de promoción, prevención, curación o rehabilitación dirigidas al individuo, la familia, la comunidad o el medio ambiente, a través de las cuales se define la especificidad de la acción.

²⁵ Vázquez Valdés, Manuel. "Características, Desarrollo y Alcances del Paquete Básico de Servicios de Salud". En Evolución y Perspectivas del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.

Las doce estrategias son las siguientes:

- I. *Saneamiento básico a nivel familiar.*
- II. *Planificación familiar.*
- III. *Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido.*
- IV. *Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.*
- V. *Inmunizaciones.*
- VI. *Manejos de casos de diarrea en el hogar.*
- VII. *Tratamiento antiparasitario a las familias.*
- VIII. *Manejo de infecciones respiratorias agudas.*
- XIX. *Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.*
- X. *Prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus.*
- XI. *Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.*
- XII. *Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.²⁶*

Para su aplicación y seguimiento, mediante su sistematización operativa se definieron los recursos humanos, los cuadros de personal, sus funciones y necesidades de capacitación, los cuadros básicos de medicamentos y el material de consumo, por lo cual podrán integrarse los costos unitarios y poblacionales por actividad.

Sin embargo, este Paquete Básico como de sus limitantes y base del mismo, es que estas 12 estrategias que se mencionaron son de bajo costo que pretende ser según sus evaluaciones de alto impacto, por lo que presenta algunas inconsistencias si tomamos este criterio. Bajo costo = alto impacto, pero en el caso de salud no debe escatimarse el gasto social, ni mucho menos pretender ser una acción que mejore el nivel de vida con una serie de estrategias básicas.

No obstante, la idea fundamental era poseer un *Paquete Básico* que realmente tuviera el mayor impacto posible y que pudiera ser aplicado u operado por el personal con que se dispone, o se pueda capacitar, para actuar justamente en esas regiones; en áreas que por su pobreza y limitaciones no ofrecen atractivo alguno para médicos o enfermeras.

Este es otro de los complejos problemas que ha influido a lo largo de los años para la atención médica, este paquete, y con todo lo que alrededor de él se ha dado una movilización muy importante en todas las áreas de la Secretaría, con una gran participación de las entidades que la conforman, la visión del Paquete como único mecanismo de ampliación de cobertura es algo sumamente limitado; por esto debería considerarse sólo como uno de los instrumentos del Programa de Ampliación de Cobertura y no su esencia.

La aplicación del Paquete Básico se desarrolla en dos vertientes:

Primera, como una característica de **ampliación geográfica** para incidir en los grupos que no cuentan con acceso a los servicios institucionales de salud ni –por supuesto- a los privados, debido a la gran dispersión geográfica y particularmente a las condiciones socioculturales.

Segunda, como parte de un refuerzo o **ampliación funcional** destinado a reforzar y ensanchar los márgenes de operación, capacidad y calidad de los servicios existentes en las localidades, municipios y entidades donde se aplica el PAC.

Se pretende acceder a las localidades más apartadas, por lo general menores de 500 habitantes y comenzar la participación local con asesoría y supervisión por medio de los equipos zonales a través de un incentivo económico. Se trata de convertir a estas comunidades en espacios donde cotidianamente habite la salud con un sentido estimulante de la acción comunitaria. Paralelamente, es una vía para que el trabajador de la salud pondere y compruebe el valor y significado que guarda el compromiso social de su labor.²⁷

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Cancino Gamboa, José Alberto. "Operación Autónoma y Participativa en la Aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud En Evolución y Perspectivas... *op cit.*

Desde esta perspectiva destaca y debe resaltarse el hecho de que tres cuartas partes de las acciones que contempla el *Paquete Básico* tienen un carácter preventivo-promotor y sólo una cuarta parte responde a una orientación curativa y asistencial.

En forma complementaria el impulso de aplicación funcional que, desde luego, se orienta a unidades de primer nivel ubicadas en los municipios de mayor marginación no se reduce a acciones de rehabilitación física de los inmuebles, sino también a un reforzamiento en el abasto de insumos, a la contratación y capacitación de personal profesional y técnico, al mejoramiento operativo de los servicios, y a estimular la participación social como vía para la conservación y utilización efectiva de la capacidad instalada. Estas dos modalidades de la **ampliación de cobertura** conforman el eje estratégico del **Paquete Básico**.²⁸

2.2 Recursos financieros.

Son ya muy comunes los sistemas descentralizados, particularmente en países grandes como Estados Unidos, Canadá y Brasil y en otros países de América Latina, de los cuales México; no es la excepción. En términos generales se puede señalar que es mucho más fácil la participación en el nivel descentralizado por que hay un riesgo menor y se pueden diseñar inversiones vinculadas con necesidades bien articuladas y finalmente, por que hay mayor flexibilidad.

Actualmente el Banco Mundial presenta gran variedad y heterogeneidad en los proyectos que lleva a cabo. Si bien, se inició con inversiones muy específicas para el control de enfermedades endémicas, ahora se puede constatar la existencia del proyecto que tiene que ver con el desarrollo social, el desarrollo de las instituciones y la Reforma del Sector Salud.²⁹

²⁸ Cfr. Urbina Soria, Javier. "La Promoción de la Salud y el Paquete Básico de Servicios de Salud" En Evolución y Perspectivas. op. cit.

²⁹ Fidler, Armin Políticas del Banco Mundial en Materia de Salud. El Banco Mundial, 1996

La experiencia del Banco Mundial en el área de la salud empezó hace poco tiempo. En efecto, aproximadamente hace diez años se iniciaron las primeras inversiones en proyectos de salud muy verticales; ligados por ejemplo, al control de la oncocerosis, la malaria y, en general, relacionados sobre todo con las enfermedades transmitidas por vector, cuyos primeros proyectos del Banco se realizaron en Africa, lo cual significó un aumento considerable en los préstamos en el ámbito de la salud y también en el número de operaciones que se manejan en diferentes países. La importancia de América Latina y el Caribe es muy significativa, pues representan proyectos superiores a los 600 millones de dólares que, aunque se podría considerar como una inversión mucho menor a la realizada en el norte de Africa, Europa y Asia Central que presentan necesidades quizá mayores que las de América Latina, tienen grandes perspectivas por su diversidad y profundidad.³⁰

En México como es sabido, la jurisdicción sanitaria es el núcleo operativo no solamente para la prestación de servicios, sino también para la cuestión, el perfil, la información epidemiológica, la definición de las prioridades del nivel local y la búsqueda de soluciones a través de planes de inversión. El PAC se financia básicamente a través de un empréstito del Banco Mundial y con recursos federales en una proporción que encierra, en el año 2000, en alrededor 60/40. Sin embargo, dado que este proyecto tiene su lugar de ejecución a nivel nacional. Como una base importante de la estructura del préstamo, existen acuerdos de implantación, en cada una de las entidades que son financiadas explicitándose los objetivos, los gastos a realizar, los compromisos y las acciones que están comprometidos en el programa de préstamo y garantía.

Como parte importante de la estructura de este préstamo del Banco Mundial, se estableció la continuación o creación de unidades estatales encargadas de coordinar lo

³⁰ Alvarado Ramírez, José Antonio; Schalam, Derobah. "Planeación y Programación: Estrategias Para la Optimización de Recursos Financieros". En Lineamientos de Operación del PAC. México, Secretaría de Salud, 1996.

referente a los compromisos correlativos en los Estados y además, definir el flujo financiero del mismo.³¹ Tenemos entendido que siempre se cuenta con los fondos para la inversión, pero son limitados; por eso la idea de darle preferencia a las operaciones o a las intervenciones de mejor costo-beneficio. Otro punto importante es el enfoque de los recursos. Se han detectado muchas necesidades en todos los estados, en todas las áreas, pero esta inversión se realiza en las zonas geográficas más rezagas, más pobres del país, en donde se están gastando la mayor parte de los fondos.

Sobre esta base el Programa de Ampliación de Cobertura representa la más reciente inversión. Para este caso se propuso un préstamo de inversión social en donde la responsabilidad de su diseño se transfiere hacia los gobiernos locales, que implica un flujo financiero más apegado a los resultados y cuyos criterios de selección son sumamente sensibles para garantizar el apoyo a este tipo de proyectos.³²

Desde luego, como son recursos presupuestarios (en garantía) de cualquier manera existen medios de supervisión y control que requiere la debida atención y previsión para cumplir con los tiempos establecidos.

Los recursos financieros destinados específicamente para ampliación de cobertura son los que se exponen en el siguiente cuadro:

³¹ "Base legal y normativa del Programa de Ampliación de Cobertura". En Lineamientos de Operación del PAC México, Secretaría de Salud, 1996

³² *Ibid.*

PRESUPUESTO EJERCIDO 1996 (miles de pesos)			
ENTIDAD	TOTAL	EJERCIDO	%
FEDERATIVA	ASIGNADO		
Campeche	3,308 60	3253 2	98 30
Chiapas	31,038 10	30,366 10	97 80
Chihuahua	3,968 40	3,911 00	98 50
Durango	1,488 10	1,487 60	99 90
Guanajuato	1,240 10	1,239 70	99 80
Guerrero	37,004 30	36,916 30	99 80
Hidalgo	17,411 20	16,976 70	97 50
México	1,488 20	1,474 70	99 10
Michoacán	11,648 70	11,550 00	99 10
Nayarit	1,488 20	1,485 20	99 80
Oaxaca	46,844 20	44,099 10	97 50
Puebla	23,942 10	23,644 80	99 10
Querétaro	3,224 30	3,156 70	99 10
San Luis Potosí	18,961 60	18,358 50	99 80
Sinaloa	1,736 20	1,719 60	94 50
Veracruz	17,058 60	16,878 50	98 70
Yucatán	10,693 20	10,688 90	97 90
Zacatecas	7,114 10	7,023 70	98 80
TOTAL	239,465.20	234,230 00	97.8

Fuente: Dirección General de Extensión de Cobertura, SSA, 1997

Se espera cerrar en el año 2000 con alrededor de 100 millones de dólares para ampliar la cobertura, mismas que servirían para atender a los 10 millones de personas; desde luego este número importante de personas no están en ceros; en realidad tienen un ingreso limitado, que va de 5 a 7 dólares por persona, lo que hará necesario de encontrar recursos federales por otros cinco dólares también por persona; es decir,

otros 500 millones de pesos hacia el año 2000 para llevar a estos 10 millones un *Paquete Básico* de alrededor de 20 o 22 dólares por persona que es la recomendación del Banco Mundial y que, según estimaciones no está lejos de la realidad.³³ Se busca a través del Comité de Planeación y Desarrollo (COPLADE) buscar otras fuentes de financiamiento para las regiones no beneficiadas con el PAC (federales, estatales y municipales) evaluando en forma constante, el gasto bajo los criterios de costo efectividad de las acciones.

2.3 Población beneficiada.

En base a los Estudios de Regionalización Operativa y los índices del Consejo Nacional de Salud se determinó la población que está siendo beneficiada con el Programa de Ampliación de Cobertura. Estos señalan la suma de 4.2 y 2.4 millones de personas, como aquellas que no tienen acceso a los servicios de salud; 2.4 millones viven en municipios de muy alta y alta marginación. Es decir, de los 4.2 millones que arrojan como total nacional los referidos estudios, 1.6 millones están ubicados en los 600 municipios más pobres del país.³⁴

Por lo demás, tienen bastante sentido concentrar el Programa en los municipios de muy alta y alta marginación. En la siguiente gráfica podemos apreciar los municipios ordenados de mayor a menor marginación, de acuerdo a los índices del CONAPO y están correlacionados con la tasa de mortalidad infantil. En los municipios más pobres, que son los que corresponden a la columna No. 1, la tasa de mortalidad infantil llega a 60 por 1000 y en los menos marginados, que son los que se destacan en el número 6, la tasa de mortalidad infantil es menos que en la mitad de los municipios marginados, lo cual nos lleva a considerar que la selección de la población, ubicada en los 600 municipios más pobres, es una idea relativamente certera.³⁵

³³ Financiamiento de Acciones Estratégicas de Salud en México: El Proyecto del Banco Mundial. México, Secretaría de Salud, 1995.

³⁴ "Población objetivo del Programa de Ampliación de Cobertura". En Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Cuadernos Técnicos, Secretaría de Salud, 1996.

³⁵ "Mortalidad 1994. Cifras preliminares". Estadística en Informática. México, Subsecretaría de Planeación,

Los estados con los que inició el Programa de Ampliación en 1996 son Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, **Oaxaca**, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, cuya distribución del presupuesto de aprecia en el siguiente cuadro.

ESTADOS DONDE SE APLICÓ EL PAC EN 1997		
ESTADOS	MUNICIPIOS	POBLACION
Campeche	2	43,000
Chiapas	62	1,149,000
Chiuhuahua	13	150,000
Durango	4	52,000
Guanajuato	5	39,000
Guerrero	37	859,000
Hidalgo	22	398,000
México	8	331,000
Michoacán	7	70,000
Nayarit	2	27,000
Oaxaca	264	1,014,000
Puebla	70	619,000
Querétaro	3	44,000
San Luis Potosí	11	185,000
Sinaloa	1	33,000
Veracruz	67	829,000
Yucatán	16	80,000
Zacatecas	6	78,000
Total	600	6,000,000

Fuente: Dirección General de Extensión de Cobertura, SSA, 1997

3. Consideraciones sobre la planeación y programación.

Se han expuesto los lineamientos generales de la Reforma del Sector Salud, sus prioridades y dificultades, así como los aspectos medulares del PAC. Es innegable que la Reforma del Sector Salud es una tarea compleja; sin embargo, su aplazamiento se considera imposible ya que es fundamental para la consecución de los principales objetivos tanto de la política económica en lo general, como por lo que toca al combate a la pobreza extrema en particular.

El sector público realiza diversas actividades, como son: planeación, regulación, supervisión y sanción, así como la provisión directa de bienes y servicios al público. Dentro del tema referido a las estrategias de planeación y programación es necesario abordar, así de forma muy breve, algunos aspectos del proceso de programación que denotan la importancia del adecuado desenvolvimiento del Sector.

La experiencia de México y de otros países, muestra que el crecimiento económico sostenido sólo es posible cuando se procura, se alcanza y se preserva fundamentalmente el equilibrio macroeconómico. Además, es esencial que las políticas que conduzcan a tal equilibrio sean transparentes y estables para que tengan credibilidad y ofrezcan certidumbre a la población.

La adecuada orientación y correcta distribución de los recursos públicos son elementos esenciales para mejorar las condiciones de vida de la población, al igual que el impulso a la infraestructura que detone el desarrollo en las diferentes regiones del país.

La difícil situación actual exige un esfuerzo extraordinario para lograr hacer más y mejor con los escasos recursos disponibles. No solamente se trata de ahorrar recursos sino de usarlos en forma más efectiva. De ahí la importancia que adquieren la planeación y la programación, mismas que resultarán ineficaces sin un fiel seguimiento de los

alcances que permita realizar con oportunidad los ajustes necesarios.

Como podemos apreciar en el Presupuesto de Egresos de la Federación el gasto público tiene una orientación hacia el desarrollo social y la inversión en sectores estratégicos, y el gasto en el desarrollo social se concentra en los sectores de salud, educación, vivienda y combate a la pobreza.

En 1996 se observa una importante recomposición del gasto sectorial. En efecto, poco más del 53% de las erogaciones sectoriales se asignaron al desarrollo social, con ello, se logra que en conjunto con los programas sociales alcancen un incremento real del 2.5% respecto a 1995.³⁶

Es aquí donde se muestra la inconsistencia de la reforma económica, de la reforma social y del PAC. Ya no se trata de proporcionar paternalmente recursos efímeros a los habitantes más pobres, sino que se persigue el objetivo de brindarles las capacidades básicas que los faculten para integrarse, productiva y competitivamente, al desarrollo de sus comunidades o localidades. Es una tarea muy difícil y apremiante por ser definitiva.

Es muy importante tener en cuenta que el PAC no puede considerarse un programa estático por que afecta y es afectado por el entorno de otros programas paralelos como la capacitación laboral, la educación, el proceso de desconcentración de recursos del Ramo XXVI, la superación de la pobreza en lo que se refiere a inversiones en infraestructura, etc., afectan los resultados de éste e influyen en los alcances que aquéllos tengan; así por ejemplo, la permanencia y el aprovechamiento educativo, la productividad laboral, etc., son afectados por los resultados en materia de salud. Así pues, los logros en el Sector Salud son condición indispensable para los alcances que se tengan en otros programas y por lo tanto, en las metas de crecimiento y bienestar.

³⁶ Alvarado Ramírez, Op. Cit.

La misma dinámica del entorno hace imperativo un seguimiento y una evaluación constante para verificar los avances hacia las metas planteadas en su fase de planeación y programación. Sin planeación y evaluación, no hay rumbo claro y sin evaluación y supervisión, no se logra el manejo eficiente de los recursos. En el PAC se conoce la población sin acceso a los servicios de salud, su realidad, su aislamiento geográfico que obligan al uso de unidades móviles por ejemplo, o la diferencia regional que sugiere enlaces locales para poder llegar adecuadamente a las comunidades de difícil acceso .

Se pretende que para el año 2000 toda la población mexicana tenga acceso a los servicios de salud. Esto no es fácil, se trata de una población creciente y la misma, atención, a su vez, crea nuevas necesidades. El costo es alto y los esfuerzos enormes, y los beneficios que se logran tal vez valgan la pena.

CAPITULO IV

EL PAC EN EL ESTADO DE OAXACA

1. Factores condicionantes.

Demografía. Según estimaciones del Consejo Nacional de Población para 1996, existían **3,418,858 pobladores** en el Estado de Oaxaca. Esta cifra es 60.2% mayor que la registrada 25 años antes y superior en 6.9% a la de 1990. Esto permite estimar que la **tasa de crecimiento natural promedio es de 2.7% anual**, valor que la ubica por arriba de la media nacional, lo cual significa que en este periodo la población se incrementó cada año en 12 personas por cada 1,000 habitantes.¹

De los **30 distritos del estado de Oaxaca**, 10 presentan en el periodo 1990-1995 una tasa de crecimiento promedio anual superior a la estatal, 10 presentan una tasa que fluctúa entre 1.2 y cero por ciento, mientras que los 10 distritos restantes representan tasas de crecimiento negativas.²

Las tasas más altas se registran en Centro (3.6%) y Juquila (2.7%), le siguen Pochutla (2.3%), Tehuantepec y Zachila (2.1%). Por otra parte los distritos que muestran tasas de crecimiento negativas en el mencionado periodo son: Teposcolula y Ejutla (-0.2%), Tlaxiaco (-0.35), Noxchitlán y Teotitlán (-0.4%), Villa Alta (-0.5%), Coixtlahuaca (-0.9%), Yuatepec (-1.1%), Ixtlán (-1.3%) y Silacayoapam (-3 por ciento). En Noviembre de 1995 se registran en Oaxaca 9,826 localidades; de éstas, sólo 148 tienen 2,500 habitantes o más y se concentra el 43.5% de la población del estado. Por otra parte, aún cuando la proporción de personas en localidades de 2,500 habitantes o más se eleva de 39.5 a 43.5% entre 1900 y 1995, la población que reside en localidades menores continúa siendo elevada (56 por ciento).³

¹ *Estimaciones del Consejo Nacional de Población*, México, 1996.

² *Perfil Sociodemográfico de Oaxaca.* Censo de Población y Vivienda 1995. México, 1997

³ *Ibid.*

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DISTRITO EN 1990 Y 1995				
DISTRITO	1990		1995	
	POBLACION	%	POBLACION	%
OAXACA	3 019 560	100	3 228 895	100.02
Centro	342 388	11.33	417 139	12.92
Tuxtepec	339 413	11.24	370 152	11.46
Juchitán	296 247	9.81	320 318	9.92
Tehuantepec	189 485	6.28	213 741	6.62
Jamiltepec	152 076	5.04	163 247	5.09
Pochutla	131 949	4.37	150 569	4.66
Teotitlán	132 814	4.4	129 701	4.02
Juquila	102 327	3.39	118 689	3.68
Huajuapam	110 739	3.67	117 280	3.63
Mihuatlán	104 397	3.46	104 597	3.24
Tlacolula	99 915	3.31	101 105	3.13
Tlaxiaco	99 212	3.29	97 629	3.02
Etla	89 150	2.95	91 954	2.85
Mixe	91 362	3.03	91 968	2.85
Putla	80 034	2.65	80 320	2.49
Ocotlán	62 450	2.07	66 803	2.07
Juxtlahuaca	63 449	2.1	65 057	2.01
Sola de vega	58 214	1.93	64 830	2.01
Nochistlán	61 311	2.03	59 997	1.86
Resto del Distrito	412 678	13.65	403 799	12.52

Fuente: INEGI. Perfil Sociodemográfico del Estado de Oaxaca y Censo de Población y Vivienda 1995. México, INEGI, 1997

Como puede apreciarse, en el Estado de Oaxaca 68.% de la población se concentra en 11 distritos. Los Distritos Centro, Tuxtepec y Juchitán son los más poblados; el primero alberga 417,139 habitantes, el segundo 370,152 y el tercero 320,318 habitantes; en conjunto contribuyen en un 34.3% al total estatal. Los Distritos que les siguen en importancia y cuya población rebasa los 150 mil habitantes son Tehuantepec, Jamiltepec y Pochutla, concentran 16.3% de la población estatal. **El 60.5% de la población habita en localidades con menos de 2,500 habitantes**, lo que constituye el 98.1% de las 7,210 existentes en el Estado. Por otra parte, 39.5% de la población se encuentra en asentamientos de 2,500 y más habitantes, que

representaron el 1.9% de las localidades; esto refleja la **predominante distribución rural de la entidad**.

Esta población rural se caracteriza por su alta dispersión geográfica, vías de comunicación irregulares que dificultan en ocasiones el acceso a los servicios de salud y otros servicios; la actividad económica es predominantemente agropecuaria y pesquera con cierto desarrollo en sus métodos y técnicas de trabajo; ocupación permanente en algunas actividades en remuneración que se aproxima al salario mínimo; insuficientes servicios públicos en relación con la recolección de desechos sólidos, agua potable y drenaje; deficiencias nutricionales por bajo consumo de alimentos y déficit de viviendas, que origina situaciones de hacinamiento.

En el rango de 2,500 a 14,999 habitantes, la población se asienta en 122 localidades, que representan el 19.6% de la población total, también menor al porcentaje observado 10 años antes. Por último, la población residente en localidades de 15,000 y más habitantes, se ubica en 12 localidades, con 680,00 habitantes que representan el 19.9% del total de habitantes del Estado. Esta población conserva las siguientes características: marcada concentración poblacional; uso del suelo del naturaleza no agrícola; disponibilidad de varios tipos de vías de comunicación; la estructura productiva tiene como base servicios y comercio, existencia de mayor beneficios económicos y sociales; crecientes núcleos que subsisten a expensas de la actividad comercial no formal.

La **estructura de la población** en la entidad puede considerarse como joven, dado que la población registrada con menos de 15 años representa el 39.4% y la de 65 años y más alcanza el 5 por ciento. La edad mediana en el Estado es de 19 años; el Distrito de Coixtlahuaca es la que presenta la mayor edad mediana (23 años) mientras que la menor es de 5 años y se encuentra en el Distrito de Sola de Vega, ubicado en la región Sierra Sur. Respecto a la composición de la población por sexo,

puede decirse que existe un ligero predominio de mujeres. Esta situación se refleja en el índice de masculinidad el cual indica que hay 96.1 hombres por cada 100 mujeres en el estado. La estructura por edades señala la disminución proporcional de la población de 0 a 4 años en relación al grupo de 5 a 9 años; la pirámide de la población oaxaqueña conserva una alta proporción de menores de 15 años (43.6%); la población en edad productiva representa el 52.5% de total y en edad postproductiva el 4.9%.⁴

Se resalta el hecho de que **más de la tercera parte de la población en la entidad, es eminentemente indígena**. Existen en la entidad 16 grupos étnicos distribuidos en 560 municipios (98% de los municipios estatales) con 1,108,106 habitantes que representan más de una tercera parte de la población del Estado. A nivel nacional el Estado de Oaxaca se caracteriza por ser el segundo después de Yucatán (44.2%) que tiene un alto porcentaje de población indígena (39.1%). Las condiciones de desarrollo de este grupo de población en el estado tienen una cobertura de servicios e indicadores de salud que muestran un importante rezago social en relación al resto de la población.⁵

De 1990 a 1995 hubo un incremento de 9741 hablantes, es decir, esta población creció a una tasa promedio anual de 0.2% ritmo mucho menor al observado en los hablantes de lengua indígena del estado de 1970 a 1990. En Oaxaca más de 157 mil personas que hablan lengua indígena, son monolingües, es decir, no hablan español. Este volumen de población ha disminuido en el periodo 1990-1995 al pasar de 18.9 en 1990 a 15.4 en 1995.⁶

En la entidad se registraron 41 lenguas indígenas del país, así como 21 lenguas indígenas que se hablan en América Latina. De las lenguas de Oaxaca destaca el

⁴ Estimaciones del Consejo Nacional de Población. op. cit

⁵ "Hablantes de lengua indígena". Perfil sociodemográfico 1995. México, INEGI, 1995.

⁶ INEGI. Perfil socioemográfico en el estado de Oaxaca. Censo de Población y Vivienda 1995 México 1997

Zapoteco y el Mixteco como las más difundidas, pues son utilizadas por 57.1% del total de hablantes de lengua indígena del Estado. Le siguen en importancia el Mazateco, el Chinanteco y el Mixe que es utilizado por 14.7%, 9.4% y 9.02% de los hablantes respectivamente.⁷

Aunque la población indígena se encuentra distribuida en casi todo el Estado existen municipios que concentran mayor población que otros, así se tiene que en 274 municipios menos del 30% de su población habla alguna lengua indígena; 51 municipios tienen una proporción de 30.3 a menos del 50.0%; en 47 municipios la proporción es de 50.0% a menos de 70.0% y en 198 municipios de 70.0% o más. La distribución de la población indígena por tamaño de localidad, indica que ésta se encuentra ubicada principalmente en localidades rurales con el 73.4% del total de la población hablante de lengua indígena, mientras que el 26.6% se encuentra en localidades urbanas. De esta forma puede determinarse que cada 7 de cada 10 hablantes de lengua indígena, viven en localidades rurales en tanto que, en la población total, esta proporción disminuye a 6 de cada 10 Oaxaqueños.

La distribución de los grupos étnicos según el tipo de localidad, muestra grandes contrastes, así los hablantes de Chocho tienen una población mayoritariamente rural con 95.9%, de igual forma los Triquis y Cuicatecos cuentan con una población rural de más de 90%. Por otro lado, los Amuzgos, los Huaves y los Zapotecos, presentan una distribución más equilibrada con 48.1%, 46.5% y 53.4% de la población rural y 51.9%, 53.5% y 46.6% de población urbana, respectivamente. Sin embargo, es importante señalar que salvo los Amuzgos, Huaves y Zapotecos, los demás grupos presentan una población principalmente rural.

En el Estado las mujeres indígenas registraron en 1990 un promedio de 3.2 hijos nacidos vivos por mujer, promedio superior al de la población total del estado que es

⁷ INEGI. Hablantes de lengua indígena. Perfil sociodemográfico. México 1995.

de 2.8. Por lo que respecta al promedio de hijos nacidos vivos de la mujer por grupos de edad, se observa que la mujer indígena tiene valores superiores a las mujeres de la población total en la mayoría de los grupos hasta el de 45 a 49 años, a partir del siguiente grupo, es mayor el promedio en el total de las mujeres del estado.

Los promedios más altos de hijos nacidos vivos por mujer en los grupos jóvenes de la población femenina indígena, indican un menor control de la natalidad que la población total. Por grupo étnico, las mujeres hablantes de Chocho registraron el promedio de hijos más alto con 5.2, le siguen las hablantes de Chochonal con 4.7 hijos y las hablantes de Zoque con 4.5; las mujeres indígenas de los demás grupos presentan un promedio inferior a 4 hijos.

Es importante destacar que la población femenina, presenta un promedio mayor de hijos al estatal en trece de los catorce grupos étnicos considerados en el estado, siendo únicamente las mujeres Triquis las que tienen un promedio menor con 2.7 hijos.

El crecimiento de la población por grupo étnico también observa algunos contrastes, pues mientras que los Chinantecos, Mixes y Mazatecos crecen a una tasa superior a la estatal con 2.7% los primeros y 2.3% el último, los Mixtecos y los Zapotecos presentan tasas del 1.8% y 1.6% respectivamente.⁸

Educación. En cuanto al nivel de alfabetismo de la población indígena de 15 años y más, el 57% son alfabetas y el 41.9% son analfabetas; si se compara esta información con la que presenta la población total del Estado, donde el 72.3% son alfabetas y el 27.5% analfabetas, se observan grandes diferencias.

⁸ Ibid.

Por grupo étnico, de los 14 más representativos de la entidad todos ellos presentan niveles de alfabetismo inferiores al valor estatal (72.3%). El grupo étnico con mayor proporción de alfabetas es el Chinanteco con 65.3%, en segundo lugar están los indígenas Zapotecas con el 64.9%, le siguen los Ciucatecos con el 64.2% y los Chochos con el 63.0%, el otro extremo se encuentran los Chatinos, de los que únicamente el 38.0% de su población es alfabeta.

La población indígena de 15 años y más de acuerdo a su nivel de instrucción presenta las siguientes características; el 37.9% no tiene instrucción y el 32.1% tiene primaria incompleta. Mientras que el 26.0% de la población total no tiene instrucción y el 29.3% tiene primaria incompleta. El nivel de instrucción de la población de 15 años y más presenta un ligero avance, pues el porcentaje de personas con educación superior pasó de 3.5% en 1990 a 5.6 en 1995. Sin embargo en 1995, 20.5% de la población no tiene instrucción y aquella con primaria incompleta asciende a 27.7 por ciento. En suma alrededor del 48% de la población aún se encuentra en rezago educativo. Con relación al nivel de instrucción de la población indígena de 15 años y más por sexo, los resultados del censo de 1990, indican que la mujer presenta una mayor proporción de la población sin instrucción, de casi 20 puntos porcentuales en relación a los hombres, ya que el 28.0% de los hombres no tienen instrucción, mientras que para las mujeres este porcentaje representa el 47.0%. Por otra parte, el 36.9% de los hombres hablantes de lengua indígena tienen primaria incompleta, mientras que sólo el 27.7% de las mujeres cursó algún año de primaria.⁹

Vivienda. Los materiales predominantes en las paredes de las viviendas de la entidad son ligeros, naturales y precarios, más de la mitad de viviendas (62.07%) son construidas con materiales como el bambú, palma, barro, madera, lámina de asbesto, metálica, adobe, material de desecho y lámina de cartón; las viviendas construidas con materiales sólidos únicamente representan el (37.52%) del total de

⁹ *Ibíd.*

viviendas. En los techos de las viviendas predominan los materiales ligeros, naturales y precarios con 70.5% en 29.5% se registran materiales sólidos. Esto indica que una parte de las viviendas en la entidad está construida con paredes de un material y el techo con otro de naturaleza y durabilidad distinta. En lo que respecta a los pisos que se tienen en las viviendas de la entidad de cada 100 viviendas, 52 tienen piso de cemento o firme, ocho de madera, mosaico u otro recubrimiento y 40 de tierra. Entre 1970 y 1995 se puede observar una reducción importante de las viviendas con piso de tierra, pues en 1970 era característico en tres cuartas partes de ellas mientras que en la actualidad se registra en 39 de las mismas.

Considerando como servicios básicos a la disponibilidad de agua entubada, drenaje, servicio sanitario y energía eléctrica, se tiene que 86.1% de las viviendas dispone de electricidad, 70% tiene acceso a servicio sanitario, 68.2% tiene agua entubada y 44.6% dispone de drenaje, estos últimos son los servicios de mayor rezago.¹⁰

La disponibilidad de vivienda mejoró durante el período 1980-1990. El promedio de habitantes por vivienda se redujo de 5.3 a 5.1; 41.5% tuvo tres o más cuartos, el 40% tuvo dos cuartos y solo el 17.8% tenía uno; 69% de las viviendas se considera en hacinamiento. Por lo que se refiere a los servicios de que disponían las viviendas, el 76.1% contaba con electricidad, el 58.1% con agua entubada, y el 29.9% con drenaje, a nivel distrital se observa que el mayor porcentaje de viviendas particulares con agua entubada corresponde a Ixtlán con 84.2%, mientras que Choapam ocupa el último lugar con 10.9%

Economía. Ocupación principal. La distribución de los ocupados a partir de las actividades desempeñadas muestra la orientación de la estructura económica de la entidad. A partir de 1990 se puede observar que la distribución de la población ocupada en los distintos grupos de ocupaciones sólo registra cambios significativos

¹⁰ *Ibíd.*

en los trabajadores agropecuarios que bajan 2.2% su participación y en los comerciantes y trabajadores ambulantes que aumentan 4.2 y 2.5 respectivamente.

La distribución de la población ocupada en los distintos sectores económicos determina la orientación económica del Estado. Así en Oaxaca, las actividades económicas que concentran el mayor volumen de población ocupada son las relativas al sector primario ya que cada 5 de cada diez personas ocupadas se ubican en él. Le siguen en importancia el sector terciario 56.1% mientras que los hombres lo hacen en el sector primario (62.5%).

La distribución de la población por sector de actividad según el tamaño de localidad muestra que en las localidades con menos de 15,000 habitantes hay un predominio de las actividades agropecuarias ya que de cada 10 ocupados 6 están en el sector primario y el resto en los sectores secundario y terciario. Por el contrario, en localidades de 15,000 y más habitantes, 7 de cada 10 ocupados se ubican en el sector primario, dos en el secundario y sólo uno en el terciario. Por ejemplo, en 1995 se puede observar que 43 de cada 100 ocupados son trabajadores por su cuenta, 24 son empleados u obreros, 21 son trabajadores familiares sin pago. Siete son jornaleros o peones y solo dos son patronos o empresarios.¹¹

El 39.25% de la población de 12 años y más, es económicamente activa, el 68.3% de los hombres y el 12.3% de las mujeres tienen actividad laboral; de éstos el 78.7% percibe menos de dos salarios mínimos.

La situación económica actual presenta además diferencias regionales profundas, afectando considerablemente algunas regiones del Estado como la Mixteca, Cañada, Sierra Sur y Sierra Norte.

¹¹ Indicadores socioeconómicos de México. CONAPO-CNA, 1990.

2. Diagnóstico de salud.

El panorama epidemiológico de Oaxaca está constituido por dos configuraciones: **la primera** por predominio de las enfermedades crónico-degenerativas; accidentes, problemas sociales asociados a la violencia y alcoholismo y **la segunda** dominada por enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la desnutrición y problemas de salud derivados de la insuficiente alimentación e higiene principalmente.

Los niveles de salud del Estado han experimentado algunos cambios importantes y favorables en los últimos años. Es en virtud de ellos, que la esperanza de vida al nacer en Oaxaca aumentó 30.96 años en los últimos 40 años, es decir 1.6 meses por año, la tasa de mortalidad infantil es 17.76 veces menor a la observada en 1980 y la mortalidad materna descendió un 36% con respecto a la 1980, aunque sigue siendo la más alta del país. La tasa de mortalidad general pasó de 9.29 defunciones por 1,000 habitantes en 1980 a 5.04 en 1995.

Para el período 1990-1995 se observó un aumento en 9% de la población derechohabiente; para 1995 era de 806,113 habitantes que representa el 23.7% de la población total; a la población abierta corresponden 2,294,475 habitantes (67%) con acceso a servicios de salud y 318,270 habitantes sin acceso permanente de servicios, que equivalen al 9.3% de la población total.

Mortalidad. El análisis de las principales causas de mortalidad pone de manifiesto el fenómeno de la transición epidemiológica, en el que se pasa de un perfil en el que predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias en los primeros lugares, y que son desplazadas por las crónico-degenerativas y los accidentes.

En Oaxaca en el período 1990-1994, las enfermedades infecciosas se encuentran dentro de las 10 primeras causas, sobre todo en los grupos infantil y preescolar; las

cifras estatales son superiores a las nacionales existiendo importante variación entre las regiones y municipios.

Las tres principales causas de mortalidad general para 1994, fueron las enfermedades del corazón con tasa del 59.1 por 100,000 habitantes, los tumores malignos 42.7; accidentes y efectos adversos con 40.6. Se destaca que las enfermedades infecciosas intestinales que en 1990 ocupaban el primer lugar, pasaron al quinto para 1994. Hacia el interior del Estado se presenta una situación permanente de los daños a la salud, al observar tasas elevadas de mortalidad general en las diferentes regiones como en la Mixteca con 19.5 y 16.5 respectivamente. La tasa de mortalidad preescolar disminuyó de 5.49 por 1,000 niños de 1 a 4 años en 1990, a 2.32 en 1994; las tres principales causas son accidentes, enfermedades infecciosas intestinales y homicidios. El primer lugar lo ocupa la Costa con tasa de 0.71 por 100,000 habitantes de 5 a 14 años; seguida por la Sierra con 0.63 y la Mixteca con 0.58.¹²

La tasa de mortalidad materna pasó de 14.3 por cada 10,000 nacidos vivos registrados en 1990 a 9.8 en 1994. Las tres principales causas de mortalidad materna son hemorragia del embarazo y del parto, toxemia del embarazo y complicaciones del parto superiores a la tasa nacional observada en 1990 de 5.4. La mortalidad materna es un indicador de las condiciones de marginalidad persistente aún en el Estado, presentando por regiones tasas que se triplican con respecto a la media nacional, principalmente en la Costa con 18.1, la Mixteca con 16.4 y la Sierra con 15.7.¹³

Morbilidad. Cabe señalar que en el Estado continúan siendo la principal causa de morbilidad las enfermedades transmisibles. Este indicador muestra un panorama

¹² "Causas de muerte en México" En: Hechos en salud. 1990. Epidemiología. México, Secretaría de Salud, 1990.

¹³ *Ibid*

parcial de las causas de enfermedad, ya que se captan y procesan únicamente las causas que demandan atención en las unidades médicas.

Podemos observar que comparativamente entre 1900 y 1994, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la principal causa de morbilidad con una tasa de 883.24 y 985.40 respectivamente; la segunda son las enfermedades infecciosas, intestinales y otras enfermedades diarreicas, con tasa de 239.9 y 229.05 respectivamente y la tercera causa sigue siendo la amibiasis con tasas de 194.06 y 160.50; reflejando el mismo comportamiento en el grupo infantil y preescolar, pues se trata de pacientes que viven en condiciones de pobreza extrema y alta marginalidad.

Como se puede analizar, la población en general, no presenta cambios significativos en las principales causas de morbilidad, con variaciones porcentuales no significativas; esto se debe al rezago social en que se encuentran nuestra población, a la falta de servicios básicos indispensables y a la idiosincracia de la población para utilizar los servicios médicos a su alcance.

Adquiere importancia el grupo de enfermedades crónico degenerativas, pues aparece la hipertensión arterial dentro de las diez primeras causas de morbilidad, así como la diabetes mellitus, presentando comportamientos diferentes en cada una de las regiones.

Morbilidad específica. En agosto de 1991 se presentaron los primeros casos de cólera en el Estado afectando a 33 municipios con una tasa de 3.33 por 100,000 habitantes y con aumento en 1995, a 19.1; principalmente en Valles Centrales, Costa e Itsmo.

El SIDA, un problema de salud pública se ha incrementado de 41 casos en 1991, alcanzando para 1995 81 casos; afectando principalmente a Valles Centrales y

Mixteca. Un problema endémico regional lo constituye el paludismo, que en 1994 fue representado por 4,510 casos y en 1995 por, 1,071, lo que representó disminución del 75%. de los casos. Otro problema que hace una década era la causa de ceguera de los ríos, la oncocerocis, ha tenido un descenso, pues en 1995 solo existieron 22 casos sin dejar secuelas en las personas, afectando principalmente a la región de la sierra.

3. Instituciones y acciones estatales de salud.

Antecedentes de los servicios estatales de salud en Oaxaca. En 1974, la entonces Dirección General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, promovió en Oaxaca un proyecto de investigación en campo en el ex-Distrito de Elta, con la asesoría y financiamiento del *Population Council*, cuyo propósito fue establecer un diagnóstico que permitiera posteriormente la organización y desarrollo de acciones dirigidas a la madre y al niño, con un matiz de planificación familiar, y la participación voluntaria de los habitantes de la comunidad.

Este estudio se denominó **Proyecto Etlá de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar**, con el tiempo se desarrolló el primer intento formal de atención integral en el área rural, en un sistema que por primera vez incorporó el concepto de *módulo* formado por una red de Casa de Salud, atendidas por Auxiliares de Salud de la comunidad, la mayoría parteras tradicionales, que son visitadas y supervisadas periódicamente por un médico y dos enfermeras.

Posteriormente se integraron otros dos módulos al interior del Estado, y se extendió este tipo de atención comunitaria de manera gradual en todo el país con el nombre de **Programa de Salud Rural**. Con este programa se llegaron a establecer alrededor de 70 módulos con una cobertura promedio de 700 localidades. Cada localidad bajo la atención de un auxiliar de salud, y cada módulo bajo la responsabilidad de una enfermera.

Otras experiencias que se desarrollaron en el Estado dentro del Programa de Salud Rural fueron: el **Proyecto de Nuevas Estrategias** en 6 módulos específicos y un **Proyecto de Promoción a la Salud**, en el área rural mediante el trabajo desarrollado por promotores capacitados que tuvieron bajo su responsabilidad un área determinada de la entidad, constituida por varios módulos.

Otro fue el **Programa de Médicos Comunitarios**, impulsado por el Gobierno del Estado en la segunda mitad de los años '70. Este programa se constituyó por una red de unidades móviles, conducidas por médicos generales que tuvieron como misión, la atención de un núcleo de localidades sin servicios de salud en el área rural.

Para 1985 dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988 y del Programa Nacional de Salud 1984-1988, nació el **Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta**, inicialmente como instrumento de apoyo al proceso de descentralización que operó en 14 entidades federativas, el cual se extendió en 1988 a todas las entidades para fortalecer la coordinación programática.

A partir de las políticas y estrategias surgidas del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, se revisó y actualizó el modelo de atención con la participación de los servicios estatales de salud, apoyándose en variables demográficas, epidemiológicas e infraestructura existente; se retomó la tipología de las unidades del modelo de 1985 y se incorporó el centro de salud con hospitalización y el personal técnico para integrar los equipos de trabajo; se redefinieron rangos y cobertura de población, se formularon los manuales de organización para cada tipo de unidad y la guía metodológica para la atención modular, con el propósito de alcanzar la plena cobertura, facilitar el acceso e incrementar la calidad de los servicios.

En 1990 la Jurisdicción Sanitaria No. 1, es incorporada como Jurisdicción tipo, para consolidarla como **Sistema Local de Salud**; a partir de 1992, se hacen homogéneas las restantes jurisdicciones fortaleciendo sus componentes. Actualmente se dispone a nivel estatal, del *Comité de Fortalecimiento Jurisdiccional*, y las jurisdicciones realizan periódicamente su autoevaluación.

El 4 de julio de 1991 se inauguraron las instalaciones **del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea** donde se capacita a todo el personal en el nivel central, satisfaciendo casi la totalidad de las necesidades de sangre de la capital del Estado y el 60% en el interior del mismo.

El 27 de abril de 1993 se inaugura el **Centro Estatal de Oncología y Radioterapia**, institución de salud que ofrece atención oncológica especializada a toda la población que requiera de estos servicios, así como a otras instituciones del sector.

El sistema de referencia y contrareferencia de pacientes a partir de 1993 se ha fortalecido, y existe a la fecha un comité por Jurisdicción Sanitaria. Sin embargo, el grado de cumplimiento de la referencia y contrareferencia entre ambos niveles aún es bajo. La evaluación de la calidad de la atención médica se inicia a partir de 1994 mediante la aplicación del manual respectivo, que comprende los elementos de: estructura, proceso y resultados encuestas del grado de satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

Con el proceso de la evaluación de manejo del expediente clínico se pretende mejorar el proceso de la atención médica, obteniéndose a nivel nacional en 1994, el primero y tercer lugar (Hospitales de Juchitán y Salina Cruz). En relación al cumplimiento de la normatividad hospitalaria a nivel nacional durante 1995, el Estado de Oaxaca ocupó el segundo lugar.

A través de los equipos zonales de la supervisión, se realiza en las unidades de primer nivel, la evaluación de la calidad de la atención, participando además en la evaluación de las unidades de segundo nivel; lo anterior se ve fortalecido con las acciones de seguimiento de garantía de la calidad implementadas durante 1995.

Desde 1993, la Secretaría de Salud inició un acercamiento con el Instituto Nacional Indigenista y con las organizaciones de médicos nacionales. En 1994 se organizó en el Estado, el Comité Interinstitucional de apoyo al desarrollo de la medicina tradicional y un encuentro estatal entre representantes de las instituciones y los médicos tradicionales.

Con la Organización de Médicos Tradicionales de la Sierra Juárez, se convino en crear un **Centro de Desarrollo de la Medicina Tradicional**, anexo al Centro de Salud de Capulalpam de Méndez e inaugurado por el Secretario de Salud en marzo de 1995.

3.1 Servicios Estatales de Salud.

Gobierno Estatal. De conformidad con lo dispuesto en el apartado "B" del Artículo 13 de la Ley General de Salud y las estrategias previstas en el *Programa Nacional de Salud* en vigor, actualmente el gobierno del Estado tiene bajo su responsabilidad las siguientes funciones:

- Desarrollar con base en los acuerdos respectivos, las estructuras administrativas que permitan organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los Servicios de Salud Pública en el Estado.
- Apoyar la formulación de los programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa de los servicios estatales de salud, así como supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.
- Formular solicitudes de apoyo logístico que se requieran de la Federación para los Servicios Estatales de Salud y hacerlas del conocimiento de la Secretaría de Salud.

- Definir e instrumentar el programa de desconcentración de los servicios de salud hacia las Jurisdicciones Sanitarias.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública, están a cargo del Jefe Estatal de Salud, cuenta con estructuras de apoyo en servicios de salud, fomento sanitario, planeación, administración y son responsables del control y seguimiento de los recursos humanos, físicos y materiales existentes, así como el establecimiento, operación y adecuación de programas de salud, bajo mecanismos de planeación, programación, supervisión, control y evaluación.

De acuerdo con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población abierta, tiene bajo su responsabilidad:

- Elaborar y mantener actualizado el Diagnóstico y el Programa Estatal de Salud, ajustándose a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud.
- Asegurar la congruencia de los programas y presupuestos anuales con los programas estatales de atención a la salud y con los planes o programas estatales de desarrollo en el ámbito de los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADE).
- Verificar la correspondencia y complementariedad de estos programas con los de las instituciones de seguridad social. Su función coordinadora en los Subcomités de Salud y Seguridad Social del COPLADE garantiza su capacidad de formular, coordinar y evaluar los programas estatales de salud, además de verificar su congruencia con los nacionales y sectoriales.
- Adaptar y operar el *Modelo de Atención a la Salud* conforme a las características epidemiológicas y sanitarias de la entidad.
- Integrar y operar el *Programa Estatal Maestro de Infraestructura en Salud* para Población Abierta para la ampliación de la cobertura de acuerdo con el Modelo de Atención.
- Formular e instrumentar con base en las políticas y normas de nivel central, los programas de formación y desarrollo de recursos humanos, de investigación en salud y de desarrollo tecnológico, así como verificar y avaluar su cumplimiento.

Capacidad instalada. Los servicios de salud para población derechohabiente, proporcionan atención a 806,113 habitantes, que representan el 23.6% de la

población estatal y están conformados por 85 unidades de primer nivel, en las que laboran 265 médicos y 173 enfermeras, en 175 consultorios apoyados por 23 camas censables. Existen además, 9 hospitales de segundo nivel con 555 médicos y 845 enfermeras que brindan atención en 144 consultorios y disponen de 409 camas censables.

Los Servicios de salud para Población Abierta están conformados por 812 unidades aplicativas de primer nivel, de las que 363 corresponden a la Secretaría de Salud y 449 al programa IMSS-Solidaridad y cubren a una población de 2,294, 475 habitantes (67.1% de la población estatal) ubicados en las 6 Jurisdicciones Sanitarias. En ellas laboran 817 médicos y 919 enfermeras distribuidos en 856 consultorios, se dispone de 48 camas censales.

Las unidades de segundo nivel son 18, de las cuales 9 corresponden a la Secretaría de Salud y 9 al Programa IMSS-Solidaridad, en ellas laboran 621 médicos y 1022 enfermeras, con 206 consultorios y 769 camas censables.

Estos servicios son apoyados por 33 quirófanos, 3 bancos de sangre, 24 laboratorios de análisis clínicos, 2 de anatomía patológica y 20 gabinetes de radiografía; además de 18 servicios de urgencias, un Centro de Salud de Oncología y Radioterapia, un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea y una Unidad de Ciudadanos Intensivos. Además en el tercer nivel un Hospital Psiquiátrico con 160 camas.

La medicina privada tiene registrados 73 establecimientos con 505 camas censables y 365 consultorios en donde laboran 483 médicos y 283 enfermeras. Con 19 gabinetes de rayos "X" y 31 laboratorios de análisis clínicos y un banco de sangre.

De esta manera la capacidad instalada de la entidad en cuanto a establecimientos de primer nivel son 897, de segundo nivel 27 y cubren a una población de 3,100,588

habitantes con 2,258 médicos y 2,959 enfermeras que otorgan atención en 1,351 consultorios y 1,249 camas censables. Se reconocen 318,270 habitantes que no tienen acceso permanente a servicios de salud y representan el 9.3% del total de población del Estado.



3.3 Operación de los servicios de salud

La operación de los servicios de salud, es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria, entendida como Unidad Técnico Administrativa desconcentrada de las Secretaría de Salud del Estado. A la cual se le asignan recursos para realizar acciones integrales de Salud Pública, Atención Médica y Regulación Sanitaria, delegándole facultades para conducir las acciones del sector en su área de influencia.

La Jurisdicción Sanitaria. En el Estado de Oaxaca esta dividido en 570 municipios y 8 regiones, de acuerdo al COPADLE, que son: Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Sierra Norte, Sierra Sur, Papaloapan y Valles Centrales; las que responden a factores políticos, socioeconómicos y culturales. A partir de 1958 se estableció la regionalización de los servicios por Jurisdicciones Sanitarias, que se han modificado en número y ámbito, y que a partir de 1980 fueron determinadas en base a factores demográficos, geográficos, socioeconómicos y culturales, epidemiológicos y políticos, de las que se encuentran en operación seis:

No. 1 VALLES CENTRALES

No. 2 ISTMO

No. 3 TUXTEPEC

No. 4 COSTA

No. 5 MIXTECA

No. 6 SIERRA

Con el propósito de dar respuesta a la demanda de los servicios de salud de la población, se atiende la red de servicios de salud de la población, operada por recursos institucionales y con la participación de los recursos comunitarios, que permita la solución de los problemas y la utilización racional de los recursos.

La estructura orgánica actual de las Jurisdicciones Sanitarias es homogénea, con capacidad resolutoria para la Atención a la Salud a Población Abierta.

Con el propósito de fortalecer la capacidad gerencial y la programación local, se incorpora un órgano asesor denominado *Consejo Interno de Administración Jurisdiccional* (CIDAJ) integrado por el Jefe de Jurisdicción, los Coordinadores y Directores de Hospitales. Para la operación de los servicios de salud se establece la coordinación intra e intersectorial y la Jurisdicción vincula sus acciones con el municipio y la comunidad organizada.

Para hacer posible la atención integral, con los criterios de universalidad, eficiencia, calidad, accesibilidad y equidad, que conlleven a mejorar el nivel de salud de los Oaxaqueños, se establecen las siguientes estrategias:

- Otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS) con un mínimo irreductible, que comprende 12 intervenciones, de las que derivan 55 acciones, con 209 actividades.
- Vinculación municipio-Jurisdicción, con el propósito de sensibilizar a las autoridades municipales, para incorporar en su programa de actividades acciones de salud en apoyo del Programa Municipio Saludable.
- Se construyen nuevas unidades de salud de acuerdo al Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud (PEMISPA) y el Estudio de Regionalización Operativa (ERO). Se rehabilita y fortalece la infraestructura existente, se continúa con la estrategia de extensión de cobertura a través del funcionamiento de Casas de Salud operadas por auxiliares de salud, con una enfermera supervisora para cada 10 casas de salud, y apoyada con un vehículo de transporte de acuerdo a la región.
- Se implementan brigadas médicas, integradas por un médico, una enfermera general y un promotor apoyados por un vehículo, para localidades de difícil acceso sin servicios de salud. Las localidades en donde no es factible el acceso vehicular se implementarán brigadas itinerantes, las cuales dependen de un Centro de salud, estratégicamente situado que permita su seguimiento y control.
- Con el fin de garantizar la calidad de los servicios que ofrece el Sistema Estatal y Local de Salud, se realiza una evaluación de la calidad de la atención médica de acuerdo a los elementos de estructura, procesos, resultados y satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

- Se establecen en todas las Jurisdicciones y Hospitales, el Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, que entre sus funciones están las acciones de: auditoría médica, uso del carnet de citas, instalación de buzones de quejas y sugerencias, optimización del equipo de alta tecnología, difusión de los decálogos del buen paciente y del buen prestador, evaluación de los indicadores de calidad del desempeño y elaboración de encuestas rápidas de opinión del usuario y del prestador de servicios.

La red de servicios cuenta con la capacidad física instalada, recursos humanos, equipo, mobiliario e instrumental médico e insumo suficientes para su operación de acuerdo con las necesidades y demandas de la población abierta de responsabilidad.

A fin de dimensionar a la población que recibirá atención médica integral y servicios de salud pública, en los Servicios Estatales y en cada Jurisdicción, se precisa la cobertura de sus unidades en base a los criterios de:

- *Número y tamaño de localidades.*
- *Grado de dispersión y concentración geográfica de las localidades, así como la densidad de su población.*
- *Desplazamiento normal de la población.*
- *Condiciones étnicas y socioculturales.*
- *Situación epidemiológica .*
- *Disponibilidad de medios y vías de comunicación con tiempos de traslado de acuerdo a las condiciones locales.*
- *Acceso a los servicios de salud.*

3.3 Operación de los recursos institucionales.

Operación de Unidades de Primer Nivel. Constituyen la puerta de entrada a los servicios de salud, desarrollan acciones dirigidas al individuo, familia, comunidad, y medio ambiente, su propósito principal es preservar la salud, con actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; cuya resolución es factible, con recursos de baja complejidad técnica. Además estimula las formas de organización y participación comunitaria en los servicios, basándose en la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

La unidad funcional de los Centros de Salud es el Núcleo Básico de Servicios, conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras generales, pudiendo ser sustituidos por un médico y una enfermera; con pasantes de estas carreras ó personal técnico en localidades rurales en donde no exista personal profesional. Son apoyados por un Promotor de Salud por cada 3 módulos y laboratorio clínico y rayos "X", bajo criterios de demanda, productividad y población atendida.

En el área geográfica y poblacional, representada por la población asignada, residente en un área determinada, son de 500 familias. Las unidades vinculan los servicios de salud con la regiduría de salud, Comités de Salud y otros organismos locales con el propósito de que el municipio asuma las atribuciones que le confiere el Art. 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Para responder a la demanda de servicios de salud las 24 horas de los 365 días del año, en las unidades donde no se cuente con personal en todos los turnos, podrá incorporarse la atención por médicos particulares regulada a través de convenios sancionados por la Secretaría de Salud y en Coordinación con la Comisión Municipal de Salud y/o Comité de Salud, dentro de la normatividad establecida.

La infraestructura de los Centros de Salud está constituida por un consultorio por núcleo básico, sala de espera, habitación para el médico y la enfermera, área de curaciones e inmunizaciones, sala de observación con una o dos camas, área de terapia de hidratación oral, sala de expulsión, cocineta, sanitarios y los servicios de apoyo de acuerdo a su complejidad.

Centro de Salud con un Núcleo Básico. Se ubica en localidades dispersas, su responsabilidad y cobertura es de 100 a 500 familias en promedio. Otorga las acciones del *Paquete Básico de Servicios de Salud*.

Centro de Salud de 2 a 12 Núcleos Básicos. Se ubica en localidades de más de 1,000 habitantes, su responsabilidad y cobertura es de 500 familias por consultorio, con responsabilidad de 500 hasta 6,000 familias.

El IMSS-Solidaridad denomina a sus unidades de primer nivel Unidades Médicas Rurales (UMR) lo que equivale a un Centro de Salud

Centros de salud con hospitalización. Se ubica en localidades estratégicas con 9,000 a 18,000 hab. Brinda servicios de atención ambulatoria, pacientes en tránsito, partos, urgencias y cirugía de baja complejidad. Su cobertura depende el tamaño de la población y de su área de responsabilidad.

Operación de las Unidades de Segundo Nivel. Toda unidad hospitalaria depende jerárquicamente de la Jurisdicción Sanitaria y se vincula con ella a través de la planeación, programación, vigilancia epidemiológica, referencia y contrareferencia de pacientes y debe tener equipo de radiocomunicación enlazada con las unidades de primer nivel y la Jurisdicción Sanitaria.

Las unidades hospitalarias otorgan servicios en las 4 especialidades básicas: Gineco-Obstetricia, Pedriatría, Cirugía y Medicina Interna, así como en las subespecialidades que integran cada rama troncal en función de su demanda, con el apoyo de los servicios de anestesiología, auxiliares de diagnóstico, tratamiento y transfusión sanguínea.

En rango de población, la morbilidad y la mortalidad, los indicadores y estándares permite determinar el uso de tecnología de mayor complejidad y la participación del personal de salud con mayor grado de especialidad. La prestación de los servicios de atención médica es las 24 horas del día de los 365 días del año.

Los hospitales son unidades que funcionan con un cierto índice de rendimiento, ocupación y costos, por lo que para el dimensionamiento de su capacidad resolutive, se debe considerar: la demanda de servicios de salud ambulatorios y de hospitalización de los centros de salud de su área de influencia, el grado de dispersión o concentración de los asentamientos poblacionales, accesibilidad geográfica en relación de las osocromas de traslado de la población usuaria al hospital para su atención ordinaria y de urgencias y accesibilidad cultural o social, en relación a las posibles barreras derivadas de las etnias.

Para la Planeación y evaluación de estas unidades, el criterio que se aplica es el de la productividad operativa, tomando como base el porcentaje de ocupación, promedio día de estancia, consultas totales y por especialidad, estudios de laboratorio, estudios de imagenología, intervenciones quirúrgicas, partos atendidos, atenciones de urgencias, egresos hospitalarios y análisis de recursos humanos; se utilizan como indicadores ideales: 4.3 trabajadores por cama, distribuidos en un 10-15% por personal profesional del 40% al 55% por personal técnico y el 35% al 45 % administrativo.

La red de unidades de segundo nivel en el Estado, está representada en la Secretaría de salud por 10 hospitales: 1 Hospital General de 180 camas (más de 250,000 hab.), 3 Hospitales de 60 camas (50,000 a 100,000 hab.), 5 hospitales de 30 camas (20,000 a 50,000 hab.) y 1 Hospital Psiquiátrico de 160 camas (250,000 hab.) además de 9 Hospitales Rurales del IMSS-Solidaridad, que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel de atención y/o a quienes se prestan espontáneamente con urgencias médico quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo del personal especializado, además efectúa acciones de vigilancia epidemiológica y acciones de enseñanza e investigación en salud.

3.4 Regionalización.

Para el propósito del modelo, se entiende por regionalización, a la conformación de las áreas geodemográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y desarrollo comunes, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos disponibles y responder a las necesidades de atención a la salud particular de la región. Se consideran límites bien definidos, que no necesariamente corresponden a las estructuras administrativas actuales, de manera tal, que se establece coordinación interinstitucional, interestatal e intermunicipal que aumenten la capacidad resolutive y garanticen una mayor accesibilidad a los servicios.

La regionalización, además permite el establecimiento de relaciones formales con otras instituciones de atención a población abierta. La organización de los servicios de salud se asienta sobre un esquema en donde conviven comunidades que obedecen a distintos patrones culturales y de desarrollo, que en ocasiones muestran marcadas diferencias en los factores de riesgo que determinan su panorama epidemiológico.

Dentro de la regionalización, la Jurisdicción Sanitaria atiende en promedio 500,000 habitantes y constituye el sistema que agrupa a las regiones e integra y coordina a la red de servicios de atención a población abierta, en el nivel administrativo y operativo. El Sistema Estatal de Salud está conformado por seis jurisdicciones sanitarias incluidas en su ámbito geográfico.

Para dar funcionalidad a los sistemas jurisdiccionales y locales, la administración de los servicios se apoya en:

- *Infraestructura física disponible*
- *Estructura programática sectorial*
- *Sistema de información*
- *La participación social*

- *Concertación con la medicina privada*
- *Interrelación con la medicina tradicional*
- *Coordinación con los niveles de gobierno*
- *Concertación con otros sectores*

En este caso, el **Sistema de referencia y contrareferencia de pacientes**, constituye un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas y los diferentes niveles de atención que conforman la red de servicios de salud. Su objetivo principal es facilitar el envío de pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, conforme a la capacidad resolutoria de éstas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna.

En la **vigilancia epidemiológica**, a través de la observación y el análisis rutinario de la ocurrencia y distribución de enfermedades, se obtiene información sobre la existencia del riesgos y daños a la salud, así como de los factores condicionantes y determinantes del estado o acontecimientos relacionados con la salud en población específica y permite tomar en forma oportuna y adecuada las medidas de intervención que corresponden a los problemas sanitarios.

Existe el *Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológica* el cual cuanta con la participación de 23 Hospitales Centinelas del Sector, distribuidos en las seis Jurisdicciones Sanitarias que conforman la red de unidades notificadoras del segundo nivel de atención y que rinden información con periodicidad semanal, que representan el 100% de la red prioritaria. Dentro de los procedimientos de este sistema se incluye la información originada en la población a través de diversas fuentes. En aquellos sitios donde no existen servicios formales de salud, existe un promotor que obtienen directamente la información área de ciertas enfermedades y datos demográficos.

4. Evaluación del PAC.

Etapas de desarrollo. A partir de las pautas técnicas establecidas en el *Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta*, se formuló el esquema de operación del

Programa de Ampliación de Cobertura que permitirá reforzar y articular los recursos institucionales y comunitarios, con la finalidad de aumentar la capacidad operativa y la cobertura del primer nivel de atención para ofrecer servicios esenciales de salud con **“calidad y oportunidad”** a la población de las áreas rurales e indígenas sin acceso actual a los mismos.¹⁴

Para la proyección integral del Programa de Ampliación de Cobertura, se establecieron (como parte del mismo) tiempos diferenciados, tanto en el corto como mediano plazo. Para el mediano plazo se ha contemplado un periodo de tres a cinco años a partir de la fecha de iniciación del programa en el estado y que es formulada en cuatro etapas básicas¹⁵:

Instrumentación e implantación. Corresponde al arranque del Programa y la confección de los instrumentos fundamentales que garanticen su operación ordenada y el flujo de recursos establecidos por el programa local. Estas vertientes de instrumentación son:

- a) *Programación-presupuestación*
- b) *Incorporación de personal institucional y comunitario.*
- c) *Capacitación y asesoría.*
- d) *Información y vigilancia epidemiológica.*
- e) *Promoción y contraloría social.*
- f) *Difusión y comunicación.*
- g) *Sistema cartográfico*
- h) *Reforzamiento de la infraestructura.*
- i) *Sistema de abastecimiento y apoyo logístico.*
- j) *Supervisión y control.*

Desarrollo operativo. Una vez iniciado el PAC, se procura durante el desarrollo abarcar todo el universo beneficiario, al tiempo que maduran las vertientes de instrumentación

¹⁴ Narro, Jesús. “El perfil de los servicios de salud en México. limitaciones y perspectivas”. En *Evolución y perspectivas del Programa de Ampliación de Cobertura*. Reunión de Difusión y Análisis Abril de 1996. Memoria. Secretaría de Salud. México, 1996.

¹⁵ “*Esquema y modalidades de operación*”. En *Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, Secretaría de Salud, 1996.

con miras a la aplicación integral del Paquete Básico, identificando capacidades e insuficiencias del esquema de operación.

Consolidación. Corresponde a la depuración y perfeccionamiento en la prestación de los servicios del Paquete Básico, incluyendo las estrategias estatales adicionales. Se trata de lograr el control del Programa desde el nivel de la comunidad, la familia y los individuos vulnerables. Para ello se se ha buscado superar las insuficiencias y barreras que impidan la entrega completa del Paquete Básico.

Cobertura plena. Esta expresión se limita a los municipios y regiones del estado en los que se ha conformado la entrega plena del Paquete Básico para mantener su desarrollo operativo y la mejoría permanente de la calidad vigilando y controlando su gestión ordenada, para evitar retrocesos y avanzar en su articulación con otras prioridades sociales como alimentación y educación, entre otras.

Para el periodo anual o de corto plazo en las etapas de desarrollo se han considerado cuatro fases diferentes, que se calendarizan en un año, con base en las previsiones efectuadas y las fechas concertadas con las comunidades. En el caso de la operación del PAC en Oaxaca el modelo general del cronograma es el siguiente:

PROCESO DE DESARROLLO DEL PAC

1ª. Etapa. Preparación año 1996

- *Coordinación interna e interinstitucional*
- *Definición de universos y programación local*
- *Definición y asignación de techos presupuestales*
- *Difusión del Paquete Básico*
- *Concertación en comunidades*

2ª. Etapa. Implantación enero-abril 1997

- *Contratación de personal*
- *Capacitación*
- *Adquisición y distribución de insumos*
- *Adecuación de estrategias y modalidades de operación*
- *Planeación participativa y ajuste programático*
- *Apoyo logístico*

3a. Etapa. Desarrollo operativo. Mayo-agosto 1997.

- *Reforzamiento de la infraestructura*
- *Aplicación del paquete básico*
- *Supervisión capacitante y asesoría en servicio*
- *Operación del sistema de información*
- *Seguimiento, control y evaluación*
- *Contraloría social*
- *Formulación del programa-presupuesto subsecuente*

4ª. Etapa. Consolidación. Septiembre-diciembre 1997.

- *Realimentación y ajuste de la planeación y programación, así como de los instrumentos técnicos.*
- *Balance y comprobación presupuestal*
- *Terminación del programa-presupuesto subsecuente*
- *Evaluación del impacto*
- *Evaluación comunitaria.*

El PAC en el estado de Oaxaca ha concluído sus avances programáticos. Actualmente se ha obtenido información en el campo de la supervisión del programa como son:

Supervisión de recursos financieros. Disponibilidad en bancos, caja, y tránsito contra las remesas giradas.

Recursos humanos. Para el personal institucional: nómina adscripción y presencia física, perfil, percepciones, funciones, etc. Para auxiliares de salud: ubicación y oportunidad con la que se hace llegar el apoyo.

Insumos para la salud. En almacenes: existencia física, entradas, salidas, programa de abasto (medicamentos, material de curación, material de limpieza, de administración, etc.).

Equipo e instrumental médico. Lo adquirido y su asignación, así como su incorporación al inventario.

Vehículos y equipo de transporte. Unidades adquiridas, utilización, equipo, asignación, inventario, etc.

De obra. Destinados a construcción, ampliación y adaptación, rehabilitación de unidades de salud, unidades programadas y tipo de obra a realizar.

4.2 Evaluación de los resultados.

En base a los criterios anteriores y analizando la información recuperada obtuvimos los siguientes datos:

- El PAC tiene dos características: ser un programa que se concentra de manera específica en localidades bien ubicadas y en poblaciones objetivo, y ofrece un paquete homogéneo de servicios de salud a toda la población. Inició su operación en 1996, incorporando a seis jurisdicciones sanitarias, 216 municipios y 3,162 localidades, lo que permitió brindar atención a la población objetivo de 964,219 habitantes que se asientan principalmente en zonas rurales e indígenas.
- El presupuesto asignado originalmente fue de 46 millones 644 mil pesos, de los cuales el Gobierno Federal aportó 42 millones 198 mil pesos y el Estatal 4 millones 446 mil pesos al inicio de 1996. Para 1997 el presupuesto fue de 51 millones 411 pesos, de los cuales, el Gobierno Federal aportó 46 millones 270 mil pesos (incluye aportación adicional de 1 millón 984 mil pesos), y el Estatal 5 millones 141 pesos.

- Para 1997 el programa continuó las mismas 6 jurisdicciones sanitarias, ya que forman el 100% de las existentes en la entidad. Pero aumenta el número de municipios a 308, al igual que el número de localidades a 5,092, lo que permitió rebasar la población objetivo a 1,396,954 para su atención .
- Para la operación del programa, se contó con un aumento significativo del personal de contrato por honorarios llegando a 397, al igual que el personal comunitario llegó a 1447. Haciendo un total de 1,826 para 1997. El personal de contrato aumentó en médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos; así como el apoyo de los auxiliares de salud. Para la operación del Programa se contó con 115 personas de las cuales 200 fueron por contrato de honorarios y 951 auxiliares de salud por incentivos mensuales. El personal de contrato han sido médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos.
- Dentro del personal institucional y comunitario que han participado en la colaboración directa del PAC, hubo un aumento considerable que va de 200 a 379 el personal institucional; predomina la participación comunitaria; ya que en 1960 se registraron 951 auxiliares de salud y para 1970 se levó el número a 1,477.
- Es notorio los resultados que arrojan las primeras aproximaciones. En 1996, de la población objetivo era de 964,219, aplicándose en las 6 Jurisdicciones sanitarias, distribuidas en 216 municipios y 3,162 localidades. Para 1997 las estadísticas tuvieron un crecimiento importante; se incrementó a 1,396,954 habitantes en las mismas 6 Jurisdicciones de 308 municipios y 5,092 localidades.

Expectativas del programa. En Oaxaca la salud es una necesidad de carácter social. Además de que se tienen una estrecha relación entre trabajo y productividad, o planteado de otra forma, entre pobreza y salud. La menor producción de bienes o la generación de servicios da origen a que el salario del trabajador sea menor y esto implica alimentación insuficiente, educación o capacitación inadecuada, vivienda insalubre así como la densidad de sus ocupantes.

Se puede invertir en el área de salud en tres fases: prevención, curación y rehabilitación. Cuando se gasta en la curación de enfermedades, sus casi siempre limitados recursos, disminuirán por tanto su presupuesto destinado a prevenir enfermedades y menos aún tendrá recursos económicos para canalizarlo a la rehabilitación provocando como consecuencia directa una mayor incidencia de enfermedades y por ello, menor productividad. En este caso Existe una gran problemática en Oaxaca ya que un alto

número de personas vegetan, se desenvuelven en un medio social en que su trabajo es improductivo, su alimentación insuficiente y menos nutritiva, viven en habitaciones antihigiénicas, su expectativa de vida es limitada, además de que su salud física, mental y social se deterioran continuamente. Es decir, existen problemas relacionados para satisfacer las necesidades biológicas, problemas determinados por las demandas y prohibiciones culturales y problemas de las necesidades psicológicas.

En cuanto a la **atención médica, ón médica** existen esquemas diferentes de servicios médicos, tanto de la seguridad social, como de la asistencia pública. Tradicionalmente ha existido desvinculación de esfuerzos, así como insuficiencias en la atención de núcleos dispersos de población. Se ha dado prioridad a servicios de la medicina curativa en perjuicio de la atención preventiva.

En lo referente a **salud pública, ública** la medicina preventiva no ha alcanzado los niveles óptimos debido a dos factores: escasos recursos y reducida coordinación institucional. Ello condiciona que la demanda de atención médica sea mayor por padecimientos y riesgos que son factibles de evitarse.

Por lo que respecta a la **asistencia social**, existen deficiencias significativas en cuanto a calidad y cantidad de recursos asistenciales para enfrentar no sólo la marginación individual, sino social, pero además significativamente a los grupos indígenas monolingües.

Otro punto importante es la posibilidad que tienen las jurisdicciones sanitarias que participen en este proceso para definir sus propios problemas y proponer soluciones adecuadas en el nivel local. Esto supone que, obviamente la cartera de sus proyectos sea objeto de una revisión y una evaluación anual de la experiencia para ponderar la incorporación de estas acciones selectivas, lo cual será la base para los planes de inversión del año siguiente e implicará, también valorar los diferentes niveles de

participación y colaboración con el nivel central. Por eso, uno de los puntos críticos consiste en involucrar a la comunidad beneficiaria, así como a los municipios objetivo para guiar la inversión. En este sentido las comunidades podrían encargarse de la definición de sus propias necesidades y contribuir a delinear los planes regionales.

En este aspecto toca al municipio, en su ámbito, supervisar la operación y verificar el ejercicio de la inversión extranjera, así como la población atendida, que desde luego también tendrá voz y voto en cuanto al beneficio de la inversión a través del proyecto. El municipio constituye el ámbito natural, político, administrativo, comunitario y territorial para ejecutar las acciones de bienestar y desarrollo. Tiene como estrategia fundamental la promoción de la salud mediante campañas públicas, la creación de condiciones ambientales favorables, el desarrollo de conocimientos y actitudes personales, el fortalecimiento de la participación social y la reorientación de los servicios de salud.

También se reconoce en el presupuesto federal que el gasto en el desarrollo social debiese ser más eficaz para beneficiar a la población. Es en estos programas donde se precisa poner en práctica acciones integrales y complementarias para elevar su impacto, así como esquemas permanentes de evaluación que determinen su viabilidad social. Un aspecto primordial es contar con información exacta y oportuna que permita desde la implementación de los programas su evaluación, ajustes (en su caso) y control.

La participación local o comunitaria -como ya lo señalamos- es determinante pues permite captar las necesidades y problemas en el lugar donde se gestan, y bajo el consenso local traducirlas en acciones conjuntas que contribuyan a fortalecer el federalismo y la descentralización. Así pues, la participación social es el punto clave para hacer efectiva la oferta gubernamental de extender la cobertura hasta alcanzar la universalidad y lograr una adecuada calidad en la prestación de los servicios. Esta participación es la construcción de una corresponsabilidad individual y colectiva en

autocuidado de la salud, tarea fundamental y condición indispensable para asegurar el impacto de las intervenciones.

La evaluación y seguimiento. La evaluación del programa implica considerar los procesos desarrollados y ponderar los resultados generados a partir de las acciones realizadas. Debe ser una evaluación de carácter analítico y explicativo, ya que esto da cuenta del desarrollo cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos. Sin embargo **el aspecto central es evaluar el impacto del programa sobre las condiciones de vida de la población**, de manera que sea posible no sólo determinar su nivel de eficacia funcional, sino además y sobre todo, su efectividad en términos en los cambios en los niveles de salud, así como en relación a los efectos generados en la participación, corresponsabilidad, actitudes y percepción social de la población.

Para tal efecto se propone el siguiente proceso de evaluación:

- **Diagnóstico basal.** Como se mencionó anteriormente, conocer las condiciones basales de salud de la población objetivo que servirá como parámetro para identificar los impactos del Programa. Este diagnóstico permite la definición de puntos de partida para el seguimiento y su comparación con las evaluaciones subsecuentes. Su objetivo debe ser determinar las condiciones de salud de la población "beneficiada" y las condiciones de accesibilidad, utilización y calidad de los servicios en las comunidades que participan en el programa. Las variables que pueden utilizarse para recoger información de diversos aspectos pueden ser las siguientes:
 - *Socioeconómico*
 - *Salud-enfermedad*
 - *Gasto en atención médica*
 - *Organización y estructura de los servicios*
 - *Disponibilidad de los servicios*
 - *Calidad de la atención y satisfacción del usuario*
- **Seguimiento.** Las mediciones parciales de la aplicación del Programa posibilitará tener control oportuno de su desarrollo. Una de las virtudes del seguimiento es que la construcción de los indicadores que permiten evaluar la prestación de servicios, así como el impacto en daños a la salud provienen, en su mayoría de los sistemas de información empleados regularmente por la Secretaría de Salud (como el Sistema de Información en Salud para Población Abierta, Sistema Único Automatizado de Información Para Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada), con la información

proporcionada de estas tres fuentes se pueden realizar cortes semestrales para la construcción de indicadores que, a su vez, permitirán la realización de comparaciones - antes y después-, así como entre localidades donde se aplica el Programa. Esto posibilitará de redefinición de estrategias y facilitará la toma de decisiones durante el desarrollo del Programa, especialmente a nivel local.

- **Evaluación integral.** Es una evaluación de la estructura del programa, su proceso y sobre todo su impacto social. La evaluación de estructura y proceso debe comprender lo relativo a equipamiento, capacitación y suficiencia de recursos humanos y abasto de insumos. La evaluación operativa debe estar encaminada al cumplimiento de metas, pero sobre todo el punto más importante es la evaluación de impacto, así como efecto de las acciones del Programa y el Paquete Básico no sólo sobre determinados indicadores de salud, sino a las condiciones materiales de vida y desarrollo de la población. Es decir, bajo esta evaluación se ponderan la utilización, accesibilidad y calidad de los servicios, así como los cambios en las condiciones de salud y la ampliación efectiva de la cobertura de servicios, para determinar su relación con otros programas, he aquí la parte interdisciplinaria de las acciones de gobierno en los programas sociales.

Sin embargo, todas las consideraciones anteriores tienen un gran peso en la base socioeconómica de la población. Es decir, notamos que con el avance del Programa, como programa aislado, único, aplicado a cierta población, que ofrece un paquete de servicios básicos de primer nivel, no supera la pobreza en que viven aproximadamente el 60% de población rural del estado de Oaxaca, la tercera parte de la población total del estado es indígena monolingüe, lo que hace difícil que cualquier programa que no sea adecuado a sus características cumpla por lo menos con sus principales objetivos. Lo mismo es para los programas que abarcan otros rubros. Primeramente, si en la entidad no existe una orientación en la estructura de la base económica, seguirá existiendo el bajo crecimiento y desarrollo económico y social. Como ya hemos señalado, en la entidad la actividad productiva es el sector primario, mismo que ha tenido su decadencia por la falta de inversión y de apoyos técnicos, ingresos a veces bajo el salario mínimo, la falta de vías de comunicación, la carencia en un 50% de drenaje, 62% de viviendas en condiciones ni aún mínimas de seguridad e higiene, que hacen en conjunto un panorama epidemiológico de enfermedades infecciosas intestinales. Entonces, la pobreza y la marginación no se van a eliminar con acciones de "beneficiencia" que han sido traducidas como "seguridad social" por parte del Estado, sino a través de una reestructuración del sistema económico que

permita la mayor equidad de la riqueza para elevar el nivel de bienestar en todos sus ámbitos. No negamos, que el Programa de Ampliación de Cobertura es un gran esfuerzo en la suma de los recursos humanos y financieros que trabajan, que conlleva a modificar algunas situaciones locales en la vigilancia epidemiológica y que el Paquete Básico de Servicios de Salud esté funcionando y logrando una mayor cobertura, pero que serán acciones pasajeras que posteriormente dejarán el mismo vacío de necesidades básicas en la población, aunque las metas se han cumplido y los resultados sean traducidos como el alcance de objetivos y arrojen resultados satisfactorios dentro de la aplicación del PAC en el Estado de Oaxaca.

CONSIDERACIONES FINALES

Aunque a menudo se ha analizado la medicina y la salud desde una perspectiva estrecha, puramente biomédica, en estudios recientes se ha adoptado una visión teórica, según la cual, las estructuras sociales, económicas y políticas son las principales determinantes del modo que se considera y trata la salud. Se destaca el hecho de lo social sobre lo físico, pero no descartamos la posibilidad de los factores psico-biológicos en la generación de la patología de la pobreza, ya que el origen y el desarrollo de las enfermedades encuentran su explicación en las condiciones sociales que vive la población. De ahí el carácter social de la enfermedad, ha sido entendida en parte como problema político y en parte como problema médico, y que ahora deben tomarse en cuenta las investigaciones y aportes de las ciencias sociales, en particular de la sociología que permitan una mayor comprensión de los problemas en una visión más integral para dar soluciones coherentes y factibles para la sociedad.

Dado el peso de los aspectos económicos en la configuración del estado moderno y sus mecanismos directos e indirectos de intervención, destacan diversos elementos que están relacionados principalmente con procesos de naturaleza económica y financiera, pero siempre como instrumentos y expresiones de la búsqueda de objetivos gubernamentales con carácter eminentemente social y político, que van desde un mayor equilibrio o bienestar social, hasta un riesgo de inestabilidad política. Aquí consideramos que las prestaciones sociales fueron producto de tres circunstancias: la necesidad de elevar las condiciones de vida de los asegurados y sus familias; la eficacia alcanzada por otros servicios sociales, que fue el caso del ámbito educativo y la adopción en México de la concepción universal respecto a la salud, no solo como ausencia de enfermedad, ya que no se trata de hacer un diagnóstico para curar la enfermedad, sino de prevenirla modificando sustancialmente la causa real, altamente patógena, que es la sociedad dividida en clases sociales, basada en la ganancia, en la prioridad del hecho

individual y en la marginación de la clase proletaria.

De esta forma, es necesario imponer una medicina dispuesta a clasificar la enfermedad. La nueva medicina no es, ni curativa ni preventiva, es sobre todo y quizás solamente, calmante y marginante. Por esto la medicina y por ende, los servicios de salud siguen manteniendo e incluso magnificando las formas de un sistema asistencial, que está convertido de hecho, en un sistema administrativo.

La burocracia mexicana es muy basta y ha aumentado considerablemente, y funciona de acuerdo con normas racionales técnicas y otras de naturaleza partidaria. Es autónoma en el sentido que una vez establecida la política general por el presidente, la dependencia es libre de tomar sus decisiones; es estable en el sentido de que la política que lleva a cabo sólo es modificada a intervalos regulares, es decir, cada sexenio presidencial, ya que los presupuestos cambian cada año. Sin embargo, el cambio en planes de proyección tan amplia en cuanto a recursos económicos y población, como es el caso del Programa de Ampliación de Cobertura, implicaría el fracaso del programa. Por eso es urgente una recuperación económica, sobre todos los sectores. El desempleo es alto, los salarios reales bajaron, así como el gasto del sector público. Sin embargo, la participación pública es la prueba de si existe un verdadero proceso de planeación, un mejor nivel de conciencia pública puede ayudar a sostener medidas políticas a través de los sexenios, dando un grado de continuidad que antes faltaba al sistema político mexicano.

Si bien el Programa de Reforma del Sector Salud reconoce los compromisos de mejorar la calidad de los servicios y de ampliar su cobertura fortaleciendo la coordinación e impulsando la descentralización, para alcanzar sus objetivos será necesario reorganizar el gasto que se asigna a la atención de la salud, otorgar prioridad a las acciones preventivas, a las regiones de alta marginación y a la operación de los servicios. Será preciso, asimismo, poner en práctica acciones integrales de desarrollo, incluyendo las de salud, educación y procuración de elementos que mejoren la alimentación y el

ingreso. Además deberá tenerse en cuenta gran cantidad de recursos humanos de tipo médico, técnico, comunitario, tradicional que forman parte importante de la atención de la salud de nuestras comunidades, involucrando el proceso de la población misma. Sin embargo, la Reforma obedece una política exterior, el resultado del proceso de imitación de asistencia médica que fue planteado por el Banco Mundial, para el caso de México es eficiente en la medida que se cubre la población objetivo, pero carece totalmente de una evaluación crítica de sus efectos. Resulta indiscutible su limitación cualitativa.

Entonces la importancia de la descentralización la consideramos más que una política de Estado una estrategia administrativa. más que una decisión de gobierno y más que un recurso discrecional es un proceso técnico, que supone la observancia de un mandato legal y de un programa público. La descentralización no es un proceso de corto plazo, no es algo que pueda alcanzarse en dos o cuatro años, si se tiene en consideración los problemas que han estado presente al inicio del proceso, se lleva a cabo dentro del contexto de una compleja trama política y social del nuevo federalismo que impulsa el gobierno dentro del cual la descentralización juega un papel importante, pero no aislado ni único. La idea es llevar a cabo una renovación estructural de los tres niveles de gobierno, el federal, estatal y municipal que operan en nuestro país, como punto fundamental de la organización social, y lograr una participación comunitaria mucho más amplia en la toma de decisiones relativas a los procesos que afectan, de manera directa o indirecta, a los diversos grupos de población. Este nuevo federalismo debe inscribirse en la reforma del Estado que tenga como fin último procurar alcanzar niveles de superior justicia, mayor equidad, democracia plena y una redistribución más equitativa de la riqueza nacional.

Ante la cobertura limitada de servicios, se plantean dos grandes estrategias: en las zonas predominantemente urbanas donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente

sector de la economía informal; en tanto que, en las zonas rurales dispersas y en las urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente costo-efectivas rentables y que es utilizada además, como una medida fundamental del Gobierno en su lucha extrema contra la pobreza.

La modernización administrativa y la sistematización de la información estadística y epidemiológica, son fundamentales para poder disponer de cifras veraces y que éstas puedan ser procesadas oportunamente para retroalimentar al propio sistema en la toma de decisiones e informar a la sociedad, sobre todo aquellos asuntos de salud pública. Todos los programas específicos se orientan hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial y destacan decididamente lo preventivo de lo curativo: capacitación para la salud familia, ejercicio físico para la salud, educación nutricional y salud escolar. Por otro lado, toman también en consideración las distintas etapas del ciclo vital: en salud infantil, resalta el programa de enfermedades prevenibles por vacunación, así como los de prevención y control de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas. En salud reproductiva sobresalen, la planificación familiar, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer, y particularmente el programa de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, que incluye por supuesto del SIDA.

El país muestra la pauta clásica de altas tasas de nacimiento y una tasa de muerte en rápida reproducción. Ciertos tipos de enfermedad aparecen mucho en las estadísticas que en su mayor parte son resultado directo de las malas condiciones de vida y pobreza. Así, a lo largo de los tres últimos regímenes no ha ocurrido ningún cambio fundamental en la mentalidad en que se basa a la atención a la salud en el país, que sigue siendo básicamente curativa. La profesión médica es relativamente conservadora y se niega a abandonar o a modificar radicalmente la estructura existente. Sin embargo, dentro del marco de la filosofía curativa, aquí la crítica la superación y la destrucción de la Facultad de medicina como cuerpo separado y agregado en la formación de los

médicos, debe ser el cambio, la participación de los estudiantes de medicina bajo la dirección de la clase obrera en un proceso en el cual aprender y luchar están íntimamente ligados uno con otro, superación de la investigación considerada como neutral por una investigación que se ponga claramente de parte de la clase obrera contra la burguesía.

La estrategia general se orienta a dar respuesta a la población señalada en el diagnóstico general; su contenido está enfocado en dos sentidos: el primero de ellos corresponde a la manera en que se tratará de solucionar y reducir los riesgos y daños a la salud de la población, determinando los principales puntos de atención; mientras que el segundo se relaciona con el uso y modernización de la infraestructura para proporcionar los servicios que promoverán y protegerán la salud y que permitirán, paralelamente, incrementar la cobertura con una calidad básica homogénea. Ello permitirá en el mediano plazo dar cumplimiento al propósito básico del sector así como a sus objetivos generales y específicos.

La movilización comunitaria es ingrediente crítico que determina la distribución espacial de los recursos. El Estado sin embargo, es quien determina el grado de participación política y de exclusión que existe, afectando el grado en que la política y la administración se despotilizan. Un sistema eficiente y bien administrado de bienestar social puede ser elemento de importancia para mantener pasiva a la población. Por otro lado debe preverse la flexibilidad suficiente para atender a la diversidad geográfica, cultural y socioeconómica del país, para estimular en consecuencia, el desarrollo de estrategias diversificadas .

Conviene tener presente que existen elementos para considerar como factible avanzar en la búsqueda del mejoramiento en la prestación de los servicios de salud haciéndolos más equitativos, así como de mayor calidad y eficiencia lo cual será más fácil a través de mecanismos que demanden tecnologías realmente simples y fórmulas que

estimulen la coordinación sectorial e interinstitucional, al tiempo que hagan énfasis en la participación y corresponsabilidad de la sociedad en su conjunto. Por otro lado, también es necesario advertir que los servicios de salud deberán fortalecerse y estar preparados en todos los niveles para atender a la población que, debido a los cambios derivados de la transición demográfica, requiera cuidados como es el caso de las personas de edad avanzada. Así mismo, debemos reparar en que las patologías crónico-degenerativas adquieren importancia creciente, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o los tumores malignos, en especial el cáncer de pulmón, el cérvico-uterino y el gástrico.

Por último conviene enfatizar que en este momento de cambios y reforma en el sector salud, debe ser aprovechado para atender los rezagos y los nuevos retos que existe en la materia, es necesario proseguir el diseño de programas que impliquen cambios de fondo y que contengan una visión sistemática integral, contribuyendo así a mejorar los niveles de salud de nuestra población.

Es de considerarse que la base económica es lo más importante para hacer efectiva la participación en la vida social. En el México rural, desde antes y después de la revolución y los años de industrialización, ha existido crisis y crisis del sector agrícola que es la base de las zonas rurales, que al verse inmersa la población en la carencia económica trae como consecuencia la migración campo-ciudad, debido a la precaria situación económica de las familias, los niños por ejemplo, se ven obligados, en caso de tenerlo, a abandonar la escuela. Sin embargo, aunque en las ciudades existe la concentración de servicios y la población tienen una forma relativamente fácil de obtenerlos, no indica esto que su nivel de vida sea mayor, por que también, la crisis económica afecta considerablemente el poder adquisitivo y el nivel y calidad de vida.

Cabe preguntar: ¿Cómo da cumplimiento el gobierno del Estado a la orientación y procuración de la salud como objetivo definido, en el contenido de la política estatal, en forma de bienestar social y progreso económico hacia la sociedad y al Estado mismo?

Para esto el Estado concibe la salud como una de las condiciones necesarias para garantizar un estatus de vida de la población, que permita la evolución de sus actitudes y capacidades, al mismo tiempo que presenta un factor de desarrollo en términos de productividad tanto al interior de la sociedad como del Estado mismo, eliminando barreras económicas, sociales, culturales y geográficas. Así mismo, corresponde a la administración pública, con su cúmulo de fuerzas e innovaciones tecnológicas vigilar y regular de manera ordenada y sistemática, la aplicación de las normas y procedimientos derivados de la legislación que compete a la Secretaría de salud incidir directamente en beneficio de la colectividad reflejando un mayor grado de cobertura y calidad, dando con ello, respuesta a una de las necesidades que considera la procura existencial por parte del Estado.

El gobierno federal ha identificado dentro de la estrategia que guiará el combate a la pobreza extrema dos vertientes: la descentralización del gasto y la participación de las comunidades. Tal esquema busca impulsar y promover el fortalecimiento del federalismo contrario a un centralismo excesivo que inhibe la iniciativa y las capacidades locales, para atender y resolver los problemas en su lugar de origen. El federalismo implica la transferencia a los estados de las responsabilidades que les corresponde afrontar, acompañada de los recursos que les permitan solventarlas. En este contexto el PAC es un lineamiento de acción ya que busca dotar a las localidades de los instrumentos no sólo para resanar carencias, sino para darles un alivio diferentes. El PAC entonces, es una estrategia que no garantiza el desarrollo de las comunidades atendidas; puesto que su actividad es sumamente curativa, no se abate el índice de pobreza, marginación, etc., de las zonas “beneficiadas” con este Programa. Son acciones de atención en el primer nivel, que si bien se ha desarrollado oportunamente, se requieren de acciones integrales para el desarrollo y crecimiento de las comunidades, en especial de las poblaciones indígenas que habitan en el Estado de Oaxaca, que por su población resultan un sector importante de atención no sólo de solventar un problema de enfermedad, sino en general, de buscar las formas para que se inserten en los

amplios sectores sociales que ha marcado el sistema capitalista en México. Buscar medidas económicas para elevar el desarrollo productivo del campo, que la economía tome parámetros para encauzar a los grupos rurales marginados no a una superación personal, sino social. En esta medida se abatirán los índices de pobreza, desnutrición, analfabetismo etc. Las formas de participación comunitaria en la solución de los problemas locales con apoyo del gobierno, no la forma paternalista que ha venido funcionando, cambiar la mentalidad para que tanto sociedad como Estado participen de manera democrática y profunda en la planeación y solución de los problemas en un desarrollo integral; ya que actualmente lo que se hace en materia de programación y acciones Estatales no es muy diferente a como se maneja a una empresa; año con año se fijan planes, metas, objetivos y programas que periódicamente evalúan. No es una evaluación del proyecto para saber si es bueno o malo, sino para corregir y alcanzar las metas. En ocasiones incluso los mismos objetivos y metas deben adaptarse, el reto de la Reforma del Sector Salud implica una gran responsabilidad ya que su producto final es el tan anhelado ***bienestar social***.

FUENTES

146

BIBLIOGRAFIA

- Aldama Bay, Ignacio (Coord). Salud y crisis en México. Textos para un debate. México, CIH-UNAM, SXXI, 1990, 343 p.
- Altusser, Louis. Ideología y aparato ideológico del Estado. Medellín, Ediciones PEPE, 1978
- Bassols B, Angel Estado, federalismo y concentración en México. México, Ed. Fiscal-UNAM, 1981.
- Boltvinik Kalinka, Julio. Pobreza y estratificación social en México. México, INEGI, 1994, 111 p.
- Córdova, Arnaldo. "Política e ideología dominante". En Ideología y Ciencias Sociales. México, UNAM, 1979.
- Cueva, Agustín. La concepción marxista de las clases sociales. México, FCPyS (CELA) UNAM, s/f
- De la Madrid Hurtado, Miguel. Las razones y las obras. Quinto año de gobierno. México, Unidad de la crónica presidencial, 1987 1200 p.
- Fidler, Armin. Políticas del Banco Mundial en Materia de Salud. El Banco Mundial, 1996.
- Gandy, Ross. Introducción a la sociología histórica marxista. México, ERA, 1978.
- Giner, S. Ensayos civiles. Barcelona, Ed. Península, 1987.
- Guerrero, Omar. La administración pública del Estado capitalista. México, Ediciones Fontamara, 1981.
- Guerrero, Omar. Introducción a la administración pública. México, Ed. Harla, 1985.
- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la salud en México. México, Trillas, 1988, 110 p
- Gramsci, Antonio. La política y el Estado Moderno. México, Premia Editora, 1985 174 p.
- Kumate, Jesús (Coord). et. al. La salud de los mexicanos y la medicina en México. México, El Colegio Nacional de México, 1977. 482Pp.
- Kunz, Ignacio. Regionalización socioeconómica y de salud de la república mexicana. México, Secretaría de Salud, 1986, 126 p.
- Lenin, Vladimir I. "El Estado y la Revolución". En Obras Escogidas. Tomo II, Moscú, Progreso, 1978.
- López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. México. S XII, 1986, 247 p.

- Mercado Calderón, Francisco. Medicina ¿para quién?. México, Editores Nueva Sociología, 1980.
- Milton, Terris. La revolución epidemiológica y la medicina social. México. S XXI, 1980.
- Moreno Cueto, Enrique. et.al Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México, IMSS., 1982, 93 p.
- Muñoz, Humberto. et.al. "Migración y desigualdad en la ciudad de México." En El perfil de México en 1980. México, SXXI, 1980.
- Narro, Robles, José. La seguridad social y el Estado mexicano. México, 1985
- Niels, Anderson. Sociología de la comunidad urbana. México, F.C.E., 1981, 595 p
- Parsons, Talcott. El sistema social. 1976.
- Poulantzas, Nicos. Clases sociales en el capitalismo. México, S XII, 1976, 312 p..
- Pozas Horcasitas., R. Las ciencias sociales en los años noventa. México, UNAM, 1993
- Rodas Carpizo, A. Estructura socioeconómica de México. México, LIMUSA, 1990, 241p.
- Rodríguez Chaurnet, Dinah. "El sistema alimentario mexicano". En Problemas de Desarrollo. Vol VI, núm. 41, enero-abril 1980.
- Sigerist, Henry. Hitos en la historia de la salud pública. 4a. Edición, México, S XII, 1990, 98 p.
- Soberón G., Ruiz, I. et al. Hacia un sistema nacional de salud. Vol I, México, Comisión de Salud y Seguridad Social. Coordinación de Servicios de Salud, UNAM, 1988, 373 p.
- Soberón, G., Kumate J., Laguna, J. (Comps). La salud en México: testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural. Tomo I, México, SSA-FCE, 1988, 373 p.
- Soberón, G., Kumate J., Laguna, J. (Comps). La salud en México: testimonios 1988. Problemas y programas de salud. Tomo II México, SSA-FCE 1988, 313 p.
- Timio, Mario. Clases sociales y enfermedad. México, Nueva Imagen, 1981.
- Torres, Blanca. (Coomp). Descentralización y democracia en México. México, El Colegio de México, 1986.
- Uikel, Luis. El Desarrollo urbano de México: diagnóstico e implicaciones futuras. México, El Colegio de México, 1976, 476 p.
- Ward, Peter. Políticas de bienestar social en México. 1970-1989. México, Nueva Imagen, 1989 246 p.
- Zolla, C.; Del Bosque S., et.al. Medicina tradicional y enfermedad. México, Ed. CIESS-IMSS, 1993.

TESIS

- Alvarez De la Borbonia Ma. Del Carmen. Patología de las clases sociales en México. México, UNAM-FCPyS, 1979, 168 p.
- Benet Juárez, Ma. Guadalupe Enfoque sociológico de los planes de salud para la población marginada. México, UNAM., FCPyS, 1986, 169-P
- Calderón Infante, Juan Pedro. La dirección administrativa del Estado mexicano ante la salud de la población abierta: 1982-1995 México, UNAM-FCPyS, 1996, 132 p.
- Castellanos Molliendo, Rosendo. Extensión de cobertura de los servicios médicos al campo 1970-1980. México, UNAM-FCPyS, 1980, 151 p.
- Guerrero Orozco, Omar. La administración pública de las instituciones de salud en México. México, UNAM., FCPyS, 1990
- Rojas Soriano, Raúl. Análisis sociológico de las políticas de extensión de cobertura de los servicios de salud en México. México, UNAM., FCPyS, 1982.
- Rojas Soriano Raúl. Explotación y enfermedad de la clase obrera (el caso del proletariado industrial mexicano 1970-1982). México, U.N.A.M., FCP y S, 1982, 366 p.
- Silva Ricaño, Arnulfo. La seguridad social y su influencia en el desarrollo económico-social de México. México, U.N.A.M.-FCPyS, 1982.
- Torres Alvarado, Ma. Guadalupe. Consideraciones teórico-metodológicas sobre la práctica médica en México. Tesis, UNAM-ENEP-Aragón, 1992, 173 p.
- Velazquez Sosa, Raúl. Política de salud y asistencia social en México 1982-1988. México, U.N.A.M., FCP y S, 1991, 207 p.

PROGRAMAS

Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.

Programa Nacional de Alimentación 1989-1994. México, 1989 80 p.

Programa Nacional de Salud 1990-1994.

México, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud, 1990, 78 p.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud, 1995

LEGISLACIONES

Nueva Ley del Seguro Social 1997. México, IMSS.

Ley del ISSSTE. México, 1995.

Ley General de Salud. México, 1995.

PROGRAMAS

Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.

Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.

Programa Nacional de Alimentación 1989-1994. México, 1989. 80 p.

Programa Nacional de Salud 1990-1994.

México, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud, 1990, 78 p.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México, Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud, 1995.

LEGISLACIONES

Nueva Ley del Seguro Social 1997. México, IMSS.

Ley del ISSSTE. México, 1995.

Ley General de Salud México, 1995.

OTROS DOCUMENTOS

- Almada Bay, Ignacio. "Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad" Nexos. México No 149 (mayo 1990) p. 63-72
- Alvarado Ramírez, José Antonio, Schlam, Deborah, "Planeación y programación. estrategias para la optimización de recursos financieros". En Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.
- Banco Mundial. "Financiamiento de acciones estratégicas de salud en México: El proyecto del Banco Mundial." Informe del Consejo Nacional de Salud. México, Secretaría de Salud, 1995.
- Bonilla Castañeda Javier. "Aspectos Generales del programa de Reforma del Sector Salud". En Análisis e Integración del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.
- CNS-SA "Diagnóstico nacional de cobertura de servicios" Informe del Consejo de Comisión. Consejo Nacional de Salud. México, Secretaría de salud, 1995
- CONAPO "Municipios por entidad según grado de marginación". En Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, CONAPO y Comisión Nacional del Agua, Nov, 1994.
- CONAPO "Población indígena, municipios y grado de marginación 1990". En Desigualdad regional y marginación municipal en México México, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, Nov, 1994.
- De la Fuente, Juan Ramón. "Las prioridades de la Reforma del Sector Salud". Memoria de la reunión de difusión y análisis del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.
- Fidler, Armin. "Políticas del Banco Mundial en materia de salud". Informe de lineamientos de financiamiento. El Banco Mundial. 1996
- Gutiérrez, Elvia. "Retorno de epidemias, señal de retroceso en salud pública" El Financiero. México 6 de junio de 1990 p 16
- INAP Ruiz Chávez M, Lara Ponte R. "La salud y el municipio". México, INAP-Secretaría de Salud. Cuadernos de fortalecimiento municipal No. 1, 1988, 61 p.
- INEGI. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto. México, 1994.
- INEGI. Hablantes de lengua indígena. Perfil sociodemográfico 1995.
- INEGI. Hombres y mujeres de México. Programa Nacional de la Mujer. 1997.
- INEGI. Niveles de bienestar social en México. "Clasificación de los municipios según sus aspectos demográficos". México, 1993.

- INEGI. Perfil sociodemográfico de Oaxaca. Censo de Población y Vivienda 1995 México, 1997.
- Palma, Eduardo, La descentralización desde una perspectiva política. Documento de la CEPAL No CPROD/90, 1983.
- Ruiz Massieu, Francisco "La modernidad administrativa en el pensamiento presidencial y la Secretaría de Salud". En Revista de Administración Pública. México, No. 69-70 enero-junio, INAP.
- SS "Base legal y normativa del programa de Ampliación de Cobertura" En Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.
- SS "Causas de muerte en México" Hechos en Salud 1990, Epidemiología México, Secretaría de Salud, 1990
- SS "Causas de mortalidad y nivel de marginación. Aspectos relevantes de la mortalidad 1993". En Perfiles estadísticos. México, No. 8, Secretaría de Salud. 1993.
- SS "La situación de la salud en los Estados de Oaxaca y Nuevo León". Informe de la Subsecretaría de Planeación. Sistema Nacional de Salud. México, Secretaría de Salud, 1996.
- SS "Localidades con población sin acceso a los servicios de salud". En Estudio de Regionalización Operativa. México, Consejo Nacional de Salud, Secretaría de Salud, 1995.
- SS "Marco General del Programa de Ampliación de Cobertura". En Lineamientos de Operación. Cuadernos Técnicos, México, Secretaría de Salud, 1996.
- SS Memoria del Primer Taller de Análisis e integración Operativa del Programa de Ampliación de Cobertura. México, Secretaría de Salud, 1996.
- SS "Mortalidad 1994. Cifras preliminares". Informe del Departamento de Estadística e informática. Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salud, 1995..
- SS "Población por tamaño de localidad 1990". En Desigualdad regional y marginación municipal en México. México, Consejo Nacional de Población y Comisión Nacional del Agua, Nov, 1994.
- SS "Población objetivo del Programa de Ampliación de Cobertura. En Lineamientos de Operación. Cuadernos Técnicos, México, Secretaría de Salud, 1996.
- UAM Crisis agrícola y políticas de modernización. Revista Sociológica. Mayo-agosto 1990, año 5, No. 13. Universidad Autónoma Metropolitana.
- UAM Perspectivas y problemas teóricos de hoy. Revista Sociológica. Septiembre-diciembre, 1992, año 5, No. 20. Universidad Autónoma Metropolitana