



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**“NUEVAS TENDENCIAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD EN
LA ATENCIÓN PRIMARIA; LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
COMO BASE DE LA AUTOGESTIÓN Y DESARROLLO LOCAL.
PROGRAMA IMSS OPORTUNIDADES”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA
P R E S E N T A :
LILIANA PÉREZ JIMÉNEZ

**ASESOR:
DR. ENRIQUE CONTRERAS SUAREZ**



MÉXICO, D.F.

MAYO, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Los sueños son deseos, los deseos son metas, las metas son esfuerzo, el esfuerzo es conseguir logros y los logros son el cumplimiento de los sueños....

Gracias a la vida y a Dios por poder cumplir este sueño...

Gracias Papí y Mamí por su cariño, por enseñarme a luchar y ayudarme a trazar mis metas...

Gracias Dr. Enrique por estar conmigo en el esfuerzo al brindarme sus experiencias, su conocimiento y su paciencia...

Gracias a todos aquellos que me apoyaron incondicionalmente para conseguir mis logros...

Gracias Toño y Rodrí por su amor y por hacer realidad otro de mis más importantes sueños en la vida....

“Todos los problemas individuales en el campo de la salud humana pueden resolverse y finalmente así sucederá, ya sea que tengan relación con determinados peligros que deban superarse o con exigencias específicas que deban satisfacerse. Pero resolver los problemas patológicos no es lo mismo que crear salud y felicidad. Esta tarea exige una sabiduría y una visión que trasciendan el mero conocimiento de los remedios y los tratamientos y que capture todas las complejidades y las sutilezas inherentes a la relación entre seres vivos y su medio. La salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria”.

RENE DUBUS
EL ESPEJISMO DE LA SALUD

INDICE

Introducción

Capítulo I

Atención a la salud en América Latina y México; sistemas, limitantes, crisis y alternativas

1.1	La atención a la Salud; necesidad básica, responsabilidad del Estado.....	8
1.2	Pobreza y marginalidad, principales limitantes para la atención a la salud.....	16
1.3	Sistemas de salud en América Latina y México; deficiencias y modelos rebasados.....	22
1.4	Reformas a los sistemas nacionales de atención a la salud.....	46
1.5	Inversión en capital humano; educación, participación y organización, una alternativa para el combate a la pobreza en el campo de la salud.....	55
1.5.1	La corresponsabilidad y el trabajo preventivo.....	59
1.5.2	Capital Social.....	67
1.5.3	La asignación de responsabilidades.....	71
1.5.4	La atención primaria a la salud, estrategia internacional para la inversión y participación del capital humano.....	79

Capítulo II

Pobreza rural y la atención a la salud en México, el Programa IMSS Oportunidades, un ejemplo de la corresponsabilidad social.

2.1	La atención a la salud en México desde los años 70s.....	88
2.2	La atención primaria a la salud en poblaciones rurales; el principal reto de la política social en México.....	92
2.3	Una opción para el México rural; COPLAMAR, IMSS Solidaridad, IMSS Oportunidades, la transición; del autocuidado de la salud a la participación comunitaria.....	102
2.3.1	Organización y funcionamiento del Programa IMSS Oportunidades; impacto y permanencia social.....	109
2.3.2	La suma de esfuerzos, los resultados en cifras.....	112

La participación comunitaria, eje prioritario para el combate a la pobreza (inversión en capital humano en IMSS Oportunidades)

2.4 La Participación Comunitaria, base de la permanencia de los Programas Sociales.....	122
2.5 La participación comunitaria en el Programa IMSS Oportunidades; el principio de corresponsabilidad.....	124
2.5.1 La participación de los grupos voluntarios.....	127
2.5.2 Los proyectos productivos en el medio rural.....	132
2.5.2.1 Los proyectos productivos un ejemplo de participación colectiva.....	133

Capítulo III

Aspectos condicionantes para la continuidad y el éxito de los Programas de Atención; el déficit en la inversión del capital humano. Caso IMSS Oportunidades hoy

3.1 Estancamiento social, permanencia de la pobreza y efectos contrarios de los Programas de Atención a la salud.....	135
3.2 El Déficit de la Participación Comunitaria; aspectos condicionantes.....	140
3.2.1 La aparición de nuevas enfermedades, envejecimiento de la población y nuevos modos de vida.....	141
3.2.2 Disparidades económicas, urbanización de la pobreza y movilización social.....	147
3.2.3 El empirismo en el Programa y la ausencia innecesaria de la academia.....	149
3.2.4 La pérdida del trabajo comunitario.....	150
3.2.5 Los obstáculos comunitarios; el Modelo rebasado.....	154
3.2.6 El cambio, la promoción a la salud y los obstáculos institucionales fin del Programa IMSS Oportunidades.....	165

Trascendencia y efectos de la Participación Comunitaria en el Programa IMSS Oportunidades. Estudios de Caso.

3.2.7 Localidades Modelo, exitosa participación comunitaria.....	170
• Participación por parte de estructura voluntaria y familiar	
• Proyectos productivos exitosos	
• Participación consolidada por autoridades locales	

3.2.8 Comunidades Renuentes, desintegración comunitaria.....	183
• Pobreza Cultural	
• Incumplimiento al principio de corresponsabilidad	
• Escasa participación comunitaria	
3.2.9 Comunidades Divididas, condicionadas por situaciones políticas y culturales.....	192
• Familias Oportunidades y No Oportunidades	
• Autoridades Locales y Religión	
3.2.10 Comunidades obstaculizadas, limitantes institucionales.....	195
• Exigencia institucional	
• Aspectos laborales	
3.3 Análisis de resultados. La participación social y su correlación con el índice de pobreza y marginación.....	201
3.4 El Programa IMSS Oportunidades hoy, a más de 27 años de permanencia. Estrategias de permanencia.....	209
Conclusiones Generales.....	214
Bibliografía.....	229

INTRODUCCIÓN

El desarrollo incesante de la pobreza en México, la marcada exclusión de los sectores sociales a las oportunidades de crecimiento, el desacierto de las acciones y los esquemas que han sido enfocados a satisfacer las demandas sociales y la infructuosa aplicación de diversos Programas y estrategias de política social son algunas de las características constantes y más representativas del sistema social mexicano.

Es decir, en México es común identificar la conformación de cientos de Programas y estrategias que buscan atender las necesidades básicas de la sociedad; sin embargo el éxito que han tenido dichos Programas puede identificarse en los niveles de pobreza que alcanza la población que benefician, así como también, en la permanencia e impacto de estos en la historia del país.

Cuando los analistas y estudiosos de la materia se preguntan en realidad donde se encuentra el problema que obstaculiza el crecimiento y el desarrollo de una nación, comúnmente y durante toda las veces el análisis es llevado a la parte financiera y/o presupuestal así como a los intereses políticos que determinan el rumbo de las estrategias, que si bien no podemos negar son las partes más importantes para el funcionamiento de cualquier acción llámese proyecto, plan, estrategia, sector, prioridad; si es cierto también que esos factores son únicamente una de los tantos elementos que pudieran condicionar el éxito de cualquier estrategia o Programa de política social para su resultado con la población.

México comúnmente es percibido como un país con insuficiencia presupuestal e inmadurez política, al ser así es común identificar entonces una serie de inconsistencias y fracasos en los sectores más representativos para el desarrollo de una nación. La educación, salud y alimentación son los sectores más importantes, pero a la vez son las demandas sociales que ocupan un pilar fundamental para obtener el desarrollo y crecimiento como nación ya que su funcionamiento y la correcta aplicación de estos esquemas definen la estabilidad y sustentabilidad del país; más en México son sectores insuficientes, que no garantizan una satisfacción.

Ante lo expuesto, el trabajo que a continuación se presenta, busca adoptar un especial interés por analizar más de cerca algunos Programas y estrategias enfocados al sector salud, ya que este sector es uno de los que garantizan el rendimiento y la efectividad de la población para el avance de cualquier nación y porque a la vez y contradictoriamente es uno de los sectores que presenta mayores carencias y rezagos en su desempeño y cumplimiento con la población.

Efectivamente el análisis de este sector buscará llevar a cabo una reflexión desde un punto de vista que vaya más allá del punto financiero; es decir el análisis de este trabajo tiene como objetivo identificar a partir de una serie de resultados operativos las deficiencias y los logros de un Programa de atención a la salud en población abierta, tomando como directriz para esta reflexión la aplicación de estrategias encaminadas por el modelo de atención integral de la salud y su efectividad a través de la inversión del capital humano y la construcción de un capital social.

Es muy importante comentar que en esta investigación debe entenderse el concepto de desarrollo del capital humano en el sentido estricto de la inversión que pudieran realizar los Programas sociales directamente en las personas, en las colectividades y en el desarrollo de sus potencialidades; las cuales construirán posteriormente las redes sociales o de capital social representadas a través del conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promoverán nuevamente como inicio del ciclo, la confianza y la cooperación entre las personas, las comunidades y las sociedades en su conjunto.

Derivado de lo anterior, esta investigación reflexiona y considera importante pensar que a estas alturas y dentro de una sociedad como la nuestra con esquemas de trabajo que se basan en lo productivo y en lo empresarial, ¿que pasaría si el sistema de atención a la salud por ejemplo, apostara con mayor fuerza a la parte preventiva más que a la asistencial para conseguir impactos permanentes y significativos en el plano de la salud (representando esta parte preventiva a través de estrategias de formación y participación de la población)? o bien ¿que pasaría si los Programas de atención destinaran una inversión importante a la capacitación y orientación de la población con relación al autocuidado de su salud, además de la inversión y gasto en medicamentos e infraestructura?; probablemente (y con el fin de demostrarlo o refutarlo en esta investigación), los Programa de Política Social tendrían un

impacto permanente en el trabajo con la gente, o tal vez el gasto en salud por el gobierno serían igual que hasta ahora pero la inversión podría ser destinada para necesidades diferentes y no para los eternos gastos que implican el no avanzar en padecimientos que son repetidores, controlados y asistidos pero no erradicados, o bien (y aunque no se asimile la importancia hasta el momento) se podría conseguir con ese esquema el generar una responsabilidad compartida de la población con el Estado, logro que de ser así garantizaría un avance representativo no solo en la esfera de salud, sino en la parte social y económica del país.

La presente investigación ha tomado como vertiente para soportar las inquietudes antes comentadas un análisis exhaustivo de las poblaciones que intervienen en Programas de atención a la salud del gobierno federal, principalmente, el que corresponde al IMSS Oportunidades, en el cual laboro y que define en sus directrices aparte del aspecto médico y de salud, el aspecto relacionado al impacto sicosocial y cultural que ha dejado entre la población campesina e indígena beneficiada por este Programa en el transcurso de este tiempo a través de dos aspectos fundamentales: a) la satisfacción a las necesidades y demandas de salud, y b) la importancia y el efecto que ha dejado la acción comunitaria como principal estrategia para el acercamiento y respuesta de corresponsabilidad asumida por la población.

Derivado del marco anterior, el trabajo se divide en tres capítulos fundamentales en los cuales se trata ordenadamente de establecer, en un primer capítulo, la situación que define el panorama actual de salud tanto en México como en América Latina y la necesidad de una reforma a estos esquemas de atención incluyendo en ello a la seguridad social. Derivado de este análisis se incluye en este mismo capítulo una reflexión metodológica y conceptual de la importancia y la alternativa que podría representar para diferentes actores (incluyendo al Estado), la corresponsabilidad social a través de la asignación de responsabilidades como una base para consolidar las acciones preventivas en el sector salud. La conclusión en este apartado, busca ofrecer bajo el precepto del Modelo de Atención Integral a la Salud, una nueva línea de acción a las políticas sociales de salud donde la concepción de la atención primaria sea una estrategia nacional para el impulso de este sector y el impacto permanente de las acciones se sustente a través de la inversión del Estado en la participación y desarrollo del capital humano.

El segundo capítulo define y da a conocer por medio del Programa IMSS Oportunidades, la adecuación y funcionalidad del Modelo de Atención Integral a la Salud en México, la forma en que a través de este Programa ha respondido la población que habita zonas marginadas y de difícil acceso en el tema de salud; así como conocer sus efectos, estrategias, resultados, estructura pero sobre todo los logros y las limitantes del mismo Programa, tratando de identificar la justificación que nos permite comprender su permanencia como Programa de atención a la salud por más de 27 años.

He considerado el tercer capítulo como el más importante que sostendrá el tema de mi investigación, ya que a partir de casos reales investigados dentro de mi estancia en el Programa, se buscará comprobar la importancia que tiene o no la participación directa de la comunidad, las posibilidades para lograrla autogestiva o bien las posibilidades de ser participes de su propio desarrollo; a partir de estos estudios de caso se buscará definir el impacto de la inversión del desarrollo de capital humano y los efectos de la inversión en el capital social por parte del Estado en sociedades desfavorecidas y se podrá establecer y aseverar el comportamiento de las colectividades ante la falta de satisfactores, es decir; si ha mayor pobreza, existe mayor participación o ha mayor pobreza se identifica menor participación social. Pero sobre todo, este capítulo busca ofrecer una alternativa a los Programas federales y/o de gobierno a fin de reflexionar desde un punto de vista social, el éxito y/o las posibilidades de impacto de este tipo de Programas que sustentan estos modelos de trabajo.

De una forma sencilla, esta investigación busca ofrecer también a los lectores el poder identificar a través del análisis de un Programa federal, las limitantes institucionales más comunes que se presentan en la parte funcional de los diferentes Programas a fin de ofrecer diversos escenarios que permitan corregir los efectos contrarios en los que hasta el momento han incurrido algunos Programas de atención y/o el mismo Estado.

CAPITULO I

ATENCIÓN A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA y MEXICO; SISTEMAS, LIMITANTES Y ALTERNATIVAS

1.1 La atención a la Salud; necesidad básica, responsabilidad del Estado.

Toda organización social, individuo o comunidad tiene necesidades básicas que debe cubrir y satisfacer para lograr un desarrollo, permanencia y sustentabilidad en el medio; la satisfacción de esas necesidades mínimo indispensables permitirá el desarrollo de los individuos en el plano social, laboral, organizacional e individual y por consecuencia definirán también el grado de efectividad de las políticas sociales y de los gobiernos a través del nivel de desarrollo que experimentan las poblaciones. Por medio del grado de satisfacción a las necesidades básicas que el Estado proporcione a sus poblaciones se determinarán también los niveles y grados de pobreza de sus sociedades, asimismo se identificará la forma en que se distribuyen los satisfactores ante estas necesidades y se verá representado obligadamente el grado de desigualdad e inequidad que se origina entre la población.

La alimentación, educación, salud, vivienda y servicios públicos generales son algunas de las necesidades básicas que el Estado en su papel de rector y benefactor debe otorgar de manera equitativa y justa entre la población, “independientemente” de la ubicación geográfica, clase social o grupo cultural al que pertenezcan estas sociedades.

La atención a los problemas de la distribución de los recursos públicos que propician la satisfacción de las necesidades básicas y la forma en que se distribuyen los mismos son actualmente temas centrales de las políticas públicas y de las políticas sociales de los países. Ante este esquema, por lo menos la educación, la salud y la alimentación como necesidades básicas son consideradas políticamente dentro de la expresión de igualdad y de justicia que propician los sistemas de gobierno para ofrecer una “vida digna” entre los pobladores de una nación; sin embargo, en la realidad actual latinoamericana, la mayoría de los sistemas educativos, de salud, incluso de alimentación han sido rebasados por las demandas de los sistemas políticos y de mercado más que por las necesidades de las mayorías quienes viven sin la calidad de vida requerida para el desarrollo de sus potencialidades.

Ante esta situación y quizá debido a la aparente crisis del Estado de Bienestar encargado de sufragar de manera equitativa las necesidades de la sociedad; las discusiones sobre justicia distributiva han cobrado un importante vigor. Retomemos una serie de conceptos que permitirá analizar de cerca la inequidad y ausencia de la satisfacción de las necesidades básicas entre las sociedades latinoamericanas a través de este principio.

Dentro de la distribución debe haber una equidad, es decir, una *justicia distributiva* ya que hablamos, por ejemplo, de los principios y las pautas de la distribución, de las características de los agentes o actores que reciben los beneficios, así como de la eficiencia y la justicia de los mecanismos de asignación. En el seno de esas discusiones es indispensable que cobre especial relevancia el concepto de “necesidades básicas”, puesto que este concepto designa un elemento primordial que debe ser atendido por cualquier política social a través de los principios de la justicia distributiva. Al entender los conceptos de distribución justa y satisfacción de los servicios, cualquier Estado podrá entender y proponer estrategias de combate efectivas a una dimensión dramática más difícil de solucionar que es la pobreza.

Comúnmente el problema de la pobreza se detecta por varios indicadores, entre los que sobresalen las características del hogar y la familia, el grado de desnutrición, y la posibilidad de adquirir la Canasta Normativa Básica¹. Actualmente existe en la mayoría de los países un interés en combatir la pobreza por su aspecto disfuncional, puesto que los pobres constituyen un freno para el desarrollo económico de un país. Sin embargo, no se aborda el problema desde la búsqueda de soluciones a la distribución desigual de satisfactores o a través de entender el aspecto ético del problema, ya que desde este punto de vista, la pobreza es un mal en sí mismo: quienes la padecen carecen de lo indispensable para ejercer el mínimo grado de autonomía y de capacidad para llevar a cabo ciertos planes de vida.

¹ El valor de la Canasta Alimentaria Normativa en México para un promedio de 4 integrantes en una familia desde diciembre de 1997 es de \$241,70 pesos mensuales. Si se incluye el factor de expansión en donde se consideran gastos que no se destinan al consumo de alimentos la Canasta aumenta a \$323,32 pesos.

Es importante que antes de llegar a un análisis más preciso del concepto de pobreza comprendamos la importancia de los factores que rodean la distribución y la satisfacción de las necesidades básicas:

Al hablar de necesidades básicas, hablamos también del concepto de equidad en la distribución de los servicios y en menor medida de la calidad de los servicios otorgados, los cuales son financiados por la capacidad fiscal del Estado, pero también rigurosamente proporcionados por el presupuesto asignado para estos servicios. Sin embargo, la pregunta hasta el momento sería saber cuál es el criterio utilizado por los gobiernos latinoamericanos para la distribución de los servicios y la satisfacción de necesidades, porque la posibilidad de acceso depende en muchos casos de las exigencias político económicas que rodean el funcionamiento de un país y por qué la calidad y la distribución de los servicios varía en gran medida en relación de un grupo social a otro. Para entenderlo revisaremos algunas de las teorías más importantes que respaldan el concepto de atención a necesidades básicas que nos permitirá entender la obligación que el Estado tiene para responder a estas necesidades, así como la posición de la población para exigir las y reconocerlas como una opción del desarrollo individual y colectivo.

Según Wiggins, "... en todos los mundos posibles en donde existan las mismas leyes de la naturaleza, las mismas condiciones ambientales y una determinada constitución humana, los seres humanos sufrirían un daño si no tienen acceso a los bienes básicos que las satisfagan...". Según este autor, "... caracterizar las necesidades básicas de esa manera es concebirlas como un concepto modal de cierto tipo que lleva consigo la idea de una situación y de un bien no negociable (o en las circunstancias no negociable) las cuales ofrecerán la única alternativa real a la adecuada satisfacción de las necesidades...".²; es decir, la carencia en la satisfacción de necesidades genera un daño permanente a los individuos que en cierto momento responderán al Estado.

Generalmente, la discusión sobre las necesidades se han dividido en dos grandes vertientes: por un lado, existen pensadores que las consideran obligadas y por otro lado hay quienes las consideran relativas al contexto cultural. Los defensores de la primera posición

² Derecho necesidades básicas y obligación institucional, Paulette Dieterlent, México UNAM, 1992

piensan que es posible hablar de necesidades básicas aplicables a cualquier ser humano independientemente de su historia y cultura. Por su parte, aquellos que defienden las segundas piensan que las necesidades son relativas a las circunstancias históricas y culturales y que por ello una política distributiva debe, como lo menciona Walzer, proporcionar a las comunidades étnicas ayuda financiera para Programas de atención y servicios de bienestar que tengan una orientación de grupo (Walter: 1996:149).

Estas vertientes, la Doctora en filosofía de la UNAM, Paulette Dieterlent, en su estudio *“Derechos, necesidades básicas y obligación institucional”* las interpreta de la siguiente forma:

“Podemos distinguir dos clases de posiciones relativistas en relación a la distribución de necesidades básicas. En la primera posición se encuentran los pensadores que rechazan una noción de necesidades con pretensiones esencialistas o universalistas, puesto que ésta dejaría de considerar las particularidades de cada cultura, provocando así actitudes paternalistas en los responsables de aplicar las políticas sociales. Esto se debe a que no es lo mismo distribuir los bienes que las personas desean, que aquello que los funcionarios creen que necesitan. Los defensores del relativismo cultural pregonan que ciertas políticas nacionales despojan a los individuos de su identidad al soslayar su pasado histórico y su entorno cultural. En la segunda posición relativista se encuentran aquellos que afirman que los conceptos que usamos en los discursos sobre las políticas sociales, tales como necesidades, desigualdad, pobreza, dependen del sujeto que hace la evaluación” (Sen:1982:446).

Aunadas a las posiciones que señala la doctora Dieterlent se encuentran las posiciones de otros autores que refutan las posiciones relativistas, defendiendo el esencialismo y la universalidad de las necesidades básicas como son Martha Nussbaum, quien descansa en la filosofía aristotélica, y por otro a Len Doyal, quien se adhiere a una visión kantiana.

Martha Nussbaum, propone una teoría de las funciones más importantes del ser humano que, una vez identificadas, servirán de punto de partida de las políticas sociales. Su posición comprende una visión filosófica interesante que respaldará en gran medida, junto con la visión de Len Doyal analizado más adelante, el interés de esta investigación y que es el comprender tanto los fines que persiguen los hombres, como una idea del contenido general

de la vida humana. Según Nussbaum, si rechazamos la noción de las necesidades básicas “esenciales” rechazaríamos una guía crucial para construir una teoría de la justicia distributiva que nos sirva para implementar las políticas públicas. Para ella, independientemente de las necesidades basadas en los servicios, existen necesidades individuales tal y como tener buena salud, estar suficientemente alimentado, tener alojamiento y libertad, imaginar pensar y razonar, relacionarse con personas y cosas fuera de nosotros mismos, formarse una concepción del bien y comprometerse a una reflexión crítica acerca de la planificación de la forma de vida, etc., que definen la efectividad de las necesidades cubiertas por los sistemas y la base para la construcción de las políticas públicas. Piensa que el grupo de necesidades básicas individuales también es lo suficientemente amplio como para incorporar diferencias culturales y sociales. También cree que una política social no debe guiar la conducta de los ciudadanos, sino procurar que éstos tengan los recursos y las condiciones necesarias para actuar como más les convenga para garantizar, de esta manera, que las oportunidades estén efectivamente disponibles (Nussbaum:1998:72).

Por otro lado, Doyal en su obra piensa que los intentos de ciertos pensadores por negar la existencia de necesidades básicas han sido populares pero meritoriamente superficiales. Dichos intentos son populares porque no es difícil sostener que las personas tienen sentimientos fuertes sobre sus necesidades básicas y sobre los cambios que éstas sufren dependiendo de las culturas. Así, según Doyal, las necesidades básicas son precondiciones universalizables que permiten la participación, tan activa como sea posible, en aquellas formas de vida que tanto los hombres como las mujeres pueden elegir si tuvieran la oportunidad de hacerlo. Para Doyal las necesidades básicas son la salud y la autonomía personal. De esta manera, para que las personas puedan actuar y sean responsables, deben tener determinada capacidad física y mental consistente en la posesión de un cuerpo que esté vivo, gobernado por todos los procesos causales relevantes y tener asimismo la competencia mental para deliberar y elegir. La competencia y la capacidad de elección constituyen el nivel más básico de autonomía personal. (Doyal:1998:157/172)

Resumiendo, en todas estas teorías se identifica la obligación y responsabilidad del Estado por satisfacer las necesidades básicas que se catalogan como el derecho que todo ciudadano debe gozar y exigir; ante esta visión, el concepto de necesidades se interpreta

como un esquema de derechos llamados de bienestar tal y como el derecho a la salud, la educación, la vivienda, alimentación, etc. que el estado en su carácter de benefactor debe cubrir; sin embargo, aunado a esta interpretación universalista, se puede observar también la responsabilidad otorgada a los individuos para que los elementos exigidos al Estado originen el desarrollo de una autonomía individual; es decir, precisar que las necesidades humanas derivan de las capacidades o potencialidades latentes en los seres humanos y la manera como estas capacidades son utilizadas. No podemos olvidar que las necesidades humanas son una expresión directa de estas dimensiones de lo humano; son capacidades en estado potencial que pueden ser actualizadas a través de la provisión de satisfactores adecuados. Dicho de otra forma, tanto el Estado como la sociedad no quedan exentos de derechos y obligaciones para garantizar la efectividad de políticas y estrategias destinadas a la atención de necesidades. El respeto a los derechos que amparan las libertades de exigencia debe generar obligaciones tanto en el Estado, como en los demás ciudadanos y con esto la efectividad de las políticas.

En la actualidad, es necesario identificar en el funcionamiento de un sistema de políticas públicas y sociales el papel real de los Estados que no tienen recursos suficientes para garantizar el servicio a todo aquel que lo demande, o bien que no tiene mecanismos para vigilar no sólo la cantidad de servicios que se requieren para cubrir la demanda sino también la calidad. En las sociedades latinoamericanas, el juego de las relaciones de poder en la distribución del ingreso se manifiesta tanto en la órbita del mercado como en la del Estado. Quienes tienen poder económico y poder social moverán "opciones" bajo el imperio de las leyes del mercado". (Prebisch:1981:75); es decir, las personas que carecen de los medios necesarios de subsistencia dependen del ejercicio del poder de aquellos que pueden proporcionarles o negarles los medios de vida. Las necesidades básicas reflejan una falta de poder y por lo tanto una situación de vulnerabilidad de las sociedades frente al Estado; lo que es lo mismo, el papel de las élites locales de poder pueden moldear la expresión de las necesidades comunes.

Una manera de evitar que las personas que se encuentran en situación de pobreza extrema no sean vulnerables consiste en ofrecerles beneficios que puedan aceptar o rechazar (O'Neill:1998:108), es decir que a través del ejercicio de su autonomía individual, pueda ser partícipe junto con el Estado del proceso de la satisfacción de sus necesidades. La idea

principal que sustentaría esta acción serían los cambios en los principios fundamentales de las instituciones para eliminar las situaciones que ponen a las personas en un grado tal de vulnerabilidad que no pueden tener la capacidad de elegir o de rechazar aquello que se les ofrece. Es importante entender que en las sociedades de Latinoamérica, la falta de relación entre los derechos y las obligaciones origina que el lenguaje de los derechos sea insuficiente para incorporar las necesidades, y que por lo tanto se deba recurrir a un lenguaje que incorpore obligaciones. La dificultad con este enfoque radica en encontrar una obligación universal y aplicable tanto a los Estados como a los ciudadanos. (Idem:95/110).

Si en las sociedades, incorporamos junto al cambio más importante que es abolir las necesidades materiales, el abolir y entender las necesidades individuales, observaremos la posibilidad de ejercer el principio de autonomía mencionado por Doyal, puesto que permite que los agentes puedan sentirse responsables de las decisiones que toman y de sus consecuencias.

Es importante considerar que eliminar las situaciones de vulnerabilidad constituye una obligación tanto de las instituciones que implementan políticas sociales como de los ciudadanos. El cambio del lenguaje de los derechos a las obligaciones quizá permita que las instituciones encargadas de satisfacer las necesidades básicas tengan una actitud activa y responsable y no se conformen con sentir, pasivamente, que cumplieron con la demanda de un derecho.

En este trabajo al hablar de la responsabilidad de los ciudadanos en el proceso de satisfacción de sus necesidades no estamos justificando los errores económicos, políticos y sociales que el Estado ha tenido en el transcurso de los años, ni tampoco lo estamos evadiendo de su responsabilidad social; tampoco al hablar de la intervención de los ciudadanos en los procesos de satisfacción de sus necesidades, estamos apoyando la formación de un Estado paternalista que estará a satisfacción plena de las demandas sociales; en esta investigación se tratará de construir una aportación conceptual en la que la participación del Estado y de los individuos se base plenamente en un principio de corresponsabilidad y coordinación donde se identifiquen tanto las limitantes como las potencialidades de todos los actores que intervienen en la construcción del desarrollo social de los países.

Es real que no podemos dejar de lado que la participación del Estado en la atención a las necesidades y el funcionamiento de los Programas sociales institucionales tienen infinidad de limitantes, quizá el problema más importante sea que con frecuencia los Programas de combate a la pobreza extrema se convierten en botín de los políticos para adquirir beneficios electorales o para probar la “eficiencia” de sus administraciones. Otro problema se relaciona con los mecanismos para seleccionar a los beneficiarios y con los medios disponibles para denunciar las deficiencias que se presentan en la implementación de los Programas.

Comúnmente la oferta de los servicios de salud y educación, no responden a la demanda, tanto en cantidad como en calidad, de igual manera las instituciones responsables de poner en marcha los Programas sociales y de exigir que los ingresos destinados al combate a la pobreza y a la satisfacción de las necesidades básicas se ven afectados y/o involucrados por las crisis económicas que enfrenta el país, situación que jamás permitirá lograr la eficacia y la efectividad de las estrategias implementadas. Es evidente que la coordinación interinstitucional que en conjunto podría ser la que en cierta medida diera respuesta a las demandas, permanentemente se representa incompleta.

La satisfacción de necesidades y el problema de la pobreza requieren indispensablemente pensar en políticas sociales “integrales”, es decir, que combatan la pobreza desde todos los flancos y no sólo desde un punto de vista. Para esto se necesita la colaboración de diversas instituciones gubernamentales y la vigilancia permanente de la ciudadanía, a través de los poderes del Estado, de los grupos organizados, y de la opinión pública.

Es importante reiterar para concluir este capítulo que la pobreza (tema al que se tendrá un acercamiento en el siguiente apartado) no es un problema exclusivo del Estado; nuestra responsabilidad como ciudadanos consiste por un lado en buscar medios alternativos para combatirla, y por otro en conocer las obligaciones del Estado para exigir que las cumpla. Si nos mantenemos al margen de las políticas destinadas a combatir la pobreza, las obligaciones de procurar bienestar seguirán teniendo un nivel de simples manifiestos, y sólo aparecerán en el discurso de las campañas políticas de aquellos que aspiran a tener o mantener un cargo público. La pobreza ampliamente difundida y fortalecida por los mismos

actores sociales cumple un papel funcional al capitalismo de bienestar, al mantener bajos los salarios y alta la vulnerabilidad.

Hasta el momento, el problema de la pobreza y la proporción adecuada de satisfactores ha sido estudiado, principalmente en su dimensión funcional, desde el punto de vista de la economía, o bien, desde la línea política a través del análisis de los efectos políticos para el país o de la efectividad de los Programas para combatirla; es tiempo ahora de que nos empecemos a preocupar por el tema de la atención a las necesidades y la pobreza desde el análisis de la coordinación entre el Estado y la misma participación e intervención social.

Los siguientes capítulos que abarcan esta investigación tratarán de abordar este planeamiento específicamente desde el tema de la atención a la salud y la participación comunitaria para la satisfacción de necesidades a través de un Programa institucional apegado a la política social del país como lo es IMSS Oportunidades.

1.2 Pobreza y marginalidad, principales limitantes para la atención a la salud

Entre las necesidades básicas prioritarias, el tema de la salud ha sido central en la historia de la humanidad; el goce del grado máximo de salud es reconocido por las naciones del mundo como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social.

En el último siglo los avances científicos y el conocimiento de los procesos del binomio de la salud-enfermedad, han permitido reconocer que la carencia de salud está asociada a la pobreza, como un obstáculo al florecimiento de las capacidades de las personas. En recientes décadas organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas y la Organización Mundial para la Salud, convencidos de que las desigualdades existentes en materia de salud para la población son inaceptables política, social y económicamente, han ubicado sus objetivos y estrategias en la atención a la salud como factor básico para reducir la pobreza y como una estrategia internacional prioritaria para el desarrollo.

Para comprender la importancia de este tema empezaremos analizando los conceptos relacionados al interés central de este apartado, tal y como es, el cumplimiento de la atención para el cuidado de la salud, así como los significados que envuelven la relación entre pobreza, enfermedad y atención.

Empecemos entonces por el concepto de pobreza. Hasta el momento hemos encontrado en la literatura diversas definiciones de pobreza en las que se implican cuantificaciones diferentes y por lo tanto evaluaciones diversas sobre el proceso de desarrollo humano de los países, así como de las políticas y los recursos necesarios para los sectores sociales. Es importante mencionar que todas las definiciones y conceptos últimamente utilizados en este trabajo acerca de lo que exactamente significa "ser pobre", han sido acercamientos técnicos que han permitido debatir este tema, por tal motivo y siguiendo con el interés específico de esta investigación, no ahondaremos en el análisis teórico-filosófico de este concepto, ya que se retomará el análisis a través del mero concepto difundido en el documento "Reforma Social y Pobreza" del BID (BID/PNUD:1993) en donde los autores señalan y/o definen a la pobreza a partir de la siguiente interpretación:

"En su doble dimensión de bajos ingresos y de insatisfacción de necesidades básicas, la pobreza constituye la forma extrema de exclusión de los individuos y de las familias del eje de los procesos productivos, de la integración social y del acceso a las oportunidades". Es necesario enfatizar que este concepto incorpora en su definición nuevamente el concepto de ingresos y el de satisfacción de necesidades, sumándole además el de marginalidad; por lo cual, la importancia de utilizar este concepto se justifica al acercarnos más al objetivo de nuestro trabajo, el cual se fundamenta a la relación entre pobreza, atención a la salud y participación social.

Para entender la relación que existe entre pobreza y atención a la salud, es necesario identificar al igual que con el concepto de pobreza, un concepto que especifique claramente lo que para los gobiernos y las poblaciones es la atención a la salud.

A lo largo de la historia el concepto de salud ha sufrido múltiples transformaciones. En cierta época se le identificó como la ausencia de enfermedad y como un fenómeno estrictamente biológico, sin embargo, en las últimas décadas se ha visto la posibilidad de ampliar el contenido de éste término e incorporar en él elementos del bienestar. Así, a finales de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad" (OMS:1952). "La salud en la actualidad ya es considerada como un campo de encuentro de los fenómenos sociales, económicos, políticos y las acciones orientadas a garantizar el mejor nivel posible de salud, el cual conciernen no sólo al sector salud sino

también aquellos sectores encargados de garantizar un nivel adecuado en la satisfacción de otros indicadores como es la nutrición, educación, vivienda y servicios de bienestar social”.³ En este sentido, la salud puede considerarse como la variable dependiente de este conjunto de factores, y los servicios de salud, públicos e individuales, como los factores que median entre los determinantes sociales, políticos y económicos y el bienestar de la población.

Comúnmente, en la medición del proceso de salud enfermedad de las poblaciones, por lo general se utilizan indicadores que documentan sólo el componente biológico del proceso midiendo de manera indirecta la salud, es decir, midiendo los daños a la salud a través de evaluaciones de la morbilidad o de la mortalidad, lo que hace a este concepto de salud un indicador meramente cuantitativo; sin embargo al generar la fórmula que implica la forma en que se otorga la salud, es decir la atención a la salud, se transforma en la aplicación de un indicador cualitativo que nos permitirá identificar la calidad, la permanencia, el impacto y la equidad en la distribución de los servicios de salud entre la población.

Al considerar entonces estos conceptos, puede resultar clara la relación entre pobreza, deterioro de la salud y atención, al reconocer plenamente en las sociedades, situaciones “externas” que rodean a los individuos y que son independientes a un estado de salud, las cuales juegan un papel fundamental para generar los déficit de salud que profundizan y ayudan a perpetuar la pobreza, más aún cuando no existe una atención.

Por ejemplo: Nutrición y pobreza, en donde comúnmente la pobreza se identifica dentro de este padecimiento como una importante condición que contribuye directamente con el riesgo de enfermar y morir por causas bien identificadas. Los mecanismos en los que inicia el ciclo pobreza- enfermedad se expresan desde los momentos de la gestación, en los que la mala nutrición de la madre pobre, las características de su patrón de reproducción (edad, paridad, espaciamiento de embarazos, etc.) y la inapropiada atención prenatal y del parto que recibe, se asocian con elevada mortalidad infantil o con el alto riesgo de procrear niños con bajo peso al nacer y otras afecciones perinatales; y así, el ciclo enfermedad-pobreza continuará cuando la pérdida de la salud llegue a un sujeto y a su familia a condiciones de pobreza extrema.

³ Relación entre pobreza y salud. Evaluación de las reformas en políticas sociales, Sepúlveda Jaime, Montevideo, 1998.

Aunado a lo anterior, el ciclo de enfermedad y pobreza se verá interminable cuando se asocie a estos factores la falta de atención o a la inadecuada atención de la salud de estas poblaciones, trayendo consigo consecuencias que intervienen en aspectos familiares, sociales, laborales o educativos de los individuos. Por ejemplo; este hecho se exagera (pobreza-enfermedad-pobreza), cuando los jefes de familia dejan de generar ingresos por las consecuencias de su problema de salud, las familias pobres que tienen que afrontar tratamientos costosos que las llevan a realizar excesivos gastos para reparar la salud por no tener un sistema de atención adecuado, la falta de cumplimiento de los tratamientos prolongados o de rehabilitación y otros sucesos denominados como gastos catastróficos para la atención a la salud generarán situaciones que atrofian el desarrollo social de los individuos, de las comunidades y por ende de los países.

De acuerdo a información derivada de un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública sobre "Desigualdad, Pobreza y Salud en México" desarrollado en 1992, los principales problemas de salud en el mundo, recaen en la población de mujeres y niños con pobreza y pobreza extrema, identificándose los problemas en tres categorías exclusivas: aquellos relacionados con el proceso reproductivo, los de tipo carencial y los infecciosos, los cuales ciertamente para los tiempos actuales pueden solventarse o mitigarse con un número relativamente reducido de intervenciones por parte del Estado y del Gobierno, independientemente de los cambios estructurales en las políticas y estrategias que sin duda alguna, son imprescindibles. Estas son: a partir del incremento de la accesibilidad y optimización de la atención proporcionada en los servicios de salud materno infantil existentes, en la promoción de la lactancia materna, la regulación de la fecundidad, la prevención y control de las enfermedades infecciosas más frecuentes, y educación y vigilancia nutricional.

La carente atención de los servicios de salud en los países del tercer mundo entre ellos notoriamente México, conllevan a la permanencia indefinida de la interminable cadena de problemas no sólo relacionados a la salud de la población, sino a problemas de carácter educativo, familiar, laboral y social, que se reflejan en el rendimiento de un país. Tal y como profundizaremos más adelante, comúnmente en los países de América Latina, el problema de la atención a la salud de la población se ve reforzado por los servicios insuficientes de salud entre la población con altos grados de pobreza, por las soluciones curativas más que

preventivas que adopta el sector, por la nula calidad en la atención que propician las instituciones encargadas de sufragar esta necesidad, así como por las políticas que el Estado ha implementado erróneamente para satisfacer esta necesidad fundamental para cualquier población y la negación de identificar la importancia de ciertas estrategias necesarias en los sistemas de atención a la salud que garantizarían el desarrollo económico y social de los países.

La salud es la garantía para el funcionamiento y el rendimiento de un país, si este sector no es atendido correctamente desde la atención a la población vulnerable, los resultados en pocos años reflejarán un incremento de padecimiento más allá del carácter epidemiológico y originará un déficit en el financiamiento de este sector, tal y como puede analizarse en la siguiente tabla.

**Cuadro 1. Desigualdad, Pobreza y Salud en México
1980 - 1990**

CONCEPTO		CONDICIONANTES			
		Mujeres Pobres	Mujeres No Pobres	Niños > 5 años Pobres	Niños > 5 años No Pobres
Salud Materno Infantil		5 hijos \bar{x} 3 hijos \bar{x} a los 25 años 8 hijos \bar{x} a los 49 años	3 hijos \bar{x} 2 hijos \bar{x} a los 25 años 4 hijos \bar{x} a los 49 años	50% de los niños no son atendidos por alguna institución de salud	
		1 de c/4 mujeres embarazadas no reciben atención prenatal 50% mujeres inician control después del 1er trimestre	1 de c/20 mujeres embarazadas no reciben atención prenatal 100% mujeres tienen control prenatal desde el primer trimestre	35% no se les registra el peso al nacer 15% de nacimientos con peso registrado muestran bajo peso al nacer	3% de nacimientos con peso registrado muestran bajo peso al nacer
		1 de c/2 mujeres tienen parto en su domicilio o trayecto 3 de c/10 partos son atendidos en la seguridad social o servicios privados Riesgo de atención sin asistencia, 7 veces más que las mujeres no pobres	1 de c/10 mujeres tienen parto en su domicilio o trayecto 7 de c/10 partos son atendidos en la seguridad social o servicios privados		
Salud Reproductiva		Inicio de VR 15 a 17 años Madres Adolescentes Nunca usaron MPF	Inicio de VR 19 a 22 años Acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos		
Muertes Maternas (Tasa de 125.5/100.000)		Principal causa de muerte en comunidades de pobreza y pobreza extrema 30% de mujeres habitaban en comunidades de menos de 2,500 habitantes 70% de las muertes maternas son evitables 60% de las muertes maternas no eran derechohabientes 30% de las muertes eran mujeres con problemas nutricionales 45% más es el riesgo de muerte que las mujeres no pobres	La principal causa de muerte son tumores malignos		

CONCEPTO	CONDICIONANTES			
	Mujeres Pobres	Mujeres No Pobres	Niños > 5 años Pobres	Niños > 5 años No Pobres
Muerres Perinatales y de Menores de 5 años (23.8% de muertes registradas; tasa de 41.1 por 1000 nacidos vivos)			45% de las muertes registradas se encuentran en universos en pobreza y pobreza extrema El total de muertes evitables en niños menores de 5 años es de 38% La mayoría de las muertes tienen que ver con una mala alimentación de la madre y una inadecuada atención del parto La mayoría de muertes infantiles ocurren en el 1er. año de vida y un riesgo de dos veces más que los no pobres Un factor determinantes para las muertes de menores de 5 años es la desigualdad geográfica, el hábitad donde se desarrollan (que derivan problemas gastrointestinales) y la desnutrición	Los niños que habitan en comunidades con servicios básicos presentan un índice de 85% menor muertes La escolaridad de la madre diferencia las enfermedades y la posibilidad de muerte entre menores de 5 años

* Estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública, en 1992.

1.3 Sistemas de salud en América Latina y México; deficiencias y modelos rebasados

Pobreza en América Latina

Los países latinoamericanos están sometidos a una tensión creciente que se origina a partir de una compleja situación de cambios económicos y culturales, conflictos políticos e institucionales que se desarrollan como consecuencia del llamado proceso de globalización que las economías capitalistas expanden en los sistemas de gobierno de los países subdesarrollados.

A causa de este acercamiento en el que la forzada incursión de los países del tercer mundo al mercado mundial ha obedecido al creciente e ilimitado número de desafíos y limitantes,

podemos comprender que América Latina se encuentre considerada dentro de los continentes con un índice de pobreza considerable en el mundo, ya que entre otros resultados podemos expresar que apenas siete países que se encuentran dentro del continente presentan un crecimiento anual del PIB del 3%, esto principalmente como causa de la extracción del excedente por la deuda externa y por la manera de integración de la periferia al centro capitalista, durante los últimos años.

La crisis y el desarrollo de la pobreza en América Latina pueden resumirse y entenderse en las últimas dos décadas, de la siguiente forma:

En América Latina, “Las exportaciones crecen con un ritmo anual de 3.2% entre 1980 y 1988, dirigiendo su excedente al pago de la deuda externa, la cual crece como proporción de las exportaciones del 34 al 50% (entre 1980 y 1986). Entre los mismos ocho años decrecen la inversión por habitante en un 5.4% y las importaciones en términos reales en un 4.1%. En tanto el crecimiento anual del consumo privado por habitante es pequeño (1%) y el público es raquítico (0.2%). La relación entre la inversión total y el PIB es menor en los 90s que en los 70s. En el caso de México, el ahorro externo aumentó de un 3.6% a un 7.0% del PIB entre 1990-1991 y 1993-1994, mientras que el ahorro nacional disminuía del 18.5% al 15.16%”⁴

“En los primeros años de esta década mejora la proporción del pago de la deuda externa sobre las exportaciones de bienes y servicios, al ubicarse en 1994 en un 20%, por debajo del nivel alcanzado en 1980. Sin embargo, los precios internacionales de los productos básicos de exportación de los países periféricos sufren un descenso del 45% durante finales de la década de los ochenta. Estos países participan en el comercio mundial insignificante frente a la participación de 350 empresas multinacionales que controlan el 40% del comercio mundial (0.3% únicamente) y esta participación se reduce a la mitad, en comparación a lo alcanzado en la década de los setenta. Con la globalización, el comercio mundial experimenta un incremento de 290'000 millones de dólares estadounidenses, en el transcurso de la década pasada”.⁵

⁴ “La producción de bienes y servicios básicos en México y las alternativas de desarrollo”. Contreras Suárez, México, D.F, UNAM, 2001.

⁵Reforma Social y Pobreza BID/PNUD 1997 pag. 94

Pasando a otro rubro, “El bajo nivel de inversión y la crisis fiscal del estado, especialmente severa en algunos países, repercuten negativamente en el crecimiento del mercado laboral y de la productividad. Los nuevos empleos ofrecidos son de mala calidad, 84 de cada 100 empleos ofrecidos pertenecen al sector informal. El desempleo crece en la región del 5.8% de la PEA en 1991 al 7.7% en 1996. El salario mínimo real de 1995 comparado con el de 1980 es menor en 13 de 17 países, situación que afecta gravemente la capacidad sindical para negociar mejores condiciones de trabajo. Entre el 30 y el 50% de los asalariados ocupados en empresas reguladas viven en pobreza”.⁶

El menor logro del neoliberalismo latinoamericano está en la inequidad, básicamente por la baja demanda de empleos formales, la intensificación de disparidades salariales, los efectos regresivos del ajuste sobre las tasas de interés de los salarios reales y la baja eficiencia de Programas para aliviar la pobreza, minimizados con presupuestos reducidos que ya habían demostrado para el periodo 1965-1981 que en 18 países latinoamericanos la entrada del capital externo podía unirse a una distribución regresiva del ingreso del factor del salario (G. Rosenthal:1996:14, M. Pastor:1987).

En resumen y como compendio a las cifras explícitas anteriormente, entre 1987 y 1993 el porcentaje de la población latinoamericana ubicada por debajo de la línea de pobreza y calculada por el PNUD, sube del 22 al 24%. Esta última cifra equivale para este Programa internacional, en la última fecha mencionada, a 110 millones de personas. Según la CEPAL esta cifra se dobla. La información estadística de la CEPAL para las líneas de pobreza cubre a 19 países y al periodo 1970-1994 (Ídem).

“En 1994, la pobreza en América Latina ataca a casi 210 millones de personas, la mitad de las cuales vive en la indigencia. Mientras que esta última es en términos absolutos casi igual de importante en el campo y en la ciudad, la pobreza moderada es básicamente un problema urbano. Durante la década pasada, las economías de la región agregan anualmente 6.2 millones de pobres (3 millones de indigentes y 3.2 de millones de pobres moderados)”⁷.

⁶La dimensión de la pobreza en América Latina, CEPAL, 1997, pag.12-16 y cuadro II-4)

⁷ Ib. Idem.

Para concluir; a pesar de que para la segunda mitad de los años 90s Latinoamérica tiene un repunte hacia la estabilidad económica como en el caso de Chile, los países del continente para el nuevo siglo presentan la desigualdad en el ingreso entre los hogares más alta del mundo, ya que la diferencia de ingreso con los países más ricos del mundo es de 19 veces mayor ingreso de los países ricos, contra 8 veces en relación a los países pobres, de la misma forma la relación entre el gasto destinado a servicios básicos como la salud y la educación es mucho menor en comparación al gasto militar por citar algún ejemplo (PNUD:1997:43).

Es evidente con los datos anteriores saber que gran parte de la conformación de los sistemas económico políticos de los países latinoamericanos basan sus construcciones en sistemas capitalistas (globalizados) de primer mundo muy superiores a los sistemas de mercado y de gobierno conformados en los países latinos, lo cual origina una marcada diferencia social al beneficiar y otorgar el poder a solo unos cuantos actores capaces de desenvolverse en la esfera de la globalización.

Esta incapacidad demostrada hasta ahora por la reciente reactivación económica para mejorar las condiciones de empleo y de vida de amplios sectores de la población latinoamericana, no se debe exclusivamente a la existencia de dimensiones o asignaturas aún pendientes de implementación en el modelo económico predominante, sino a las características mismas de dicho modelo ya que hasta el momento la aplicación del mismo en los gobiernos latinoamericanos han demostrado básicamente desigualdades sociales profundas, persistencia de la pobreza masiva, procesos de exclusión y degradación laboral entre otros efectos que influyen directamente en el desarrollo social.

Si bien se han derivado infinidad de situaciones que remarcan la presencia de la pobreza, con el aumento de las desigualdades sociales con este panorama, se vislumbra un incipiente desarrollo de las naciones de América Latina.

Es decir, las desigualdades estructurales se han visto rebasadas por el aumento de nuevas desigualdades basadas en exigencias sociales, esto implica que como parte de la situación actual del continente los nuevos procesos económicos además de contribuir a ampliar las llamadas desigualdades tradicionales por ejemplo, el ingreso de distintas categorías sociales (profesores, ejecutivos, dirigentes, empleados, obreros, etc.), contribuyen también a

desarrollar las llamadas nuevas desigualdades que se caracterizan y se identifican en los indicadores sociales de cualquier país, como por ejemplo: educación, ingreso, gasto ocupación y que significan además referentes colectivos que abarcan ya una respuesta entre identidad y nivel de vida.

En comparación con las desigualdades tradicionales, las nuevas desigualdades sociales tienen un carácter más dinámico, expresan identidades colectivas poco estables y en ellas las trayectorias individuales sufren variaciones en el tiempo, como por ejemplo, la competencia social, la diversificación de las condiciones de trabajo y del salario, las diferencias en las prestaciones, el trabajo femenino y/o las transformaciones en la estructura familiar.

En estas desigualdades y vulnerabilidades subyacen dificultades de inserción social que precipitan situaciones de exclusión y causan malestar y sensación de inseguridad, generando en consecuencia nuevas demandas y retos importantes para las políticas sociales de los países. Atenuar la desigualdad y reducir la pobreza en América Latina adquieren una dimensión urgente en vista de la globalización. La pobreza que presenta magnitudes de por sí muy considerables respecto a otras regiones del mundo en desarrollo y la desigualdad en el ingreso que es mucho mayor que en todas las otras regiones, marcan una desventaja global de competencia entre otras naciones dejando consigo un impacto social muy marcado sobre todo en espacios vulnerables tal como son las zonas rurales, indígenas y campesinas con falta de satisfacción de sus necesidades prioritarias.

Especialmente América Latina cataloga su situación a partir de la pobreza rural, principalmente por el carácter heterogéneo que presenta su población, ya que se identifica una diferenciación muy aguda entre las regiones y entre las localidades rurales y urbanas y a su vez entre localidades indígenas y no indígenas, puede afirmarse que si bien la pobreza rural no es sólo de los pueblos indígenas, adquiere en ésta su mayor intensidad. Aproximadamente el 80% de la población indígena en países como México, Perú, Guatemala sobrevive en condiciones de pobreza extrema.

Es evidente que el hogar pobre rural se caracteriza por un mayor número de miembros frente a los hogares pobres urbanos, quienes son compuestos regularmente por niños menores de 12 años lo que significa además un esfuerzo mayor para la percepción del

ingreso, al tener que distribuirlo en un número mayor de consumidores. Es muy común identificar también en los hogares pobres la condición del género de la pobreza, en donde además de las limitaciones que genera la situación de pobreza en sí, la percepción del ingreso es menor en aquellos hogares con jefatura femenina, situación que se relaciona entre otra cosa con la escolaridad de los jefes la cual es regularmente menor en el caso de las jefas de hogar.

Las diferencias de género también se expresan en el campo de la salud y la nutrición y de igual forma con mayor énfasis en las poblaciones rurales; las niñas son más propensas a la deserción escolar que los niños en los hogares pobres del campo, ya que las necesidades de asistir en el cuidado de la casa y a los hermanos menores agudiza las condiciones de desigualdad, en el caso de salud es similar ya que el índice de mortalidad en los hogares pobres rurales es casi el doble con respecto a los hogares pobres urbanos y aún mayor es el efecto en los hogares que tienen un carácter étnico, pues el acceso a estos hogares en pobreza extrema a los servicios de salud es limitado debido a obstáculos de tipo geográfico, económico, cultural y de lenguaje.

Los países de Latinoamérica tienen hoy más pobres que a comienzos de los años ochenta, en números absolutos y como porcentaje de la población total. Más personas tienen ingresos que están por debajo de la línea de la pobreza y ha crecido el porcentaje de aquellos que no alcanzan a satisfacer sus necesidades básicas.

Además, en los últimos años, las sociedades de la región vieron agravarse problemas históricos de distribución de los ingresos, los activos productivos y las oportunidades. Según un Informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD, América Latina y el Caribe pese a tener un nivel general de desarrollo que se compara favorablemente con otras regiones en desarrollo, en materia de distribución del ingreso presenta una disparidad mayor.

Según el BID/PNUD las familias pertenecientes al 20 por ciento más pobre de los hogares, por lo general corresponden en la región a la categoría de la pobreza extrema y sus ingresos del trabajo representan alrededor del 2 por ciento del PIB de sus respectivos países.

El carácter heterogéneo de la pobreza y su intensidad de acuerdo con las características étnicas, ha originado que durante los últimos años América Latina haya experimentado varias políticas de desarrollo rural que han pretendido "desarrollarla". Estas políticas han demostrado, sin embargo, ser un completo fracaso creando grandes desigualdades, que nunca han logrado satisfacer las necesidades alimentarias, de educación y de salud de la población en su conjunto, pero si han degradado las condiciones de vida de las comunidades campesinas e indígenas desintegrándolas, empobreciéndolas cada vez más y destruyendo su ambiente natural y cultural.

Atención a la Salud en América Latina

“En la mayoría de países de ingresos medios, el gasto medio por persona en salud ya es suficiente para que toda la población tenga cubiertas las intervenciones esenciales. Sin embargo, estas coberturas no llegan a muchos de los pobres. La exclusión se encuentra a menudo por regiones, o por minorías étnicas y raciales. Por los motivos que sean el gasto en salud no cubre suficientemente las necesidades de los pobres. A ello se suma el hecho de que muchos países de ingresos medios dispensan una protección económica insuficiente a grandes segmentos de la población, por lo que los gastos médicos imprevistos empobrecen a muchas familias. Dadas las adversas consecuencias de la mala salud para el desarrollo económico general y la reducción de la pobreza, es importante identificar a los países de ingresos medios a que emprendan reformas fiscales y organizacionales para garantizar la cobertura de toda la población en intervenciones de salud prioritarias”⁸.

Como es de esperarse el efecto de la pobreza en Latinoamérica repercute en todos los espacios económicos, políticos y sociales que se desarrollan en cada país, aunque salta a la vista entre estas condicionantes la problemática de salud que vive la población pobre latinoamericana, así como la crisis inminente que presenta este sector.

Considerando la importancia de ambas situaciones (pobreza y salud) analizadas en apartados anteriores, acerquémonos a reconocer entonces a partir de las cifras, el escenario real de América Latina en relación al campo de la salud y al desarrollo de la pobreza:

⁸ Macroeconomía y salud: invertir en pro del desarrollo económico, Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS, 2001.

Es evidente que las disparidades en los indicadores de salud son consecuencia de las disparidades socio-económicas de los países. Hugo Behm en 1979 señalaba la importancia de la clase social como determinante de la mortalidad debido a las disparidades de la región, ya que si bien la mortalidad infantil se hallaba en 1994 en 41/1000 para todo el continente, el rango variaba en esa fecha de 10/1000 en Cuba a 98/1000 en Haití.

En un país como Uruguay, donde relativamente nacen pocos niños, más de la mitad de los que nacen lo hacen en situación de pobreza, lo que ha ocasionado a su vez y como consecuencia que los problemas de salud materno-infantil hayan adquirido especial relevancia en el país.

Algunos factores determinantes para identificar las condiciones de vida de los pobres en América Latina, es especialmente la mala nutrición y viviendas precarias de las poblaciones que agravan la posibilidad de contraer enfermedades transmisibles. De hecho, en el continente están resurgiendo enfermedades que aparentaban estar controladas, como la tuberculosis o el cólera, directamente vinculadas a las condiciones socio-económicas de la población.

“En 1994 hubo 1,113.550 casos de malaria informados en América Latina y el Caribe y 114.476 casos de cólera. A estas cifras se le suma la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas por el envejecimiento de la población, pero también debido al estrés y los estilos de vida no saludables que necesariamente deben llevar los pobres. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (por 100.000) variaron para las enfermedades del sistema circulatorio desde 171 para hombres y 207 para las mujeres en América Central a 269 y 316 respectivamente en Brasil, mientras que la debida a enfermedades transmisibles varió de 70 para hombres y 64 para las mujeres del Cono Sur a 269 y 264 en América Central”.⁹

“Un alto porcentaje de los pobres se encuentra en situación de desempleo, o sub-empleo. La relación entre desempleo y salud ha sido objeto de distintas investigaciones, y la Organización Mundial de la Salud le dedicó un libro, "Health policy implications of unemployment", en 1985. Diversos autores refieren problemas psicológicos, especialmente

⁹ “La pobreza en América Latina”, Evaluación de la Reforma de las Políticas Sociales; la investigación en salud en América Latina y el Caribe, Tendencias y Desafíos. Sánchez Delía, Montevideo, 2000.

depresión, y aumento de las consultas al sistema de salud, además de aumento en la utilización de alcohol. Cabe señalar que estas investigaciones se llevaron a cabo en países europeos, con seguros de desempleo que evitaban el temor a no poder sustentar la familia, lo que no es la situación más frecuente en América Latina” (Sánchez:1998:7).

Los problemas de salud de la población pobre del continente tienen además relación con las modificaciones del medio ambiente, tanto para la producción y el aprovechamiento, como por los asentamientos humanos.

Afirman que el medio ambiente habitacional de los grupos de ingresos más bajos de las ciudades del Tercer Mundo es uno de los más degradados y malsanos; e identifican algunas características como la falta de agua potable canalizada, de alcantarillas, de sistemas de recolección de basuras y de medidas básicas para prevenir las enfermedades y prestar atención primaria, a lo que se suma el hacinamiento.

Según Hardoy y Satterthwaite (1987), la población rural del Tercer Mundo se duplicó entre 1920 y 1980; ante tal situación, la ubicación de muchos de los barrios pobres es en lugares no aptos para ello, lo que ocasiona pérdidas de vidas en inundaciones o deslices de tierra, simplemente porque son los únicos lugares disponibles por baratos o gratuitos. A su vez, al encontrarse en lugares que no se ajustan a las reglamentaciones, muchas veces sus gobiernos se desentienden de los mismos, tolerando indiferentemente su presencia, y sin considerarlos parte de su responsabilidad.

El medio ambiente habitacional de los pobres cuyo trabajo es la recolección de desechos (principalmente domiciliarios) para su posterior reciclado es especialmente grave, ya que habitualmente la clasificación de residuos se hace en el propio domicilio o en un terreno adyacente a él, con la contaminación resultante y la presencia de distintos vectores.

Ante las necesidades planteadas, el incesante crecimiento de la población, la aparición de nuevas y complejas enfermedades, el alto costo de la salud para algunas poblaciones y la calidad deficiente de los servicios puede reiterar la existencia de un déficit importante de servicios de salud para la población pobre de América Latina. Para la segunda mitad de los años 90s, el Dr. Guerra de Macedo, ex director de la OPS, estimaba aproximadamente 140 millones de personas sin acceso regular a la atención. Si a esa cifra sumamos los 150

millones de personas que se agregarán a la población en esta década, para el año 2010 se requeriría estar brindando servicios a 290 millones de personas más que las cubiertas hoy. Estas estimaciones suponen obviamente que casi ningún pobre de la región tiene acceso a la atención médica, aunque esta situación no es por igual para todos los países, si la mayor parte de Latinoamérica presentará estas características.

Si hacemos un recuento, “la población de América Latina era de sólo 11 millones de habitantes en 1700, en 1900 llegó a 60 millones, subió a 166 millones en 1950 y se estimó en 482 millones en 1995. El ritmo de crecimiento anual del último periodo fue, en promedio, 70 veces más alto que el primero (0.1 millones de habitantes por año en el primer periodo, y 7.0 millones de habitantes por año en el último). Este incremento poblacional se calcula que continuará hasta llegar a los 676 millones de habitantes en la región en el año 2020. En el caso de México, el país cuadruplicó su población en sólo 50 años pasando de 19,635,552 habitantes en 1940 a 81,249,645 en 1990. En 1995, contaba con poco más de 81 millones de habitantes y una tasa de crecimiento anual promedio de 1.82% que lo coloca por arriba de Argentina que para el mismo año tuvo una tasa de 1.22%, Chile 1.62%, Colombia 1.66%, Brasil 1.72%, y por debajo de Perú 1.93% y Venezuela 2.27%.

Este fenómeno de crecimiento en la región está asociado al número de nacimientos y al número de las defunciones anuales. En términos poblacionales, la tasa de natalidad en 1950 fue de 43 por 1000 habitantes, descendió a 26 en 1995 y se estima llegará a 17 en el 2020. La tasa de mortalidad lleva una tendencia descendente similar de 15 por 1000 en 1950 que disminuirá a 7 para el 2020.

Un evento sobresaliente de la transición epidemiológica en la región es que las diferenciales entre los países con mejores indicadores comparados con los países con mayor desventaja social van disminuyendo en cada periodo analizado. Por ejemplo, el país con mayor tasa de natalidad en 1950 tenía 54 por cada mil habitantes mientras que en el país con mejores estándares la tasa fue de 21. Este rango (21-54) se redujo a 16-41 en 1995 y se estima llegará a 13-29 en el 2020, siendo el descenso mucho más acelerado para los países con tasas de natalidad más altas. De la misma forma, la polarización de los rangos de la tasa de

mortalidad entre los países de la región se reduce de 9-28 en 1950 a 4-12 en 1995 y se espera llegue a 4-10 en el 2020".¹⁰

“La tasa global de fecundidad (tgf) en la región es otro indicador de impacto en la transición demográfica. Si en 1950 la tgf era de 6 hijos por mujer y había países con tasas hasta de 8; en 1995 la tgf fue de 3. En México la tgf en 1950 fue de 6.75, descendió a 3.1 en 1995 y una proyección nos permite pronosticar que para el 2020 será igual a 2.03. La tgf en el continente muestra una situación similar en 1995 para países como Perú (3.4) y Venezuela (3.3) y descensos más marcados en Chile (2.5), Colombia (2.7), Argentina (2.8) y Brasil (2.9).

En lo que respecta a la esperanza de vida al nacer (evn) la región mantiene una tendencia ascendente de 51 años en 1950, 69 en 1995 y se pronostica pueda llegar a 75 en el 2020. Esta tendencia es muy similar para México que se caracterizó por una evn de 50.8 (1950) que aumentó a 70.3 (1995) y se proyecta llegará a 75.3 a finales del 2020. En 1995, existen diferenciales importantes entre los países, ya que Perú y Brasil apenas tienen una evn de 66.0 y 66.3 años respectivamente, mientras que Argentina (72.1), Chile (72) y Venezuela (71.7) han avanzado más en este indicador. La mayor esperanza de vida expone a la población a riesgos de muerte diversos cada vez más vinculados a la edad biológica de los individuos y a la incesante influencia social sobre el estado de salud. Si en el pasado, las muertes ocurrían primordialmente a edades muy tempranas, hoy observamos que la proporción de muertes en los mayores de 65 años ocupan un lugar poco privilegiado. En 1950, sólo el 18% de las defunciones ocurrían en este grupo, en 1995 casi la mitad (48%) suceden después de los 65 años y la proyección nos indica que para el 2020 este grupo contribuirá con el 63% de las defunciones. El mejoramiento de las condiciones materiales de vida, la disminución de la mortalidad general y el aumento en la esperanza de vida han dejado como saldo una población envejecida cada vez mayor que en proporción va del 4% del total en 1950 y que se duplicará para el 2020.

Otro de los fenómenos demográficos característicos de la transición fue el explosivo movimiento migratorio campo-ciudad, el cual determinó que la población asentada en las

¹⁰ Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina; Sepúlveda Jaime, Montevideo, 1998.

zonas urbanas se incrementara de manera considerable pasando de 42% en 1950 a 74% en 1990 siendo que en Venezuela llega al 93%. Mientras que la concentración poblacional en las ciudades es cada vez más importante, la población que habita en las zonas rurales continúa dispersa lo que hace más compleja la satisfacción de necesidades y servicios básicos para esta población. Las grandes metrópolis y centros urbanos se convirtieron en el escenario donde la transición epidemiológica se enfrenta a realidades y riesgos que la dilatan y la polarizan”.¹¹

Por otro lado y por mencionar otros tipos de padecimientos que también caracterizan a la región latinoamericana y que generan un fuerte gasto en salud con pocas estrategias preventivas se encuentra el consumo de alcohol y tabaco; “mientras el consumo moderado de alcohol se identifica con ciertos beneficios a nivel cardiovascular, el abuso conduce hacia la cirrosis y sus vínculos con los accidentes y las violencias rebasa el impacto de muchos agentes infecciosos. No es posible negar la importancia económicamente estratégica de industrias de esta naturaleza en los países menos desarrollados. Son de las pocas industrias exitosas cuyo mercado se encuentra en peligroso aumento. El consumo de tabaco en América Latina describe una ansiosa expansión geográfica, mientras que a nivel mundial se vive un proceso en el cual los niños y escolares son los blancos de estas dañinas prácticas” (Sepúlveda:4-7)

Las enfermedades crónico degenerativas, las generadas por accidentes, así como el incremento entre la población la producción y el consumo del tabaco y el alcohol han expuesto a la población joven a patrones de comportamiento que bien pueden revertir los avances que -por otro lado- han incrementado la esperanza de vida y al mismo tiempo los expone a una vida que se acompañará de discapacidades diversas.

A pesar y de los indicadores antes mencionados, la respuesta del sector salud a las necesidades de los grupos vulnerables han tenido repuesta en transcurso de los años, aunque de forma limitada algunas demandas de la población en materia de salud han sido atendidas y hasta cierto punto controladas, aunque en su mayoría ha sido a causa de modas sexenales, o bien a causa de Programas de atención acertados pero fugaces;

¹¹ Ib.Idem.

algunas respuestas en las que este sector ha trascendido principalmente puede identificarse en los siguiente resultados:

“La tasa de mortalidad infantil en la región es un ejemplo sobresaliente de que en algún momento existió la puesta en marcha de Programas preventivos de alto alcance poblacional y de enorme impacto social. En un periodo de 45 años, la tasa de mortalidad infantil descendió de 125 por 1000 a 43, y es de esperarse que ese descenso continúe hasta llegar a 24 por 1000 en el 2020. Los diferenciales entre los países muestran una dramática reducción en la distancia de sus indicadores al observar que en 1950 la tasa más baja era de 57 y la más alta fue 220 por 1000. En 1995 la diferencial fue de 8-86 y se calcula que en el 2020 será de 7-48. El pronóstico más favorable de este indicador es que serán los países más pobres los que lograrán avances más sustantivos en la salud de sus niños al observar que la contribución de las muertes en los menores de 5 años en 1950 ascendió al 47% con respecto del total de defunciones en la región y que en 1995 fue de sólo el 20% y será del 7% en el 2020.

La mortalidad infantil en México para 1994 se redujo a 30 por cada 1,000 nacidos vivos, semejante a la de Colombia (32 x 1,000 nvr), Argentina y Venezuela (26 x1,000 respectivamente) aunque es más del doble de la que registra Chile (14 x 1,000). En el extremo opuesto se encuentra Brasil y Perú con 57 y 59 x 1,000 nvr, respectivamente. Un patrón semejante se encuentra en el caso de la mortalidad en los menores de 5 años. Sin embargo, en el caso de la mortalidad materna las diferenciales entre los países seleccionados son muy marcadas. El país con la mortalidad materna más baja es Chile (34 x 100,000 nvr), seguido por México (45), Argentina (52) y Venezuela (63). La tasa para Brasil y Colombia se incrementa en ambas hasta 140 x 100,000 nvr y en el caso de Perú la tasa se dispara hasta 261 x 100,000 nvr. Estos datos, además, deben contemplarse con cautela ya que el nivel de subregistro de la mortalidad -sobretudo de aquellos con las tasas más elevadas- sugiere que las cifras pueden llegar a ser mayores. Mientras que en Chile el nivel de subregistro es nulo, en Argentina y Venezuela es menor al 5%, en México llega al 11%, en Colombia asciende a 19%, en Brasil es del 26% y en Perú es 48%.

Entre las medidas sanitarias que más han contribuido en el cambio del perfil salud en la región latinoamericana, se encuentra la promoción a la rehidratación oral y su impacto en la mortalidad por enfermedades diarreicas. La contribución de las enfermedades diarreicas

agudas a la mortalidad en los menores de 5 años (1993) es cada vez menor al encontrar que en Chile sólo contribuye con el 1% del total de las defunciones, en Argentina con el 3%, en Brasil, Colombia y México con el 11% y en Perú y Venezuela con el 14%.

Otro de los Programas que han contribuido al desplazamiento de las enfermedades transmisibles como causas importantes de muerte es el Programa de Vacunación Universal. Su repercusión en México cambió la cobertura de los esquemas completos de vacunación en menores de cinco años, que para 1990 sólo ascendía al 46% de dicha población, mientras que en 1994 se logró cubrir al 93%.

Para el caso de los esquemas completos en menores de un año el impacto también es notable al encontrar coberturas de vacunación para cada biológico por arriba del 90% en México y Chile, superiores al 80% en Argentina y Colombia, mientras que en Brasil, Perú y Venezuela los esfuerzos se concentran en la vacuna antipoliomielítica, la BCG y antisarampión. El Programa intensivo de vacunación abre las puertas a una nueva fase de la práctica sanitaria, al demostrar que es posible proporcionar a todos los niños una serie de acciones preventivas sin distinción de edad, género, educación y nivel socioeconómico. El control de los padecimientos inmunoprevenibles asegura el proceso de transición epidemiológica y va más allá del control específico de cada enfermedad, ya que la eliminación del sarampión, por ejemplo, abate de manera paralela la mortalidad por neumonías y diarreas.

En el terreno de las infecciones respiratorias agudas (IRA's) se observa un fenómeno similar, pues las tasas de mortalidad por bronquitis crónica, infección respiratoria aguda e influenza han disminuido de manera constante en los últimos 20 años. De igual manera, el grupo atareo más beneficiado es el de los menores de cinco años. Las IRA's en este grupo todavía son una causa de muerte importante en el continente aunque con pesos diferentes sobre la mortalidad general en cada país. En Argentina contribuyen con el 5% del total de muertes seguido por Venezuela (8%). En Brasil, Colombia, Chile y México contribuyen con un porcentaje que varía entre el 12 y 15% mientras que en Perú contribuyen con el 31% de las defunciones".¹²

¹² Ib.Idem

Sí bien las cifras anteriores que nos ofreció en su investigación Jaime Sepúlveda, reflejan un breve resumen del perfil epidemiológico regional latinoamericano, se debe reconocer que no es homogéneo y que los cambios tampoco ocurren con la misma velocidad en toda la región de América Latina o al interior de cada país. El proceso de transición es muy claro en las zonas más desarrolladas, mientras que en las de mayor atraso social el perfil epidemiológico indica que las enfermedades infecto-contagiosas aún son la principal causa de muerte.

Ante esta modalidad es imperante identificar que la atención a la salud hacia la población a través de cualquier modalidad establece una exigencia de la sociedad hacia el Estado, sin embargo, es necesario mencionar también que precisamente la modalidad con la que se cubre esta necesidad define primeramente las debilidades del sistema y las ausencias del Estado.

La deseabilidad por una adecuada cobertura de atención a la salud de la población pobre recae en la mayoría de los países latinoamericanos en la seguridad social, más que en otras modalidades de cobertura existentes en la región, como en los Ministerios de Salud y las ONG, que son muy importantes en algunos países. Sin embargo, el tema de la seguridad social en la mayoría de los países latinoamericanos es un tema que refleja crisis e insatisfacción. Si hacemos un recuento desde la consolidación de la seguridad social en los años 70s, de cada diez países latinoamericanos, en siete de ellos la seguridad social abarcaba a menos de 12% de los trabajadores agrícolas, que representaban más de una tercera parte de la población económicamente activa. Si reflejamos estas cifras en la actualidad confirmamos que la seguridad social abarca a menos del 8% y es evidente de igual forma que los países de la América Latina y el Caribe con el mayor grado de cobertura del seguro social también son los que tienen la proporción más baja de pobres (por ejemplo, Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay - Brasil es una excepción), aporte que puede respaldarse actualmente y con plenitud en el caso de México en el estudio realizado por Nora Lustig "Evaluación del Sistema México de Atención a la Salud", donde se identifica apenas una tercera parte de la población en posibilidades de realizar una cotización que garantice su salud".¹³

¹³“Evaluación del Sistema Mexicano de Atención a la Salud”, Lustig Nora, Universidad de las Américas Puebla, 2004.

En la América Latina es importante la segmentación de los sistemas de seguridad social y salud, en parte, consecuencia de la desigualdad social y el desempleo existentes, en otra parte consecuencia de la restricción presupuestal de un Estado fragmentado; pero también en parte consecuencia de decisiones burocrático-administrativas. México muestra un severo índice de segmentación de su sistema de seguridad social y salud, no obstante la conformación administrativa de los sistemas de seguridad social y de salud tengan una gran importancia sobre la eficiencia, eficacia y legitimidad de los Programas.

Los puntos relacionados con la seguridad social, los sistemas privados de atención, actualmente la entrada del seguro popular de salud lo analizaremos en los apartados siguientes con la mejor representación del déficit de atención a la salud, el sistema mexicano de salud.

Cuadro 2. Indicadores de salud en países seleccionados de América Latina, OPS 1990-1994

Indicador	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú	Venezuela
Tasa global de fecundidad	2.8	2.9	2.5	2.7	3.1	3.4	3.3
% de población urbana	88	78	84	73	75	72	93
Esperanza de vida al nacer	72.1	66.3	72.0	69.3	71.5	66.0	71.7
% Población en pobreza	25	43	29	37	40	57	34

Mortalidad	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú	Venezuela
Infantil x 1.000 nvr	26	57	14	32	30	59	26
< de 5 años x1.000 nvr	30	67	17	42	37	83	31
Materna x 100.000 nvr	52	140	34	140	45	261	63
% de muertes x EDA < 5 años	3	11	1	11	11	14	14
% de muertes x IRA < 5 años	5	12	14	13	15	31	8
% de Subregistro	3.0		-	19.0	11.0	48.0	4

Sida Incidencia x 1.000.000	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú	Venezuela
1989	9	38.0	6.5	14.3	19.4	5.6	23.0
1993	40.6	86.0	12.9	21.3	56.6	10.5	38.6

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú	Venezuela
Médicos x 10.000 hab.	26.8	14.7	11.0	10.9	17.0	10.6	16.2
% Población con acceso a servicios de salud	92	75	95	80	89	50	90

Coberturas de vacunación	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú	Venezuela
DPT3 en menores de 1 año	82	69	92	81	91	87	63
OPV3 en menores de 1 año	84	89	92	95	92	87	73
BCG en menores de 1 año	100	87	91	99	98	92	95
Antisarampión < de 1 año	95	72	93	86	90	75	94
TT en mujeres en edad fértil	73	68	48	43

Fuente: OPS: Situación de Salud en las Américas, Indicadores básicos 1995

El sistema mexicano de atención a la salud

Todo el acercamiento realizado a los modelos de atención latinoamericanos recae en un diagnóstico previo que refleja la situación real del Estado Mexicano, ya que este además de presentar ciertas similitudes con poblaciones de Centro y Sudamérica como características socioculturales, geográficas, económicas o sociales, presenta también invariablemente una similitud con la tendencia del modelo de Estado neoliberal que actualmente se impone a los países de América Latina y cuya característica principal es la del gobierno globalizado que se separa de los intereses del pueblo para mantener hasta donde sea posible sus intereses de mercado, manteniéndose en el poder exclusivamente a través de la desigualdad y la pobreza de su población. En este modelo globalizado de Estado, los funcionarios al igual que los sistemas se mueven de acuerdo a intereses muy particulares en donde a la sociedad se le obstaculiza en su propio desarrollo político y social, impidiendo así su organización y funcionamiento; ya que el “centralismo burocrático” al separarse del pueblo, busca apoyo en dogmas, frecuentemente derivados de un modelo convencional.

A raíz de todos los antecedentes derivados en la historia de México en los que se remarcan las luchas de poder de grupos específicos y las alarmantes cifras que clasifican al país como uno de los más pobres de América Latina, es evidente encontrar que el interés por obtener el consenso de la sociedad por parte del estado ocupa los últimos lugares, aún más allá del lugar en que se encuentran las instituciones que actúan por línea del Estado en forma dominante sobre las clases sociales del país.

No obstante y como consecuencia y reto, México, dentro de estos parámetros, se ubica como una nación en etapa de cambios trascendentales a partir de la exigencia en las demandas de la población. Igualmente que muchas otras naciones, nuestro país se encuentra en una fase de cambios exigidos en diversos sectores; de entre ellos resaltan la atención y la demanda a los servicios de salud, ya que el sello que distingue esta necesidad imperante de atención a diferencia de otros tiempos, se encuentra en la disminución paulatina de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados.

Es fundamental para entender la transición de los efectos y las nuevas demandas en el sector salud, el identificar ciertas condicionantes que influyen en la efectividad de los

sistemas de atención en la actualidad y así comprender a su vez las posibilidades de satisfacción que pueden brindar el sistema a la población.

Debemos iniciar esta parte resaltando que actualmente y al igual que otros países de América Latina, el país vive un dinámico proceso de cambio demográfico que define nuevos rumbos para la salud y la atención de las poblaciones asentadas en el territorio nacional, desde los cambios sanitarios que han sido trascendentes y manifiestos en el control de diversas enfermedades infecto-contagiosas, hasta la mortalidad general y la mortalidad infantil que muestran una tendencia claramente descendente, al tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer. Ahora y actualmente, este giro en el perfil sanitario define nuevos rumbos para las estrategias preventivas y nuevos retos a la prestación de servicios de salud al enfrentarse a un nuevo patrón en la demanda de consultas médicas, en las causas de hospitalización y en las causas de muerte.

Es decir, el descenso acelerado de la fecundidad se explica cuando en “1972 se originó una política explícita de planificación familiar en México, por lo cual el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se ha reducido a la mitad, pues paso de casi 6 en 1975 a menos de 3 para 1996. Una de las principales consecuencias de este proceso ha sido el aumento en la proporción de personas de mayor edad y el llamado “envejecimiento” de la población. Aunque su número absoluto ha crecido, la proporción de menores de 15 años se ha reducido de 46% en 1970, a 35% en 1995. En ese mismo lapso, los adultos entre 15 y 64 años han crecido a más del doble pues de 1.8 millones en 1970 se han rebasado los 4 millones en 1995. Lo importante es que al igual que en el resto de América Latina esta dinámica de crecimiento habrá de continuar en los próximos años lo cual refleja un panorama de adultos mayores en un número considerable de la población en no más allá de un promedio de 10 años y con esto justamente la demanda de pensiones y la demanda en la atención especializada, ya que también los padecimientos serán más complejos, por lo que requerirá una inyección más intensa en recursos. Por ello este cambio en la estructura por edades de la población es responsable de una presión creciente sobre los servicios de salud”.¹⁴

¹⁴ “Salud: la reforma necesaria”, en “Las políticas sociales de México al fin del milenio” Frenk Julio, México 2000, pag. 198.

Los altos movimientos migratorios que originan movilidad social y asentamientos dispares, originan la formación de nuevos espacios que forzosamente serán el resurgimiento de patologías infecciosas, que favorecen indiscutiblemente la exposición a nuevos riesgos ambientales, ocupacionales e incrementan la posibilidad de morir por una lesión o accidente. Las transformaciones señaladas se seguirán reflejando en los perfiles epidemiológicos de la región y las nuevas formas de organización social que son inherentes a los procesos de industrialización y urbanización también irán produciendo diversas formas de vida que, sumadas al creciente efecto de las intervenciones en salud, están cambiando la magnitud relativa de las causas de enfermedad y de muerte.

Si hablamos de la demanda en salud como resultado del proceso demográfico, podemos decir que la distribución espacial de la población en los últimos 20 años en México ha avanzado junto a una acelerada y en ocasiones desordenada urbanización, al grado de que casi tres cuartas partes de los mexicanos ya viven en una ciudad. Este proceso conduce al aumento y la reorganización de la demanda de atención de la salud a través de dos mecanismos: por un lado incrementa la exposición a los riesgos de enfermedades crónicas y lesiones, más intensos en las áreas urbanas y por el otro, acerca a la población a los puntos en que se concentran los recursos médicos, lo cual ha originado una mayor exigencia en la demanda de atención pero un abandono absoluto de los que se quedan en sus comunidades.

De la misma forma que el crecimiento demográfico y como se ha venido identificando en las necesidades del nuevo milenio de América Latina, la aparición de nuevas y complejas enfermedades ha conformado parte fundamental de la exigencia en las nuevas demandas de atención a la salud de la población en México, por ejemplo, "Las enfermedades crónicas como los tumores malignos, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares llevan una tendencia ascendente, si se considera que en los años treinta sólo representaban el 8% del total de las defunciones, mientras que para 1990 ascendieron al 34%, la tendencia indica que para el año 2020 este grupo de padecimientos será responsable de casi el 60% de las defunciones en el país, mientras que los accidentes y la violencia se convertirán en un problema de salud pública de primer orden al convertirse en la razón del 11% de las defunciones en el 2020.

El perfil de la morbilidad y de la mortalidad por causas específicas también se ha modificado, aunque la velocidad de los cambios varía de una región a otra. En términos generales, el porcentaje de muertes por enfermedades transmisibles se ha reducido radicalmente, en tanto que los años de vida perdidos por defunciones e incapacidades secundarias a los padecimientos crónicos y las lesiones van en aumento. Mientras en 1950 el 36% de las defunciones se debió a enfermedades gastrointestinales y respiratorias, esta causa disminuirá al 10% en el 2020, mientras que las enfermedades del corazón pasarán del 11% a casi 39% en el mismo periodo”.¹⁵

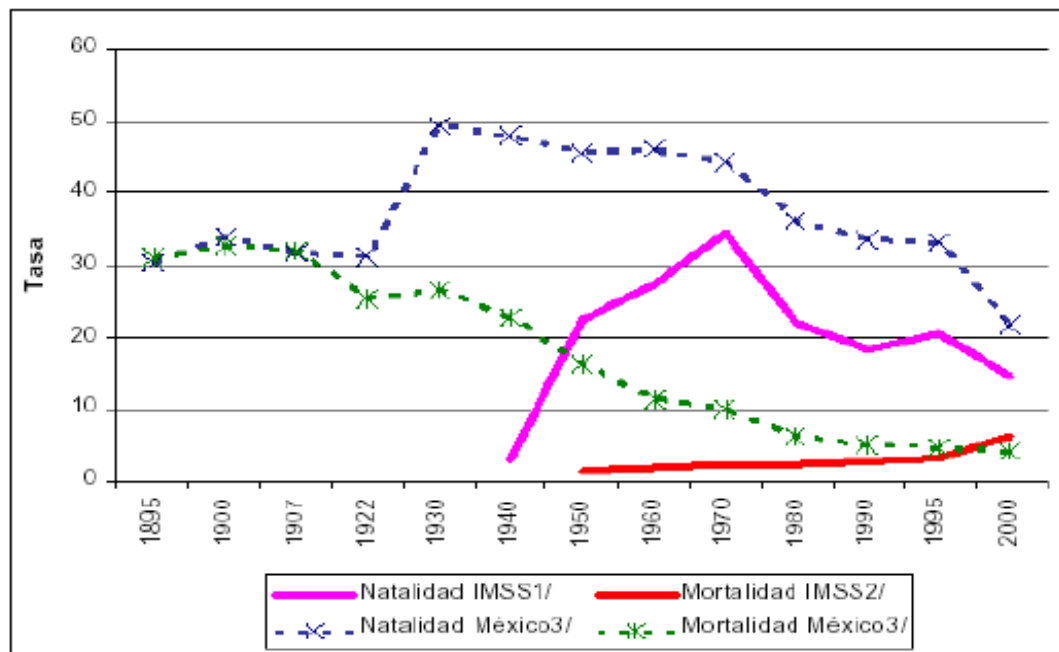
Recordemos que, “El sustrato más importante en la emergencia de dichas patologías se encuentra en el consumo de tabaco y el abuso del alcohol. El porcentaje de muertes atribuibles al tabaco aumentó dramáticamente en los últimos 20 años. Por ejemplo, para el cáncer de pulmón aumentó del 2 al 6%, y para el caso de la enfermedad coronaria se incrementó del 12 al 34%. Es de esperarse que este ritmo de incremento se acelere en la próxima década debido al efecto de corte y como resultado de las poblaciones fumadoras en las décadas de los 70's y 80's”.¹⁶

Y para concluir, no podemos olvidar que aunado al crecimiento demográfico y con ello al incremento en las demandas de atención a la salud y al combate de nuevos y más complejos padecimientos, se encuentra también involucrado el papel que desempeña en la demanda a la atención de la salud el cambio educativo de la población reflejado en los mayores grados de escolaridad ya que esta población muestra posibilidades de exigir una mayor calidad en la atención; o bien también se encuentra el caso de la incursión de la mujeres a la vida laboral la cual aumenta las exigencias de la sociedad frente a los servicios de salud y las demandas para beneficiarse de una seguridad social y todas las prestaciones que cubre este servicio.

¹⁵ “Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina”, Gómez Dantes Héctor, Seminario transición de las políticas sociales, México 1998.

¹⁶ Ib. Idem.

Gráfica 7. Tendencias de natalidad y mortalidad general. Población total y población IMSS, 1895-200



^{1/} Calculada con base al número de partos atendidos por mil derechohabientes.

^{2/} Tasa de mortalidad del IMSS por mil usuarios. De 1950 a 1970, datos estimados por la Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

^{3/} Tasa por mil habitantes

Fuente: IMSS.

De esta manera, los sistemas de atención a la salud en México se enfrentan ahora más que en cualquier tiempo a infinidad de retos y demandas en salud que pueden resumirse en las siguientes frases: México ha presentado con sus variaciones a nivel nacional (y sobre todo en las regiones con mayor grado de marginalidad y pobreza) un alto promedio de enfermedades transmisibles (enfermedades del aparato respiratorio, digestivo, enfermedades de carácter infecciosos), las cuales aunque ha controlado los promedios relacionados con su prevalencia en la población principalmente en niños y mujeres con algún grado de desnutrición por citar algún ejemplo, éste no ha podido ser erradicada; por otro lado, en menor promedio pero aún significativo, el número de enfermedades no transmisibles en zonas rurales ha sido controlado, pero un alarmante crecimiento de estas en las regiones urbanas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y enfermedades crónico degenerativas) se han ampliado significativamente, misma situación se ha identificado en los registros de información con tasas más altas de mortalidad materna (12%, 71% y 6.7%) en comparación con otros sistemas de mayor desarrollo.

Por citar algún ejemplo, entre las principales causas de muerte y afecciones en los Estados con un grado de marginación muy alto (tal y como Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Puebla) nos encontramos entre los primeros lugares de muerte de menores de 5 años los altos índices de desnutrición, las enfermedades en vías respiratorias y enfermedades infecciosas, sin considerar también un alto porcentaje de cifras que recaen en afecciones de otra índole y que en muchas ocasiones para los estados y los gobiernos ya se encuentran casi erradicadas.

Para el censo del año 2004 sobre las zonas marginadas a nivel nacional, podemos seguir infiriendo un comportamiento epidemiológico reflejado en la actualidad de acuerdo a factores de riesgo y a los datos de las estadísticas oficiales sobre la alta demanda de consulta externa y las diversas causas de muerte que persisten en gran medida por las ya conocidas enfermedades "tradicionales".

La presencia de las llamadas enfermedades "tradicionales" aún no erradicadas y el surgimiento de nuevas enfermedades para nuestro tiempo, determinan una transición epidemiológica con una escasa atención a los grupos vulnerables y una inadecuada información, extensión y servicio para estos grupos, permitiendo sólo el control y no la erradicación de estas enfermedades (por ejemplo, existe una insuficiente atención y/o aplicación de sistemas de vacunación, formas para combatir enfermedades como la higienización, la nutrición, los servicios de emergencia y una participación comunitaria que permita la extensión de estos servicios y prevención de padecimientos, entre otras cuestiones).

Dicho de otra forma, la falta de atención de la salud que ofrece el sistema a los grupos marginados se representa en el surgimiento de enfermedades que posiblemente hubieran podido si no erradicarse, sí controlarse y no volver a aparecer; o bien, la presencia de aquellas enfermedades que aún y con el tiempo o con los Programas y planes de atención han permanecido porque el sistema de atención aún no ha permitido erradicarlas, sólo asistirlas o controlarlas.

La transición epidemiológica indica también que el sistema de atención se enfrentará dentro de poco a una creciente población de ancianos, discapacitados y pacientes terminales, y que su actividad esencial se orientará hacia problemas de salud que desafortunadamente, hasta el momento, se han resuelto con tecnología de alto costo y con recursos humanos

muy especializados. No obstante además de la carga que representan para los servicios asistenciales las enfermedades crónicas y degenerativas y las lesiones, el sistema de atención debe estar preparado para enfrentar nuevos retos derivados de los problemas ambientales, las fármaco-dependencias y los estilos de vida propios de nuestro tiempo.

Por ejemplo, las exigencias de este nuevo perfil de salud difieren de las que demandaba la atención de problemas de carácter infeccioso. En condiciones ideales, la atención de un problema infeccioso agudo es universal e inmediata, el médico general o familiar la resuelve en el primer nivel de atención, los fármacos necesarios son pocos, los exámenes diagnósticos y de apoyo son limitados y cuando la atención que se brinda es de calidad, los enfermos se revisan en una o dos ocasiones más para monitorear la evolución; por lo que podemos decir que la atención de un problema agudo de tipo infeccioso puede ser de bajo costo. Por el contrario, en el caso de las enfermedades crónicas debemos señalar que la atención es privilegiada, tardía, requiere de médicos especialistas en el segundo y tercer nivel de atención, es polimedicamentosa, tecnológicamente dependiente y su seguimiento dentro de las instituciones de salud es casi permanente. A todas luces, es evidente que la atención de dichas patologías es excesivamente costosa para las instituciones y muy cara para el enfermo.

Un enorme desafío para los sistemas de salud de la región será el adaptarse a este dinámico proceso de cambio en el cual predominan dos ejes de acción: el primero es **fortalecer el carácter preventivo** de los servicios y el segundo, **extender su cobertura y sus estrategias de atención** hacia los grupos sobre los que va a recaer el mayor peso de la enfermedad en el mediano plazo tanto en vulnerabilidad física como en vulnerabilidad económica, los pobres.

Cuadro 3. Las quince principales causas de muerte en México 1975-1995

Causa	Posición		Tasa*		Porcentaje
	1975	1995	1975	1995	% de cambio
Neumonía e influenza	1	8	89.5	21.5	-76.0
Enfermedades infecciosas intestinales	2	12	84.9	10.5	-87.6
Enfermedades del corazón	3	1	75.8	69.4	-8.4
Accidentes	4	3	45.1	38.8	-14.0
Afecciones perinatales	5	7	36.1	22.4	-138.0
Tumores malignos	6	2	36.0	52.6	46.1
Enfermedades cerebrovasculares	7	5	21.3	25.5	19.7
Cirrosis y otras Enf. Crónicas del hígado	8	6	20.3	23.2	14.3
Homicidios y lesiones	9	9	17.6	17.0	-3.4
Diabetes mellitus	10	4	17.3	36.4	110.4
Bronquitis crónica y enfisema	11	13	17.0	9.3	-45.3
Anemias	12	14	8.2	4.8	-41.5
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	13	10	7.2	11.0	52.8
Anomalías congénitas	14	11	7.2	10.6	47.2
SIDA	—	15	0	4.4	—

*Tasa x 100,000 habitantes.

Fuente: Tomado de Frenk J. 20 años de salud en México. Nexos. Op cit.

Cuadro 4. Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura según institución. México 1995

Instituciones para no asegurados		Instituciones para asegurados	
SSA	68%	IMSS	75%
IMSS-SOL	24%	ISSSTE	20%
DDF	8%	OTRAS	5%
TOTAL	100%	TOTAL	100%

FUENTE: SNS. Boletín de Información Estadística 15. México 1995.

Cuadro 5. Atención a la salud de la población mexicana. 2001

Población Total: 101 Millones /1						
Población Asegurada 58.9 Millones/2					Población Abierta 42.1 Millones/3	
IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SECMAR	SEGURO PRIVADO Y ESTATAL	SSA
45.9 (77.9%)	10.2 (17.4%)	0.7 (1.1%)	0.5 (0.9%)	0.2 (0.4%)	1.4 (2.3%)	31.4
						10.7 /4

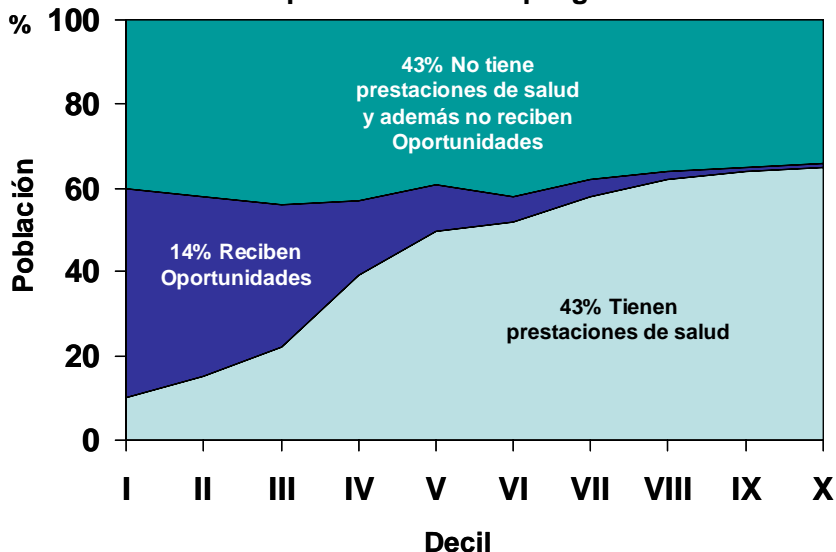
/1 Proyección de CONAPO para el año 2001.

/2 Boletín 21 de Información Estadística de la SSA.

/3 Cifra ajustada (Proyección CONAPO 2001 menos población asegurada Boletín 21).

/4 SISPA, Sistema de Información en Salud para Población Abierta 2001.

Gráfica 6. Cobertura de prestaciones de programas sociales en México



Fuente: Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud 2004

1.4 Reformas a los sistemas nacionales de atención a la salud

La población de América Latina y el Caribe ha vivido en el transcurso de los años procesos paralelos de desarrollo tanto en el ámbito social, como en el económico y cultural. Los avances tecnológicos, la urbanización y los modelos de crecimiento han intentado modernizar la infraestructura económica pero desafortunadamente también han vuelto más complejas las relaciones sociales.

Las necesidades de atención a la salud de la población es un claro ejemplo del aparatoso ritmo que dichos procesos exigen, ya que en este ámbito se identifica la rapidez en que aparecen los cambios en el perfil de salud y la forma en que se da el proceso de la transición en las formas de atención. En este ámbito la demanda de atención de la población exige mejor calidad y mayor cobertura; sin embargo, en los países subdesarrollados, el dilema de cómo cubrir las crecientes necesidades de protección social con menores recursos (como lo indica la OIT), representa un nuevo e importante reto para los sistemas institucionalizados de salud en todos los países y en todas las regiones. Es decir, el panorama epidemiológico de México y algunos países de Latinoamérica en el que juegan un papel muy importante la movilidad social y el envejecimiento de la población, demanda una atención especializada de las instituciones que otorgan estos servicios, los

cuales, a su vez se diversifican paulatinamente generando con esto una desigualdad en la forma de atención y proporción de los servicios.

Para México y el resto de América Latina, la seguridad social se ha identificado como el área estratégica de atención de los modelos y sistemas salud, ya que ha representado una base sumamente poderosa para incentivar la actividad económica general y el crecimiento a través de un mecanismo de ahorro obligatorio de la población, y por ende se identifica también como uno de los mecanismos institucionales más relevantes en la distribución de la riqueza generada por la sociedad.

La seguridad social al formar parte de la política social del estado, sostiene en gran medida la oferta de satisfactores de las necesidades elementales de los sectores más importantes de la población, ya que su organización institucional es en sí misma generadora de empleos y a su vez prestadora de servicios básicos de salud (maternidad, planificación familiar, salud reproductiva, atención general, guarderías, etc.).

En el transcurso de los años y a raíz de las experiencias latinoamericanas se ha demostrado que la credibilidad de todo sistema de seguridad social y sobre todo su efectividad, radica en buena medida, en la modalidad de su puesta en marcha (en el sistema que la reproduzca), así como en la conciencia y en la comprensión que tienen tanto los destinatarios, como aquellos responsables de su aplicación.

Para poder hablar de salud a través de la seguridad social, es necesario ubicar tanto el contexto económico y político, como el contexto y la dinámica social que conforman los países, así como todas las condicionantes que implican este escenario (necesidades básicas (habilitación), planes, Programas e instituciones de atención y promoción, recursos, centralización y acción del estado, satisfacción de necesidades básicas, desempleo, subempleo (pobreza y marginalidad), cuadros epidemiológicos, cobertura e igualdad de en la atención y oportunidad en la proporción de los servicios, entre otros). De esta forma la importancia recae cuando la seguridad social de los países con menor nivel de desarrollo, ve frenado su crecimiento cuando la economía nacional no avanza y cuando elementos como los antes señalados no son considerados en su rendimiento.

Actualmente, la seguridad social se ve amenazada por diversidad de problemas que afectan su función, lo cual polariza sus acciones y debilita sus objetivos. El desempleo por ejemplo, como uno de los principales retos a la seguridad social, se hace presente y la economía informal crece fuera de toda proporción, lo que respectivamente reduce los recursos de la seguridad social y le impide ofrecer una protección bajo los mecanismos tradicionales.

Un ejemplo claro es la sobrecarga que se genera para la escasa población que cuenta con trabajo formal, ya que obliga a este núcleo a presionar por un mejor nivel de ingreso que impacta de inmediato los costos de los satisfactores imprimiendo velocidad a la espiral inflacionaria. En la carrera, los precios y los salarios sirven para adquirir menor número de satisfactores y de menor calidad incluyendo el de la salud. El descontento crece y el sacrificio aumenta, la alternativa es intentar ingresos con la base complementaria o castigar el nivel de vida.

El efecto; la disminución de los recursos de la seguridad social por verse afectados, ya que sus ingresos son una proporción de salarios empobrecidos y las reservas de la seguridad social pierden su valor o se destinan a la solución de problemas presentes, olvidando su compromiso con obligaciones futuras y poblaciones prioritarias. Es decir, el cuidado de la salud no reprime sus necesidades frente a las poblaciones pobres y la necesidad de atención a través de la seguridad social enfrenta nuevos retos al encontrarse esta serie de situaciones que va desde la estandarización de los padecimientos donde las enfermedades de los ricos también aquejan a la pobreza y los medios de atención y recursos son cada vez menores, hasta los limitados beneficios y el declive de la seguridad social con la población.

Hasta el momento los esfuerzos adicionales en ***medicina preventiva, en la oportuna detección de padecimientos y en Programas que hagan participar a la comunidad responsablemente como vigilante de su salud, son limitados y no suficientes en México***, y la respuesta que el Estado ha establecido como alternativas es la aplicación de nuevas tendencias de acción con carácter particular o privado las cuales han demostrado una alternativa más de servicios, no obstante, esta estrategia es desigual para una gran parte de la población que no tiene posibilidad de acceder a ellos, obligándolos a conformarse con los escasos y deteriorados servicios que ofrecen los sistemas de salud a las naciones. No obstante, las instituciones de seguridad social saben que gran cantidad de asegurados no están satisfechos con los servicios que reciben, ya que la seguridad social

hasta el momento no ha logrado niveles apropiados de calidad, justicia y equidad. La población derechohabiente pugna por un incremento vertical de la cobertura, mientras que la sociedad en su conjunto demanda una ampliación horizontal de la misma. (Contreras:2000)

Así mismo e internamente, el sistema de seguridad social es quien concentra gran cantidad de limitantes para la efectividad en el cumplimiento de las necesidades de salud, la problemática de la centralización puede ser un claro ejemplo en la cual las instituciones caen con mucha frecuencia tras el poder que ellas adquieren para la organización y dirección de los sistemas. La centralización excesiva implica múltiples desventajas, tanto para la administración en sí, como para el país y particulares que requieren el arreglo de sus negocios.

Para la administración, la problemática consiste en que se va complicando la maquinaria administrativa y desarrollando una “monstruosa” y absorbente burocracia que impide la agilidad y eficacia de su funcionamiento. Para el país el efecto consiste en que se propicia una concentración demográfica en el sitio en que radican las funciones centralizadas, perjudicando al medio rural, creando la desigualdad en la distribución de los servicios y afectando la deficiente prestación del servicio urbano y la inalcanzable opción para los sectores rurales.

La organización centralizada tiende a convertirse en un problema, a consecuencia del crecimiento y complejidad que las funciones públicas han adquirido en las últimas fechas; ya que además de la administración se encuentra el desatino en las políticas y decisiones a nivel de conducción y por consecuencia en la aplicación de las acciones; un ejemplo, en el sector público, las unidades prestadoras de servicios están sumergidos en estructuras muy grandes y por lo tanto los órganos de decisión se encuentran distantes de la operación cotidiana, lo que origina un desatino en las propuestas y estrategias aplicables con la población. Así y como consecuencia de estos elementos y por muchos más surge dentro de alternativas la desconcentración, como una opción al problema de la centralización.

Por el lado de la economía interna del sistema de seguridad social en el país, el panorama también es poco alentador ya que las nuevas formas de financiamiento pueden llevar a un

déficit fiscal por parte del instituto como del gobierno federal si no se realiza un estudio a fondo de diversos escenarios financieros, ya que es muy probable no poder prevenir y cubrir oportunamente cualquier déficit potencial.

Es común identificar por lo menos en el caso mexicano que la utilización creciente de recursos fiscales generales para financiar la seguridad social termina por realizarse a expensas de las asignaciones para la población no asegurada, situación que terminaría para financiar los Programas de salud pública y de alivio a la pobreza y que acentuaría la inequidad actual del sistema.

En el caso mexicano, la creciente dependencia financiera de los impuestos generales implica que el IMSS compita con otras prioridades en una forma en que antes no tenía que hacerlo, cuando contaba con una línea casi exclusiva y protegida de financiamiento. En el sistema de seguridad social mexicano será necesario proponer mecanismos justos y eficientes que eviten que el instituto tenga que negociar cada año con la secretaría de hacienda las asignaciones federales. (Contreras:2000)

A todo lo anterior, es indispensable preservar la solidaridad financiera entre sanos y enfermos; al hablar de solidaridad tiene que ver con el hecho de agregar los riesgos en forma tal que se reduzca la incertidumbre inherente a la pérdida de la salud. La desigual distribución del peso de la enfermedad y las imperfecciones del mercado hacen indispensable un mecanismo para la agregación de riesgos la prevención de prácticas discriminatorias contra los más enfermos. Este es de hecho, uno de los principios más justos en el financiamiento de los sistemas de salud. Como la enfermedad es un hecho inevitable para todo ser humano, la solidaridad financiera beneficiaría a todo el mundo. (Levy: 2002)

Es indispensable dadas las demandas evaluar las repercusiones del cambio para el financiamiento de la seguridad social a fin de tomar medidas correctivas para prevenir un agravamiento de la inequidad o el deterioro de los Programas de salud pública que benefician al grueso de la población. Así más allá de consolidar políticamente las propuestas puntuales sobre cada uno de sus componentes, el sistema mexicano de salud incluyendo a la seguridad social necesita una reordenación de conjunto que se base en la

exigencia de los tiempos en los que se contase con una nueva institucionalidad para la salud. Si habláramos de una nueva institucionalidad para la salud quedaría de manifiesto para el Estado la importancia de las necesidades de atención y los conflictos que afectan actualmente tanto al sector público como al privado.(Frenk:2000:195)

Es importante reconocer por el Estado que las condiciones actuales de salud en México y las tendencias que empiezan ya a definir su futuro apuntan todas en una dirección muy clara, la necesidad de una reforma cabal. En este esfuerzo será importante preservar los elementos del progreso obtenidos con Programas y políticas acertadas al sistema, así como el identificar y superar los obstáculos que se oponen para haber obtenido mayor avance.

La reforma deberá ser guiada por un enfoque sistémico que incorpore a las poblaciones e instituciones; de esta forma, estará en mejor posición de abordar el doble reto al que se enfrenta el sistema de salud y que consiste sobre todo a saber eliminar la carga de problemas acumulados y al mismo tiempo hacer frente a las condiciones emergentes. Hasta el momento los sistemas y con ello las propuestas actuales han sido incapaces de resolver ese doble reto de forma que se fomente la equidad, la calidad y la eficiencia. El nuevo modelo debe proponer un **“pluralismo estructurado”** que permita superar las debilidades que hoy limitan la operación integral del sistema de salud. Las opciones para este nuevo sistema podrían basarse en un **modelo sinérgico donde todos los actores (población, organizaciones privadas, seguridad social, gobierno federal y autoridades estatales), contribuyan a la misión común de mejorar la salud.**

Para estos tiempos, las propuestas de reformas ya convocan a la sociedad en su conjunto a involucrarse activamente para construir juntos el futuro de este aspecto vital del desarrollo en México, donde el curso de la reforma determinará el sentido profundo del esfuerzo social para cuidar de la salud. Es el momento donde el sistema de salud puede seguir reproduciendo las desigualdades, o por el contrario, asumir su papel central de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los retos en igualdad de oportunidades. Aunque la sociedad mexicana corre muchos riesgos al innovar, tiene también el privilegio de inventar un mejor futuro para sí misma.

Escenarios posibles

Son varios los escenarios posibles con respecto a la situación de pobreza en el continente y la salud de la población en relación a ella. Por un lado, todo puede seguir como está, por lo que sería apropiada la estimación de la OPS del crecimiento vegetativo de los pobres y la necesidad de tener más de los mismos servicios para brindarles una atención de salud adecuada. En países en los que ya se está completando la transición demográfica y epidemiológica, como Uruguay, por ejemplo, implicaría la permanencia de servicios dedicados a la atención de enfermedades vinculadas a la pobreza, como las enfermedades transmisibles y las relacionadas a deficiencias en la nutrición, mientras que en forma paralela crecerían los servicios apropiados para dar respuesta a las patologías crónicas de una población más envejecida. Es difícil imaginar que existieran recursos suficientes para ambas cosas, por lo que se elevarían los costos de atención para la población o se dejaría sin cobertura ciertas patologías o grupos de población. En distinto grado este fenómeno se dará en todos los países, ya que hemos visto la gran disparidad en las condiciones de vida de grupos sociales en el continente.

Otra posibilidad, es que se apliquen reformas en las políticas sociales de los países, de forma que continuando con el mismo modelo económico (y como forma de viabilizarlo), se aumente el gasto social, con lo que no se eliminarían las causas de la pobreza, pero se aliviarían sus efectos. Este escenario correspondería a las propuestas de organismos como el BID y el PNUD, que consideran la actual situación social del continente como potencialmente inestable y generadora de conflictos. Así, el documento del BID-PNUD previamente citado afirma que: "... es la viabilidad misma de las reformas económicas y del nuevo modelo de crecimiento lo que está en riesgo."

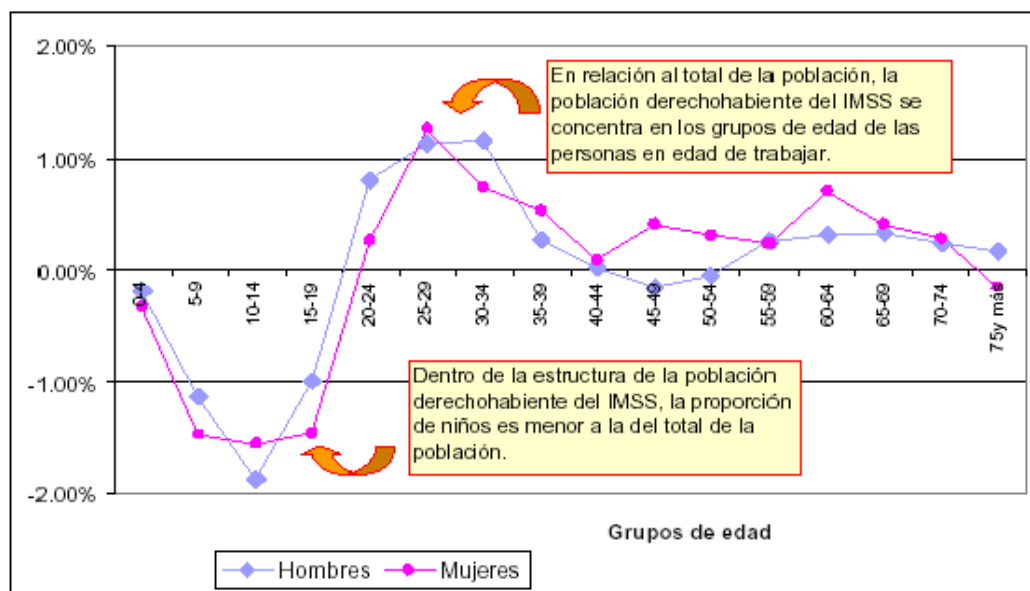
La reforma social que propone éste documento apunta precisamente a alcanzar una propuesta de ***estrategia integral***, indispensable para la viabilidad de una economía de mercado y una satisfacción en la atención a la salud a partir de la propia participación de la sociedad.

Cuadro 8. Distribución de la población derechohabiente del IMSS, 1996-2000 (miles de personas)

	Mujeres			Hombres			Total		
	1996	2000	% de crec.	1996	2000	% de crec.	1996	2000	% de crec.
0 a 4	1,843	2,068	12.19	2,223	2,186	-1.63	4,066	4,254	4.63
5 a 9	1,934	2,083	7.70	1,793	2,233	24.56	3,727	4,316	15.81
10 a 14	1,706	1,999	17.16	2,079	2,031	-2.34	3,785	4,029	6.45
15 a 19	1,610	1,832	13.83	1,495	1,960	31.15	3,104	3,792	22.17
20 a 24	1,719	2,017	17.36	1,691	1,906	12.72	3,410	3,923	15.06
25 a 29	1,826	2,085	14.17	1,502	1,770	17.82	3,328	3,855	15.81
30 a 34	1,416	1,771	25.05	1,216	1,643	35.12	2,632	3,414	29.70
35 a 39	1,302	1,613	23.93	1,258	1,337	6.28	2,560	2,950	15.26
40 a 44	936	1,278	36.57	798	1,123	40.65	1,734	2,401	38.45
45 a 49	819	1,102	34.44	658	834	26.74	1,477	1,936	31.01
50 a 54	896	858	-4.25	578	718	24.20	1,475	1,576	6.91
55 a 59	667	681	2.10	607	602	-0.76	1,274	1,283	0.74
60 a 64	639	710	11.11	500	557	11.42	1,139	1,267	11.25
65 a 69	532	496	-6.80	461	462	0.24	993	958	-3.53
70 a 74	286	350	22.13	250	327	30.76	537	677	26.16
75 y más	417	412	-1.34	384	408	6.26	801	819	2.30
Total	18,549	21,354	15.12	17,494	20,099	14.89	36,043	41,453	15.01

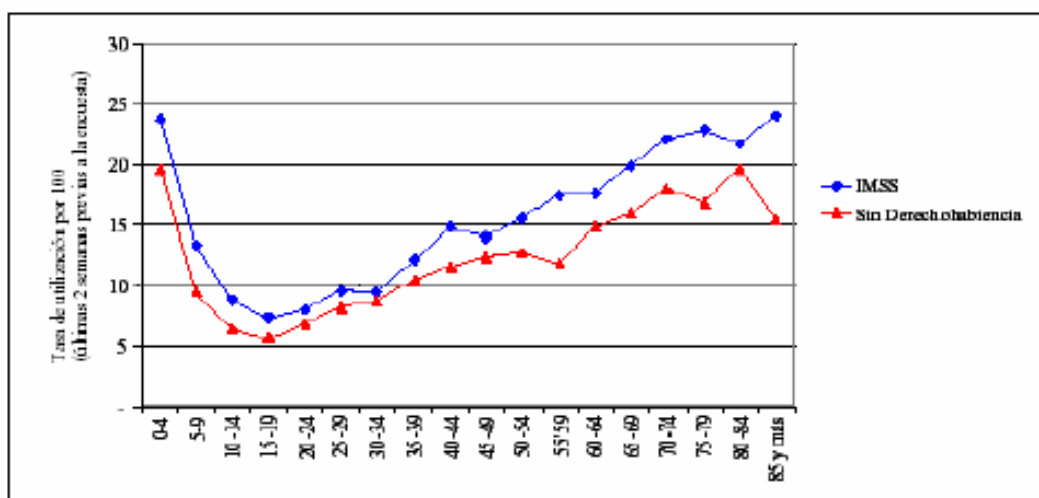
Fuente: Estimaciones con datos del IMSS y de las Encuestas Nacionales de Empleo y Seguridad Social 1996 y 2000, ajustadas por el nuevo coeficiente familiar descrito en la sección I.2.2 de este capítulo.

Gráfica 9. Relación entre la estructura de la población derechohabiente del IMSS y la población total del país, 2000



Fuente: Encuesta Nacional de Seguridad Social, 2000.

Gráfica 10. Derechohabiente IMSS y Población no derechohabiente, 2000



Fuente: Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Salud, 2000. Procesado por IMSS, 2002.

Cuadro 11. Gasto público en atención curativa y preventiva según institución. México, 1995

Tipo de Servicio	Total	Poblacion No Asegurada				Poblacion Asegurada		
		Total	SSA	DDF	IMSS-Sol.	Total	IMSS	ISSSTE
Atención Preventiva	2,633	1,065	768	11	274	1,568	1,307	266
•Control de Enferm. Prev	17%	23%	20%	19%	26%	13%	13%	17%
•Vacunación	23%	43%	56%	7%	9%	10%	7%	17%
•Control de Enfermedades Transmisibles	15%	11%	5%	36%	28%	17%	15%	25%
•Detección Oportuna de Enfermedades	8%	0%	16%	0%	0%	14%	17%	0%
•Higiene del Trabajo y Prev. De Accidentes	11%	16%	0%	13%	15%	8%	8%	8%
•Planificación Familiar	8%	7%	1%	25%	21%	9%	8%	16%
•Orientación para la Salud	18%	1%	1%	0%	0%	30%	32%	16%
•Materno infantil								
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Atención Curativa	28,455	4,778	3,547	538	694	23,677	21,199	2,478
•Consulta Externa General	28%	45%	47%	3%	68%	24%	24%	26%
•Consulta Externa Especializada	8%	6%	4%	10%	9%	8%	7%	18%
•Hospitalización General	39%	33%	29%	74%	23%	40%	42%	23%
•Hospitalización Especializada	19%	13%	18%	0%	0%	20%	19%	25%
•Rehabilitación	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
•Atención de Urgencias, Emergencias y Desastres	6%	2%	1%	13%	0%	7%	7%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: SNS. Boletín de Información Estadística, N° 15. México 1995.

1.5 La inversión en capital humano; educación, participación y organización una alternativa para el combate a la pobreza en el campo de la salud.

De las siguientes frases, ¿cuál describe mejor lo que es el bienestar? “tener comida respondió un 23%, “tener salud” respondió un 15.9% de los entrevistados; ¿cuáles son las cosas que desearía lograr en diez años, “tener salud” respondió un 27.9% y “tener trabajo un 16.1%”¹⁷

Gozar de buena salud, concebida como un estado completo de bienestar físico, mental y social, incluyendo la ausencia de enfermedad, es uno de los objetivos más valorados por los seres humanos. Por ello, el análisis más frecuente en relación con la salud trata de entender los factores que determinan una buena salud por su valor intrínseco para el bienestar. Es indudable que evitar o aliviar enfermedades y desarrollar y mantener nuestras capacidades físicas y mentales es algo que tanto en el plano individual como en lo social se considera como parte del bienestar humano. Sin embargo, a partir de los desaciertos obtenidos por los sistemas económicos y las políticas sociales destinadas a desarrollar el campo de la salud; es importante pensar también y como complemento a las estrategias políticas y económicas la intervención del plano social como una alternativa a la reforma necesaria en los sistemas de salud que permitirá alcanzar verdaderos y permanentes logros en salud.

Qué pasaría si el sistema de atención a la salud apostara con mayor fuerza a la parte preventiva que a la asistencial para conseguir impactos permanentes y significativos en el plano de salud; qué pasaría si los Programas de atención enfocarán una inversión importante a la capacitación y orientación de la población con relación al autocuidado de su salud. Probablemente, los Programa de Política Social tendrían un impacto permanente en el trabajo con la gente o tal vez la inversión de gasto en salud sería igual de importante pero cada inversión podría ser destinada para necesidades diferentes y no para los eternos gastos que implican el no avanzar en padecimientos que son repetidores, controlados y asistidos pero no erradicados.

Si todos los Programas y políticas están destinados a mejorar las condiciones de bienestar de la población por qué no invertir conjuntamente con insumos e infraestructura en la

¹⁷ “Comentarios a los cuestionarios Qué dicen los pobres y Voces de los Pobres”, Dieterlen Paulette en [Cuadernos] de Desarrollo Humano 18, septiembre 2004, Secretaría de Desarrollo Social, México, p.15.

prevención y la capacitación de las personas; es decir, en el capital humano que a final de cuentas será quien de cuidado directo de su estado de salud.

Para ser más explícitos, cuando hablamos de inversión directa de capital al sector salud hablamos entonces de la inversión obligada a la seguridad social, de la aplicación de capital para insumos e infraestructura, del combate a la pobreza, de la mortalidad materna e infantil, del combate a la propagación de enfermedades infecciosas como VIH SIDA y/o dengue, paludismo y otras infecciones, etc. pero no de la inversión del capital humano, o lo que es lo mismo, la inversión que se pueda ejercer en la propia población como responsable directa de la preservación de su salud.

Hasta el momento la inversión ha sido indirecta, esta idea puede representarse a través de una pirámide invertida en donde en lugar de realizar mayor inversión en presupuestos, Programas y estrategias para la población, la inversión ha sido para los grupos y factores que manejarán en algún momento dado los servicios de salud (hablemos de empleados, proyectos sexenales, presupuestos para inmuebles e insumos, etc.), situación que no ha garantizado que los efectos finales en la población se cumplan.

Los efectos comúnmente los identificamos en el rumbo de la transición epidemiológica y por lo tanto, en el perfil de salud de las sociedades con mayores problemas de rezago. En las sociedades urbanas es común identificar que predominan las enfermedades crónicas, degenerativas y las violencias; no obstante existen posibilidades de acceso “privilegiado” a los servicios de salud a comparación de las sociedades rurales, a pesar y de que únicamente se favorezca y predomine un enfoque curativo de la atención por medio de altos costos y la heterogeneidad de la calidad de la atención que en muchas ocasiones no es la adecuada. En el caso de las sociedades rurales, los padecimiento aún no son tan severamente crónicos pero si llamémoslos “repetidores clásicos” que por el paso del tiempo y las condiciones del medio van adquiriendo una mayor complejidad, la atención en estos medios es también en su mayoría curativa, aunque con menores opciones de acceso y con mayores limitaciones para la atención y prestación de los servicios. Este panorama es común de identificar y verse modificado o acrecentado por el alcance de las políticas sociales de cada país.

Dentro del sistema de salud, todas las actividades de inversión relevantes deberían comprender e incluir (además de lo antes señalado) la parte destinada al carácter preventivo como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades o lo que es lo mismo, a la curación pero también a la erradicación de las patologías y/o a la reducción de padecimientos y mortalidad prematura, a la provisión de cuidados de las personas con enfermedades crónico degenerativas, así como a la capacitación previa que permita concientizar a la población en medidas precautorias y análisis de consecuencias; y poder llegar así a la permanencia de Programas exitosos que han acertado en la aplicación de políticas a través de su permanencia y efectividad en sus acciones con la población, entre algunas otras.

Si tomáramos estas consideraciones como prioridades internas de un sistema de salud, se podría entre otras acciones, obtener un rendimiento de capital y con ello una demanda satisfecha de necesidades al reducir el número de padecimientos y demanda de atención a nivel nacional, una mayor cobertura de atención y una especial provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades, sin mencionar el rendimiento laboral y de mano de obra, así como la reducción de los índices de incapacidades. Es decir se obtendrían los efectos resultantes de la buena prevención.

Para lograr la atención preventiva en México se requiere, como un aspecto básico, el poder consolidar las estrategias enfocadas a la capacitación y sensibilización de la población para ser partícipe del propio autocuidado de su salud, para que posteriormente puedan dar respuesta los mismo actores sociales y el Estado al control e inclusive eliminación de los aspectos prioritarios en el país como son los problemas infecto-contagiosos, la vacunación universal, la rehidratación oral, el combate a la desnutrición, la promoción de la lactancia materna, el uso del condón, entre los más sobresalientes. En el caso de la vacunación, por ejemplo, se debe fortalecer la extensión de su cobertura a nuevas poblaciones y la expansión del esquema con nuevos biológicos; de ésta forma se fortalecerían las áreas prioritarias de la prevención.

Un reto fundamental para los servicios de salud es intensificar las acciones preventivas enfocadas hacia los problemas de tipo crónico-degenerativo con la promoción de la detección oportuna de cáncer en mujeres en edad fértil junto con el diagnóstico y

tratamiento oportuno de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, ya que la experiencia mexicana nos demuestra que estas patologías son detectadas tardíamente y los daños y la rehabilitación del enfermo dejan como consecuencias un alto costo social, familiar e individual.

Otro espacio de acción se encontraría en la modificación de los estilos de vida -consumo de tabaco y alcohol- que se enfrentan a poderosas industrias publicitarias por lo que las campañas educativas realizadas por todos los frentes (actores sociales) deben dirigirse hacia prácticas de menor riesgo como el dejar de fumar, el consumo moderado del alcohol, el cinturón de seguridad o la realización periódica de un exploración ginecológica, por citar algunos ejemplos.

Un aspecto que resulta necesario resaltar es el espacio temporal de estas acciones preventivas, las cuales resultarán a largo plazo y su efectividad rendirá impacto en las próximas generaciones. Es importante considerar también que los servicios de salud, mientras no tomen este otro tipo de medidas (las cuales forman parte del fenómeno global denominado la reforma de los sistemas de salud a nivel internacional), ocasionará que los gobiernos sigan enfrentándose a una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo en el segundo y tercer nivel de atención, con un impacto reducido sobre la salud poblacional.

La forma en la que los servicios de salud se ajusten a los nuevos perfiles tendrá que reflejar la manera en que la sociedad se organice para responder a las nuevas necesidades de la población. Un elemento central es la visión de la salud como motor del desarrollo social y, por lo mismo, un ingrediente esencial en la definición de la política económica.

En este perfil, la extensión de la cobertura de los servicios -sobretudo los preventivos- no puede visualizarse como un principio de equidad sin que se complemente con inversiones que combatan la injusticia social. La descentralización de los servicios, la universalización del acceso y la participación ciudadana (social o privada) no puede estar ajena al proceso democratizador de las sociedades latinoamericanas, deben existir servicios complementarios que detonen y garanticen la prevención a través de la conformación de nuevos Programas. La protección de los grupos más vulnerables de la sociedad niños y ancianos debe desprenderse de la visión paternalista de un esquema que protege a la

población económicamente activa. La atención de los adolescentes debe vincularse al fortalecimiento de la política educativa y la salud de la mujer debe convertirse en un espacio donde confluya la política social, educativa y económica.

Recordemos que el destino de la transición epidemiológica en la región de América Latina y el Caribe -al estar todavía en pleno desarrollo- permite la puesta en acción de diversas intervenciones costo-efectivas que cambien el rumbo de la transición hacia un escenario donde el enfoque de la atención sea la prevención, el acceso a los servicios sea universal y equitativo, los costos sean regulables, la calidad de la atención sea definida por los usuarios y donde la salud sea un indicador de la calidad de vida y no de los años de vida perdidos por nuestra población.

Este escenario puede construirse siempre y cuando todos los actores de una sociedad participen y se sensibilicen de hacerlo, por ejemplo cuando la población pueda participar a través de la promoción y el autocuidado junto a otros sectores como por ejemplo el de la investigación que en su momento está participando en la definición del rumbo con sus aportaciones tecnológicas, la estimación de riesgos, la identificación de intervenciones costo-efectivas y el diseño de estrategias aplicativas. En el área específica de la transición epidemiológica, la investigación cubre campos muy diversos desde el análisis de la magnitud de un problema de salud, el desarrollo de una vacuna, la organización de los niveles de atención, la capacitación del personal de salud, el costo de la descentralización de los servicios o las estrategias para extender la cobertura de los servicios y cada una de ellas tendrían un impacto definitivo en el rumbo y el destino de la transición con la participación de la propia población.

1.5.1 La corresponsabilidad y el trabajo preventivo.

América Latina y México siguen sin resolver importantes cuestiones relacionadas con el desarrollo; ciertamente la más importante de estas cuestiones es la exclusión y la vulnerabilidad social de significativos segmentos de la población sumergidos en el desempleo, subempleo, la pobreza y la indigencia, así como la deficiente atención a la salud, educación, alimentación, seguridad y vivienda de la población por parte de los sistemas sociales. La política social continúa predominantemente caracterizada por

“contener” la pobreza y la atención a las necesidades básicas a través de un estilo asistencial-clientelista de Programación, asumiendo una función compensadora de los ajustes económicos.¹⁸

Las nuevas condiciones en las que se plantea la vida social para estos tiempos requiere marcos renovados para su comprensión, así como para orientar las acciones que se toman en la esfera pública; cuando los daños están presentes es muy difícil corregirlos de fondo, en el plano social los pobres marginales y explotados siempre han existido y mientras existan sistemas y sectores que impulsen la exclusión estos siempre existirán; sin embargo las necesidades y las demandas sociales han ido cambiando y están continuamente transformándose de tal manera que estos núcleos tienden a buscar sociedades menos inequitativas y más inclusivas.

El esfuerzo y las demandas de las sociedades giran en el contexto de contar con marcos conceptuales más adecuados a la actual dinámica económica y social en el que se desarrollen conceptos y bases políticas de inclusión social sobre la vulnerabilidad y la exclusión. Cuando los sistemas comprendan estos conceptos y visualicen sus Programas y alternativas al respecto, es entonces que podremos hablar de una sociedad participe de su propio desarrollo y crecimiento dentro de cualquier ámbito (salud, alimentación, educación, etc.).

Si hablamos de prevención hablamos entonces de participación plena y consciente de la población, en este caso, sobre el autocuidado de la salud. Por lo tanto, para concretar los conceptos de inclusión y responsabilidad social utilizados desde el punto anterior debemos entender primeramente el sentido conceptual más conocido en la sinergia nacional y que podría no permitir la participación de la sociedad, que es la exclusión la cual según autores como Alberto Minujin en el año 1998, en su tratado de teoría social “Vulnerabilidad y exclusión en América Latina” se concibe como la parte que priva al individuo social de una enorme diversidad de situaciones y/o necesidades materiales y no materiales como el

¹⁸ Entiéndase como asistencialismo en los sistemas de salud, el mismo sentido utilizado en la parte curativa; es decir, la mera atención y asistencia médica requerida a padecimientos y actividades relativas al registro y administración de dichos padecimientos de la población. Por ejemplo: consultas y registro de consultas, vacunas otorgadas, visualizaciones, número y nombre de medicamento entregado, etc.

trabajo, la familia, la educación, la vivienda, el afecto, la pertenencia comunitaria, los recursos, etc., que varía según el tiempo y el espacio.

La población plenamente incluida comprende “la parte referida a tener la posibilidad real de acceder a los derechos sociales, económicos y políticos de un núcleo social, la inclusión está directamente ligada a lo que puede denominarse ciudadanía formal y la participación de los ciudadanos en la marcha de la sociedad; la inclusión económica y social están relacionadas con la participación en la vida colectiva a través del empleo, la protección social, las interrelaciones individuales y colectivas en el contexto de un denominado capital social (que incluye redes y políticas sociales) y que demarca la inclusión social. En este caso se incluye una serie de factores decisivos para el bienestar del ser humano en su vida individual, familiar, comunitaria y social. Si existe inclusión social se abre la posibilidad para una sociedad integrada y democrática....”¹⁹

Como hemos venido mencionando, una característica de las actuales políticas económicas sociales es la falta de sistemas de contención y de búsqueda colectiva de inclusión. La población en América Latina se puede clasificar en tres grandes grupos disímiles entre sí: los plenamente incluidos, los vulnerables y los excluidos y que dadas las distintas situaciones entre los grupos sociales es muy común la dinámica entre ellos.

“La población plenamente incluida comprende a las familias de los estratos medios altos y altos de la población. Se trata de familias que no sólo tienen cubiertas sus necesidades básicas sino que también tienen una base de sustentación altamente estable en términos de capital económico y social. Pertenecen a este grupo familias de sectores medios vulnerables a la exclusión pero que los individuos o las familias logran superarlas y pasarlas al grupo de incluidos. En nuestra sociedad se da el proceso contrario y las dificultades se incrementan y potencian llevando a la exclusión.” (Minujin 1998:183)

“La zona de vulnerabilidad está formada por sectores pobres que tienden a buscar alternativas de inclusión y por sectores medios empobrecidos que han ido perdiendo canales de inclusión. Esta es la zona que se ha ido ampliando en los años recientes hasta

¹⁹“ Vulnerabilidad y exclusión en América Latina, en Todos Entren, propuestas para sociedades incluyente”, Minujin Alberto, UNICEF 1998, Santa Fe de Bogota Colombia; pp 176.

abarcar amplios grupos de la población. Los que están en esta situación tratan, ante todo, de mantenerse en la misma, buscando no seguir cayendo o no retroceder. La posibilidad de pasar a la zona de inclusión son bajas en los países de la región, ya que dependen de una serie de condiciones que van desde los niveles de educación, el punto del ciclo vital en el que se encuentran la familia, los individuos, hasta los aspectos relacionados con el arrojo, la suerte, etc.” (Minujin 1998:184)

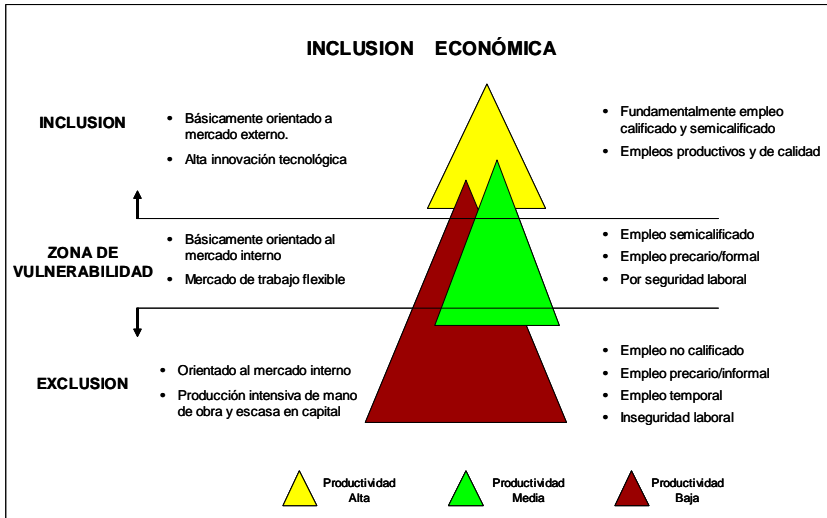
“En el otro extremo se encuentran los excluidos, grupo al cual pertenecen las familias que subsisten en situaciones de alto riesgo, con barreras educativas, culturales y con dificultades de acceso a los servicios básicos, que los dejan fuera de los canales de socialización prevalecientes” (Minujin 1998:183)

“Si bien la zona de “exclusión” está conformada por pobres “estructurales”²⁰, fundamentalmente aquellos que están en situación de extrema pobreza y por algunos nuevos pobres... También pertenecen a este grupo las poblaciones o individuos que sufren de algún tipo de discriminación social o de situación de relegación o aislamiento en espacios físicos determinados, como es el caso de los desplazados por problemas de violencia” (Minujin 1998:183)

Las poblaciones indígenas y negras, tanto rurales como las de reciente migración urbana, pueden señalarse como uno de los claros ejemplos de exclusión en la mayor parte de los países del mundo. La inequidad de género constituye también un evidente motivo de exclusión o vulnerabilidad.

²⁰ Se denominan pobres estructurales aquellos que provienen de una pobreza histórica. Generalmente tienen las características que se supone tienen los sectores pobres: bajo nivel de educación, mayor tasa de fecundidad, bajo capital económico y social. Los “nuevos pobres” están integrados por sectores medios empobrecidos como consecuencia del proceso de ajuste económico reciente. No se trata de situaciones coyunturales sino de una pérdida permanente de su capital (Minujin y Kessler, 1995)

Gráfica 12



Fuente: Vulnerabilidad y exclusión en América Latina

Gráfica 13



Fuente: Vulnerabilidad y exclusión en América Latina

A lo largo de la historia la inclusión de las masas a la satisfacción de necesidades, a la participación y al derecho al bienestar, se ha venido abordando por distintos enfoques; Augusto Comte, Max Weber y Emile Durkheim, abordaron el tema de la conformación y la cohesión social. La denominada “cohesión social” estuvo fundamentalmente dada por la preocupación de la inclusión de las crecientes masas de los pobres al proceso abierto de los cambios capitalistas iniciados con la revolución industrial y el mantenimiento de la cohesión social. Durante el último siglo la asalarización y el estado de bienestar han constituido el gran mecanismo de inclusión social.

La inclusión social, así como la exclusión, se dirime en diversas esferas de la vida política, económica, social y cultural. Situaciones de inclusión parcial en una u otras esferas implica riesgo y vulnerabilidad. El estar excluido en una esfera no implica necesariamente no estarlo

en otras. La falta de éxito no conduce necesariamente a la exclusión, pero ciertamente multiplica las posibilidades de caer en ellas.

Diversos autores se refieren al proceso de “acumulación de desventajas” o acumulación de fallas o de vulnerabilidades como el que lleva a la exclusión (Fitoussi y Rosanvallon, 1996, Kessler y Golbert, 1998). Estas desventajas pueden constituir una suerte de marca inicial, como en el caso de niñas y niños pertenecientes a hogares pobres, o irrumpir en cualquier momento de la vida como le pasa a las familias de sectores medios que se ven empujadas por el proceso económico de la pobreza.

No obstante una de las características de las actuales políticas económicas y sociales es la falta de sistemas de contención, de búsqueda colectiva y la inclusión. La superación de situaciones de vulnerabilidad se hace a través de los mecanismos de mercado y en forma individual, lo cual es adecuado en la medida que el mercado tenga la capacidad de absorber e incluir a estos grupos. Sin embargo, esto no ocurre en la región, en donde la tendencia es más hacia la exclusión y la vulnerabilidad que a la incorporación.

Cuando hablamos de inclusión y a fin de poder llegar a un grado de incorporación, debemos considerar como base la inclusión de los individuos a sus propios núcleos y universos, ya que muchas veces los mismos individuos y grupos sociales homogéneos son los que limitan su propia inclusión.

El inclemente crecimiento de la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la corrupción así como la pérdida de la legitimidad política, han originado una amenaza para la gobernabilidad y la democracia, sin embargo la corrección de estas acciones es tarea tanto del sistema como de las políticas sociales, las cuales tienen el compromiso de buscar una nueva civilización más incluyente basada en la redefinición de las políticas públicas y el desarrollo, a fin de que abarquen todas los núcleos de atención. Sin embargo ya no se trata de resolver sólo problemas técnicos, financieros o administrativos, sino que se trata también de contrarrestar verdaderos escándalos éticos cuya alternativa se basa en el fortalecimiento del capital humano que acercará a las regiones de México y América Latina a la época de una sociedad del conocimiento, que permita dejar atrás la sociedad del financiamiento que

promueva el cuidado y apoyo a un capital social que facilite a su vez el desarrollo participativo desde abajo. (Contreras, 2001).

Al hablar de contrarrestar problemas éticos podemos referirnos en específico a los valores y la moral social que fundamentan y rigen el actuar de las sociedades. “La moral es uno de los usos más apropiados para llegar a este estrato, especialmente la moral pública basadas en derechos y en la satisfacción de las necesidades humanas, preocupada por la autonomía y la dignidad de la persona ... Es bienvenida una moral pública crítica y solidaria, que se haga responsable de vigilar y regular un sentido objetivo y plural los excesos de la libertad individual; como también es bienvenida una moral individual que permita con estímulos las acciones de las personas con más méritos y que dichas acciones sean evaluadas por sus consecuencia y por el ejercicio de la libertad responsable. Una u otra se complementa de diversas maneras”²¹

En un Estado moderno y complejo la racionalidad pública requiere que las personas individuales sean consideradas como seres autónomos, capaces de tener metas, planes, ambiciones y de exigir respeto hacia ellos. Por lo tanto, los valores apropiados para juzgar la bondad de una acción pública deben considerarse aquellos relacionados con la satisfacción personal y utilitaria de los deseos y preferencias, bajo condiciones previamente especificadas y aquellos relacionados con la distribución de intereses, derechos, beneficios y perjuicios hacia otras personas, por lo que implica conocer las características de quienes toman las decisiones.

“Para A. K. Sen las capacidades son una característica de una persona en relación con ciertos bienes. En su noción de persona es inseparable el tipo de relaciones de dominación a la que se ve sometida y de la posición social que ocupa, por lo que al referirse a la libertad personal considera las posibilidades reales a las que tiene acceso y no solo a sus elecciones subjetivas. Al disponer una persona de un objeto, este le confiere ciertas habilidades que no se podrían manifestar en su ausencia... Esa habilidad les puede proporcionar consecuentemente cierta utilidad, como sentirse feliz, de manera que se produce una secuencia que va de la habilidad a la utilidad...” La capacidad para que una

²¹ “La Producción de Bienes y Servicios Básicos en México y las alternativas de Desarrollo”, Contreras Suárez Enrique, Tesis para obtener grado de Doctor en Sociología, UNAM, 2001.

persona ejerza su funcionar indica lo que ella puede hacer o no hacer y lo que puede ser y no puede ser, ya sea que intervenga activamente en su afán o que una institución pública le atienda ciertas necesidades, impersonalmente”.²²

La potencialidad de los sujetos sociales para ser partícipes de su propio desarrollo debe obligar a los gobiernos a impulsar también políticas que vayan más allá de acciones dirigidas a consolidar procesos económicos, políticos o institucionales; es necesario que se desarrollen estrategias y prioridades dirigidas a la estimulación del capital humano, el cual a través de responsabilidades compartidas permitirá consolidar un desarrollo incluyente y que tenga como base la creación de políticas de desarrollo cualitativas e incluyentes.

Un sistema que tiene como base la acumulación del capital humano, tiene como base la educación como el principal elemento y con ello la movilidad social ascendente y la corrección de las desigualdades en la distribución de la riqueza y el ingreso; a través de la estrategia de focalización que comprende principalmente el gasto público social hacia los sectores pobres y sectores vulnerables y construir así redes sociales de contención contra la pobreza.

Esta construcción permitirá entonces considerar a la política social como la simple administradora de los sectores sociales, donde el destino de desarrollo sería la gente y la generación de la riqueza sería solo un medio, aunque es muy importante mencionar que esta estrategia no sería paternalista sino incluyente.

Al hablar de incluyentes y no paternalistas nos podemos referir a que la generación de un empleo productivo de calidad sería la forma básica del cual se incluye a los ciudadanos al sistema productivo, ya que la política social es esencialmente una política de generación de empleo productivo para posibilitar la emancipación de los ciudadanos de toda forma de asistencialismo estatal, el empleo y los salarios son también dimensiones cruciales de la ciudadanía.

²² Ib. Idem.

No podemos olvidar que las oportunidades se aprecian conjuntamente con los recursos disponibles con el fin de precisar el uso exacto que hacen las personas, considerando que cada una de estas personas depende de sus capacidades para aprovechar dichos instrumentos, la ampliación de la cobertura social a través de dichas oportunidades se desarrollará cuando se identifique individualmente la inclusión y la capacidad para acceder a estas oportunidades conjuntamente con el apoyo de diversas instituciones para lograrlo.

Dworkin en el año de 1993 consideraba que la igualdad de los recursos dependía también en gran medida de la capacidad de las personas, el nivel de recursos disponibles y la capacidad de arribar a consensos sociales en espacios caracterizados por conflictos de intereses; donde las tensiones sociales influyen sobre la percepción de la equidad de los individuos particulares. A raíz de estas necesidades las políticas deben de tomar en consideración el rango de alternativas para lograr el bienestar, la eficiencia del esfuerzo de las personas para alcanzar sus metas y la manera de disponer de las alternativas dentro de los escenarios de conflictos de interés.

Cuando hablamos de conflictos de intereses y de satisfacción de necesidades nos enfrentamos a conceptos que pudieran impedir su correlación para la aplicación de alternativas viables y resolutivas, ya que por citar algún ejemplo para los utilitaristas²³ el concepto de conflicto de interés implica simples deseos y aspiraciones individuales, cuando la satisfacción de las necesidades es un campo abierto y flexible. (Bustelo:1998:69)

La demanda a la satisfacción de las necesidades básicas puede ser exigible cuando esta adquiere una responsabilidad compartida y se ubica dentro de una sociedad determinada, es decir de una moralidad individual pero objetiva de deseos e intereses y una moral pública de responsabilidad por las acciones realizadas.

No obstante para acercarse a este resultado puede ser útil describir el contexto real que rodea la acción social, en cuanto a la libertad, agencia social y respeto a la persona, con las respectivas posibilidades, alternativas y contradicciones objetivas que vislumbran los actores sociales, cerciorándose de que las elecciones tomadas son verdaderamente propias

²³ Corriente que sostiene que la asignación de recursos económicos se guía por la utilidad y la preferencia de las personas, aunque se reconoce que se puede presentar la exclusión de los más pobres en ciertas etapas del crecimiento económico.

y constatar el mencionado contexto, las posibilidades, alternativas y contradicciones con un contexto más equitativo, para entender su significado social. Esto es, razonar con los actores sociales, dada la ausencia relativa de una agencia moral y universal (Walzer, 1998:230-234). Para poder decir si las elecciones realizadas por los actores sociales son objetivamente mejores, debe intervenir la crítica social y la percepción y la discusión científica, así como la presencia de un Estado moderno como garante de los derechos humanos absolutos, así como creador y reproductor de las instituciones y Programas jurídicos y sociales adecuados. (González Casanova,2000; R.A. Putnam:1998:236).

1.5.2 Capital Social.

Cuando conjuntamos concepciones relacionadas a redes sociales, participación incluyente y potencialidad de los individuos generadores de acciones; construimos entonces y “empoderamos” inevitablemente el concepto de **capital social**, complemento que a través de la correlación entre la participación de las instituciones, el Estado, el mercado y sustancialmente de la participación de la sociedad contextualiza en gran medida el desarrollo y crecimiento económico de un país. Por lo anterior y su importancia con el tema central de esta investigación, debemos entender y vincular este concepto.

Autores como Joseph Stiglitz definen que "el desarrollo económico de un país está insertado en su organización social, de manera que **abordar las inequidades estructurales requiere no sólo cambios económicos, sino también transformaciones de la sociedad misma.**" (STIGLITZ,JOSEPH:1998) Esto es, las relaciones económicas no provienen de un modelo propio, sino que están incrustadas, en un tejido social y cultural, lo cual permite establecer conexiones de los fenómenos económicos con la esfera sociocultural,(GRANOVETTER, MARK:1985) arraigando todas las relaciones sociales en un sólo sistema que también incluye intercambios económicos.

El concepto de **capital social**, (EDWARD BANFIELD:1988) ha surgido en distintos ámbitos disciplinarios como una aproximación para abordar precisamente esas conexiones y analizar, en ese marco, algunas de las fuerzas sociales que interactúan con los procesos de desarrollo.

Este concepto ha destacado un aspecto importante del comportamiento socioeconómico, por la intención de saber cuál es el papel de las relaciones que no son de mercado, en la determinación del comportamiento individual o colectivo y su importancia en los análisis de la pobreza y por ende del desarrollo. (DURLAF, STEVEN:1999); por lo que existe una clara coincidencia en identificar esta nueva forma de capital con aquellos elementos que se generan en las relaciones sociales, por lo que para algunos analistas es fundamental validar este concepto en el lenguaje económico y para esto se hacen grandes esfuerzos para igualarlo a otras formas de capital.(LINDON, J. ROBINSON, AND SILES, M.:1999) y para otros, en cambio, es más importante encontrar el tipo de interrelaciones sociales que ayudan a explicar sinergias no comprendidas y cuyo resultado puede contribuir a mejorar las políticas contra la pobreza.

En los trabajos que se han hecho en la CEPAL (DURSTON, JOHN:1999), se ha entendido el concepto de capital social **como el conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueven la confianza y la cooperación entre las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto**. En esta definición se diferencian muy claramente las instituciones de las organizaciones. Sin embargo, la acepción más difundida del concepto institución integra ambos lados: los efectos normativos por un lado y los roles, relaciones y conductas, por otro, todo dentro del mismo término institución.

Lo que está emergiendo en el debate sobre capital social es un paradigma, no sólo limitado al capital social sino un paradigma del sistema complejo de la sociedad humana, que puede expresarse a cualquier nivel territorial: la comunidad local, el barrio, la región o (lo que es un poco más difícil de analizar) una nación, un país, una sociedad nacional.

Reconociendo la importancia de estos conceptos, en la aproximación de la CEPAL adquiere especial importancia la diferenciación entre el capital social individual y el capital social comunitario (el capital social que posee un **individuo** y el capital social que es propiedad de un **conjunto**). El primero se define como la confianza y la reciprocidad que se extienden a través de redes ego-centradas. Este tipo de capital consta del crédito que ha acumulado la persona en la forma de reciprocidad difusa que puede reclamar en momentos de necesidad, a otras personas a las cuales les ha ofrecido servicios o favores. El segundo se define como aquel que se expresa en instituciones complejas, con contenido y gestión. En esta acepción, el capital social reside, no en las relaciones interpersonales sino en sus estructuras

normativas, gestionarias y sancionarias. En ambos casos, sin embargo, la noción de red (como sustrato de la **asociatividad**) juega un rol significativo.

Las redes interpersonales simples son las formas más importantes del capital social individual. El capital de cada individuo dependerá de los beneficios de cómo un sujeto maneja su red.

Hablando en un nivel territorial, se pueden identificar redes de capital social, ya sea individual o comunitario, que suponen distintas formas de funcionamiento particular en las relaciones sociales: (a) **Individual**: redes egocentradas, manejo de contactos para realizar proyectos personales. (b) **Grupal**: es una extensión de estas redes donde se cruzan muchos vínculos en un grupo cara a cara: todos se conocen, todos son amigos por lo que existe un cierre en la red (COLEMAN, J:1990). Las relaciones se cruzan entre sí y se densifican (4 a 12 personas) conformando un grupo capaz de funcionar como equipo o como empresa. Se trata de personas que tienen confianza entre sí y múltiples relaciones de reciprocidad y compromiso. Este tipo de capital parece un campo fértil para emprendimientos asociativos que pretenden generar ingresos en sectores pobres. (c) **Sistemas institucionales comunitarios**: en el nivel comunitario, las instituciones socioculturales - como una junta de vecinos - funcionan cuando tienen capital social. Pero no funcionan gracias al capital social de alguna persona en particular. Si descansa en el capital social de una sola persona o un sólo grupo, la institución ha sido cooptada. En la situación ideal la institucionalidad informal es propiedad de toda la comunidad: hay liderazgo y hay control social de sus miembros. (d) **Conexiones distantes**, (horizontales y verticales): organizaciones asociativas de segundo nivel en el territorio, diferentes tipos de relación a nivel societal como el clientelismo (en una relación vertical como el clientelismo, el capital social está desigualmente distribuido; pero hasta el cliente más débil percibe algún beneficio de la relación).

El hablar de capital humano, participación incluyente y capital social, se puede validar la condición del ser humano como un elemento participe de su propio desarrollo y a la vez participe del desarrollo económico y social del entorno que lo rodea, La formación de fuerzas sociales a través de una construcción inicial que parta de lo individual hacia lo comunitario a través de la valoración y promoción de sus potencialidades reforzará las estructuras sociales y de mercado de las naciones.

Derivado de lo anterior es importante y también cierto que la inclusión de la sociedad en cualquier acción de desarrollo y por ende su participación y organización propia generará y construirá un capital social, que finalmente repercute y trasciende al desarrollar la responsabilidad y el derecho a participar y demandar necesidades comunitarias; no obstante este capital traducido como la participación social, sin la participación del estado y las instituciones o el mercado, puede tener presencia y sobre todo permanencia en sus acciones; con el sólo hecho de organizarse y ser participes de una cooperatividad interna puede alcanzar la erradicación de la pobreza. Reflexionaremos estas inquietudes al finalizar este trabajo.

1.5.3 La asignación de responsabilidades

En el ámbito de la salud y en cualquier esfera, la participación social implica responsabilidad y “conciencia” compartida para la búsqueda de satisfactores y la asignación de derechos

“La responsabilidad individual está condicionada, en parte, por la libertad y el control que el individuo puede tener sobre sus acciones. Ejercer con responsabilidad la libertad o arribar a una madurez política implica, de un lado, una creciente participación de los individuos y los grupos en las decisiones que afectan su vida y en la agregación de las demandas y del otro lado, la acción de las instituciones públicas y de la sociedad organizada, las cuales pueden proporcionar recursos suficientes y los espacios donde escuchen las voces de los distintos sectores sociales, y contribuir así a la creación de ambientes favorables al ejercicio de la libertad responsable. Ignorar este papel de las instituciones públicas puede llegar, en situaciones extremas, a impedir la reproducción de los mecanismos de equidad y a reducir la tan ansiada legitimidad política de los asuntos públicos”. (Contreras:2001:39)

“El concepto de asunción de responsabilidades, en Roemer (1994) no pretende tener una aplicación universal, sino que se limita al sector educativo. El abarca aspectos que están fuera y dentro del control de las condiciones que rodean el bienestar de una persona. En una sociedad democrática la persona tiene un mayor control sobre sus preferencias individuales y sus niveles de ambición. Así la fijación de metas sociales debe ser lo suficientemente amplia como para incluir los aspectos sobre los cuales las personas ejercen un control, siempre y cuando los individuos respondan a lo que la sociedad considera como

causado por diferentes niveles de responsabilidad personal. A medida que se amplía el componente controlado de bienestar, crece la responsabilidad de los individuos, hasta llegar a la situación óptima en que cada persona es responsable de transformar las oportunidades en resultados, de acuerdo a sus preferencias y valores. Las compensaciones públicas que permiten mejorar el bienestar se justifican, para este autor, siempre y cuando los individuos muestren un nivel promedio de responsabilidad y simultáneamente obtengan un nivel de logro más bajo que el promedio.”²⁴

Cuando existe un asistencialismo paternal se tiende a la monopolización de las comunicaciones externas de los grupos objetivo y no se repara en que con ello se coarta su capacidad de establecer responsabilidades. Los grupos con mayor libertad y participación interna obtienen una consolidación, mayor productividad económica y acentúan su fortaleza para diversificar sus logros.

Acentuar el sentido de la responsabilidad da lugar a una visión social enriquecida empáticamente y más inclinada hacia el interés de otros grupos sociales y con ello mayor interés hacia la prevención social. Los sentimientos de solidaridad hacia grupos sociales más extensos que el grupo de pertenencia y la legitimidad política concedida a las acciones públicas pueden verse como efecto de un sentido acentuado de responsabilidad, cuando esta es ejercida con libertad. Y a su vez, la solidaridad y la legitimidad refuerzan el sentido de responsabilidad, hacia grupos sociales más extensos.

No obstante la funcionalidad de estos principios se ven limitados por la extrema desigualdad social y el dominio de estructuras de poder elitista, los aspectos básicos de responsabilidad social han caído en el control y la decisión de figuras privadas individuales, lo que ha llevado a la construcción de esquemas, sistemas y Programas globalizados y basados en el beneficio productivo y mercantil para unos cuantos sin considerar por ningún momento la acción de la solidaridad; “ una reforma fiscal legítima tiene que acompañarse no sólo de políticas recaudatorias eficientes, sino de la acentuación del sentido de responsabilidad de todos los actores sociales, y este puede depender de la entrega de bienes y servicios de una calidad suficiente como para despertar el sentido de solidaridad. Esta aplicación

²⁴ Ib.Idem.

funcional del sentido de la responsabilidad muestra su estrecha conexión con la cooperación social voluntaria a través del ejercicio de una acción colectiva.

Según autores como Michael Croizer y Erhard Friedberg (1986), la acción colectiva no es un resultado automático del desarrollo de las instituciones humanas, ni la consecuencia lógica y predeterminada de la estructura objetiva. “La acción colectiva es una solución específica, con miras a cumplir objetivos comunes, que han creado, inventado o instituido actores relativamente autónomos, con recursos y capacidades particulares, para resolver los problemas, sobre todo y lo más fundamental, implica la cooperación y la interdependencia de los actores que persiguen intereses individuales, contradictorios y divergentes”.²⁵

El cambio social y el estado moderno constituye un objetivo dirigido hacia un modelo más racional de organización; en este debe ser comprendido un proceso de aprendizaje y participación colectiva, es decir, definen y determinan nuevas formas de juego, de cooperación y de conflicto, adquiriendo actividades cognitivas de relación y organización.

En toda organización social es indispensable que los actores utilicen de manera extensa su margen de libertad, no obstante para ello el modelo determinará el contexto de la acción y por ende los recursos de los actores para regular presiones y manipulaciones, pero a su vez los actores sociales deben de vigilar ya una vez responsables y participes de sus acciones y exigir el adecuado funcionar del modelo o del Estado.

Cuando existe participación y organización social los actores podrán orientar sus comportamientos de manera que puedan lograr un mínimo de cooperación sin perder la autonomía. La organización social en lugar de tratar de localizar el vicio de la estructura o del funcionamiento, buscará hacer un diagnóstico del sistema que permita comprender dónde y por qué ocurren los problemas, y entender que los comportamientos y los mecanismos son de hecho racionales.

En el sistema cada quien es responsable, pero autónomo y protegido; cada uno tiene asegurado un mínimo de éxito; el éxito está fuertemente personalizado y la participación del

²⁵ “Elementos Teóricos para la Acción Colectiva en Salud, Salud Comunitaria y Promoción a la Salud”, Saucedo Arteaga Gabriel; Universidad de la Ciudad de México, México D.F., 2004.

individuo lo logran las circunstancias, es decir, si algunos individuos o actores sociales tienen más iniciativa o posibilidades serán responsables directos y participes de su propia relación; no obstante el sistema coordinará siempre las acciones de sus participantes, sin embargo para llegar a esta regulación es necesario un órgano regulador consiente de una organización perfectamente racionalizada, ese órgano es representado por instituciones, Programas y políticas que deriva el Estado. (Saucedo:2004)

Cuando las responsabilidades se cumplen en este parámetro, detrás del conjunto, de los conflictos y de las alianzas que se oponen y se unen en torno a las decisiones colectivas, existe un sistema de acción concreto, vivo y limitante con una regla que se imponen para todos. En este cuadro la mayoría de los actores tiene una conciencia aguda de las necesidades del juego. Muchos intuyen y acatan las restricciones que impone el sistema y los límites a respetar. La regulación está asegurada por el control de unidades fragmentadas que se comunican mal entre sí pero que se influyen lateralmente y por la existencia de los acumuladores (acaparadores de puestos y funciones) cuya situación les concede una ventaja. (Ídem)

Si analizáramos ciertos Programas por ejemplo y como tema que compete este trabajo de investigación de atención a la salud desde la perspectiva del accionar colectivo podríamos conocer entre otras situaciones como se transforma una estructura orgánica de modos de acción durante la operación de dichos Programas, las soluciones específicas que fueron creadas por los diferentes actores del Programa y la cooperación y la interdependencia de los actores para resolver en buena medida los problemas de nutrición, alimentación y salud de la población, es decir, el análisis de los resultados desde la perspectiva de los diferentes actores.

“De acuerdo con el planteamiento teórico propuesto, la acción colectiva en un Programa o estrategia definida está compuesta por las soluciones específicas que se fueron generando durante las actividades Programadas. La organización corresponde a la redefinición de los campos, papeles y conceptos; es decir que conforme los actores realizan las actividades y se enfrentan a la realidad, se redefinen los límites, las responsabilidades, las libertades, los recursos de cada actor, el papel que desempeña cada uno y como se hacen operativos los

conceptos. Por ejemplo, quien es un beneficiario de un Programa, por decir de combate a la desnutrición, cómo se evalúa.

Estos elementos son muy importantes, pues aún cuando todo parece bien definido en la estrategia del Programa, necesariamente se va redefiniendo cada uno de los conceptos al llegar al nivel operativo. Por otro lado, el actor del Programa comprende al promotor de salud, los supervisores y los capacitadores, a los responsables principales y sobre todo a la población, cada uno de estos actores se va redefiniendo en la operación. De manera general se puede decir que el actor comprende a todo individuo o grupo que tiene un margen de libertad y responsabilidad para la operación del Programa”²⁶

El cambio cualitativo que va de la ejecución del Programa a la acción colectiva, debe observarse en indicadores de mejor organización (redefinición) y en un análisis profundo de los medios para actuar sobre de ella. Es decir no basta realizar cada una de las tareas de acuerdo a lo estipulado en el contrato, antes bien se requiere comprender y aprender cada una de las acciones y hacerlas operativas en cada nivel de la realidad, la comunidad, la familia o el individuo, según sea el caso. En este sentido es evidente que existe un razonamiento a priori para la ejecución del Programa; sin embargo, la libertad del actor le permite influir e incluso transformar y manipular el proceso.

Aun cuando los actores no pierden su autonomía de agentes libres, la organización orienta el comportamiento de los actores de tal manera que se logra algún grado de cooperación, lo cual es evidente en el actuar. Lo más importante es evidenciar que los comportamientos están siendo razonados por los diversos actores. La manera general para lograr este razonamiento puede ser la articulación de cada acción de acuerdo con los objetivos del Programa y con una realidad concreta.

Por ejemplo y siguiendo el caso de Programas específicos de combate a la desnutrición; la acción del registro mensual de los pesos de los niños de una comunidad, permitirá:

- 1) *identificar la desnutrición entre los niños menores de cinco años*
- 2) *establecer una vigilancia epidemiológica de la nutrición*

²⁶ Ib. Idem.

- 3) *evaluar la ganancia mensual de peso de cada niño a lo largo de varios meses*
- 4) *realizar acciones preventivas*
- 5) *reducir la desnutrición de una familia o comunidad determinada*

La complejidad de este proceso y el estado ideal sería pensar que cada actor realizaría diez, veinte o más acciones en función de ciertos objetivos específicos y generales; sin embargo no todas las acciones colectivas muestran siempre una relación tan esperada como la anterior. Si bien que hay que considerar que éste es un proceso (aplicación del Programa) en donde puede darse un aprendizaje colectivo, no necesariamente el actor acabaría por interiorizar una conducta determinada que consista en ejecutar las acciones y mejorar la eficacia y eficiencia del Programa y tomar como suyo el objetivo de promover la salud en la comunidad. Más bien la tendencia puede llevar a que la promotora de salud (actores sociales) busque hacer cada vez más fácil su trabajo y con ello ir deteriorando la calidad de las acciones.

De acuerdo con la teoría de la acción colectiva, el análisis del Programa puede mostrar los comportamientos y mecanismos racionales ocurridos durante su ejecución. Asimismo se puede observar que todos los campos de acción están articulados y que los actores utilizan varias estrategias para la realización de las acciones, con las cuales llegan a transformar los modos de acción y regulación, las relaciones con otros actores, así como los resultados. Esencialmente se buscaría demostrar que en el Programa existe un sistema, que tiene límites, problemas y modos de regulación.

“Todo Programa como sistema, debe mostrar un proceso de centralización, que a su vez representa a los actores y los protege de presiones externas. Por otro lado es claro que el Programa es un sistema de acción concreto, dado que es considerado como una solución a los problemas de la acción colectiva, la interdependencia, la cooperación o el conflicto, para finalmente atender la salud de la comunidad”. (Saucedo:2004)

Al desarrollarse a través de una organización algún Programa, estaremos hablando de una construcción social y no natural, por lo cual es inevitable la presencia de y generación de problemas para su funcionamiento, sin embargo y como parte del mismo un razonamiento

estratégico puede ser muy útil para descubrir cómo se realiza la cooperación y organización y como se solucionan los problemas.

“Para comprender los problemas de la acción colectiva será necesario analizar la organización y la estructura de los campos, así como los mecanismos mediante los cuales opera. Los problemas en el primer nivel de la acción colectiva se basan en la cooperación; es decir toda empresa requiere un mínimo de integración de los comportamientos de los individuos o de los grupos, en donde los actores sociales involucrados persiguen objetivos divergentes incluso contradictorios.

La integración de la conducta de los actores en un Programa de salud puede darse por la restricción de la acción, en lo que queda implícito el reconocimiento de las relaciones de poder y de la dependencia. Esto quiere decir que los promotores de salud, los médicos y todo el personal que sea contratado dentro del Programa quedan sujetos o restringidos a las acciones, relaciones de poder o de dependencia. Por otro parte la población este “sujeta” a las acciones del Estado, en este caso a través de la SSA, puede generar una dinámica que perjudica o beneficia a todas las partes involucradas. Así la acción colectiva va redefiniendo sus problemas; y los campos de interacción se acondicionan o se organizan, de tal manera que los actores, en búsqueda de sus intereses específicos no ponen en riesgo la empresa. Finalmente los modos de integración para la cooperación necesaria entre los actores no debe suprimir sus libertades ni posibilidades de lograr objetivos personales”.²⁷

Resumamos los conceptos de este primer capítulo

Al hablar de desarrollo y crecimiento de una nación debemos comprender la existencia de una verdadera corresponsabilidad compartida, en la cual tanto el Estado, el sistema y las políticas económicas y sociales estén encaminadas a un proceso en el que existan un objetivo específico en el que los compromisos de funcionamiento estén dirigidos al objetivo incluyente, donde los actores sociales sean participes de un movimiento propio que redefina las necesidades convertidas en demandas después de adoptar las propias responsabilidad correspondientes para generar y/o ser participes de ese cambio.

²⁷ Ib.Idem

A través de este modelo, la política social para garantizar los derechos sociales que implican una común pertenencia a la sociedad sobre la base del avance de la igualdad, implica poder y por lo tanto implica la necesidad de construirlo en democracia como instrumento para la lucha y conquista, donde por esa simple razón, la política social es verdaderamente la política y no simplemente la administración de los sectores sociales. Ese sería un camino seguro para llegar a la expansión de la ciudadanía y la emancipación de las personas.

“Hacer avanzar la ciudadanía en la América Latina equivale a la agenda de la igualdad, lo que significa progresar en los derechos sociales que implican sujetos-actores de ciudadanía. El ámbito para la expansión de la ciudadanía es la democracia como sistema de igualdad, ya que históricamente la democracia está contrapuesta por el sistema de desigualdades que provienen de sistemas capitalistas. Por lo tanto, la agenda regional para construir sociedades más igualitarias, pasa esencialmente a profundizar la democracia y sus instituciones. Es importante identificar que la igualdad no es producida automáticamente, ni nadie la obtiene por casualidad, hay que luchar por los derechos sociales para conquistarla. A su vez, para luchar con efectividad hay que construir poder democrático y buscar poder es esencialmente hacer política. Eso es porque un nuevo paradigma de política social en América Latina en donde todos entran, no consiste en la mera administración social de un proceso histórico, sino fundamentalmente un juego mucho mayor donde se reconcilie lo social con la política; en otras palabras es considerar los derechos sociales como parte del proyecto de construcción de una democracia participativa y la política como su instrumento de realización.”²⁸

Es importante que los gobierno y creadores políticas pilares del sistema tengan siempre una confianza razonable de que algo se puede hacer, de que hay opciones disponibles y que por lo tanto, la libertad es definitivamente una posibilidad. Además la historia es una posibilidad abierta y ante un estilo de desarrollo de los países de América Latina tan excluyente como el presente, vale la pena renunciar a tener un estatismo histórico, a jugar solo como observadores estáticos de lo que pasa e intentar el desafío de una construcción social en la que todos participemos y quedemos dentro.

²⁸ “El desarrollo como Programa de la democracia”, Galtung Johan, en Todos Entren, UNICEF, Bogota Colombia, 1998.

A continuación daremos un ejemplo claro de inclusión, organización y participación social, así como de corresponsabilidad y políticas estatales dirigidas y compartidas en el sector salud: el Modelo de Atención Integral.

1.5.4 La atención primaria a la salud, estrategia internacional para la inversión y participación del capital humano

Aterricemos un poco más lo analizado en el apartado anterior, identifiquemos la importancia de la participación de los actores sociales en los sistemas de salud a través de la atención primaria.

A nivel mundial se ha distinguido que una de las prioridades de los gobiernos del mundo ha sido la atención a la salud de la población, ya que al paso del tiempo, naciones enteras van experimentando nuevas necesidades de salud exigiendo entre otras cosas, la cobertura, la atención, la calidad en la atención, la prevención y la cura como principales elementos para satisfacer esta prioridad humana.

La atención a la salud se ha identificado como una de las principales líneas de acción política y económica de los gobiernos del mundo; sin embargo, se reconoce que a nivel mundial ha existido un grave contexto de desigualdad en materia de salud entre los países desarrollados y los subdesarrollados, tanto al interior como al exterior de ellos, lo que representa la tremenda diferencia entre la controlada salud de unos y las precarias condiciones de salud en otros.

Por tal motivo, el goce de la salud se ha planteado como un factor básico para reducir la pobreza y propiciar el desarrollo. “En 1978 la ONU resuelve alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y declara que la *atención a la salud debe plantearse como política para reducir la pobreza*”²⁹. “La Organización Mundial para la Salud (OMS), convencida de que las desigualdades sociales existentes en materia de salud para la población resultan inaceptables y constituyen una preocupación común a todos los países, reconoce que la

²⁹ El Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: participación comunitaria y perspectiva de género; Castañeda Pérez Martha Aída; México, 1999.

atención primaria a la salud es la estrategia para elevar los niveles de salud y bienestar de los pueblos; esta estrategia requiere un compromiso político firme y continuo a todos los niveles de gobierno y, resuelve alentar a todos los gobiernos para que aceleren la puesta en práctica de las políticas y planes para *extender los servicios de salud a la totalidad de la población como tarea prioritaria*. En 1979 la ONU considera a la salud como un componente del desarrollo y como parte integrante de las estrategias internacionales de desarrollo y en 1980 reconoce que *la educación y la salud son estrategias prioritarias para reducir la pobreza y propiciar el desarrollo* y ubica en las áreas rurales el mayor rezago. (Organización Panamericana de la Salud: Resoluciones de los Cuerpos Directivos, 1978-1980)³⁰.

Al declarar la OMS la Atención Primaria a la Salud (APS) como la estrategia básica para alcanzar la meta de salud para todos, se establecen también las estrategias nacionales regionales y globales para alcanzar la meta propuesta y lograr así que la mayoría de las poblaciones pobres que no tienen acceso adecuado a esta atención, puedan tenerla a partir de acciones estratégicas en las cuales toma especial interés **la promoción y la participación comunitaria como plataforma para el cumplimiento de una racionalización justa de los servicios, una adecuada cobertura y extensión de los mismos y una participación conjunta de las comunidades**.

La Atención Primaria a la Salud (APS) es entonces una respuesta establecida a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron que la mayor parte de la población mundial no tenía ni tiene acceso a una atención apropiada de los servicios, se identifica internacionalmente a la APS como “La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas científicas fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación y a un costo que la comunidad y que el país puede soportar en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con espíritu de responsabilidad y autoformación”.³¹

Así, la principal estrategia de la APS consiste en reflejar una orientación hacia los principales problemas sanitarios, preventivos curativos y de fomento a la salud a partir de:

³⁰ Ib. Idem.

³¹ Factores de Riesgo en la Comunidad; Mora Laura, México, 1994, p. 57.

- ✓ Una extensión universal de cobertura
- ✓ La regularización de los servicios
- ✓ La articulación intersectorial
- ✓ El desarrollo de la tecnología apropiada
- ✓ El desarrollo y adecuación de Hospitales Rurales que hagan activar esta APS
- ✓ Y sobre todo la participación comunitaria y la Promoción de la Salud

Es importante considerar que la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y la comunidad con los sistemas nacionales de salud. Todas las acciones a la APS serán dirigidas a los problemas de salud de la comunidad y a prestar los servicios de promoción, prevención y tratamiento.

La APS como un proceso permanente de asistencia sanitaria, deberá comprender entonces, cuando menos las siguientes actividades; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y combate; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno infantil con conclusión en la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.

En el mismo sentido se puede considerar la exigencia de fomentar un grado máximo de autorresponsabilidad de la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la misma APS. Este sistema de acción deberá entonces garantizar al individuo la derivación oportuna mediante procedimientos funcionales de referencia y contrarreferencia a otros niveles de salud, dependiendo de sus necesidades, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención integral, dando prioridad a los más necesitados.

Con el emblema de “Salud para todos en el año 2000” y la APS como estrategia para alcanzarla, en la década de los 80 y principios de los 90 se ratifican numerosos tratados y acuerdos internacionales en los que la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsan en la década de los ochenta Programas de Atención Primaria a la Salud en

países de África y América Latina. En México, quienes estructuran Programas para atender a la población rural son en los primeros años el IMSS - Coplamar y el INI, el primero atiende a población rural abierta (no asegurada) y el segundo enfoca sus actividades a la integración de los recursos tradicionales para la salud. A principios de los 90, el Banco Mundial comienza a invertir sistemáticamente en la creación de infraestructura para los tres niveles de atención a la salud.

En la década de los 90, el Banco Mundial integra a *la salud* en sus políticas de *desarrollo y combate a la pobreza*. Conviene destacar que el Banco había iniciado en la década anterior políticas de educación, cuyo enfoque era ampliar la cobertura. Esta política que tenía un enfoque a *largo plazo*, es sustituida en la década de los 90 por otra, con un enfoque de *bajo costo y alta eficiencia* que se basa en una estrategia de "*focalización*", es decir, de seleccionar a los más pobres de la población sin acceso a servicios de salud y educación para otorgar préstamos a los gobiernos con base en proyectos o Programas que atienden específicamente a estos sectores y que ofrecen servicios en paquetes súper básicos.

Esta estrategia de focalización es consecuencia de la aplicación de las políticas de "ajuste estructural" - base de las políticas de desarrollo del Banco Mundial - para lo cual el Banco da asesoría técnica a los países (y la cobra). En la atención a la salud estas políticas de Ajuste Estructural se traducen en México en un cambio del rol del Estado y en la Reforma del Sector o lo que es lo mismo en la entrada del seguro popular o en los Programas de ampliación de cobertura en los que el Estado pasa exclusivamente a:

- a) controlar las enfermedades infecciosas y detectar vectores de infección;
- b) dejar de invertir en servicios de seguridad social y de tercer nivel de atención a la salud, pues al Estado le salen muy caros por su ineficiencia, además de que implican el subsidio a personas que sí pueden pagar y obstáculos para la participación de la iniciativa privada en el mercado de la salud;
- c) regular los servicios privados de seguridad social para aumentar la cobertura y bajar los costos de la atención.

Para que el Estado pueda dedicarse exclusivamente a estas actividades es necesario, plantea el Banco, transformar el Sector Salud en su conjunto, mediante la integración de un

Sistema Global de Salud definido por funciones y no por grupos sociales (trabajadores al servicio del estado, trabajadores de empresas privadas, población no asegurada y campesinos). En este sentido las funciones del Estado son:

- a) promover la salud en la población pobre habilitando a los hogares, específicamente a las mujeres de estos hogares, mediante la información, pues son ellas las que "realizan los quehaceres domésticos, limpian la casa, elaboran los alimentos y preparan las comidas, alimentan y cuidan a los niños y atienden a los enfermos" (B.M., 1993);
- b) transferir la atención especializada y la cirugía a la iniciativa privada;
- c) descentralizar los servicios y abrir el mercado de la salud.

La estrategia diseñada por el Banco para brindar servicios de salud a la población más pobre (los ciudadanos que no están asegurados por parte del estado o de empresas, y tampoco son aceptados por las aseguradoras privadas, es decir, la población que no está en el mercado de la salud), consiste en un *Paquete Esencial de Servicios* preventivos de *bajo costo y alta eficiencia*, que en los países de bajo ingreso debe incluir: la atención del parto y postparto, la planificación familiar, el control de la tuberculosis, el control de las enfermedades transmisibles, y el cuidado y control de las enfermedades de los y las niñas, como las infecciones respiratorias agudas y las gastrointestinales. En los países de mediano ingreso, el *Paquete* puede incluir algunos tratamientos a los accidentes menores, otras infecciones y medicamentos paliativos para el dolor. Sin embargo -dice el Banco-, el paquete sólo puede ser definido por el país y puede incluir otras intervenciones, dependiendo de los recursos existentes.

En la propuesta del Banco, la salud más que un derecho humano básico, es un bien privado y las propuestas orientadas a construir un piso basal igualitario que garantice la salud para todos, se transforman en servicios de salud diferenciados según la capacidad económica de los individuos. De esta manera el compromiso de elevar los niveles de salud de la población como tarea del Estado es transferida a los ciudadanos: la salud de los ciudadanos pobres es responsabilidad de las mujeres habilitadas y la atención a la enfermedad de los ciudadanos con mejores niveles de bienestar, depende de sus propios recursos económicos. Así, el

Estado deja de ser responsable de garantizar la salud de la población como un derecho humano, solamente regula el mercado de la salud, transfiere lo rentable al sector privado y ofrece servicios baratos y simplificados.

Dado el control que tiene el Banco sobre el financiamiento para el desarrollo de los países, el rol que juega es definitivo, mayor que el que puede jugar en la OMS, la OPS o la UNICEF, sin embargo, México al igual que muchos países de Latinoamérica no son social y económicamente aptos para adoptar completamente esta modalidad en la atención a la salud; diversos indicadores socioeconómicos han presentado a México como un país dependiente, en el cual es necesario primeramente, cubrir por parte del Estado varios satisfactores básicos y educar a la población a luchar por ser autogestiva de su propio desarrollo.

- d) Y por último y considerada como una de las bases prioritarias de la atención a la salud, encontramos la participación comunitaria:

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de las Américas sigan sin tener acceso real a los servicios de salud y que el déficit de cobertura en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, establece un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los Sistemas Nacionales de Salud.

De tal forma, la atención integral de la salud debe de buscar alternativas propias de solución y desarrollo del sector, evitando así más sectores vulnerables y con altos índices de marginalidad y pobreza.

Uno de los aspectos más importantes de la problemática de la seguridad social es el de cobertura; elemento que es esencial en la capacidad de atención a la salud y que obviamente depende del grado de desarrollo del sistema de seguridad social y por lo general también del sistema de la economía del país.

En el caso del país con un sistema menos desarrollado, la cuestión que se plantea es como extender esta cobertura, incluyendo en ella a los sectores marginados.

Para Antonio Ruezga la posibilidad de extender o ampliar la cobertura de los servicios de salud dependerá de:

- Desarrollo e infraestructura de los servicios de salud – énfasis en la atención primaria
- Atención a problemas prioritarios de salud en los grupos humanos vulnerables con progreso a través de los sistemas de salud.
- Utilización óptima de los recursos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud

Sin embargo, para cubrir todas estas posibilidades, los servicios estatales de salud de la mayor parte de los países de las regiones no alcanzan, ni por la calidad, ni por la cantidad, ni por la distribución, para atender las necesidades de la población.

Se ha dicho que el Estado y la democracia de bienestar no se definen totalmente por la amplitud y por el alcance de la seguridad social, sino también por el producto estructural entre el Estado y los ciudadanos.

De tal forma, el impulsar la promoción de la salud a través de la atención primaria es uno de las posibilidades más viables para la difusión, extensión y cobertura de los servicios de salud.

Según la OPS y la OMS, establecen como básicas las siguientes tendencias de la promoción de la salud en la atención primaria:

A) Los SILOS (Sistemas locales de salud), los cuales propicien una participación social, una acción intersectorial y una efectiva distribución y atención de los servicios.

B) Atención primaria a la salud, la cual entre otras cosas promovería, la educación en los métodos de salud y la promoción, a partir de:

- La promoción y suministro de alimentos (nutrición)
- El abastecimiento de agua potable y servicios básicos
- La asistencia materno-infantil y la planificación familiar

- La prevención y lucha contra enfermedades locales
- Tratamientos apropiados y suministro de medicamentos

A) La coyuntura con la medicina tradicional

Para la OPS, algunas experiencias señalan que la necesidad integral de la infraestructura de salud, se atiende contribuyendo a dinamizar el proceso de transformación y potenciando las actividades de salud, otorgando así continuidad y eficiencia. Se ha demostrado que sólo con la participación activa de la comunidad se logran métodos deseados en aspectos de salud y seguridad social en diversos sentidos.

A partir de este marco, las tareas de institucionalización de seguridad social, son el proporcionar un mayor desarrollo de las comunidades y encaminarlo, para suscitar a grupos de ciudadanos capaces de hacer los agentes activos y responsables de su propio progreso, es decir, participar en la planificación y en la realización de Programas que se destinan a elevar el nivel de vida y mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de la población con el fin de ingresar sus comunidades a la vida nacional y que contribuyan totalmente al Programa Nacional.³²

El desarrollo comunitario está enfocado a transformar los actores pasivos en actores activos; sobre todo cuando se refiere a la toma de decisión y a la forma de implicarlos.

Los procesos del desarrollo comunitario deben derivarse de la suma de los esfuerzos de la población y su gobierno, gracias a esta asociación, el desarrollo adquiere un ritmo más rápido e intenso; a fin de que el buen funcionamiento de la seguridad social dependerá solamente y en gran medida de la participación conjunta con el Estado interesado en el desarrollo social, su actuación simultánea propiciará entonces una respuesta económica y una acción definitoria en contra de la marginación y la pobreza en los países de América Latina, lo cual permitirá verdaderamente alcanzar 'Una salud para todos en el año 2000'.

³² "Local participatiot in developepment planning" ONU, Nueva York, 1967.

En América Latina países que adoptaron estos modelos como el Chileno o el Venezolano han “mantenido” la marcha de las demandas de salud de las poblaciones vulnerables; no obstante es necesario recordar que nuestro país no posee la mismas características económicas de estos países, ya que, no sólo los sectores con oportunidad de pago o de acceso a seguridad social conforman la esfera de salud, sino también la integran las poblaciones abiertas compuestas por campesinos e indígenas sin ningún acceso a este tipo de servicios.

Lo cierto es que en el debate sobre la reforma a la seguridad social se desprende una gran preocupación sobre la reorganización que tendrán las instituciones encargadas de la salud de la población como resultado de este proceso. La mala calidad de los servicios públicos, la falta de cobertura entre la población, la limitada infraestructura en áreas rurales, el escaso personal capacitado y la deficiente administración de los recursos, junto con la desconfianza hacia la "privatización", al papel de las instituciones lucrativas y el temor a reproducir de una manera más costosa las mismas deficiencias del servicio público, son parte de las percepciones entre la población usuaria de los servicios de salud. Todo advierte la existencia de un terreno, confuso y complejo, en el cual se deben fincar los nuevos retos en la forma de atención a la salud a través de la participación plena y coordinada de todos los actores sociales.



CAPITULO II

POBREZA RURAL Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO, EL PROGRAMA IMSS OPORTUNIDADES, UN EJEMPLO DE LA CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

2.1 La atención a la salud en México desde los años 70s

México en los años 70s.

Los años 70s del siglo XX representan un parteaguas en la historia de México que da paso a la época moderna; la interactividad que presentan las esferas políticas, económicas y sociales del país durante estos años son bases para los cambios de las estructuras, ya que es durante esta década que el país experimenta la apertura a la llamada “modernidad” y al “Estado de Democracia”.

Al inicio de los años 70s, México vivía la efervescencia de los procesos de transformación de las clases sociales, muchas de las cuales derivaron de las luchas emprendidas en el lapso de 1966 a 1971 y que sacudieron profundamente a la sociedad acumulando cambios latentes que culminaron con la alteración de condiciones sociales y nuevas políticas nacionales, por ejemplo, la consolidación de la seguridad social en México, la construcción de bases sindicales de protección para los trabajadores y las clases proletarias, la réplica de los legados internacionales de los Estados de Bienestar, la incorporación de diversas estrategias de la política social contemporánea, la aparición de un gobierno “intervencionista”, el inicio del capitalismo como modo de producción y sistema dominante, así como la apertura a la democracia como un medio de representación y cambio político fundado en el principio de igualdad ciudadana; fueron algunos de los factores que originaron que el México de los años 70s representara un nuevo escenario de transición en la historia política, económica y social del país en el que la lucha de clases y las demandas sociales por el bienestar social caracterizarían las nuevas agitaciones sociales contemporáneas considerando que no se puede afirmar que hasta entonces el país haya tenido un régimen económico no capitalista. Este régimen o modo de producción dominante ya apareció en ciernes desde la conquista española. Sólo que como actor sin poder, México debió cumplir papeles pasivos que se prestan a confusión.

Independientemente de que para esta época el Estado había incursionado como interventor y rector del desarrollo social a partir de los acuerdos establecidos en años anteriores, las exigencias sociales reaparecían conforme al auge que la nueva corriente capitalista presentaba entre las sociedades de Latinoamérica, asimismo otros factores como el incremento alarmante de la población nacional y la exigencia social hacia un Estado de derecho; orillaba a una nueva crisis económica a la que el Estado debía de responder con alternativas y estrategias que contrarrestaran las limitantes de las políticas nacionales e internacionales sin olvidar que para ese tiempo ya estaba obligado a seguir ofreciendo a la población beneficios sociales básicos, tal y como es el acceso a la educación, la salud, la seguridad social, la vivienda y el trabajo.

Era innegable que el país pasaba por dificultades económicas y sociales ante el inexperto sistema de gobierno y las incesantes demandas sociales; por tal motivo fue para el año de 1973 que México experimenta una de las primeras crisis de la llamada época moderna, la cual a diferencia de otras que le precedieron tuvo lugar en una etapa en que las necesidades políticas y económicas del país se veían condicionadas por las peticiones y los compromisos sociales de la época (seguridad médica, protección infantil, salud pública, vivienda, etc.).

El panorama de salud en México

La posibilidad de satisfacer las necesidades básicas que exige una población, se encuentra desde la consolidación de las estructuras económico sociales que pueda presentar un país, ya que a partir de estas estructuras es como se darán las soluciones que puedan lograr una determinación primaria sobre las demandas sociales; por lo tanto, todas las alteraciones o crisis que las bases económicas y sociales experimentan, traen como consecuencia una agudización de los daños correspondientes a las diversas esferas sociales que demandan la satisfacción de necesidades (educación, salud, alimentación, vivienda, empleo, etc.).

Una de las esferas más vulnerables a las estructuras económico sociales es la esfera sanitaria; en el transcurso de los tiempos el binomio salud-enfermedad ha constituido una expresión colectiva que constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales, a los que se suman las características de la naturaleza presentes en un ámbito específico y la

dinámica social y/o los patrones culturales que caracterizan esa sociedad; de esta forma, México ha sido uno de los principales países de los llamados del tercer mundo que han experimentado factores que han propiciado la permanencia de situaciones desfavorables que influyen determinadamente en los niveles de salud de la población, originando altas tasas de enfermedad y muerte.

Para los años 70s, México experimentaba económica y políticamente el paso a la modernidad; sin embargo, esta transición no involucraba en gran medida a la sociedad, ya que la marginación de algunos y el desajuste urbano de otros originaban una insuficiencia de la política de bienestar, equidad y democracia que el Estado promulgaba.

Situaciones específicas como el hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de excretas, así como la contaminación biológica de alimentos y agua enmarcaban las constantes ambientales que originaban en México una insuficiencia permanente de gran importancia para la situación de salud del país.

“La fuente de datos más confiable sobre estos aspectos, era el censo de 1970, que ofrecía un panorama desolador: los sistemas de alcantarillado en localidades mayores de 2500 habitantes, beneficiaban a 11 millones de personas y dejaban sin servicios a unos 10.5 millones de habitantes. Más grave era aún la situación en las localidades menores de 2500 habitantes, ya que sólo 50 mil personas contaban con ese tipo de servicio mientras más de 19.5 millones carecían de él.

El 41% de las viviendas censadas, que alojaban casi a 20 millones de personas, tenían instalaciones de drenaje intradomiciliario para el manejo de excretas, mientras que el 59% donde habitaban más de 28 millones de personas, no contaban con servicios de esa naturaleza.

De las 8,286,000 viviendas que fueron censadas en ese año, sólo 5 millones disponían de agua entubada, de ellas 3,200,000 la tenían en su interior, 881 mil por fuera y 964 mil a partir de hidrantes públicos. A su vez, 3,230,000 casas que alojaban a más de 18.5 millones de habitantes no contaban con agua potable, lo que representaba que el 39% de la población no contaba con agua para su consumo.

Los servicios intradomiciliarios y el tipo de vivienda existentes, mostraban también importantes carencias: el 41% de la población vivía en casas de pisos de tierra, el 31% de las viviendas tenía baño, sólo el 58% de las casas contaba con electricidad y el 73% tenía cocina. En cuanto al hacinamiento, cabe mencionar que el 40% de las viviendas tenía un solo cuarto, el 29% dos cuartos, el 13% tres y el resto más de 4 habitaciones. En los dos primeros grupos de casas vivían casi el 70% de la población, con un promedio de 6 habitantes por vivienda".³³

Aunado a la esfera económico social que enmarcaba a la población, otra esfera importante que guarda relación estrecha con la salud colectiva es la del deterioro ecológico a través de la contaminación del ambiente, lo que sumado a las deficiencias masivas en materia de higiene y al inadecuado manejo de los desperdicios, [daban] como resultados las elevadas tasas de enfermedad y de muerte por padecimientos infecciosos y parasitarios.

El incremento demográfico no podía faltar en esta lista, ya que impulsa al sistema sanitario a un mayor funcionamiento, pues da origen a un problema simultáneo de dispersión y concentración. Para esos años aquél representa un universo de 97,580 localidades existente en el país, distribuidas de la siguiente manera: 85.8% con un población menor de 500 habitantes, 12% mayor de 500 y menor de 2500, el 1.8% mayor de 2500 y menor de 10000 y solo el .4% de las localidades tenía más de 10,000 habitantes. Para el mismo año, el 41% de la población vivía en áreas rurales y conformaba el 97.8% de las localidades, mientras que el 59% vivía en lugares mayores de 2 500 habitantes que eran el 2.2 % de las localidades³⁴

De la misma forma, en los años 70s, el perfil demográfico era representado por una estructura de la población constituida en un 46.22% por menores de 15 años, la cual representaba un importante rejuvenecimiento de la población y la llegada a una etapa de explosión demográfica que obligaba al Estado a afinar aún más sus procesos de atención a la salud.

³³ IX Censo General de Población, México, DGE, SIC, 1970, en la Salud Desigual en México, por Daniel López Acuña

³⁴ IX Censo General de Población, México, DGE, SIC, 1970, en la Salud Desigual en México, por Daniel López Acuña

Hasta estos años, lo que acontece en México en relación a las necesidades nacionales de salud antes descritas, exige a los niveles de gobierno dentro del proceso de transformación una satisfacción inmediata, en la que los actores involucrados en esta esfera deben crear estrategias que permitan contrarrestar, pero a la vez combatir y prevenir situaciones adversas que originan todas estas limitantes. Hasta ese momento el sistema sanitario en México daba respuestas en las que imperaban modelos dominantes de acciones curativas y en ocasiones rehabilitadoras, ineficaces para la salud e inaccesibles para la población, ya que originaba una serie de servicios de salud exclusivos aunque. Esta era quizá ya que eran la única opción que permitía abatir los padecimientos y que generaban la división entre la atención de los servicios de salud públicos y privados y por ende la aparición de una parte de la población que no tenía acceso a estos servicios como la población rural.

Era importante que los sistemas de salud en el México de los 70s dieran seguimiento a todas las movilizaciones y cambios surgidos por el auge de la modernidad. Era tiempo que el sector salud ponderara la importancia de la atención y la vigilancia de los servicios básicos, incluyera exámenes masivos en la detección temprana de padecimientos, corrigiera la legislación sanitaria, ofreciera servicios personales preventivos, otorgara consulta a la población sana, le diera educación para la salud. En fin, le diera importancia a todas aquellas estrategias que permitirían pasar de los sistemas tradicionales curativos a los sistemas de atención con carácter preventivo como solución a las demandas.

2.2 La atención primaria a la salud en poblaciones rurales; el principal reto de la política social en salud.

La situación de salud de un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social que estas producen. México es considerado un país pluricultural, dotado de una enorme división poblacional que se refleja en el alto número de familias que aún vive en zonas rurales o de difícil acceso, en las que las condiciones de vida y la base económica social que ahí se reproducen reflejan limitantes para la satisfacción de necesidades. Además, la modernidad económica, también llamada ajuste estructural, ha condenado a esta población a una situación de vulnerabilidad social, por la crisis de rentabilidad económica que sufre, los bajos precios al productor, el deprimido salario y las grandes importaciones de granos y oleaginosas. La vulnerabilidad social

inducida exige una atención a la atención primaria a la salud, entre las medidas compensatorias más urgentes.

Las poblaciones rurales mexicanas de la actualidad no han perdido importancia social ni política, a pesar de la disminución numérica de su población. Si en los años 70s, la población en comunidades rurales era 3 veces más numerosa que en la actualidad; es decir, que representaba casi el 50%, de la población total. La población hablante de una lengua indígena representaba la cuarta parte de la población mayor de 6 años de edad y en la actualidad ha disminuido al 7 por ciento. En los años 70 y en la actualidad, esta situación significaba y significa la urgencia de satisfacer a un alto número de población que carece de la protección de un sistema de seguridad social, por tratarse para los especialistas de la salud de una población “abierta” compuesta por campesinos, indígenas, jornaleros, trabajadores migrantes, habitantes de zonas desérticas, entre otros.

Por tal motivo, al iniciarse la década de los 70s se hace más claro que el crecimiento del país está generando un desarrollo desigual que es necesario modular, ya que es innegable que desde sus inicios, la seguridad social en México enfrentó la dificultad de extender sus beneficios al total de la población, especialmente a los campesinos que por su incapacidad económica, no podían participar en un sistema de derechos y obligaciones, creado por el Estado para la población asalariada industrial y urbana.

Ante esta diversidad poblacional la atención a la salud en México como en otros países adopta 3 divisiones para las prestaciones de los servicios las cuales pueden cubrir a la mayoría de la población; a) la asistencia pública destinada a las clases populares y en ocasiones recurrido por agencias de seguridad social; b) los sistemas de seguro de salud en la que además de la participación gubernamental se observa la práctica privada y es de carácter obligatorio o voluntario y c) los servicios nacionales de salud dominantes en los países de tercer mundo en los cuales se determina la cobertura universal de la población, el acceso gratuito, personal asalariado, la regionalización y la administración unificada de los servicios de salud pública con atención hospitalaria y con atención externa.

Al igual que en otros países, dicha división de los servicios de salud de México, presenta una división entre los beneficiarios de estos servicios muy marcada, en cuanto al tipo de

atención que está recibiendo, y que puede diferenciarse de tres formas: aquellos que pertenecen a las clases altas y algunos sectores de las clases medias que tienen suficiente poder de compra para adquirir los servicios privados, los trabajadores afiliados a algún régimen de seguridad social o derechohabientes y aquellos que no tienen derecho a la seguridad social ni cuentan con los recursos necesarios para pagar los servicios privados, como los ejidatarios, peones, trabajadores eventuales, desempleados, subempleados, marginados y población que puede llegar a conformar la mayoría de la población rural. Pero eso sí, la mayoría de la población que queda cubierta por alguna institución de asistencia pública.

“En la mayoría de países medios, el gasto medio por persona en salud es ya suficiente para que toda la población tenga cubiertas las intervenciones esenciales. Sin embargo, esta cobertura no llega a muchos de los pobres. La exclusión se concentra a menudo por regiones o minorías étnicas y raciales. Por los motivos que sean el gasto público en salud no cubre suficientemente las necesidades de los pobres. A ello se suma el hecho de que muchos países de ingresos medios dispensan una protección económica insuficiente a grandes segmentos de su población, por lo que los gastos médicos imprevistos empobrecen a muchas familias. Dadas las adversas consecuencias de la mala salud para el desarrollo económico general y la reducción de la pobreza, apremiamos enérgicamente a los países de ingresos medios a que emprendan reformas fiscales y organizacionales para garantizar la cobertura de toda la población en intervenciones de salud prioritarias”³⁵.

El episodio anterior ha sido en resumidas cuentas la clara imagen de México y del sistema de atención a la salud que ha venido instrumentándose durante años; los efectos que han traído consigo como la mala administración de los sistemas, las inadecuadas políticas destinadas a este sector, así como el aumento considerable de la esperanza de vida de la población y el incremento en las exigencias de atención por la aparición de enfermedades complejas y/o de carácter crónico degenerativas entre la población han ocasionado en México un segmentado, deficiente e inequitativo sistema de salud.

³⁵ Macroeconomía y salud: Intervenir en pro del desarrollo económico, Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS, 2001

No obstante la importancia, es muy común que sea ignorado por los sistemas que la salud propia y el bienestar de ésta contribuyen al crecimiento económico tal y como lo sugieren las teorías de Robert W. Fogel quien encuentra que entre una tercera parte y la mitad del crecimiento económico por ejemplo y en el caso de Inglaterra en los últimos 200 años, se debe a mejoras en la alimentación de la población. (Lustig:2004)

No podemos ignorar todos los resultados de investigaciones a nivel macroeconómico realizados, donde se establece que la salud (incluyendo la nutrición) afecta al crecimiento y la educación de manera positiva. Por ejemplo, se encuentra que un aumento de la esperanza de vida de 50 a 70 años (lo que significa un incremento del 40%) incrementaría la tasa de crecimiento económico en 1.4 puntos porcentuales por año; una reducción del 10% en la prevalencia del paludismo asocia un crecimiento anual de 0.3% mayor y una disminución en la tasa de desnutrición causa una reducción de la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita en todo el mundo comprendida entre 0.23 y el 4.7%. Para los países de América Latina y el Caribe se encuentra que la salud, medida como la probabilidad de sobrevivir al próximo grupo de edad, presenta una fuerte relación de largo plazo con el crecimiento. (Ídem)

En el caso de México, los estudios disponibles sobre la relación directa entre salud y crecimiento (utilizando como indicadores de salud la esperanza de vida y la tasa de mortalidad para diferentes grupos de edad) sugieren que la salud es responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento económico de largo plazo para el período 1970-1995. (Ídem)

Tanto por su impacto directo como indirecto (a través de la educación, por ejemplo), el nivel de salud de la población es uno de los determinantes importantes de la incidencia de la pobreza, por tal motivo y los índices alcanzados por las comunidades rurales, las hacen las más afectadas al respecto.

El sistema de salud en México debe enfocar y priorizar dos puntos de atención fundamentales el apoyo a la atención de la salud de poblaciones vulnerables ubicadas como de mayor pobreza a través de la creación de incentivos e implementar políticas para invertir en salud, y evitar al mismo tiempo o por lo menos minimizar su deterioro en situaciones

adversa tal y como lo denomina Nora Lustig llámense idiosincráticas (enfermedad, muerte, desempleo, o insuficiencia de recursos) o sistemáticas (epidemias, crisis económicas o desastres naturales).

No obstante, las crisis macroeconómicas tienen un impacto negativo sobre la inversión del capital humano. En México, durante la crisis de los 80s, los indicadores más sensibles a cambios en los niveles de ingresos se deterioraron: la mortalidad infantil y de niños en edad preescolar causada por deficiencias nutricionales se incrementaron revirtiendo la tendencia observada en la década anterior.

Las “trampas de pobreza”³⁶ que se generan por eventos adversos sistémicos no sólo exponen a numerosas personas a una situación de pobreza, sino que la excluyen de contribuir productivamente a la economía del país. Para evitar estas consecuencias es necesario contar con redes de protección social que minimicen el impacto de riesgos sistémicos sobre las familias.

La compra de aseguramiento es una de las formas en que los individuos utilizan el mercado financiero con el fin de protegerse contra posibles eventos adversos idiosincráticos que pueden reducir temporal o permanentemente su nivel de consumo. En particular, en el caso de eventos adversos sobre la salud, los individuos pueden protegerse mediante la adquisición de seguros médicos privados o el acceso a seguros públicos. Sin embargo, el acceso de las personas y familias a mecanismos formales de aseguramiento se ve limitado por problemas de información, así como por prácticas a través de las cuales ciertos proveedores captan la parte más rentable de la demanda.

“Las restricciones de crédito, incluyendo la falta de aseguramiento formal o informal, reduce la capacidad de los individuos para suavizar su consumo intertemporal. Uno de los efectos más comunes de un evento adverso en salud son los gastos adicionales que tienen que realizar las personas u hogares. Debido a estos gastos, las personas de bajos ingresos que no cuenten con acceso a los mecanismos formales de aseguramiento se encuentran

³⁶ Lustig, Nora en su informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud identifica a las trampas de pobreza a los determinantes importantes de la incidencia de la pobreza y su marcada incidencia en el tiempo por ejemplo el caso de la educación o la nutrición y que influyen el desarrollo y el bienestar de los individuos desde su infancia, hasta su vida productiva.

expuestas al círculo vicioso entre enfermedad y pobreza.”³⁷ Y es evidente que los grupos rurales identificados como más vulnerables intervienen directamente en estas limitaciones.

Ya sea por fallas de mercado o por tratarse de eventos sistémicos, la inversión pública en salud tiene un papel importante que jugar en la protección del acervo de salud ante situaciones adversas; sin embargo, los niveles de salud en México son inferiores a los que corresponden a un país del ingreso por habitante que el país tiene, un ejemplo se observa en la tasa de mortalidad infantil esperada para México, dado su nivel de desarrollo, es de 22% menor con la observada, lo que representó en 1998 cerca de 20 mil muertes infantiles en exceso.

“O bien, en el transcurso de las décadas los avances de salud no mixtos pueden observarse claramente, por ejemplo, el avance es adecuado para la tasa de mortalidad infantil pero deficiente para la tasa de mortalidad materna. El avance en México de la tasa de mortalidad materna es de 32.7%, el cual está por debajo del mínimo requerido de reducción. Por lo tanto reducir la mortalidad materna representa uno de los retos importantes para México; otro ejemplo muy evidente, el avance en la reducción de la pobreza alimentaria ha sido bajo e inferior a lo requerido.

Podemos hablar de cientos de factores que han intervenido para la falta de control en la mortalidad materna, pero los factores que están detrás de la alta incidencia de la mortalidad materna son la persistencia de problemas de acceso oportuno a los servicios de salud y la inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio en los medios rurales y suburbanos marginados y la falta de presupuesto asignado por el sector para la adecuada atención de la población.

Aunque está por demás mencionar es importante resaltar que la distribución en los estados también muestra grandes contrastes, pues la cifra más elevada en el ejemplo de la muerte materna se registra en las zonas sur y centro del país, regiones en las cuales 6 entidades federativas concentran más del 50% de este tipo de muertes.

³⁷ Lustig, Nora Invertir en Salud para el Desarrollo Económico, Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, México Universidad **Narro Puebla**, 2004.

Los rezagos en salud son enormes en estas regiones del país, el municipio más pobre de Chiapas la tasa de mortalidad infantil es similar a la presentada en países mucho más pobres que México como Sudán con una tasa de 66.9 por cada mil niños nacidos vivos.

También se presentan enormes rezagos en la cobertura de partos en unidades médicas. La mitad de las entidades federativas tienen coberturas mayores de 90%, pero hay estados con coberturas menores de 60%. A nivel municipal y según la Encuesta Nacional de Salud 2000, el porcentaje de partos atendidos en los 386 municipios de muy alta marginación es ligeramente superior al 36%. En contraste, en los 247 municipios menos marginados, la cobertura en unidades médicas alcanza casi el 94%. Algunos estudios todavía presentan cifras más alarmantes, en algunas comunidades indígenas el porcentaje de nacimientos atendidos en unidades médicas es menor del 10%.³⁸

Este es sólo un pequeño ejemplo de tantos padecimientos y enfermedades que marcan el destino de la población en México, la población indígena, campesina, habitante de zonas consideradas en extrema pobreza son el blanco para el desarrollo de padecimiento como la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la desnutrición y la aparición de enfermedades crónicas que en su momento solo eran representativas de los grupos urbanos. Es por esa situación que el Estado Mexicano está obligado a una inversión en salud adecuada incluyente que sea el marco de referencia de políticas y Programas dirigidos al desarrollo del capital humano, al desarrollo de la acción social que en gran medida serán quienes representen el primer eslabón de la cadena que tiene como dirección, el combate y la erradicación a través de la prevención.

En el aspecto de inversión en salud, el Estado debe incluir el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. La inversión sucederá tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, en las actividades de inversión más importantes que incluyen la alimentación, la infraestructura de sanidad básica y de agua potable y la vivienda.

³⁸ CEPAL, 1997. La dimensión de la pobreza en América Latina. Boletín Informativo. Sao Paulo, Brasil; Comisión Económica para América y el Caribe.

Dentro del sistema de salud al hablar del desarrollo de la acción social debemos referirnos a las actividades de inversión más relevantes que comprenden la atención social a través de la participación de todos los actores sociales (incluyendo al Estado y los creadores de Programas y estrategias relacionadas a las políticas de salud) como en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura, la provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas, la provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud, la asistencia a pacientes crónicos, la administración y provisión de salud pública, la gestión de Programas de salud y otros mecanismos de financiamiento y la rectoría de un sistema de salud tanto a poblaciones urbanas como a universos rurales, tanto a población que cotiza, como para la población abierta y tal vez esta última con mayor razón.

Hacer frente a la enfermedad y a los padecimientos sin la inversión económica y la participación directa de los actores sociales es como enfrentar un reto cuando no se cuenta con mecanismos que permitan protegerse ante el riesgo de su ocurrencia, lo cual conlleva a la posibilidad de empobrecerse o de caer en la pobreza. Lo contraproducente a este efecto es que esta situación no afecta de igual forma a toda la población, es más probable caer en una situación de pobreza o en gastos catastróficos en salud conforme disminuye el ingreso de la familia, situación que implica una situación de alta inequidad en el impacto que tiene la falta de salud sobre la población.

Hasta el momento se ha considerado que en estos casos el aseguramiento es fundamental para reducir el impacto de los eventos idiosincráticos sobre la salud y la pobreza, sin embargo, en la medida en que los esquemas de aseguramiento no lleguen a los grupos más pobres aumenta la probabilidad de que dichas familias caigan en la pobreza.

Desde una perspectiva meramente económica, el aseguramiento puede verse como la opción para la inversión del capital humano. El aseguramiento previene el deterioro del capital humano ante eventos adversos en salud que el individuo o las familias no pueden evitar.

Sin embargo, la proporción de personas aseguradas en México es relativamente baja, más del 50% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro médico. Si bien dentro del sistema de salud existen Programas y esquemas de aseguramiento público para quienes no tienen acceso a la seguridad social su cobertura es limitada, además aunque el sistema justifica que hay quienes no tienen ningún tipo de seguro y pueden hacer uso de los servicios públicos de salud; es evidente que como lo refleja el alto gasto de los servicios privados, estos servicios no proveen un nivel de protección adecuado sobre todo desde el punto de vista financiero. El esquema de Programas de aseguramiento público vigente es deficiente, no es universal, no mancomuna riesgos, deja desprotegidos a los usuarios ante ciertos eventos de riesgos y la asignación de recursos está sesgada a servicios menos costosos y efectivos que los servicios preventivos.

Es importante mencionar que el sistema de salud en su forma actual no cumple aún con las condiciones deseables de un esquema de aseguramiento, aunque actualmente la alternativa del sistema globalizado presenta iniciativas de aseguramiento voluntario que buscan de manera paulatina alcanzar el modelo buscado, esta alternativa a resultado ofrecer una atención a la salud con servicios básicos, limitados y de poca calidad a cambio de un costo que no todas las familias de sustratos pobres puede cubrir. La universalidad en la cobertura requiere que la población actualmente no asegurada tenga acceso a un esquema formal de aseguramiento o bien a un acceso permanente a servicios básicos de salud en forma de asistencia pero también de prevención a fin de contrarrestar y controlar ciertos padecimientos y enfermedades relacionadas con el saneamiento básico y el comportamiento de la población y como hemos venido diciendo con la participación en el autocuidado de la salud de la población; claro está que una u otra opción debe de aplicarse bajo un esquema de financiamiento predominantemente federal, y público en caso de identificarse sectores con posibilidades de aportar de manera económica o bien a través del autocuidado y la promoción y vigilancia a la salud. Esta estrategia representaría un avance importante hacia la consolidación agregación de riesgos de la población no asegurada y representaría una mejora significativa para minimizar el riesgo en salud al que las familias están actualmente expuestas.

Gráfica 14: Visión territorial de la marginación

Grado de marginación en las localidades con 40% o más de hablantes de lengua indígena



Gráfica 15: Enfoque territorial de la marginación

La marginación de las localidades de México



Cuadro 16: Enfoque territorial de la marginación

Indicadores de marginación		
Entidad federativa	Nacional	Micro Regiones
Población total	97.4 mill	19.9 mill
% Población analfabeta de 15 años o más	9.5%	23.2%
% Población sin primaria completa de 15 años o más	28.5%	51.9%
% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo	9.9%	27.5%
% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	4.8%	15.4%
% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	11.2%	30.3%
% Viviendas con algún nivel de hacinamiento	45.9%	62.1%
% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	14.8%	41.5%
% Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos	51.0%	76.4%

Cuadro 17: Índice de Desarrollo Humano a nivel regional, México 2002

Posición según IDH	Región (a)	Índice de Esperanza de Vida (b)	Índice de Educación	Índice de PIB	IDH
1	Noreste	0.8501	0.8510	0.8004	0.8339
2	Centro	0.8499	0.8373	0.7838	0.8237
3	Noroeste	0.8491	0.8510	0.7649	0.8217
4	Occidente	0.8392	0.8089	0.7092	0.7858
5	Sur	0.8098	0.7677	0.6642	0.7472

Región Noreste = Coahuila, Chihuahua, Durango, Nvo. León y Tamaulipas
Región Centro = Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Distrito Federal
Noroeste = Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora
Occidente = Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas
Sur = Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

Fuente: Informe de Desarrollo Humano, 2002 , BM

- | | |
|----|---|
| a) | La regionalización corresponde a la definida por el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 |
| b) | Promedios ponderados de la población de cada entidad |

2.3 Una opción para el México rural; COPLAMAR, IMSS Solidaridad, IMSS Oportunidades; la transición: del autocuidado de la salud a la participación comunitaria.

El Programa denominado IMSS Oportunidades, antes IMSS Solidaridad, antes Coplamar, ha sido un Programa y una estrategia de atención a la salud del Gobierno Federal administrado por el IMSS que tiene como objetivo atender y proteger a la población más pobre de las zonas rurales, campesinas e indígenas del país que no tienen acceso a los servicios de salud; aunque desconocido por muchos, sus resultados desde hace 25 años son identificados como los mejores en comparación a los obtenidos por la SSA dadas sus estrategias de atención basadas en el autocuidado y en la participación comunitaria, así como por la labor de sus 69 Hospitales Rurales y sus 3,835 Unidades Médicas Rurales distribuidas en todo el país, identifiquemos los antecedentes más importantes que enmarcan el funcionamiento de este Programa.

Al ser promulgada en 1943, la Ley del Seguro Social dio sustento jurídico a la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo del servicio público, responsable de proteger a los obreros ante diversas contingencias (enfermedad, maternidad, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte), por lo cual se determinó que se extenderían sus beneficios a trabajadores sin capacidad contributiva, en alusión a la inmensa mayoría de campesinos e indígenas del país, marginados del desarrollo nacional.

“En 1954 se incorpora a la seguridad social a trabajadores asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la república. En 1960, el seguro social amplía su cobertura a los trabajadores estacionales del campo y a los miembros de las sociedades de crédito ejidal; en 1963 hace extensivos sus beneficios a los productores y cortadores de caña y en 1972 a los ejidatarios dedicados al cultivo de henequén.

En 1973, el gobierno de la República promueve cambios sustanciales en la legislación del seguro social y con ello la posibilidad de extender la cobertura de algunos beneficios a la población sin una capacidad contributiva. A partir de esos tiempos, el desarrollo de la seguridad social en nuestro país, se caracteriza por una constante adecuación de los postulados y las realidades que envuelven las necesidades de nuestra población. Así en la búsqueda de una protección efectiva a los grupos mayoritarios campesinos e indígenas se encontró la fórmula técnica y financiera para llevarles un mínimo de protección, a pesar de su nula capacidad contributiva. Este desarrollo es una manifestación de la solidaridad social colectivamente organizada, en la que el seguro social juega un papel muy importante como instrumento de redistribución del ingreso nacional”.³⁹

El concepto de seguridad social, entonces dominante, establece nacional e internacionalmente el compromiso de adoptar la estrategia de la atención primaria a través de una **solidaridad social**, la cual se interpreta como la universalización de la atención médica, sin que se condicione la prestación de servicios a una cuota en efectivo con esta modalidad. Quedaba claro desde entonces que para reducir las desigualdades, se requiere de un sistema nacional de salud que garantice el acceso universal y la calidad uniforme de los mismos, regionalizado, descentralizado y participativo, basado en una atención primaria,

³⁹ IMSS, El Programa IMSS Solidaridad 1988-1994, México 1994.

vinculando a otros componentes del bienestar social o, lo que es lo mismo, a un sistema que atienda a todos los ciudadanos sin excepción, independientemente de su nivel de ingresos o de su posición organizacional.

Sin embargo, ¿cómo sería posible definir un sistema de atención a la salud que aplicara a favor de los grupos marginados ubicados en zonas de difícil acceso y con un perfil casi o totalmente indígena y además arraigado a costumbres y tradiciones que en muchas ocasiones impedían establecer un interés por la salud? Y aunado a eso ¿cómo sería posible incursionar en estos campos con un sistema de salud apenas estructurado y con deficiencias económicas que albergaba cada vez más a una población no contributiva y en constante crecimiento?.

La participación comunitaria sería la base de esa solidaridad social, ya que a partir de la misma población se consolidarían las bases que sustentarían el hecho de que esa población incursionara en trabajos personales que redituaran en beneficio de sus mismas comunidades, a fin de propiciar un desarrollo que les permitiera ser sujetos de aseguramiento, en los términos que la ley del Seguro Social señala.

Asimismo, el trabajo organizado de los grupos y comunidades sería la respuesta a la convocatoria de las instituciones gubernamentales y privadas enmarcadas por las políticas de salud y por el grado de desarrollo económico y social del país, donde las mismas comunidades se harían conscientes de adoptar un compromiso social para la obtención de una atención primaria a la salud.

La oportunidad de trabajar con la comunidad como gestora de su propio desarrollo vislumbraba la posibilidad de generar el trabajo a favor de la propia comunidad, con la cual se fijaban los principios que una corresponsabilidad que identificaba que permitiría a los sujetos beneficiados disponer de medios y de prestaciones para elevar sus niveles de vida y poder llegar así a ser, en el futuro, sujetos de un esquema de protección más completo. Por ello y con la intención de reafirmar este objetivo, el gobierno federal para 1973 da inicio a un ambicioso Programa sustentado en la solidaridad social por cooperación comunitaria y es así como el 25 de mayo de 1979 el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Comisión Nacional para las Zonas Deprimidas y Grupos Marginados –COPLAMAR- firmaron el

convenio “IMSS COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural”.

“Para la estrategia, de 1974 a 1978, el Instituto Mexicano del Seguro Social construye y pone en operación 30 hospitales en área rurales e instala de manera coordinada con la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) en 310 graneros pertenecientes a esas dependencias, servicios de salud de primer nivel; todos ellos ubicados en 25 estados de la república. De este modo se estructura una red de unidades médicas para proteger la salud de 3 millones de indígenas y campesinos residentes en el ámbito rural, a cambio de su participación en actividades de beneficio a la salud individual, familiar y colectiva...”⁴⁰ En esta etapa 40% de financiamiento de la operación queda a cargo del IMSS y el gobierno federal asume el compromiso de aportar el 60% restante.

En mayo de 1979, el gobierno de la República confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la responsabilidad de proteger con servicios de salud a la población de zonas marginadas rurales del país mediante un convenio firmado con COPLAMAR, organismo institucionado con el propósito de coordinar la labor de distintas dependencias federales y estatales en materia de salud, educación, abasto alimentario, servicios públicos, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina e impulsar con ello la integración al desarrollo de México de los habitantes del medio marginado rural. Es entonces que el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria adquiere el rango de nacional y comienza a ser identificado con el nombre de IMSS COPLAMAR.

En el período de 1979-1981, el instituto construye y pone a funcionar con recursos de la federación y la participación invaluable de la población rural, 30 hospitales de segundo nivel y 2,715 unidades médicas de primer nivel, la mayor parte de ellas en comunidades pequeñas y de difícil acceso. Para 1981 se contaba con una red organizada regionalizada de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales que cubrían más de 10 millones de indígenas y campesinos.

⁴⁰ Ib. Idem. p. 20.

En el referido convenio, suscrito con la federación, se estipuló que para retribuir el derecho de recibir los servicios de salud, las familias beneficiadas de cada comunidad aportarían jornadas de trabajo y COPLAMAR encauzaría a la realización de obras comunitarias, con el apoyo financiero y técnico de las dependencias federales y estatales vinculadas al desarrollo rural.

Durante el período presidencial de 1983 a 1988 ocurren sucesos que repercuten en el proceso de extender la seguridad social al campo. En febrero de 1983, el derecho a la salud de todos los mexicanos queda elevado a rango constitucional y el Estado comienza a realizar acciones para hacerlo efectivo. En abril de ese mismo año, el gobierno federal decreta la desaparición del organismo COPLAMAR y confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la total responsabilidad operativa del Programa, circunstancia que permite, con base en la experiencia institucional y en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Alma – Ata sobre atención primaria, transformar el modelo médico establecido desde los inicios de la solidaridad social en el Modelo de Atención Integral de la Salud actualmente vigente. En marzo de 1984 se crean por decreto el comité de operación y los consejos estatales de vigilancia del Programa IMSS-Solidaridad con la finalidad de continuar el apoyo y la atención que el Programa brindaría a la población rural.

Lo anterior hizo necesario replantear la contraprestación para considerarla (en la práctica) el compromiso de todo solidario-habiente ante su comunidad, de participar de manera voluntaria, continúa, sistemática y organizada, en la realización de obras y acciones que contribuyen a un mejor estado de salud individual, familiar y colectivo.

Entre 1984 y principios de 1985 se concreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta decretada por el Ejecutivo Federal en 1984. En 14 estados de la República, el Seguro Social transfiere a los gobiernos estatales, en condiciones satisfactorias de operación, 23 Hospitales Rurales y 911 Unidades Médicas Rurales. Como resultado de este proceso, la operación del Programa IMSS Solidaridad queda circunscrito a los siguientes 17 estados de la República: Baja California Norte, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Estas entidades federativas hasta la fecha siguen albergando al Programa, con un total de 69 Hospitales Rurales, 3,540

Unidades Médicas Rurales (1er. Nivel) y, tras la estrategia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el año 2000, 225 microrregiones prioritarias⁴¹.

Para los años 90s, bajo el auge salinista, el Programa trabaja en un ambiente socio-político, en donde las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales con carencias de todo tipo interactúan con diferentes factores que conforman un complejo panorama de hábitos y costumbres del medio rural y la diversidad cultural de sus habitantes. Se descentralizan responsabilidades pero no los presupuestos y recursos necesarios para enfrentarlas.

A pesar de los postulados sexenales de ese tiempo en el que el gobierno promulgaba sus más mínimos intereses a la corriente neoliberal de libre mercado y futuro crecimiento económico; el tamaño de las localidades, la dispersión, el difícil acceso, pobreza del medio físico, la precariedad de las actividades económicas de sus pobladores, la migración periódica y obligada, así como el mínimo acceso a satisfactores básicos, son algunos de los indicadores que muestran la situación de los solidariorhábientes.

Durante todos esos años, el Programa funcionó con una inversión proveniente en un 100 por ciento del Gobierno Federal, por vía directa de la SHCP, asignada inicialmente al ramo XIX "Seguridad Social". Para que el IMSS administrara directamente los recursos del Programa, desde 1997 a la fecha se asignó dicha inversión al ramo XII "Salud". Como tal el Programa responde a las necesidades de las líneas, emblemas o estrategias políticas que se le señalaban desde su origen para su funcionamiento, amén de responder en cada sexenio a necesidades partidistas coyunturales.

Para mediados de los años 90s ya durante el sexenio de zedillista, y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y respondiendo a los objetivos planteados en materia de desarrollo social y superación de la pobreza extrema, el gobierno federal implementa el Programa de Educación, Salud y Alimentación –Progres- con el cual el país adopta una nueva forma de política social en la cual a través de la asistencia o "asistencialismo" a la población en materia de educación, salud y alimentación se busca establecer el combate a la pobreza.

⁴¹ Unidad de Planeación y Evaluación, corte Abril 2003. Programa IMSS Oportunidades, 2003.

El PROGRESA (Programa que se analizará más adelante), se establece como eje fundamental de la política del México contemporáneo, del tal forma que todas las entidades gubernamentales que en ese tiempo giraban alrededor de las prioridades del Programa, tuvieron que adaptarse al modelo y hacer suyas todas sus prioridades y estrategias, tal es el caso de la SEP, la SSA, el IMSS, INI, etc., incluyen como su eje rector la línea del PROGRESA.

Con la finalidad de responder a las necesidades específicas del componente salud en población abierta, en el año de 1998 entra en vigor dentro del Programa IMSS Solidaridad el funcionamiento del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) incorporando como familias beneficiarias a 821 mil familias del medio rural 10 por ciento del total del universo de trabajo.⁴²

Es en esta forma que gradualmente la incorporación de familias beneficiarias del PROGRESA se incrementa en IMSS Solidaridad albergando al final del sexenio un total de 1,380,239 familias (33% del total de familias de universo de trabajo IMSS Solidaridad)) las cuales además de cumplir con los lineamientos específicos del PROGRESA, cumplen con los principios básicos del Programa IMSS Solidaridad relacionados con el trabajo comunitario y con el principio de corresponsabilidad como herramienta para el autocuidado de la salud.

Con la entrada del gobierno de Vicente Fox y acorde a las necesidades políticas de ese momento, el Programa IMSS Solidaridad sufre su última transformación. Esta estrategia es política, pues además del combate a la pobreza por medio de acciones intersectoriales a favor de la educación, salud y alimentación de las familias, se implementa la vertiente del desarrollo social y humano que complementa estas acciones. Dicha estrategia se concreta mediante un acuerdo de Consejo Técnico del IMSS, emitido el 10 de julio del 2002, cambiando su denominación a Programa IMSS Oportunidades, el cual se ha mantenido hasta la fecha.

⁴² Progresas; Programa de Educación, Salud y Alimentación, Poder Ejecutivo Federal, México 1996; Sistema de Información sobre Población Abierta SISPA, Sector Salud IMSS 1998, datos Acción Comunitaria/Progresas.

2.3.1 Organización y funcionamiento del Programa IMSS Oportunidades; impacto y permanencia social

Hasta el momento parecería ser que el Programa IMSS Oportunidades a lo largo de sus transformaciones ha sido un Programa de permanencia sexenal, protegido y respaldado por un emblema institucional de gran fuerza nacional. Sin embargo, existe una diferencia que ha permitido la permanencia y la aceptación del Programa durante tanto tiempo y éste ha sido el especial interés destinado a los aspectos comunitarios que han logrado convocar la respuesta de la gente.

“Diversas evaluaciones y resultados nacionales han demostrado la efectividad y los alcances que ha obtenido el Programa IMSS Oportunidades en el transcurso de los años; permanencia, aceptación y alcances en salud conllevan a considerar a este Programa como uno de los más efectivos entre los Programas rurales e indígenas de atención a la salud; ya que con los mismos intereses del sector salud, el Programa IMSS Oportunidades siendo un proyecto alterno ha demostrado permanencia, organización y avance social en los lugares donde se ubica”⁴³.

El Programa IMSS Oportunidades desde sus inicios concibió la idea de satisfacer las necesidades de las poblaciones que menos recursos materiales tienen a través de respuestas sociales organizadas para elevar la salud de las comunidades. Por tal motivo, la implementación de políticas saludables, el fortalecimiento de la organización y la participación comunitaria, el desarrollo de valores y de habilidades personales a favor de la salud, la creación y promoción de ambientes saludables y la orientación en los servicios de salud hacia la equidad, la calidad y la prevención, fueron los intereses que trascendieron las demandas de todos los Programas técnico médicos de atención a la salud que existían en este tiempo.

Al trabajar con población indígena y campesina, el Programa enfrenta obstáculos mayores, por lo cual el acercamiento con las comunidades es fundamental y estratégico. El centro de atención del Programa ha consistido en atender la prevención de padecimientos y de situaciones que los puedan generar, el control de enfermedades infecciosas, la salud

⁴³ Evaluación anual FUNSALUD, Reglas de Operación del PDHO, Presidencia de la República, Participación Comunitaria y Atención a la Salud, Seminario UCM, otros, México 2002.

ginecológica y reproductiva y, en años recientes, se ha ampliado dicho centro al trabajo con adolescentes, la nutrición y la atención a enfermedades crónico degenerativas.

Ante estas necesidades e intereses el Programa busca el complemento social y humanístico de la calidad en la atención; en el funcionamiento de las unidades médicas, los hospitales rurales y los equipos médicos y en el cumplimiento de los objetivos médicos de prevención, ya que sin este complemento y control se afectaría negativamente la atención a la salud y, por ende, los resultados.

Al identificar que la atención a la salud depende tanto de la prestación de los servicios como de otros campos complementarios y de control, en el Programa se coordinan dos funcionales: el área de atención y prevención médica y el área de participación y acción comunitaria.

Aunque si bien el Programa muestra una presencia centralizada de acciones, los lineamientos, normas y estatutos después de haber sido definidos desde un nivel de mando central, se transmiten hacia un nivel delegacional que también tiene una línea de mando y que derivará; en lo regional; en su aplicación a nivel zonal. La base del seguimiento y los efectos logrados entre la población beneficiaria se sustenta en la supervisión y evaluación propias y directas de campo, otro aspecto que caracteriza este Programa a diferencia de otros. Como estrategia federal, las evaluaciones de resultados y las auditorías al Programa son realizadas por evaluadores externos.

El Programa para el año 2003 era 100 por ciento federal administrado por el IMSS, ante estas situaciones las políticas saludables que se implementaban en el Programa eran también 100 por ciento derivadas de la política sexenal que imperaba en ese momento. Y aunque el apartidismo político electoral era una característica intencionada del Programa, ésta finalmente era ignorada, por lo menos en el campo presupuestal.

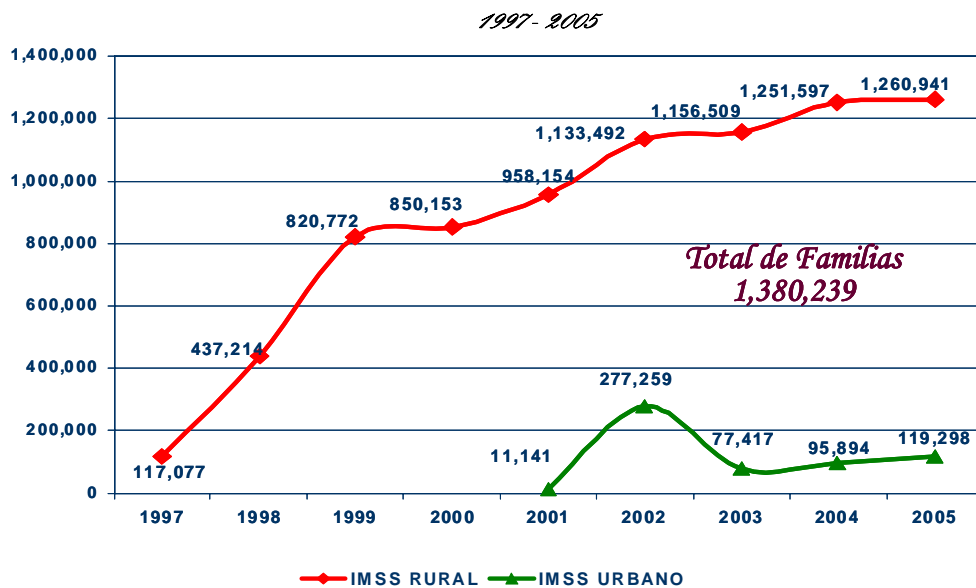
Además del personal institucional encargado de la atención en los hospitales rurales y en las unidades médicas rurales, un número importante de grupos voluntarios de la comunidad conforman los enlaces directos para lograr el acercamiento del Programa con la población; estos a través de diversas estrategias educativas que sustentarían la promoción a la salud.



Gráfica 18: Ámbito, Población e Infraestructura del Programa IMSS Oportunidades



Gráfica 19: Familias Beneficiarias del PDHO Registradas en IMSS Oportunidades



FUENTE: COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS - OPORTUNIDADES, SISPA 1997 - Diciembre 2005.

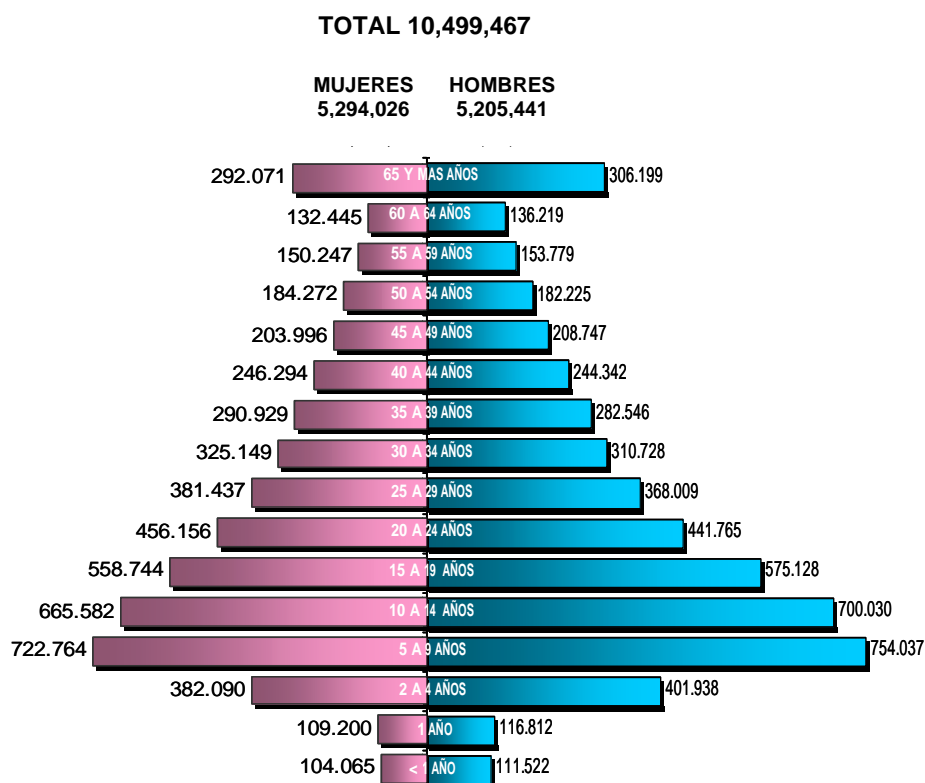
2.3.2 La suma de esfuerzos, los resultados en cifras

Hasta el año 2004 la cobertura del Programa alcanza un total de 10.7 millones de mexicanos en 17 estados del país, 1,264 municipios y 16,578 localidades; de este total poblacional, 33% son indígenas (3.6 millones) que se encuentran ubicados en los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Yucatán, Hidalgo, Veracruz, San Luis, Michoacán, Campeche, Durango y Nayarit. Del universo de trabajo casi 1.2 millones de familias son beneficiarias del Programa Oportunidades y 60% de estas familias están consideradas con un grado de marginación muy alta, el 90% son campesinos y el 10.8% son analfabetas.

La división de la población del universo de trabajo que atiende el Programa identifica la misma proporción entre el total de hombres y mujeres dentro de su universo de trabajo, no obstante la atención que se ha brindado hasta el momento ha sido en su mayoría destinada a mujeres y niños.

Gráfica 20:

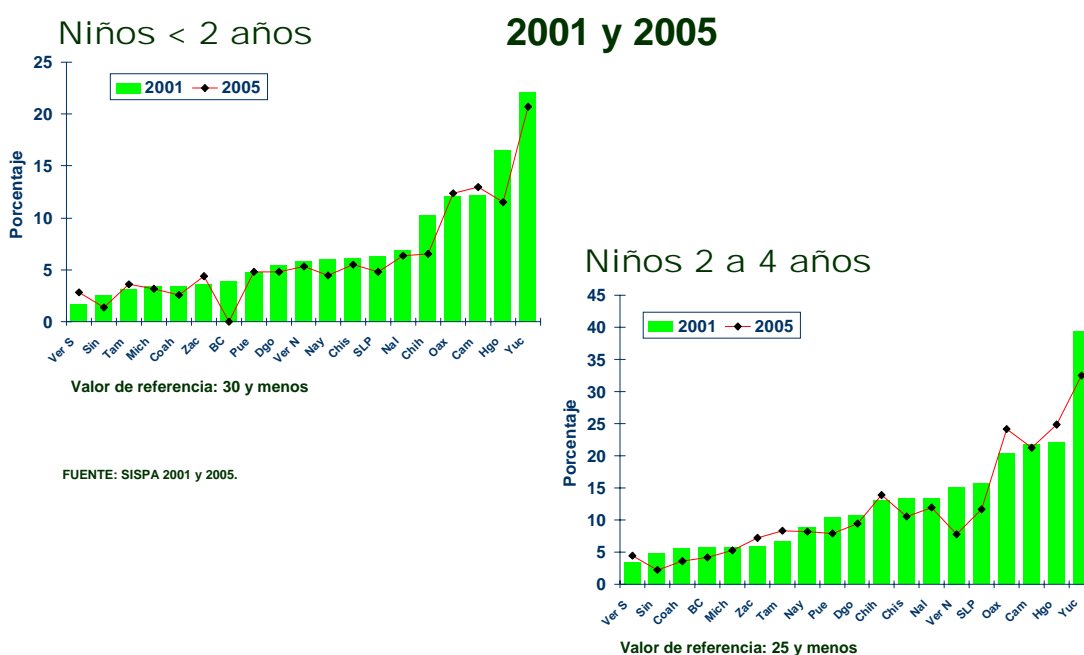
Distribución poblacional Programa IMSS Oportunidades



Ante este panorama y a partir de la participación de equipos médicos, del personal comunitario, los grupos voluntarios y las autoridades municipales, así como de la aplicación de prioridades y estrategias, el Programa IMSS Oportunidades ha conseguido elevar su cobertura y con ello los impactos en salud entre la población atendida.

De entre todas las necesidades de salud que deben satisfacer a la población se identifican dentro del Programa 5 prioridades y 2 estrategias en las cuales a comparación de los resultados observados en otras instituciones de salud, el Programa ha obtenido claros resultados: nutrición, adolescentes, planificación familiar, salud materno infantil y salud ginecológica, así como comunicación educativa y organización de estructuras voluntarias.

Gráfica 21: Prevalencia delegacional de desnutrición en menores de 2 y de 2 a 4 años



Planificación Familiar

“En México para 1995, la protección anticonceptiva identificaba un panorama en el que solamente cerca de dos terceras partes de las mujeres del país utilizaban algún método anticonceptivo, en el área rural menos de la mitad de ellas los identificaban y un número mucho menor los utilizaban, de la misma forma existía un elevado número de mujeres con

demanda no satisfecha de metodología anticonceptiva definitiva y en las zonas rurales la demanda insatisfecha es dos veces mayor a la observada en las zonas urbanas”⁴⁴.

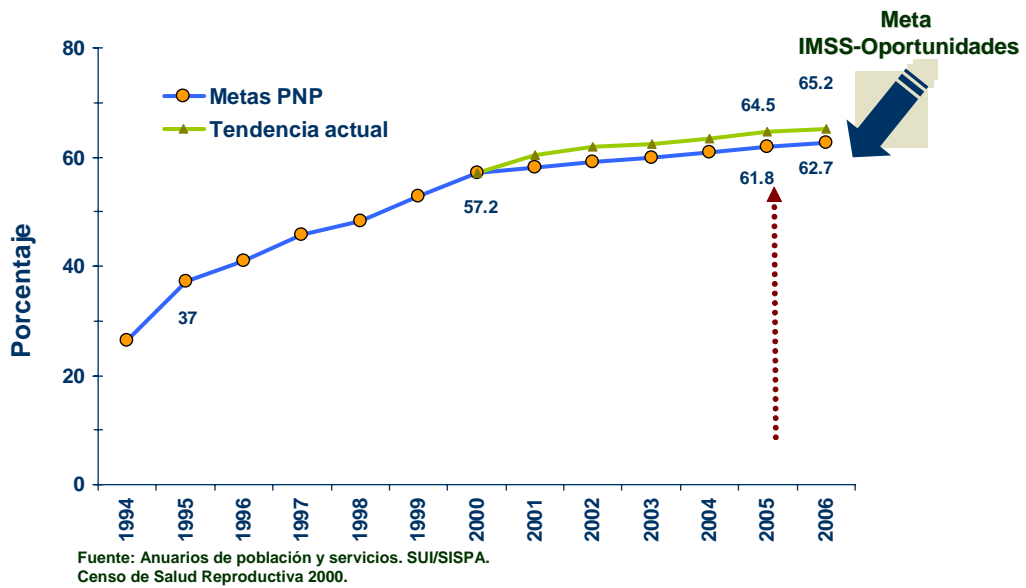
A partir de esta fecha el Programa inicia la estrategia de Extensión de los Servicios de Planificación Familiar, con el objetivo de intensificar acciones de Información Educación y Comunicación en salud reproductiva a los beneficiarios del Programa, se proporcionaron servicios móviles en las UMR de métodos quirúrgicos (OTB y Vasectomía), se buscó incrementar la capacidad técnica de los prestadores de servicios sobre planificación familiar, así como consolidar una estrategia de trabajo denominado de la gente para la gente en el que grupos voluntarios y líderes de la comunidad serían los encargados con apoyo de los equipos de salud de hacer llegar ante la población la capacitación acerca de los métodos de PF, la promoción con el ejemplo y la difusión por medio de diversas técnicas comunitarias para el uso de los mismos.

Los esfuerzos y las estrategias utilizadas, así como la nueva era en la que la que la mujer iniciaría un papel protagónico de cambio basado en el empoderamiento, originaron nuevos y mejores resultados que identificaban por lo menos dentro del universo de trabajo del Programa IMSS Oportunidades, una mejoría significativa dentro del campo de la salud.

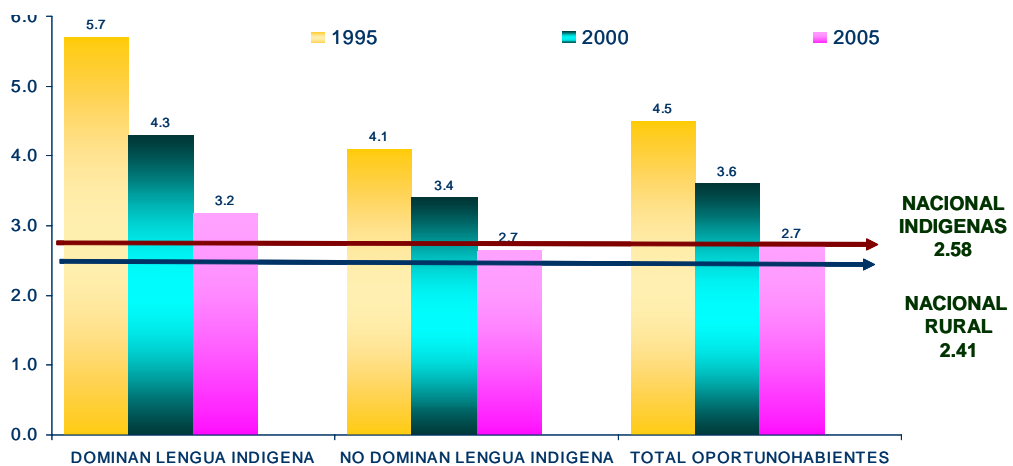
Para el año 2000, la cobertura del uso de los métodos anticonceptivos en el universo de trabajo del Programa (población campesina e indígena) se presento con un crecimiento del casi 8% anual y con un 30% más en comparación al crecimiento del resto del país (IMSS Régimen Ordinario, SSA, PEMEX, ISSSTE, etc.), tal y como se puede apreciar en las siguientes gráficas:

⁴⁴ IMSS, Programa IMSS Solidaridad. Encuesta familiar de planificación familiar 1995

Gráfica 22: Cobertura de métodos anticonceptivos en MEFU's, 1994-2000 y proyecciones 2001-2006



Gráfica 23: Tasa global de Fecundidad 1995-2000-2005



Fuente: 1995 y 2000, informe del censo sobre salud reproductiva y planificación familiar en el ámbito del Programa; 2005, estimaciones de la oficina de Salud Reproductiva

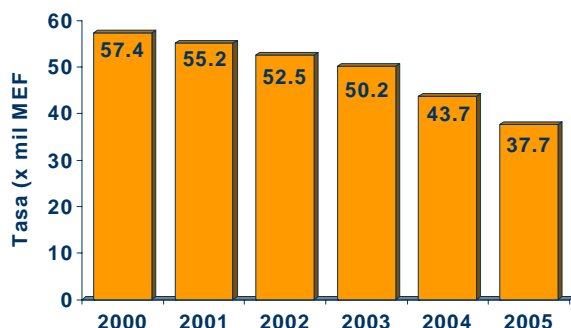
Es necesario enfatizar la importancia que ha tenido en estos logros la participación del personal comunitario, en el cual promotores voluntarios, asistentes rurales de salud, médicos tradicionales y parteras rurales capacitadas han demostrado sobre la efectividad de la interrelación entre la medicina tradicional y las prácticas médicas en salud, situación que ha consolidado el mayor vínculo de participación y operación para ésta estrategia.

Cabe mencionar que hasta el año 2000 el gobierno federal y el IMSS habían invertido en capacitación a grupos voluntarios menos de un 1% del gasto que podía haber realizado en atención de partos, necesidades básicas y servicios a población beneficiada, sin contar además los beneficios individuales que obtuvo la población al adoptar un método anticonceptivo (riesgos en salud, pobreza, marginación, desnutrición, violencia intrafamiliar, falta de educación, etc.)⁴⁵.

Salud Reproductiva

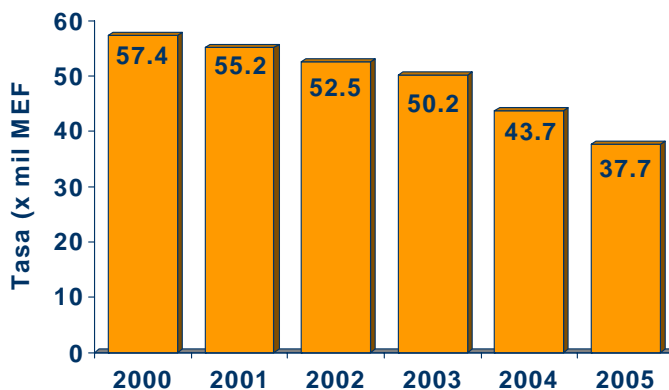
De igual manera y con resultados similares pueden observarse los logros obtenidos en materia de salud reproductiva en la cual la atención a la salud materno infantil incremento su control y vigilancia en un 66% con relación al año de 1994 llegando a 7 consultas por mujer embarazada durante su periodo de gestación, lo que ya se interpreta como un control adecuado de la salud de la madre y un porcentaje mayor de posibilidades de nacimientos sanos por una oportuna intervención médica en el cuidado de la madre.

Gráfica 24: Total de partos, IMSS Oportunidades 2000-2005



Fuente: SISPA 2000-2005, incluye partos institucionales y comunitarios (atendidos por parteras)

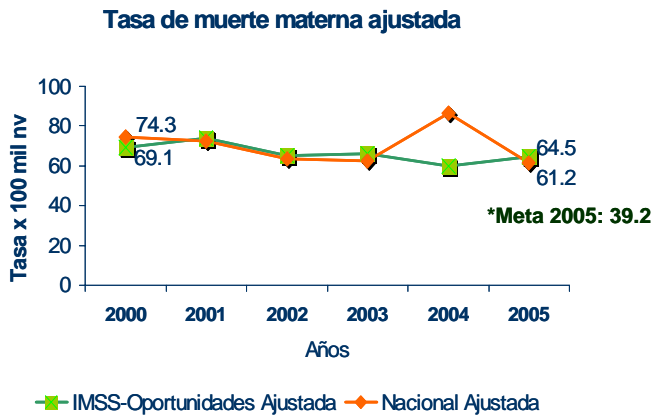
Tasa de partos, IMSS-Oportunidades 2000-2005



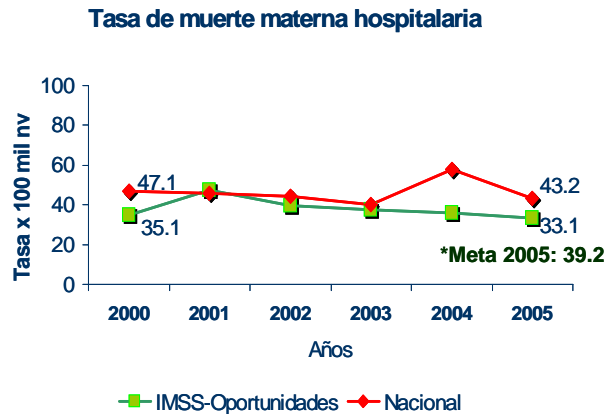
Fuentes: SISPA 2000-2005. Para IMSS-Oportunidades incluye Institucionales y Comunitarios

⁴⁵ SHCP, Comité Evaluador de Servicios Públicos, Evaluación al funcionamiento del Programa IMSS Solidaridad, México, 2002

Gráfica 25: Tasa de Muerte Materna Nacional e IMSS Oportunidades. 2000-2005



Fuente: SVEA 2000-2005.



No obstante todavía se considera como una prioridad y una situación a vencer para el año 2006, muy importantes resultan ser los resultados que el Programa ha obtenido en relación al control de muertes maternas y perinatales, así como a la asistencia e intervención de los personajes comunitarios en la atención de partos, situación por la cual cada vez más mujeres pertenecientes a comunidades cuyas costumbre y tradiciones restringen la cercanía con técnicas médicas, han accedido a un control en manos de parteras rurales capacitadas en atención y control de un parto limpio y saludable o bien en la derivación oportuna y sobre todo el convencimiento de las pacientes para acceder a los servicios de salud.

Es necesario señalar en el análisis, que según estudios realizados por la OMS en 1994, “el promedio de disminución de muertes maternas a nivel nacional tiene un ligero avance del 32.7% con relación a la meta establecida y un 86% de partos atendidos a nivel nacional por personal capacitado, es decir, pertenecientes a una institución u organismo de salud; ante tales resultados sólo siete países latinoamericanos, se encuentran en una situación peor que la de México (Paraguay, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Perú, Honduras y Guatemala).

Así mismo, la atención a parto por personal institucional en algunos países de menos ingresos que México es mejor ya que alcanza un promedio mayor al 90%”.⁴⁶

Si consideramos la atención del parto por personal capacitado como una garantía de salud para la madre y para el recién nacido, se da a comprender entonces que México no presenta garantías de protección para esta prioridad, ya que un 14% de la población femenina tiene atención del parto en condiciones desfavorables para la salud de las mujeres y sus hijos.

Ante esta serie de observaciones realizadas por la OMS, es posible aseverar que si hubo avances registrados en la historia del país, estos se identificaron en gran medida dentro del Programa IMSS Oportunidades ya que para el año del 2004 como puede apreciarse en las gráficas anteriores tuvo un repunte significativo en materia de salud materno infantil.

Además de los esfuerzos médicos y a diferencia de otros Programas de salud es necesario enfatizar en que la estrategia comunitaria basada en el modelo de atención integral a la salud que el Programa ha utilizado, ha logrado en gran medida favorecer el acercamiento con la población “renuente”⁴⁷, esta estrategia al no ser considerada comúnmente genera e incrementan una situación que ha limitado en gran parte el funcionamiento de otros Programas de atención a la salud y que muchas veces no se contempla con la misma importancia como se contemplan aspectos presupuestales o de índole política.

Este tipo de población como primer obstáculo para la promoción y concientización de la salud materno infantil, ha sido trabajada por el Programa IMSS Oportunidades a través de la presencia de una estructura comunitaria, la cual a través de aspectos básicos como el acercamiento con la gente a través de la confianza, la promoción con el ejemplo y la capacitación con respeto y tolerancia se han demostrado enormes resultados.

⁴⁶ Invertir en Salud para el Desarrollo Económico, Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, México, 2004

⁴⁷ Llámese así a la población que no acepta las condiciones de corresponsabilidad y los beneficios comunitarios que ofrece el Programa, aceptando única y exclusivamente las tradiciones y costumbres a las que se encuentra condicionado o bien al paternalismo que pueda ofrecer un Programa de gobierno o un grupo de ayuda.

Se ha podido constatar a través del trabajo operativo en el Programa, que otras instituciones o Programas de atención a la salud, a pesar y de que cuentan con la participación de una estructura voluntaria, su trabajo es diferente y limitado en ciertos aspectos ya que la mayoría de los Programas como es el caso de la secretaría de salud cuentan con una estructura de promotoras encargadas de capacitar y proporcionar servicios básicos de salud, sin embargo este grupo de trabajo es casi institucional porque reciben un pago específico por realizar sus actividades, ya que a comparación del Programa en el que la estructura voluntaria pertenece a la misma comunidad, los grupos de promotores de otras instituciones adoptan la mayoría de las comunidades donde se desempeñan como centros de trabajo ya que no habitan en esos lugares y sólo se dirigen a ellos para cumplir sus funciones; además de la limitada atención que pueden ofrecer a las localidades asignadas, el arraigo a la población y a la comunidad no existe, esta situación limita un acercamiento con la gente ya que no tienen la ascendencia, la dedicación o simplemente la capacitación para reproducir y proporcionar el autocuidado de su población y a su vez, la aceptación de estos por la comunidad es nula para la credibilidad de las acciones.

Es importante no dejar de mencionar también la intervención que tuvo el Programa de desarrollo humano oportunidades antes Progresá con el cual se obtuvo un mayor control de la población que requería de atención sobre esta prioridad, al obligarlas a ir a consultas y a una serie de pláticas de salud las cuales y de alguna manera serían medidas preventivas.

Como hasta el momento se ha comentado, no podemos perder de vista que todos estos resultados planteados no habrían podido llevarse a cabo sin la participación plena de la comunidad a través de la intervención de los grupos voluntarios quienes a partir del acercamiento que tuvieron con la comunidad les fue posible el convencimiento y la motivación de la misma para el acceso a la atención de la salud de situaciones que hasta cierto momento eran evadidas por la misma población a raíz de actitudes culturales y/o uso de costumbres.

Es necesario enfatizar ante esta misma situación que el trabajo con mujeres ha sido la base del desarrollo y permanencia del Programa, este grupo fue en el que se basó la formación y la participación del modelo de atención integral a la salud y la conformación de grupos voluntarios, la participación de las mujeres fue con la que se apoyó las labores comunitarias

y los proyectos productivos, por lo tanto y ante tal interés fue que prioridades como salud ginecológica, salud materno infantil y planificación familiar tomaran la importancia y cierto repunte significativo.

La nutrición, el control de enfermedades crónicas y de carácter epidemiológico como el dengue, paludismo o tuberculosis presentan también resultados favorables, ya que además de poseer cifras controladas al respecto, la población beneficiada a través de la capacitación en Unidades Médicas Rurales, Hospitales Rurales y capacitación y vigilancia de grupos voluntarios tiene la noción del saneamiento básico, de los beneficios de la prevención y el autocuidado y la importancia de la participación, lo cual ha garantizado la permanencia de las acciones

Es oportuno mencionar en este análisis la poca participación masculina que se ha desarrollado en el Programa, dicha situación a limitado y frenado el funcionamiento de varias prioridades y estrategias o bien ha impedido la rapidez y la consolidación de los resultados; esta situación la analizaremos con profundidad en el siguiente capítulo.

Cuadro 26: Población y Servicios Médicos Otorgados. 1994-2003
Programa IMSS-Oportunidades

C O N C E P T O										
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Población Adscrita a la Unidad	10,319,182	10,540,050	11,038,703	10,902,353	#####	11,009,634	10,924,512	10,703,833	10,609,505	10,499,467
- Familias	N.D.	N.D.	N.D.	2,543,195	2,500,299	2,462,858	2,505,117	2,307,983	2,499,262	2,521,616
% de crecimiento en relación al año anterior	***	***	***	***	-1.69	-1.50	1.72	-7.87	8.29	0.89
Consultas Otorgadas	8,454,640	9,698,949	10,880,873	12,286,358	#####	15,188,559	16,768,529	18,232,006	18,216,785	17,294,479
% de crecimiento en relación al año anterior	***	14.72	12.19	12.92	13.14	9.27	10.40	8.73	-0.08	-5.06
Nuevas Aceptantes Planificación Familiar	250,052	291,982	372,293	356,310	364,100	371,534	370,672	382,360	371,906	365,765
% de crecimiento en relación al año anterior	***	16.77	27.51	-4.29	2.19	2.04	-0.23	3.15	-2.73	-1.65
Atención Prenatal	935,763	1,063,277	1,085,156	1,031,803	1,016,195	1,046,110	1,073,071	1,030,692	1,007,932	981,468
% de crecimiento en relación al año anterior	***	13.63	2.06	-4.92	-1.51	2.94	2.58	-3.95	-2.21	-2.63
Defunciones										
- Maternas	133	87	72	50	53	36	33	55	48	43
% de crecimiento en relación al año anterior	***	34.59	17.24	30.56	-6.00	32.08	8.33	-66.67	12.73	10.42
- Perinatales	2,622	2,603	2,641	2,356	2,952	2,037	2,052	2,092	1,867	1,634
% de crecimiento en relación al año anterior	***	-0.72	1.46	-10.79	25.30	-31.00	0.74	1.95	-10.76	-12.48
Estado Nutricional en < 5 Años										
- Sin Desnutrición	1,266,502	1,307,684	1,437,733	1,869,273	1,875,874	2,295,512	2,865,252	3,156,119	2,839,609	2,582,952
% de crecimiento en relación al año anterior	***	3.25	9.94	30.02	0.35	22.37	24.82	10.15	-10.03	-9.04
- Con Desnutrición	73,883	55,608	56,815	583,948	629,784	877,947	873,186	913,580	905,336	869,537
% de crecimiento en relación al año anterior	***	24.74	-2.17	-927.81	-7.85	-39.40	0.54	-4.63	0.90	3.95
. Leve	51,725	38,659	41,123	411,252	473,133	680,363	700,065	741,237	736,185	705,315
% de crecimiento en relación al año anterior	***	-25.26	6.37	900.05	15.05	43.80	2.90	5.88	-0.68	-4.19
. Moderada	18,427	13,990	12,519	137,628	138,201	179,266	159,741	159,607	156,948	151,557
% de crecimiento en relación al año anterior	***	-24.08	-10.51	999.35	0.42	29.71	-10.89	-0.08	-1.67	-3.43
. Severa	3,731	2,959	3,173	35,068	18,450	18,318	13,388	12,730	12,205	12,673
% de crecimiento en relación al año anterior	***	-20.69	7.23	1,005.20	-47.39	-0.72	-26.91	-4.91	-4.12	3.83
Programa de Desarrollo Humano de Oportunidades										
- Familias beneficiarias	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	437,214	820,772	850,153	965,512	1,133,492	1,156,509
% de crecimiento en relación al año anterior	***	***	***	***	***	87.73	3.58	13.57	17.40	2.03
- Total de Niños en Control con y sin Desnutrición	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	486,134	538,924	517,417
% de crecimiento en relación al año anterior	***	***	***	***	***	***	***	***	10.86	-3.99
. Menor de 2 años	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	191,101	205,566	189,799
. De 2 a 4 años	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	295,033	333,358	327,618
- Mujeres en Control	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	99,434	107,303	101,043
. Embarazadas	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	28,449	31,787	30,734
. En Periodo de lactancia	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	70,985	75,516	70,309

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, EJE PRIORITARIO PARA EL COMBATE A LA POBREZA (Inversión en capital humano en IMSS Oportunidades)

2.4 La Participación Comunitaria base de la permanencia de los Programas Sociales

Uno de los principales postulados que distingue la aplicación del esquema mexicano de atención primaria a la salud es el de la participación comunitaria. A diferencia de otras aplicaciones, el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria a la Salud (APS) sería imposible sin la participación plena y entendida de la comunidad, a través de su propia organización y responsabilidad, en la que los individuos, las familias y las comunidades participan activamente en el mejoramiento de su propia salud. Es necesario recordar que según el principio de equidad de la APS son justamente los grupos pobres, por ser los más necesitados de una atención a la salud, los que deben de organizarse para conseguirla.

La participación comunitaria se entiende como la participación activa de la comunidad, es la forma en que la comunidad a partir de la orientación, un grupo de individuos es capaz de responder como agente activo y responsable de su propio progreso. Se trata de una oportunidad para que las familias se involucren en la conformación y desarrollo de acciones colectivas destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población, como participar en políticas públicas y en la aplicación de Programas nacionales de atención a la salud. La participación comunitaria busca activar a los actores pasivos, sobre todo si se refiere a la toma de decisiones para el bienestar personal y comunitario.

Recordemos que la “*acción colectiva*”^{*} es el medio que va a concentrar individuos con recursos y capacidades particulares para resolver los problemas que buscan el cambio social a través del aprendizaje y la práctica colectiva.

La promoción a la salud se convierte así en el impulso para la participación comunitaria y la adecuada organización de los medios y las técnicas de atención, lo que permitirá abarcar campos que vayan más allá del área de la salud como el mejoramiento de la vivienda, el

^{*} “Vulnerabilidad y exclusión en América Latina, en Todos Entren, propuestas para sociedades incluyente”, Minujin Alberto, UNICEF 1998, Santa Fe de Bogota Colombia.

manejo de las condiciones de vida, el mejoramiento de las condiciones alimenticias, el conocimiento para el manejo de plantas y animales, y otras actividades que permitirán obtener un beneficio económico. La participación de la comunidad será la fórmula que permitirá lograr estos objetivos secundarios.

Existe un ideal y un objetivo esencial en el que se fundamenta la promoción de la salud a partir de la acción comunitaria y es la posibilidad de generar un desarrollo regional a partir de comunidades autogestivas en salud o sistemas locales de salud, basadas en redes de acción integral, con una efectiva participación comunitaria y una importante participación intersectorial dotadas de una gran eficiencia técnico administrativa como base para reunir recursos financieros y humanos e incluso modificar la estructura de la localidad para generar un adecuado plan de desarrollo.

Cuando las políticas valoran obtener la organización y la participación directa de la gente en los Programas, entonces se logra motivar a un empoderamiento⁴⁷ que a su vez permitirá influir sobre las personas y para realizar otras actividades.

Comúnmente se considera que el trabajo con la población rural, en ocasiones será más difícil que en las poblaciones urbanas, por factores propios de la tradición y la historia que en ellos se presentan como los problemas generales del lugar, las creencias, la escasa escolaridad, la falta de recursos y las dificultades para la aceptación de un Programa. Sin embargo, tras una serie de consideraciones, las cuales profundizaremos más adelante, podemos concluir que, en efecto, estas situaciones representan obstáculos para el trabajo promocional en comunidades rurales, pero no son insuperables.

Es evidente que entre más se responsabilice a la población como coparticipe de su propio desarrollo, la participación de la comunidad se consolidará y permitirá consolidar a la vez las estrategias y objetivos para el desarrollo y permanencia de estas acciones y creará asimismo más opciones para el desarrollo individual y colectivo. El impacto de la

⁴⁷“Elementos Teóricos para la Acción Colectiva en Salud, Salud Comunitaria y Promoción a la Salud”, Saucedo Arteaga Gabriel; Universidad de la Ciudad de México, México D.F., 2004.

intervención de la comunidad como forjadora y responsable de su propio desarrollo se puede apreciar en comparativo con algunos Programas de atención en los que no se involucra estas acciones.

2.5 La participación comunitaria en el Programa IMSS Oportunidades, el principio de corresponsabilidad.

Al identificar a la salud y a la enfermedad como los polos extremos de un mismo proceso en el que se desarrolla la vida desde el nacimiento hasta la muerte; se entiende también por consecuencia, que el proceso denominado salud enfermedad está determinado por la compleja interacción de la herencia biológica, el modo de vida de cada ser humano y el entorno social y ecológico en el que se desenvuelve, por lo cual cada grupo social según el momento histórico y su ideología, concibe y enfrenta dicho proceso de manera diferente.

Al querer buscar un desarrollo social es imperante e inevitable introducirse a trabajar y comprender todos los aspectos socioculturales que envuelven las decisiones y las formas de vida de las poblaciones, ya que de ellos depende en gran medida el crecimiento del ser humano y el cambio social. Ante esta prioridad, el trabajo con la comunidad será la base inicial que buscará el vínculo entre el pensamiento de la gente y su aceptación con las acciones sociales que ofrecen los Programas de atención.

La principal forma en que la acción comunitaria interviene en el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones consiste en la aceptación y el convencimiento que la misma población pueda depositar en ella misma.

El trabajo con la comunidad representa un intento de reconstrucción del entorno sociocultural, significa la posibilidad de motivar a la población a ser partícipe de su propio cambio, de reemprender pensamientos e ideas de superación, a partir del trabajo colectivo y de erradicar aquellos factores que motivan un comportamiento erróneo que justifica, en muchas ocasiones, la permanencia de formas de vida deficientes, de un conformismo y de la reproducción de malos hábitos.

Lo anterior lo queremos relacionar con tres tipos de obstáculos para el desarrollo: el principal de naturaleza sociocultural y que permite a las sociedades aceptar comportamientos y condiciones de vida basados en el conformismo y la mediocridad, las carencias propias de los Programas de atención y los sistemas heredados de gobierno, sin que el trabajador de la salud justifique a estos últimos.

Para los Programa de atención y promoción a la salud, el equilibrar la atención a la salud y la enfermedad física y mental en la forma descrita, resulta de la atención práctica y directa porque “si deseamos inclinar la balanza hacia la salud, la lógica nos dice que entre otras acciones primero debemos impulsar aquellas dirigidas a modificar estilos de vida perjudiciales y preservar un adecuado equilibrio biosocial a través de la propia responsabilidad social”⁴⁸; ambas tareas fueron el objetivo de la acción comunitaria dentro del Programa, estableciendo como una de sus prioridades lograr la completa participación de las comunidades marginadas rurales, indígenas y campesinas de su ámbito de responsabilidad, en el mejoramiento de sus condiciones de salud.

A medida que se fue acumulando experiencia en el funcionamiento del Programa y en la responsabilidad de cumplir con el objetivo enunciado, surgió paulatinamente la necesidad de establecer con la población un diálogo permanente basado en la reflexión, la crítica, el intercambio de conocimientos y aprendizajes empíricos, el respeto mutuo, la toma responsable de decisiones y el compromiso de proponer y llevar a la práctica soluciones innovadoras frente a los problemas de salud, sin violentar la cultura local.

Lo anterior tenía que ser logrado mediante una labor educativa que rebasara los modelos tradicionales, centrados en la lógica de la institución más que en la de la comunidad y en los conocimientos teóricos más que en la práctica, a fin de lograr una promoción y un efecto en los receptores pasivos de la información.

Con fundamento en lo expuesto, a partir de 1983, se ha realizado un gran esfuerzo para llevar a la práctica métodos, técnicas y estrategias educativas, orientadas a favorecer la

⁴⁸ Ib.Idem.

participación comunitaria antes señalada entre los cerca 11 millones de beneficiarios de los 17 estados que cubre el Programa por medio de la red de hospitales y unidades médicas rurales.

En el Programa IMSS Oportunidades la mayoría de los habitantes radica en comunidades indígenas y campesinas marginadas, caracterizadas por la dispersión, el difícil acceso, el aislamiento, precarias condiciones sanitarias, elevados índices de pobreza y rezagos educativos por lo que se considera un verdadero reto.

Como estrategia básica para lograrlo, se estableció que el personal de las unidades médicas debe interactuar con las comunidades de su ámbito de responsabilidad, en condiciones de igualdad y de respeto a sus creencias y valores culturales. Con la interacción propuesta (entendida como la influencia recíproca a través del conocimiento mutuo) se previó promulgar paulatinamente:

- El reconocimiento de la comunidad a los servicios del Programa y sobre esta base, formar y consolidar una organización comunitaria para la salud, con la anuencia previa de la población.
- Intercambiar conocimientos con dicha organización comunitaria que le permitiera en sus propios términos, reflexionar sobre los problemas de salud de la comunidad y asumir compromisos para resolvérselos.

A partir de la participación comunitaria, se extenderá al resto de la población los resultados de la reflexión y los compromisos factibles de ser cumplidos, a fin de que cada familia, en la medida de sus posibilidades y por convicción los adoptara como propios (vacunación, cuidados materno infantiles, vigilancia nutricional, salud reproductiva, planificación familiar, prevención y control de enfermedades emergentes, así como de enfermedades crónicas degenerativas y la identificación oportuna de riesgos y daños a la salud).

Esta estrategia aplicada de manera sostenida ha hecho posible formar y asegurar la permanencia de la organización comunitaria para la salud prevista, integrada en las localidades del ámbito de responsabilidad de las unidades médicas, por comités de salud, una red de promotoras rurales y asistentes rurales de salud como parteras y terapeutas tradicionales.

2.5.1 La Participación de Grupos Voluntarios

Con el fin de promover y sustentar la promoción y el autocuidado de la salud entre la población beneficiaria del Programa IMSS Oportunidades, la misma participación activa de la población es fundamental para alcanzar los efectos e impactos deseados de las acciones promovidas. La forma en hacer llegar a la población nuevas ideas que mejoren las condiciones de salud a través de ellos mismos, consiste en lograr que sean las mismas comunidades las que las acepten, y que no las consideren como una imposición o violación a sus costumbres o cultura, sino como un ejemplo a seguir. A través de este medio, las mismas personas de las comunidades que quieran lograr algo diferente de manera individual y comunitariamente trabajarán voluntariamente, en beneficio de la salud y el desarrollo comunitario.

El Programa ha designado como pilar de acción el trabajo de diversos grupos voluntarios, cuya misión es capacitar y transmitir conocimientos básicos en salud, bienestar familiar y desarrollo humano al resto de la población. La responsabilidad y el interés que han demostrado los grupos voluntarios especializados en tareas específicas, que se han conformado al amparo del Programa IMSS Oportunidades, han demostrado ser redituables.

Es importante mencionar que al hablar de grupos voluntarios se habla de una preocupación y participación social, lo que no debe pasar por alto que esta misma estrategia es útil como una medida de ahorro y de contención de costos.

Hasta el momento y desde su creación el Programa IMSS Oportunidades ha contado con los siguientes tipos de grupos voluntarios, con los cuales se ha procurado establecer una

relación armónica para conjugar acciones y recursos de un proyecto común, y así trabajar por la salud de la población.

Los Comités de Salud. Son organismos de gestión en el que se concreta el compromiso de la comunidad de participar en el cuidado de la salud y representa el primer vínculo entre el personal de las unidades médicas y la comunidad. Está constituido por un presidente y vocales de saneamiento, salud y nutrición.

Las Promotoras Rurales. Son personas integrantes de la comunidad que por convicción han aceptado la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de familias, incluida la propia. Su elección la efectúa la comunidad en asamblea, aunque puede ocurrir que un grupo de familia escoja entre ellas a la persona que fungirá como promotora. Su tarea más importante se centra en la promoción a la salud.

Las Asistentes Rurales de Salud. Es el principal personaje sobre el cual se sustenta el trabajo coordinado entre institución y comunidad, estos son voluntarios, en su mayoría mujeres, residentes en localidades del ámbito del Programa de menos de 1,000 habitantes, en las que por la baja demanda potencial de servicios no se justifica la instalación de unidades médicas. Todos ellos además de compartir la cultura de los habitantes del lugar y hablar la lengua materna, han adquirido en cursos de capacitación específicos los conocimientos y habilidades mínimos indispensables para promover el cuidado de la salud, transferir tecnología educativas y el mejoramiento comunitario de bajo costo y alto impacto social, atender padecimientos de baja complejidad e identificar y derivar oportunamente a la unidad médica correspondiente los casos difíciles o complicados.

Los Terapeutas Tradicionales, entre los que se incluyen las Parteras Rurales son aquellos practicantes de la medicina tradicional que gozan de especial respeto y reconocimiento en la comunidad. Con ellos se ha procurado establecer una relación armónica para conjugar acciones y recursos de un proyecto común; trabajar por la salud de la población.

Así, los voluntarios descritos representan el recurso más valioso para popularizar el saber en salud, de ahí que en 1996 el modelo educativo utilizado en su formación se transformara en cuanto a enfoques métodos, técnicas y contenidos, en un “Modelo de Comunicación Educativa de la gente para la gente”, o de capacitación directa. Los grupos voluntarios son capacitados directamente por el personal institucional que se encuentra en unidades médicas y unidades móviles del Programa.

En concordancia con dicho modelo y mediante cursos de formación, actualización e intercambio de experiencias en cuya organización, selección y adecuación de contenidos la comunidad tiene un papel relevante, se propiciaron los fundamentos para una adecuada comunicación educativa considerando la atención por grupos de edad y riesgo, así como los medios indispensables y las tecnologías que posibilitan mejorar la salud de la población local. Las acciones de formación se desarrollan con métodos pedagógicos dinámicos y vivenciales que facilitan la apropiación de los contenidos por parte de los voluntarios y la comunidad para lograr la participación social.

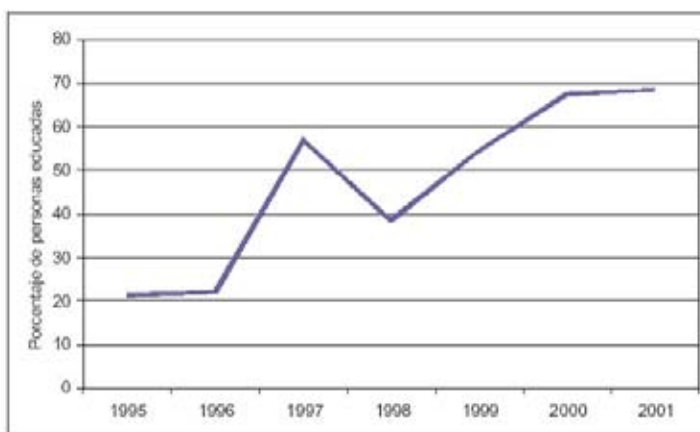
En reuniones grupales, visitas domiciliarias o foros comunitarios, con el apoyo de los recursos comunitarios a su alcance, los voluntarios transmiten sus conocimientos adecuándolos a la cultura local y en su caso difundiéndolos en la propia lengua de la comunidad. La labor se completa cuando decide cambiar un hábito perjudicial de salud o construir una obra familiar comunitaria dirigida a crear un entorno saludable.

Es importante señalar que después de ser capacitados, los voluntarios encauzan su labor a partir de un diagnóstico local de salud para que en asambleas o reuniones comunales, los equipos de salud de las unidades médicas revisen y discuten con ellos para que a su vez la compartan con la población. En un ejercicio participativo, la comunidad identifica al inicio de cada año, de que se enferma y de que se muere y que puede hacer para evitarlo; con base en los recursos disponibles, incluidos los de la medicina tradicional, se definen las acciones y obras factibles de ser llevadas a la práctica y se establece el compromiso de realizarlas con el apoyo de la organización comunitaria.

A través de un proceso de “socialización” los voluntarios intervienen en la difusión y aplicación de tecnologías apropiadas en materia de saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, producción de alimentos de traspatio y organización y operación de proyectos productivos.

Si bien lo anterior es importante, no resulta suficiente. De acuerdo a la experiencia, se requiere un esfuerzo adicional del voluntario para que las familias que decidieron practicar buenos hábitos de higiene o utilizar tecnologías sanitarias continúen con el nivel de participación alcanzado, de ahí que ya una práctica rutinaria las visitas periódicas a los domicilios de las familias con el objeto de verificar el cumplimiento de los compromisos por ellas asumidos y de reforzar los conocimientos en salud.

Gráfica 27: Porcentaje de personas educadas en el autocuidado de la salud



Gráfica 28: Promoción y Educación para la Salud



Cuadro 29: Integración y Organización Social en IMSS Oportunidades, 1994-2003

CONCEPTO										
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Integración y Organización Social:										
Asistentes rurales de salud activos	7,698	9,212	10,520	10,251	11,196	12,846	13,040	13,759	13,860	13,899
% de crecimiento en relación al año anterior	***	19.67	14.20	-2.56	9.22	14.74	1.51	5.51	0.73	0.28
Promotores Sociales Voluntarios	104,172	116,172	121,379	121,336	143,816	140,971	144,985	149,457	154,751	153,129
% de crecimiento en relación al año anterior	***	11.52	4.48	-0.04	18.53	-1.98	2.85	3.08	3.54	-1.05
Parteras rurales en interrelación	7,804	8,591	7,971	7,104	7,141	6,678	6,447	6,621	6,470	6,217
% de crecimiento en relación al año anterior	***	10.08	-7.22	-10.88	0.52	-6.48	-3.46	2.70	-2.28	-3.91
Médicos Tradicionales en Interrelación	4,131	4,556	4,280	4,115	3,770	3,531	3,225	3,034	2,804	2,474
% de crecimiento en relación al año anterior	***	10.29	-6.06	-3.86	-8.38	-6.34	-8.67	-5.92	-7.58	-11.77
Familias Participantes en Vigilancia y Cuidado del Agua para Consumo Humano	1,280,197	1,414,427	1,530,785	1,582,351	1,628,825	1,704,076	1,734,984	1,763,320	1,805,531	1,827,034
% de crecimiento en relación al año anterior	***	10.49	8.23	3.37	2.94	4.62	1.81	1.63	2.39	1.19
Familias Participantes Disposición Sanitaria de Excreta Humana:	1,077,528	1,205,024	1,340,281	1,403,154	1,470,675	1,551,001	1,593,532	1,645,895	1,696,555	1,731,042
% de crecimiento en relación al año anterior	***	11.83	11.22	4.69	4.81	5.46	2.74	3.29	3.08	2.03
Familias Participantes Disposición Adecuada de Basuras y Desechos:	1,331,859	1,452,751	1,578,902	1,622,537	1,681,087	1,739,662	1,759,265	1,781,488	1,823,141	1,841,312
% de crecimiento en relación al año anterior	***	9.08	8.68	2.76	3.61	3.48	1.13	1.26	2.34	1.00
Mejoramiento de la Vivienda: (Acciones)	633,548	657,594	693,224	674,746	619,245	698,939	407,579	336,496	318,678	341,439
% de crecimiento en relación al año anterior	***	3.80	5.42	-2.67	-8.23	12.87	-41.69	-17.44	-5.30	7.14

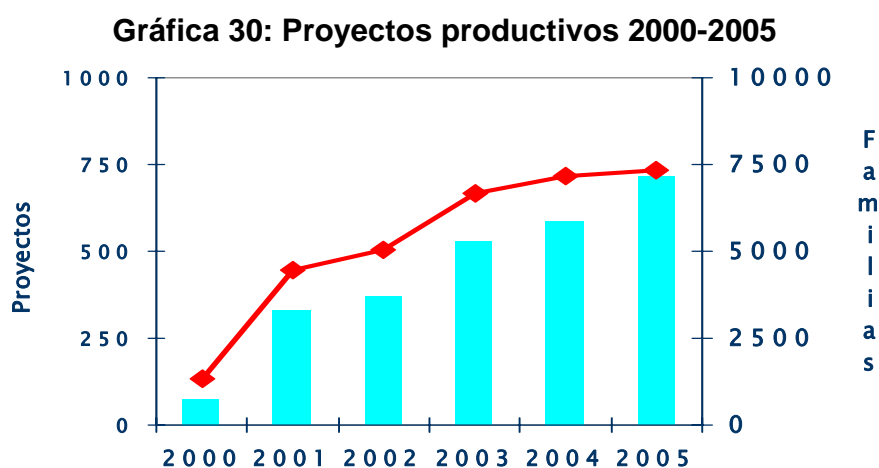
2.5.2 Los proyectos productivos en el medio rural

El principal objetivo del Programa es lograr entre la población una manera diferente de pensar en relación a sus propias condiciones y formas de vida y un interés propio de superarse y de no depender de un paternalismo gubernamental que no les permite en muchas ocasiones que ellos mismos mejoren los malos hábitos y costumbres que envuelven su cotidianidad individual y colectiva.

Cuando el Programa ha llegado a este nivel, puede augurarse la presencia de individuos comprometidos, con ganas de ser diferentes con su comunidad, con su familia y con ellos mismos y podemos decir que son aptos para la integración y participación de la comunidad en un proyecto de vida digno; es decir, que va a consolidar *un proyecto productivo propio* que le ayude a defenderse de su vulnerabilidad con ayuda del Programa, dependiente más que del subsidio gubernamental del empeño que cada individuo le deposite.

Los proyectos productivos constituyen una forma de la integración social idónea con miras al mejoramiento de la alimentación y los ingresos de las familias de las comunidades rurales marginadas, de lugares aislados y dispersos, de ingresos económicos muy bajos, de niveles educativos básicos y de actividades agropecuarias.

A la fecha y a nivel nacional, IMSS Oportunidades ha impulsado un total de 96 proyectos productivos de diferente especie que benefician a un total de 1,800 familias.



Fuente: Coordinación de Acción Comunitaria, 2005

2.5.2.1 Los proyectos productivos un ejemplo de participación colectiva.

El lugar que institucionalmente ocupan hoy día los proyectos productivos en el país, reflejan para diversos ámbitos una imagen de “libre mercado”, “beneficio empresarial”, “estrategia política”, etc. Sin embargo, para el IMSS Oportunidades ha sido la opción para consolidar la misión del Programa, al reforzar el principio de corresponsabilidad y dejar de continuar con el fin del paternalismo.

Aunque es necesario reconocer que el Programa es experimental en esta estrategia, las opciones para reforzar la participación de la comunidad a través de la conformación de un proyecto productivo es elemental, ya que a partir de estos se ha demostrado para el Programa el grado de consolidación comunitaria en el que se encuentran algunas comunidades.

El sólo hecho de tratarse de comunidades rurales, facilita la implementación de medidas de desarrollo y la entrada de propuestas para la construcción de proyectos productivos. La organización de la comunidad permite identificar a partir de ellos mismos, a individuos comprometidos y responsables de su propio desarrollo, capaces de conformar y mantener el beneficio de un proyecto; o bien identificar aquellas poblaciones donde no se ha reconocido aún la responsabilidad comunitaria.

Los proyectos productivos que promueve el Programa se basan en otorgar una ayuda inicial a un grupo determinado de personas que, sin ser selectivos, cumplen ciertas características (familias participantes que se encuentren en pobreza y pobreza extrema, responsables de sí mismos y de su salud, etc.), y que consta de \$30,000 para iniciar algún proyecto seleccionado por ellos mismos y que para el Programa cumpla con una serie de características propias que garanticen de alguna manera su funcionamiento. Este apoyo inicial no se regresa a la institución, se regresa en especie o dinero a otras comunidades donde también se requiera o se interese formar un proyecto. Todo proyecto está avalado y supervisado por los niveles centrales del Programa que verifica la rentabilidad de este y su permanencia en la comunidad.

El grupo de trabajo es libre de elegir el proyecto que mejor convenga y de conformar su grupo de trabajo con el número de participantes que quiera siempre y cuando cada uno de estos se comprometan a ser participes directo de la permanencia, funcionamiento y desarrollo del proyecto. Es importante enfatizar que los proyectos productivos son comunitarios.



CAPÍTULO III

ASPECTOS CONDICIONANTES PARA LA CONTINUIDAD Y EL ÉXITO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN; EL DÉFICIT EN LA INVERSIÓN DE CAPITAL HUMANO. CASO IMSS OPORTUNIDADES HOY.

3.1 Estancamiento social y permanencia de la pobreza, efectos contrarios de los Programas de Atención a la salud, caso IMSS Oportunidades

Cuando la atención a la salud de las poblaciones dependía exclusivamente del alcance limitado de los modelos médicos, así como de los campos biológicos sanitaristas de carácter curativo, se dejaban de lado varios aspectos **sinérgicos** de índole social tal y como el medio ambiente o los estilos de vida de la población, sin los cuales los aspectos técnico médicos nunca determinarían el mejoramiento de la salud y el bienestar de la comunidad y de los individuos a los que ella pertenecen. Por lo tanto, los Programas de atención a la salud, entre ellos IMSS Oportunidades, adoptaron como parte de las estrategias internacionales la prevención, promoción a la salud y la participación comunitaria, como las mejores vías para la creación de un plan de desarrollo social en el campo de la salud.

Es así como el trabajo comunitario (tal como se mencionaba en apartados anteriores) enfrentaría los problemas de salud desde el aspecto social y no exclusivamente desde el aspecto médico, biológico o financiero, ya que desde este modelo integrado se trabajan directamente las situaciones de salud, a partir de la atención de las emociones, la motivación o el trabajo colectivo de la gente y se tocan problemas que van más allá de registros, coberturas, que dependen de problemas más humanos como la desesperanza, la depresión, el conformismo, el miedo, la carencia de solidaridad, la falta de equidad, la falta de responsabilidad o la falta de valores humanos y no solo materiales.

Hasta el momento se ha tratado de demostrar que cuando algunos de los Programas de atención a la salud en poblaciones campesinas e indígenas, como IMSS Oportunidades, han adoptado como estrategia fundamental la participación comunitaria y el desarrollo humano; los cambios, la permanencia y durabilidad de estos han trascendido, ya que al analizar los resultados obtenidos por el Programa observamos grandes avances en las coberturas de atención a la salud de los universos de trabajo y la aceptación que las

comunidades han tenido (aún de las consideradas con más atraso social y cultural), de las acciones de prevención y autocuidado a la salud es muy significativa con relación a las de años anteriores. Los resultados que se han reforzado mayormente son: la aceptación de los esquemas de vacunación de niños y mujeres, los alcances obtenidos en la detección de enfermedades crónico degenerativas, la prevención de acciones para control de vectores, el control y seguimiento de los niños desnutridos, la disminución de muertes maternas y perinatales, el manejo adecuado de excreta y basura, así como el control y la prevención de otras enfermedades comunes denominadas de la pobreza (parasitosis, escarisis, etc.) que más que una fuerte inversión de estrategias y capital requieren de la concientización de los actores.

Sin embargo, es necesario analizar en cada uno de los aspectos que envuelven el cumplimiento del Programa las limitantes del mismo, ya que independientemente de los buenos resultados expresados, es evidente que los Programas de la política social de atención a la salud incluyendo IMSS Oportunidades, han impactado en cobertura y muy limitadamente en calidad, que sería el siguiente paso a cubrir por todo Programa de atención para llegar al nivel de los países del primer mundo, es decir, llegar a los efectos permanentes y contundentes entre la población que benefician. Aunque exista permanencia en ciertos aspectos que ya hemos analizado del Programa, también existen diversas situaciones que enseguida analizaremos y que demuestran los obstáculos, las limitantes y los errores para llegar al crecimiento y al desarrollo social permanente, el cual no se refleja en las cifras de cobertura.

Aún y que existan logros en atención y cobertura por parte del Programa, la pregunta principal que nos hacemos hasta el momento sería el por qué continúa la atenuación de la pobreza en el medio rural que es el universo de trabajo de este Programa, o bien por qué es la aceptada permanencia en la misma por parte de la población, asimismo por qué no en todos los lugares el desarrollo y los resultados han sido los mismos, o bien por qué podemos hablar de logros marcados en acciones de saneamiento básico que han orillado a la “erradicación” de enfermedades como el dengue, el paludismo o el cólera en algunas

zonas y por qué no es posible identificar los mismos resultados en situaciones de fondo como es la mortalidad materna o la desnutrición que son padecimientos que a pesar y del esfuerzo impulsados en abatirlos estos presentan, inician y continúan el círculo vicioso que llevan a la persistencia de daños y riesgos para la salud de la población y al exclusivo control sanitario de los Programas.

Podemos comenzar con mencionar que distinguimos dos tipo de limitaciones, las provenientes de la propia operación del Programa y las limitaciones externas. Si bien el Programa IMSS Oportunidades se distingue de otros Programas por los logros obtenidos, tal y como es el caso de los Programas de cobertura de la SSA, algunos Programas de transición del instituto nacional indigenista o bien algunos otros pertenecientes a asociaciones privadas, etc.; los resultados de impacto muestran limitaciones que muchas veces el mismo Programa ha venido provocando, y que significan retrocesos a situaciones supuestamente controladas desde el inicio del mismo, este efecto se vio reflejado con mayor relevancia hasta el año 2004 y la variación a la baja de los resultados obtenidos por el mismo Programa en comparación a los años anteriores.

Analicemos y clasifiquemos las probables causas, externas e internas que han venido limitando el impacto del Programa; las primeras tienen que ver con los factores socioculturales, políticos y económicos en los que se está desarrollando el funcionamiento del Programa, pongamos de ejemplo desde las políticas sexenales que imponen un funcionamiento sometido a una línea de trabajo o a una moda política, la presupuestación asignada al Programa, etc., hasta el contexto cultural y político que envuelve a las comunidades para la aceptación del Programa, los movimientos migratorios o la regionalización de las poblaciones. Las segundas tienen que ver con los problemas internos que todo Programa federal presenta, desde los problemas burocráticos, la centralización de actividades, las limitantes institucionales y últimamente la dependencia a un sindicatos de trabajadores que establecen condicionantes para el desempeño de las actividades de los trabajadores (este tema se aborda en el apartado 3.2.6.1).

Hablemos de estas limitaciones. Como Programa federal y tal como se comentó en los apartados que abarcan el funcionamiento de IMSS Oportunidades, el Programa es evaluado por agentes externos que dan a conocer los avances o limitantes anuales en el desempeño del mismo; a través de la evaluación externa realizada por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en el año 2004, se destacan entre otras situaciones un funcionamiento técnico administrativo “regular”, enmarcado por un desabasto considerable de medicamentos para población específica, así como un bajo índice de familias participantes en pláticas educativas para la salud con relación al año anterior, y un evidente problema de registro de las metas establecidas. Para FUNSALUD, las actividades y acciones con mayor grado de desviación son las que corresponden a aspectos relacionados con la práctica médica comunitaria: escasos resultados en nutrición, en planificación familiar y muertes maternas o perinatales, con relación a años anteriores (17% en promedio con relación a cifras nacionales).

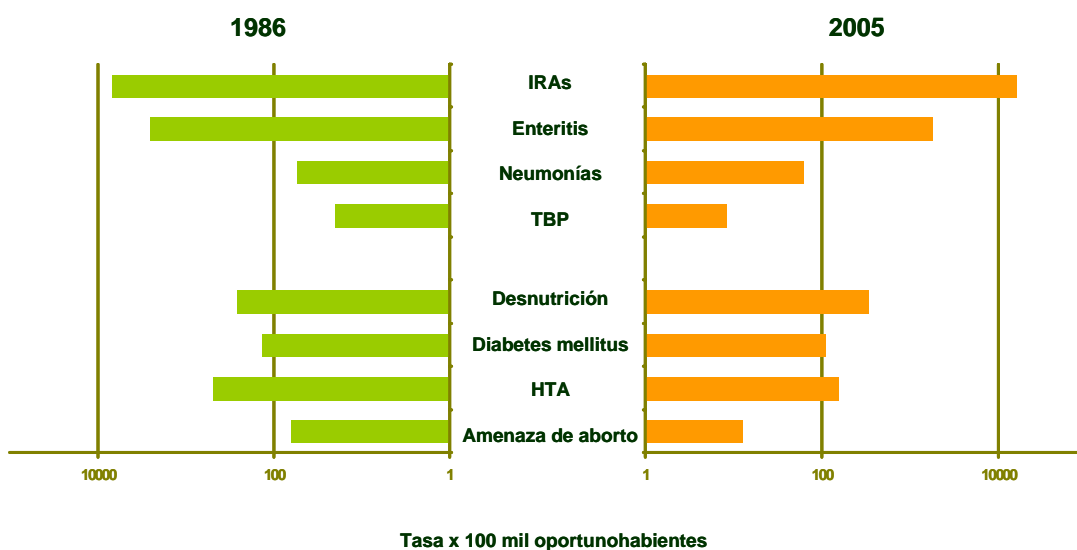
Si bien es cierto que estas limitaciones se han originado en parte por diversos procesos dictaminados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como por la Contraloría de Desarrollo Administrativo en lo que se relaciona a la reducción en la presupuestación para insumos a los Programas de asistencia y apoyo social, en efecto, los resultados se empezaron a manifestar en el Programa para el año 2004, los cuales presentan un estancamiento y en ocasiones un retroceso en comparación a los resultados y al avance presentado en años anteriores.

Entre otras limitaciones externas que figuran para obtener estos resultados se encuentra: el decremento numérico en las comunidades, en los últimos años, de algunos personajes voluntarios del Programa, la segmentación de grupos internos en las comunidades provocada por Programas asistenciales y las movilizaciones sociales, las cuales han hecho descender la aceptación del Programa entre ciertas poblaciones y han debilitado sus propios principios institucionales y comunitarios, así como las evaluaciones comparativas que se realizan con indicadores de mayor construcción y que no se adecuan al universo de trabajo del Programa, como pueden ser los indicadores del IMSS en su ámbito urbano.

Las limitaciones internas y las externas se refuerzan negativamente. Recuérdese que, como se decía más arriba, los resultados favorables en gran parte son resultado del trabajo de voluntarios en la sensibilización y promoción del autocuidado de la salud, en los Comités de Salud, de parte de los médicos tradicionales, las parteras y las familias participantes. Su trabajo no remunerado ha permitido la disminución de cargas de trabajo en las unidades médicas rurales en varios niveles así como el ejercicio de métodos y prácticas novedosas como la planificación familiar y la atención adecuada de partos. El hecho de que en algunas comunidades ya no figuren estos personajes hace que el trabajo se vuelva asistencial y pierda el carácter preventivo que es en cierta medida lo que desarrollará los buenos resultados en algún momento. La carga de trabajo se tiende hacia los equipos de salud exclusivamente, lo que ocasiona un efecto de consulta exclusivamente.

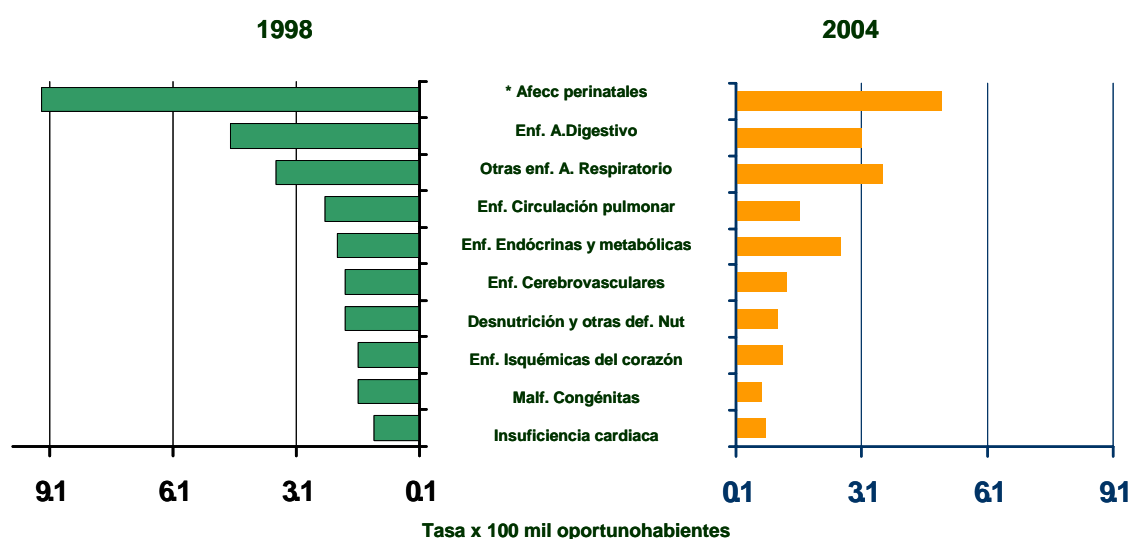
La siguiente parte de este trabajo analiza e interpreta datos y cifras provenientes de informes, resultados de supervisión interna y evaluaciones externas que trataran de identificar las principales causas y comportamientos que han estancado los resultados del Programa, que a la vez han impedido su difusión, así como conocimiento como uno de los principales y más exitosos Programas de política social de combate a la pobreza y de atención a la salud, a partir de este análisis se busca ofrecer alternativas u opciones para corregir las deficiencias para rescatar los logros de este y otros Programas de atención a la salud en México.

Gráfica 31: Análisis de la morbilidad por causas seleccionadas



FUENTE: SUAVE, noviembre 2005 y anuario de morbilidad 1986.
*tasa por 100,000 OH

Gráfica 32: Mortalidad por principales causas**



Fuente: 1998 SUI-68, 2004 SISMOR
Tasa * por 1000 nacidos vivos, **Lista mexicana

3.2 El Déficit de la Participación Comunitaria; aspectos condicionantes

Aunque el Programa admite problemáticas de carácter técnico médico, ahondaremos más en situaciones relacionadas con los limitantes políticos sociales que han condicionado en mayor medida su funcionamiento, ya que son estos factores los que impactan permanentemente sobre las acciones comunitarias y los cambios en las conductas de los individuos.

Es importante iniciar el análisis mencionando que el Programa al adoptar la promoción como la vía para llegar a elevar la salud de la comunidad, está induciendo como compromiso una reorientación de los servicios médicos hacia el interés por atender y modificar los estilos de vida de los pobladores, a partir de la modificación de conductas individuales y colectivas.

Por lo tanto, es importante para los Programas de atención a la salud, que los efectos estén basados en los problemas del entorno y que las acciones programáticas incluyan esfuerzos tendientes a modificar las desigualdades sociales, políticas y económicas que las limitan, y sus sinergias se difundan ampliamente. Pero esto debe complementarse con la necesidad

de impulsar la participación y la intervención de los responsables de las políticas; es decir, de los que tienen el poder de decisión o simplemente el poder.

Ante esta misión, los Programas de atención tienen que identificar como prioritario entre otras situaciones las concepciones actualizadas de promoción a la salud y desarrollo social, así como ubicar e identificar los papeles, las dificultades y las posibilidades de las instituciones, los profesionales, la comunidad y su intervención en estos procesos participativos, a fin de concebir una intervención multisectorial para la búsqueda de los objetivos.

En el caso del Programa IMSS Oportunidades, la base se encuentra precisamente en el desarrollo del factor comunitario como aceptante y demandante de su propio desarrollo, por lo cual muchos de los cambios que se identificaban entre la población beneficiaria del Programa se debe en gran medida a la transición que se ha conseguido en el pensamiento y en las acciones de las comunidades.

Veamos las principales limitantes que determinan el accionar institucional y la respuesta comunitaria a las intenciones del Programa IMSS Oportunidades y muy probablemente al funcionamiento de otros Programas, estrategias y políticas de combate a la pobreza y atención a la salud que han surgido en México.

3.2.1 La aparición de nuevas enfermedades, el envejecimiento de la población y los nuevos modos de vida

Las características de la estructura por edad de la población en el presente y en el futuro, así como su perfil epidemiológico sugieren que la inversión en la salud debería ser un área estratégica en la redistribución del ingreso de la población latinoamericana, así como un freno a la reproducción generacional de la pobreza en futuras poblaciones.

Las metas para México en materia de salud deben incluir nuevos desafíos recordemos entre otros, el de las enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares o la diabetes mellitus; las cuales han tenido un gran crecimiento en los últimos años, ya que a finales de los años 90 era la cuarta causa de muerte en nuestro país y ahora son

consideradas las primeras, provocando el 12% de todas las muertes en México, al igual que el cáncer.

Enfermedades crónicas de esta naturaleza están asociadas a cambios en los niveles de ingreso y cambio en la estructura demográfica a tal grado que las comunidades consideradas rurales, marginadas presentan este alarmante crecimiento de padecimientos como en las ciudades, por lo que el establecimiento y evaluación de un objetivo factible y relevante no es un tema trivial sino de suma importancia para México.

Los Programas de atención a la salud incluyendo el de IMSS Oportunidades debe considerar ciertos factores demográficos, epidemiológicos y sociales de la actualidad para tener una visión preventiva en el campo de la atención a la salud sobre ciertos padecimientos que años anteriores no se habían presentado con la magnitud en cifras y en consecuencias como se presentan ahora.

Enfermedades que anteriormente eran consideradas de la pobreza siguen presentes en sociedades urbanas y rurales aún y con mayor complejidad que años anteriores por ejemplo las infecciones respiratorias agudas (IRAS) o las enfermedades diarreicas severas (EDAS), las cuales ahora se identifican acompañadas de ciertas composiciones que atacan de forma inmediata y severa al hombre como el rotavirus, la influenza o el neumococo; pero lo que es peor, enfermedades antes consideradas exclusivas de las sociedades urbanas ya se encuentran presentes y cada vez con una mayor incidencia en comunidades rurales tal y como es el caso del SIDA, enfermedades cardiovasculares y crónico degenerativas que requieren un cuidado especial y una inversión mayor para su control entre la población que en estos casos y en su mayoría carecen de seguridad social o servicios de salud para contrarrestarlas.

Como anteriormente se ha mencionado, los efectos del llamado envejecimiento de la población y del incremento de la esperanza de vida han originado dentro del campo de la salud un sistema incapaz de atender y mucho menos controlar y disminuir padecimientos que multiplicaron su aparición con el envejecimiento de la población.

De igual forma, la falta de prevención y vigilancia de los hábitos y formas de vida que rodean a la población, la deficiente alimentación característica de la modernidad y de la necesidad de los pobladores (alimentos sintéticos, consumo excesivo de químicos y conservadores), así como los índices de pobreza y marginación que rodean este crecimiento han sido los factores que las políticas sociales enfocadas a las esferas de atención la salud han olvidado contrarrestar.

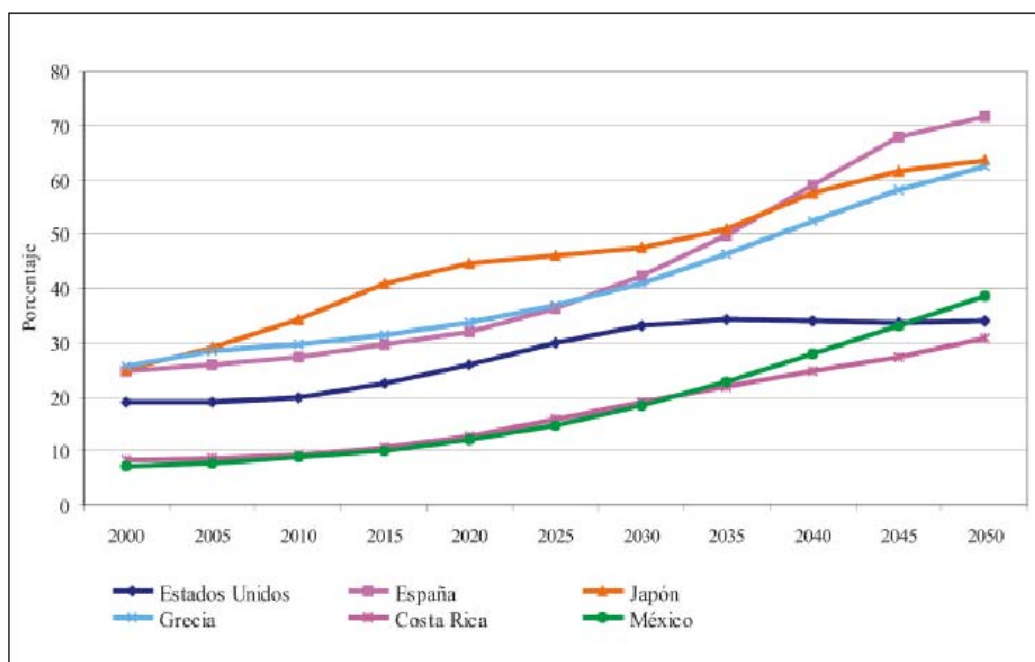
Estos aspectos actualmente han sido los principales retos para el Programa IMSS Oportunidades, ya que si bien el Programa ha trabajado junto con Oportunidades en la parte preventiva a través de pláticas, vigilancia y seguimiento a controles sobre todo en lo que respecta al cáncer de mama y cervicouterino; también ha sido uno de los principales obstáculos a causa de la cultura y las costumbres arraigadas de la población como es el caso de la alimentación o la salud sexual y reproductiva con las que se ha tenido que luchar para poder obtener logros al respecto, en el Programa el índice de detecciones a mujeres se ha incrementado con la ayuda de la estructura voluntaria; no obstante el trabajo con los adolescentes, así como el control adecuado de diabéticos e hipertensos ha sido insuficiente y los resultados pueden identificarse en los últimos años, efecto que se debe a la atención excesiva de ciertos aspectos y el abandono de otros que al parecer no habían presentado problemas.

Cuadro 33: Población de 65 y más años de edad en algunos países miembros de la OCDE 1991-2000

	1991		1995		2000				
	Total 65 y más	%	Total 65 y más	%	Total 65 y más	%			
Italia	56,760	8,507	14.99	56,745	9,173	16.17	57,189	10,130	17.71
Suiza	8,617	1,528	17.73	8,827	1,542	17.47	8,872	1,532	17.27
España	38,920	5,429	13.95	39,210	5,988	15.27	39,466	6,642	16.83
Francia	56,976	8,122	14.26	57,844	8,772	15.16	58,892	9,466	16.07
Noruega	4,262	694	16.28	4,359	695	15.94	4,491	681	15.16
Portugal	9,860	1,364	13.83	9,847	1,454	14.77	10,008	1,513	15.12
Estados Unidos	252,665	31,779	12.58	263,082	33,619	12.78	275,372	34,817	12.64
Canadá	28,031	3,217	11.48	29,354	3,512	11.96	30,750	3,850	12.52
Polonia	38,245	3,916	10.24	38,588	4,274	11.08	38,646	4,699	12.16
Irlanda	3,524	403	11.44	3,601	411	11.41	3,787	424	11.20
Corea	43,296	2,266	5.23	45,093	2,657	5.89	47,275	3,371	7.13
Turquía	57,305	2,325	4.06	61,646	2,891	4.69	66,835	3,659	5.47
México	83,265	3,826	4.59	90,164	4,269	4.73	97,379	5,164	5.30

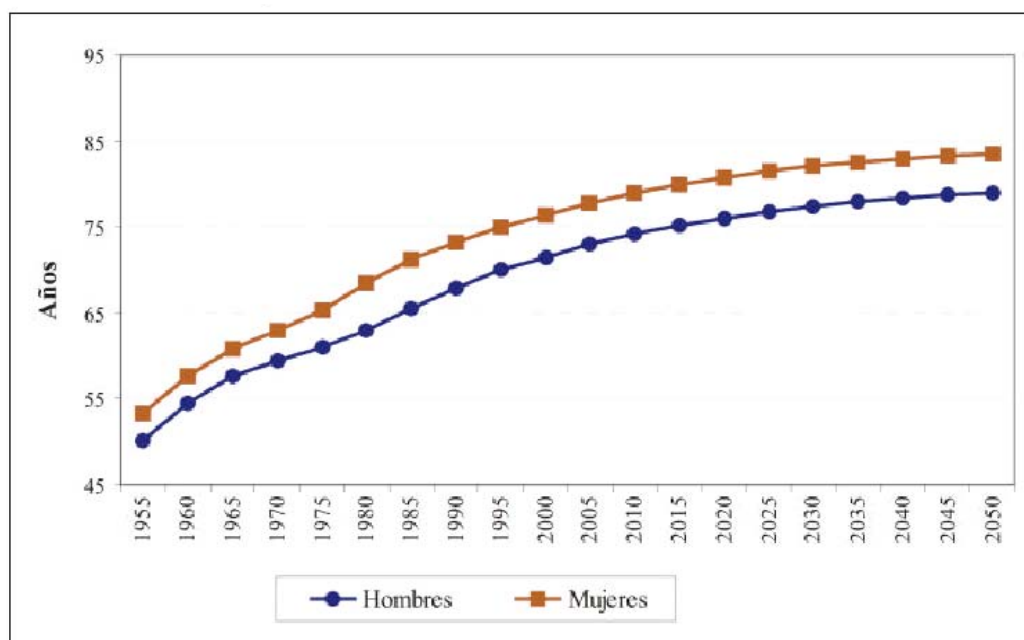
Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2001.

Gráfica 34: Porcentaje de población mayor de 65 años en países de la OCDE



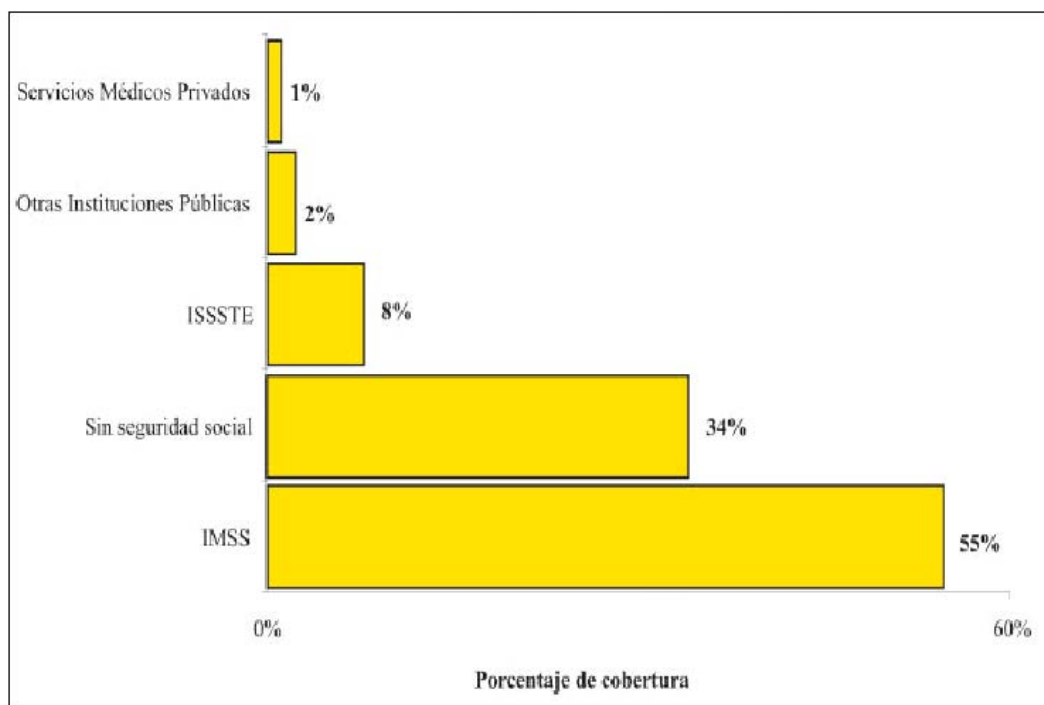
¹¹ Razón entre la población en edad activa sobre población en edad no productivas, sea por juventud (0-16 años) o por vejez (65 y más años).

Gráfica 35: Esperanza de vida al nacimiento en México, 1995-2050



Fuente: CONAPO. La población de México, tendencias y perspectivas. Indicadores demográficos 2000-2050.

Gráfica 36: Distribución de la población de 60 años y más, según su esquema de seguridad social en el 2000.



Fuente: IMSS. Estimaciones en base a Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000.

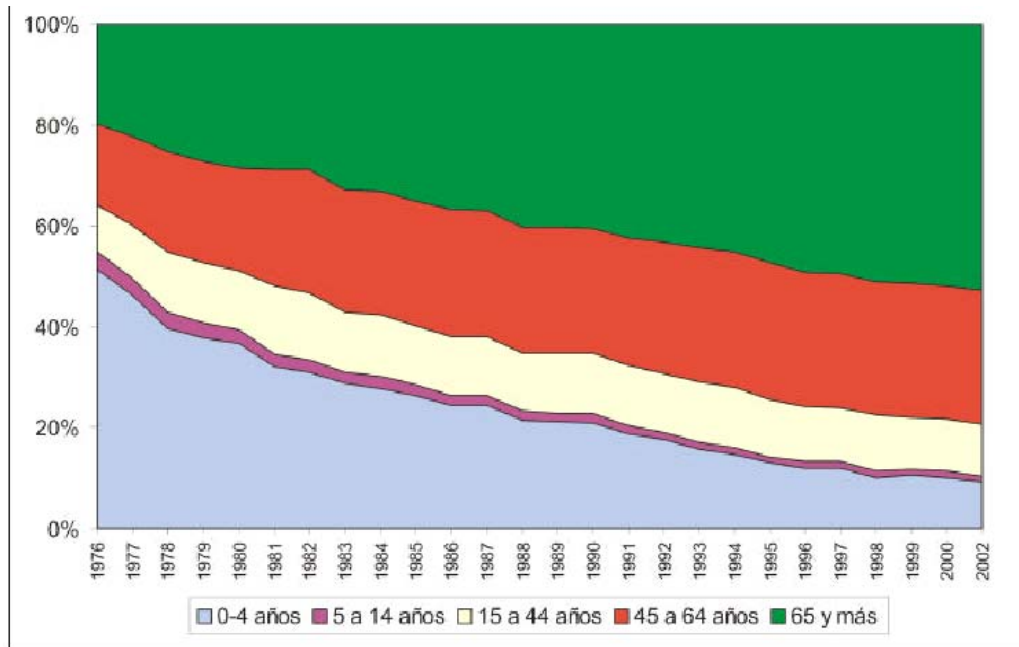
Cuadro 37: Estimación del costo per cápita de tres enfermedades relacionadas con el envejecimiento, 2002.

(miles de pesos de 2002)

	2002
Enfermedades Cerebrovasculares	21.71
Enfermedades Isquémicas	42.19
Cáncer de mama	17.14

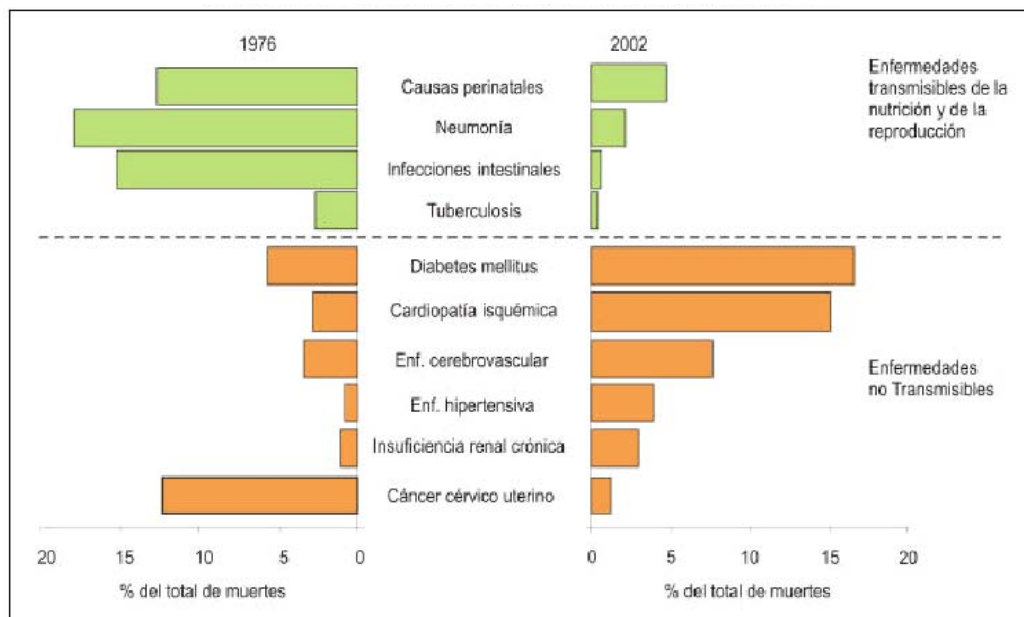
Fuente: IMSS. Estimaciones de la Dirección de Planeación y Finanzas.

Gráfica 38 : Participación de los distintos grupos de edad en la mortalidad del IMSS 1976-2002



Fuente: IMSS.

Gráfica 39: Mortalidad proporcional por causas seleccionadas, 1976-2002



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.

3.2.2 Disparidades económicas, urbanización de la pobreza y movilidad social.

Haciendo un recuento de lo ya antes definido en este documento acerca de la misión del Programa IMSS Oportunidades con respecto a su universo de trabajo, podemos mencionar que el Programa tiene como objetivo atender a 1'380,239 familias de su universo de trabajo (de las cuales el 60% son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades), más 696,119 familias que se consideran adscritas al mismo⁴⁹, es decir que pueden pertenecer a otros sectores de atención como el de la SSA pero acuden a los servicios y participan con el Programa, la característica principal de toda esta población es que se trata en un 85% de población rural, campesina o indígena en condiciones de pobreza y marginación que no cuentan con algún servicio de salud o seguridad social, lo que se entiende como población abierta.

La atención y el servicio que brinda el Programa es a cambio de la corresponsabilidad de la población representado en el autocuidado de la salud y la participación en las acciones, por ejemplo, el recibir atención médica en unidades médicas rurales del Programa a cambio de la limpieza de la unidad, la limpieza de la comunidad, la organización voluntaria para realizar acciones comunitarias, la participación en la vigilancia y promoción de la salud, el apoyo al médico, etc. Así los resultados obtenidos (y como se identificó muchos de ellos mejores que los que se han obtenido por la SSA), han sido a través de este mecanismo basado en el Modelo de Atención Integral a la Salud, generalmente se ha comprobado a través de las visitas de supervisión y evaluación externas, que el estancamiento o fracaso de algunos casos ha sido por la falta o la ignorancia a estos principios generadas por situaciones que en su mayoría han tenido que ver con los mismo universos.

Cuando las poblaciones son pequeñas, con menos oportunidades de crecer la organización comunitaria y la respuesta organizada de los actores es mejor, los universos que tienden a crecer desmedidamente poco a poco van adquiriendo un carácter urbanizado que les ofrece entre otras cosas trabajos remunerados y con ello mayores posibilidades de acudir a diversos servicios de salud los cuales ya aparecen en estas poblaciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SSA, Servicios Particulares y Estatales), por lo cual se origina una desmedida

⁴⁹ Sistema Información sobre Población Abierta (SISPA), IMSS Oportunidades, Corte Bimestral Enero Febrero 2006.

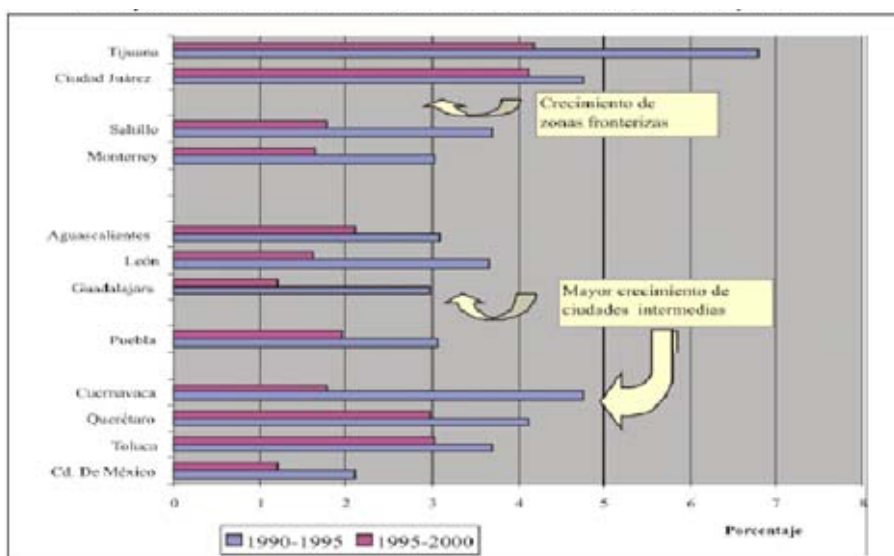
atención asistencial y una indiferente noción preventiva tanto por parte de los servicios como por parte de las poblaciones.

Una problemática similar como la planteada acontece en lugares con movimientos sociales constantes, entre los que se caracterizan los movimientos migratorios o las comunidades desplazadas; el Programa IMSS Oportunidades ha encontrado algunos de los obstáculos más importantes para su funcionamiento en este tipo de sociedades, ya que por lo regular son sociedades que se caracterizan por no contar con población fija a una localidad ó que se encuentra en constante movimiento, lo cual origina a su vez entre otras muchas situaciones que no exista arraigo e identidad como para querer conformar grupos voluntarios que participen en la promoción de las acciones, ni que exista una población que acepte o ponga interés en los preceptos del Programa representados por la participación directa a favor de su comunidad o el autocuidado de su propia salud.

Las comunidades migrantes o desplazadas están comúnmente caracterizadas por condicionantes externos para su permanencia, desarrollo y consolidación como grupos organizados, lo que limita el accionar del Programa y la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud.

Estos y otros ejemplos mencionados que encierran estas circunstancias quedaran descritos ampliamente en el apartado siguiente que atiende estudios de caso identificados en el accionar del Programa IMSS Oportunidades en el transcurso de los años.

Gráfica 40 : Crecimiento urbano en principales ciudades: Tasa de crecimiento medio anual 1990-1995 y 1995 y 2000



Fuente: Censo General de Población y Vivienda XI, XII; conteo de Población y Vivienda, 1995, INEGI.

3.2.3 El empirismo en el Programa y la ausencia innecesaria de la academia.

No podemos negar que el Programa ha logrado coordinar una extensa intervención multisectorial, por ejemplo la participación de sectores que han proporcionado una capacitación o alguna aportación técnica al personal institucional y comunitario, los apoyos municipales en obras, servicios y capital que han venido a renovar en mucho el desempeño del Programa; sin embargo es imperante mencionar que de entre todos los sectores, el académico ha sido uno de los que escasamente se han involucrado, originando con ello deficiencias o la carencia de bases sólidas para la consolidación de sus objetivos fundamentales; el Programa hasta el momento se ha basado en lo empírico, en lo ya conocido por sus propias tradiciones y ha dejado de lado la parte basada en teorías o análisis, lo que permitiría entender, adecuar y complementar las acciones.

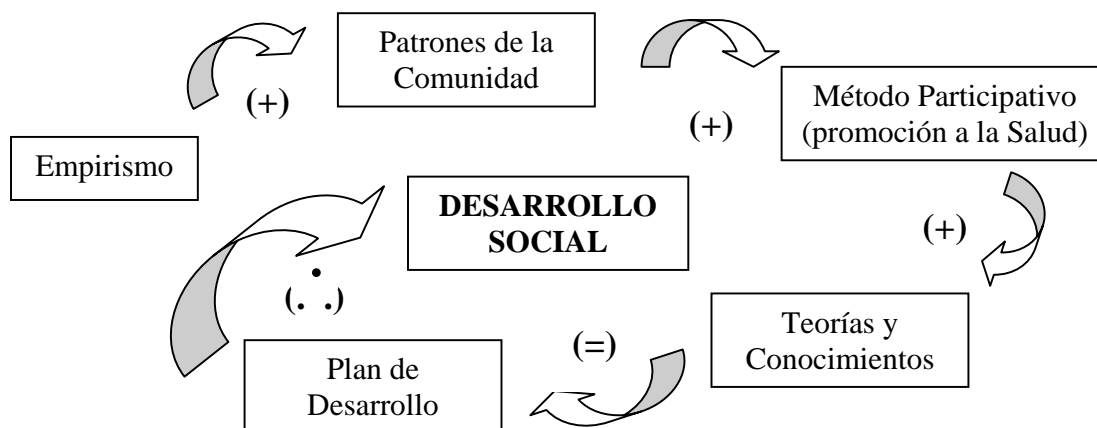
La visión del Programa basa su funcionamiento en la participación, por lo tanto esta tendencia necesariamente para llegar al conocimiento y a la búsqueda de los factores que permitan identificar la transformación total de los hechos, necesita incluir junto con lo ya identificado en las acciones cotidianas la parte fundamentada en la teoría y en lo ya descrito en la investigación a fin de poder reforzar y consolidar las estrategias que a futuro se asignaran en las debilidades encontradas.

Si los Programas de atención social se abrieran de igual manera al aspecto académico, la teoría y los métodos de investigación permitirían a la misma comunidad reconocer científicamente lo que ya conocía de manera empírica, “a partir de esta se podría captar en una comunidad su realidad con categorías y relaciones que antes no tenía, y podría trascender su situación actual, buscando intencionadamente un nuevo modelo de comunidad que existe primero teóricamente, pero que es posible llevar a la práctica”⁵⁰

La manera de consolidar las bases de una estrategia de plan de desarrollo en cualquier Programa de atención social, es equilibrando el resultado empírico con las teorías y el conocimiento, ya que de esta forma se obtendría un conjunto de acciones específicas,

⁵⁰ Promoción de la salud; una concepción interdisciplinaria, en Promoción de la salud y participación comunitaria, Varios Autores, UCM, 2004

determinadas a través de un diagnóstico global que, al ponerse en práctica, actuarían directamente sobre un cambio positivo en la situación socioeconómica de una sociedad, tal y como podríamos identificarlo en el siguiente esquema.



3.2.4 La pérdida del trabajo comunitario.

Cuando las necesidades rebasan los modelos se experimentan nuevas exigencias y nuevos retos los cuales originan que las estrategias, los métodos y los sistemas empleados por los Programas de atención, se vean limitados en algún momento para cumplir con las expectativas y los compromisos planteados; ante esta situación los modelos que parecían consolidarse como aptos para el control y la satisfacción de las necesidades muestran de repente que ya no lo son y que presentan cierta debilidad al considerarse obsoletos para las demandas actuales.

A partir de la dinámica que envuelve el entorno de la atención a la salud de las poblaciones del mundo tanto urbanas como rurales se experimentan también movimientos que generan exigencias que van más allá de lo ya establecido; el caso del Programa IMSS Oportunidades no es la excepción y el mayor ejemplo en el que se representa esta situación es con el trabajo voluntario, el cual conforme ha pasado el tiempo y se han suscitado

cambios en las formas de vida de las poblaciones se ha fragilizado cada vez más la base del modelo de atención integral a la salud repercutiendo en consecuencia en el ejercicio de participación y corresponsabilidad de la comunidad.

Las demandas sociales incluyen dentro de las exigencias no solo la satisfacción a las necesidades de salud más específicas tal y como se vio en apartados anteriores; sino que también las necesidades oscilan en demandas sociales y culturales que complementan las necesidades socioeconómicas.

Interpretando lo anterior podemos comentar que una de las principales debilidades que han contrarrestado al modelo de atención integral a la salud ha sido la modernidad y urbanización de las sociedades ya que a partir de estas situaciones las necesidades de los que se consideraban líderes de la comunidad y portavoces del modelo se han incrementado y han originado como resultado la deserción de algunos responsables de la movilidad social.

Al hablar de la ausencia del trabajo comunitario nos referimos a la falta o deserción del personal voluntario para la promoción y divulgación de temas de salud entre la población y nos remitimos específicamente a asistentes rurales de salud, promotores voluntarios rurales y/o comités de salud.

En la mayoría de las comunidades consideradas como altamente expulsoras de migrantes existe ausencia del trabajo voluntario y comunitario, al igual que en aquellas comunidades que en algún momento fueron consideradas rurales y las cuales en la actualidad ya fueron absorbidas por las ciudades; el ritmo de vida y el funcionamiento de este nuevo tipo de sociedades han impedido la consolidación de una estructura basada en el trabajo comunitario.

Un claro ejemplo de estas limitaciones se observa en el trabajo que últimamente ha desarrollado el Programa IMSS Oportunidades y su intervención con los módulos urbanos⁵¹,

⁵¹ La estrategia de módulos urbanos es una estrategia que implementa el gobierno federal para la extensión de la intervención del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el ámbito urbano; la responsabilidad hasta el año 2003

estrategia en la cual el MAIS (Modelo de Atención Integral a la Salud) no puede ser aplicado ya que la participación comunitaria con enfoque preventivo, se ve rebasada por las necesidades inmediatas de carácter curativo resultado de las formas de vida moderna, individualista y acelerada o de “sobrevivencia” que experimentan las ciudades.

Dada la situación y las necesidades en materia de salud de los países de América Latina, así como las problemáticas y escenarios económicos, políticos y sociales que han trascendido en ciertas situaciones, es evidente que el Modelo de Atención Integral a la Salud ha sido rebasado y que es momento que los nuevos sistemas de atención enfoquen sus direcciones a la búsqueda de estrategias sobre todo de inversión que amortigüen la demanda de salud; no obstante a esta verdad es importante también mencionar que el MAIS más que sustituido sea reorientado y actualizado para dar cumplimiento a las nuevas demandas de salud que las sociedades actuales exigen, ya que si en este campo no visualizamos la problemática relevante, evaluamos los avances obtenidos y consolidamos la parte preventiva antes que la asistencial para el control y disminución de ciertos padecimientos a través de la planeación de acciones basadas en la corresponsabilidad de los actores los resultados en materia de salud, seguiremos teniendo como nación los mismos avances y limitaciones.

Un ejemplo de la importancia de mantener el MAIS se identifica en los resultados que el Programa IMSS Oportunidades ha obtenido a través del trabajo de los grupos voluntarios en la prioridad de Salud Reproductiva en la que se identifican las siguientes cifras obtenidas en las poblaciones beneficiadas por este Programa, como en el ahorro generado por estos grupos al presupuesto institucional y por lo tanto federal.

recaía en el régimen ordinario del IMSS para mediados del año 2004 esta responsabilidad es adoptada en su totalidad por el Programa IMSS oportunidades.

**Cuadro 41 : Costos Unitarios Reales Anuales Promedio
(Pesos de 2001)**

	1991	1995	1998	2001	Variación por ciento	
					01/91	01/98
Consulta de medicina familiar						
Primer nivel	221	186	186	204	(7.6)	9.6
Segundo nivel	240	189	191	199	(17.0)	4.1
Consulta especializada						
Segundo nivel	269	286	352	360	33.8	2.2
Tercer nivel	400	469	543	543	35.7	0.0
Día paciente						
Primer nivel	2,406	2,715	3,131	3,888	61.5	24.1
Segundo nivel	1,596	1,630	1,771	1,929	20.8	8.9
Tercer nivel	1,658	1,743	1,859	1,951		
Intervención quirúrgica						
Segundo nivel	4,424	4,190	4,561	5,042	13.96	10.5
Tercer nivel	8,116	10,336	10,467	10,313	27.0	(1.4)
Análisis clínico						
Primer nivel	37	36	34	30	(18.9)	(11.7)
Segundo nivel	38	33	37	34	(10.5)	(8.1)
Tercer nivel	36	33	35	39	8.3	11.4
Estudio de radiodiagnóstico						
Primer nivel	82	74	76	70	(14.6)	(7.8)
Segundo nivel	121	112	128	119	(1.6)	(7.0)
Tercer nivel	172	171	177	164	(4.6)	(7.3)
Parto y aborto						
Primer nivel	146	107	132	464	217.8	251.5
Segundo nivel	2,401	2,057	2,525	2,983	24.2	18.1

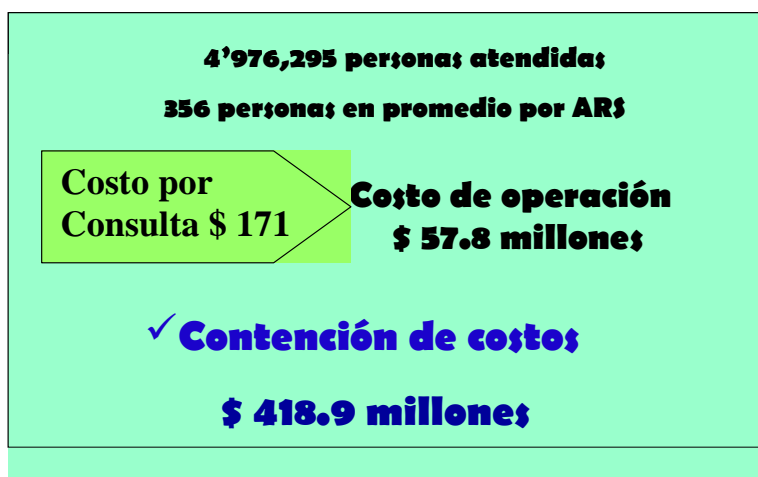
Fuente: IMSS.

Cuadros y Gráficas 42 : Contención de costos al IMSS por parte del personal voluntario del Programa IMSS Oportunidades

Atención de Partos por Partera 2005	Costo por Parto Institucional (Sin hospitalización y servicios)	Contención de Costos por Partera Institucional Anual
<i>10,000 Partos Atendidos</i>	<i>\$ 3,152.00</i>	<i>\$ 31'520,000</i>

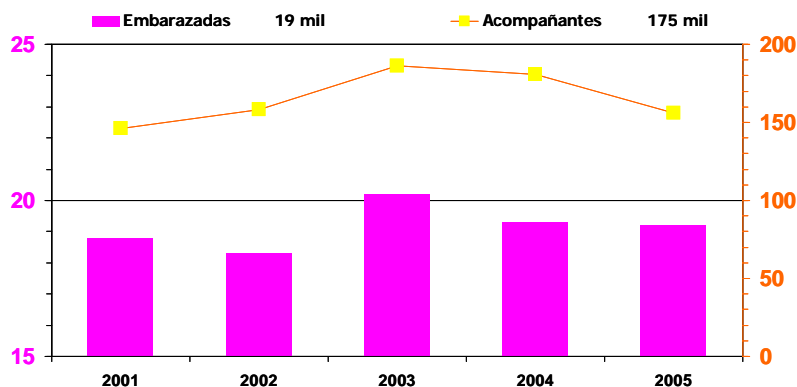
Productividad de Voluntarios

Asistentes Rurales de Salud



**Acercamiento de los servicios a las comunidades mas lejanas
Albergues: Usuarios**

De 2001 – 2005 = Un millón de albergados



Fuente: SISPA ENERO-DICIEMBRE 05

Y así como este, el ejemplo se puede extender en la contención de costos por consultas a sanos, la disminución en la demanda de consulta a hospitales y unidades médicas rurales, el menor uso de medicamentos, el ahorro de personal para realizar actividades directas en comunidades, etc., es decir, un costo beneficio superior a lo que una política de austeridad pudiera ofrecer si se recurriera a ella en este sector, sin mencionar aparte el impacto en la población, al invertir y confiar plenamente en el desarrollo del capital humano.

3.2.5 Los obstáculos comunitarios

Cuando se organizan y trabajan coordinadamente las poblaciones auguran un mejor futuro que las sociedades que no lo realizan, ya que significa entonces que se identifica a una organización de individuos motivados con intereses personales de superación y cambio impulsado por ellos mismos y sus familias; hablamos de individuos que intentan buscar alternativas de mejoramiento en el estudio, en el trabajo, en el autocuidado a su salud, en la protección, organización y comunicación familiar y dispuestos a apoyar otras labores, a favor de su comunidad, ya que reconocen que los beneficios serán individuales y colectivos.

Diversos estudios han señalado que México es considerado como uno de los países con mayor desigualdad social y que más de 50 millones de mexicanos viven por debajo de la línea de la pobreza (Lustig:2004) Esta situación es dramática, no sólo por la enorme dificultad para poder satisfacer las necesidades básicas de la población, sino porque golpean la dignidad de quienes la padecen y excluyen a las personas del beneficio del desarrollo.

A fines del año 2003, SEDESOL diseño una encuesta que tituló “lo que dicen los pobres”, el propósito de la encuesta era identificar el sentir de los pobres a la pregunta ¿qué es ser pobre? y algunos resultados fueron los siguientes: el 34% de los entrevistados señalaron que ser pobre significa “no tener para comer”, otro 34% respondió que ser pobre significa “no tener para salir adelante”, un 23% más contestó que ser pobre significa “no tener casa, empleo, ni educación”; otra de las preguntas que se incluyeron dentro de la encuesta fue ¿por qué hay pobres?, las respuestas por supuesto, fueron muy variadas, el 19% hace responsables a las propias víctimas de su condición, quienes opinan, extrañamente, que los pobres son pobres por que no trabajan, el 15% en cambio señaló, que los pobres son pobres por culpa del gobierno, el resto de la población entrevistada responde con fatalismo y propia convicción; “porque esa es la voluntad de dios” (13%), “porque en el mundo siempre hay pobres” (14%) o “por mala suerte” (8%). Asimismo, el estudio proporciona datos adicionales sobre temas más concretos como: la situación de la mujer, en donde casi la mitad de los entrevistados (44%) coincide en la percepción que tienen ellos mismos de su condición, afirmando que la situación de la mujer es peor que la del hombre, entre otras situaciones por tener que cuidar a los hijos, por gozar de menos posibilidades de progreso, por el machismo y la discriminación sexual entre otros.⁵²

Estos resultados son sobrecogedores y de alto interés para el Programa, si tomamos en cuenta que algunas respuestas reconocen la pobreza como resultado de situaciones culturales, heredadas o consecuentes de la costumbre y la aceptación de la misma.

⁵² “Lo qué dicen los pobres y voces de los Pobres”, Dieterlen Paulette en cuadernos de Desarrollo Humano 18, septiembre 2004, Secretaría de Desarrollo Social, México.

Si bien el Programa ha tenido como uno de sus objetivos prioritarios concientizar y proporcionar el conocimiento para obtener la respuesta de la gente y lograr el autocuidado de su salud a través de la participación y coordinación comunitaria, es cierto también que a estas alturas se siguen identificando comunidades con un rezago social marcado y/o a veces injustificado, con una desorganización comunitaria y una falta de interés por mejorar internamente como sociedad, las cuales han decidido ampararse y valerse exclusivamente de apoyos económicos o en especie que ofrecen algunos Programas de atención social.

El Programa IMSS Oportunidades a pesar y de las bases de corresponsabilidad que promulga, muchas de sus comunidades identifican retrocesos en lugar de avances, y representa una situación que ubica las limitantes de los lineamientos e identifica las condicionantes de las estrategias al enfrentar el primer obstáculo para el desarrollo, el conformismo de las sociedades.

Sin tratar de justificar un sistema de gobierno incorrecto en sus decisiones, clientelista, sin visión ni comprensión de lo que verdaderamente es el desarrollo social o la importancia de la inversión real en el capital humano; ahondaremos en el análisis de un fenómeno identificado en algunas comunidades que aunque tienen el apoyo de Programas de atención social, ayuda gubernamental, facilidades en el acceso y vías de comunicación, cuentan con poco desarrollo, presentan desintegración, problemáticas sociales, políticas y de salud más marcadas que otras sociedades que carecen de estos factores.

Durante el transcurso de los años el concepto de “pobreza” ha sido utilizado por cientos de estudiosos quienes han tratado de entender su completo significado a través del análisis de los efectos, las cifras, el impacto en la economía, etc.; sin embargo, el termino de “la pobreza” entendido desde el punto de vista de la propia población, envuelve un significado diferente que en muchas ocasiones es confuso o incorrecto por la concepción que cada persona le asigna provocando así una creencia errónea que termina en conformismo, malos hábitos y justificaciones necesarias para aceptar un modo de vida.

El origen de estas ideas proviene de diferentes esferas en las que se ven incluidas la parte familiar, las tradiciones y costumbres, incluso la religión; las cuales han influenciado a tal grado la conciencia del individuo que origina la aceptación de la pobreza.

Por ejemplo, este fenómeno se observa desde el inicio de las culturas, en las que el ambicionar la riqueza significaba la posesión de los bienes terrenales y por lo tanto la competencia con los fines espirituales de la salvación y la gloria de Dios.

Es muy común encontrar en las comunidades que para algunos, “la resignación es mejor que caer en la avaricia”, porque “cuando Dios quiere dar a la puerta viene a dejar”, por lo tanto, nadie tiene que obligar situaciones que Dios no quiera.

En nuestra cultura, el “religioso pobre”, se considera disciplinado con una actitud abnegada, esto refleja a su vez a un “religioso honesto” que vive su propia vocación y que además está siguiendo a imagen y semejanza la presencia de Dios. Así, el “religioso pobre” por elección voluntaria (y en ocasiones por la iglesia), estará consagrado sólo para Dios y por tal motivo, no puede menos que sufrir similar situación que él, ya que lo más importante es “vivir y crecer bajo su mirada”.

Culturalmente el ser pobre para las sociedades significa algo más que una mera condición social. Los pobres para la sociedad, no sólo son aquellos que carecen de los medios necesarios para subsistir, sino que además constituyen una especie de “mal social”, una “enfermedad” que corroe las bases de la sociedad “sana”. Los pobres son apuntados con el dedo, como seres de otro mundo, carentes de cualidades y virtudes.

“La pobreza se confunde con suciedad, con basuras, con flojera, con desánimo, falta de interés...” (La voz de los pobres, BM, 2002) y en otros casos la estigmatización está relacionada con la conducta “conflictiva” de determinados sectores de pobres. Este postulado se puede corroborar al encontrarse comunidades que a pesar que han tenido capacitaciones, pláticas o estrategias específicas relacionadas al saneamiento, al bienestar personal y al autocuidado de la salud, no se ha asimilado la importancia de o el interés por un bienestar individual que comience por esas situaciones.

Si bien, la pobreza es un mundo cerrado, un círculo vicioso, autoalimentado por profundas precariedades económicas, nutritivas, emocionales, culturales, intelectuales, políticas, sociales, ambientales, temporales y espaciales; la pobreza tiene también una larga historia, en la que los pobres van heredando los problemas y la pobreza a otros, por la reproducción del conformismo entre la población.

El estigma que reproduce pobreza en la conciencia del que ya es pobre, es uno de los principales factores que explican el fenómeno de la reproducción histórica de la pobreza, la desintegración, el desarraigo y la baja autoestima como factores que dificultan el desarrollo sostenido y digno de los segmentos más pobres de la sociedad.

Se ha demostrado que se aprende a ser pobre, es decir, el pobre se socializado para que se acostumbre a vivir en su estado de pobreza. Esto ocurre sobre todo cuando “la pobreza es una condición social que prácticamente se hereda de generación en generación: los pobres son por lo general hijos de pobres, los que a su vez, probablemente producirán otros pobres y más pobres”.⁵³

Por casos contrarios en los que se identifican comunidades participativas, organizadas comunitariamente a pesar de las limitantes, se comprueba que se aprende a ser pobre, como una condición casi natural. “El que es pobre vive largamente en un sistema que termina por habituarse a él. El sistema lo habitúa, lo obliga a aceptar las reglas del juego, sus normas, sus pautas conductuales y calóricas, sus formas de ser, de relacionarse, su lenguaje y formas de entendimiento, su violencia y sus conflictos, así como también lo obliga a aceptar sus realidades cotidianas, plasmadas en la precariedad del suelo y el techo compartido, en la estrechez habitacional, en la falta de recursos y dinero, en el terrible y limitado vivir cotidiano que hace la imposibilidad de romper este círculo vicioso del ser pobre.”⁵⁴

⁵³ “La pobreza como depredación humana condicionada y aprendida en Sociedad. Criterios de sustentabilidad social” Rojas Hernández Jorge; Proyecto de investigación Fondecyt n° 1950868, Un estudio sobre la Morfología Social de la Pobreza y las tensiones del desarrollo regional.

⁵⁴ Ib.Idem.

A ciertos sistemas de gobierno esto les conviene porque genera una sociedad que cae en el conformismo, que no cuestiona el mal funcionamiento del sistema y que espera recibir para dar. El conformismo, es la manera como se institucionaliza esta forma aprendida de socialización de la pobreza: "... que saco con luchar si voy a llegar a lo mismo...". La sensación de permanecer en el mismo punto, de no avanzar socialmente, contribuye a fomentar la actitud de conformidad, la que a menudo se consolida con un componente fatalista semi religioso: como es la "suerte o el destino" de los pobres... ; por tal motivo, se aprende a vivir con poco, a multiplicar los escasos recursos, a vivir en una especie de estado precario, sucio, insalubre, sin necesidad de sentirse bien; aún en situaciones tan accesibles como es la limpieza, el orden, la preservación de la salud o la armonía familiar; la ausencia del "estar bien" y la conformidad es lo que contagia al núcleo familiar de un profundo sentimiento de frustración e impotencia, de no poder resolver los problemas ni tener la suficiente fuerza o la autoestima necesaria para enfrentarlos.

¿La solución?; hasta el momento, los pobres o marginados, históricamente han dirigido sus peticiones hacia los gobiernos e instituciones estatales y hacia los partidos políticos. Su situación de "abandono" los ha conducido a buscar apoyo en estas instituciones y en la iglesia como última depositaria de sus esperanzas. Sin embargo, tradicionalmente esta ayuda se ha traducido en un asistencialismo que ha generado una forma de dependencia psicológica y económica en los necesitados, transformándose en un mecanismo funcional del conformismo y autoaprendizaje del *ser pobre*.

El que los individuos no quieran progresar y cambiar su forma de pensar, el que los pueblos no permitan transmitir y combatir la llamada "irresponsabilidad aprendida", es el factor que ha llevado en gran parte a la "utopía" el tan anhelado fin de la pobreza. ¿Pero...? ¿Cómo se puede ser responsable? ¿De qué se puede sentir responsable un pobre?, ¿Qué clase de responsabilidad se puede inculcar cuando se niegan las posibilidades de realización?

Para llegar a la superación, los hombres traducirán siempre dos formas de pensar, los que piensan que la riqueza es posible y buena y la buscan desde el aspecto personal, familiar y comunitario y no solo el económico y aquellos quienes creen que es inalcanzable o mala y la desechan como meta individual.

Para que la riqueza se convierta en una meta personal debe ser ambicionada y responsabilizada; es necesario hacer que los pobres piensen en la superación de la pobreza, en la “dignidad” que ellos pueden ofrecer a sus vidas sabiendo que se puede ser pobre y al mismo tiempo vivir dignamente.

La clave es desarrollar nuestro potencial humano, es decir, a través del desarrollo y perfeccionamiento de nuestras habilidades y la modificación de nuestros hábitos y costumbres se podrán crear más y mejores condiciones para nosotros mismos como individuos, lo que repercutirá en el bienestar para nuestra familia y por ende para nuestra comunidad; no debemos olvidar nunca que el desarrollo individual de los seres humanos, contribuye al desarrollo y bienestar de la sociedad en todo su conjunto.

Es necesario que las sociedades se convenzan de realizar cambios internos en nuestra forma de pensar, es necesario responsabilizarnos de aquello que podemos hacer para cambiar; para conceptuar el término de superación y dignidad, se debe hacer conciencia de la propia existencia del hombre y su potencialidad.

Cada uno de nosotros conocemos nuestra propia existencia y tenemos la capacidad para darnos cuenta de la situación en la que vivimos y poder analizar el papel que desempeñamos en nuestra propia persona, en nuestra familia y en nuestra sociedad. Tenemos también la capacidad para analizar y preguntarnos, si la situación de pobreza y el bajo nivel o baja calidad de vida que tenemos es producto de nuestro destino y de nuestra mala suerte o es producto de la propia forma de ser de nosotros mismos que contribuye a las deficiencias del Estado al querer ignorar nuestras habilidades y nuestro potencial humano.

Hasta el momento, entendemos que desde el punto de vista cultural y psicosocial, ser pobre se aprende. Por muchos factores, el pobre es socializado para que se acostumbre a vivir en su estado de pobreza, es decir, a habituarse a ser pobre, a aceptar la precariedad del suelo y el techo compartido, a acostumbrarse a la estrechez habitacional y a la falta de dinero pero sobre todo al conformismo de la pobreza, lo cual origina baja autoestima y con ello la desvalorización de la propia vida a través de la "irresponsabilidad".

Aunque es cierto que la pobreza, en gran medida está determinada por el acceso limitado a los servicios básicos de educación, capacitación para el trabajo, salud, agua potable, electricidad, e infraestructura básica, entre otros; es cierto también que los sectores pobres pueden identificar, si así lo desean, un fuerte sentido de superación y desarrollo, a partir de factores tan simples, como son entre otros, valorar el sentido de pertenencia y de arraigo del lugar en que viven, valorar la población, la familia, su entorno natural, su cultura, su salud, su apariencia y en cierto modo su convivencia con las demás personas de su entorno.

Aunque para muchos pareciera que estos factores son aspectos cotidianos sin importancia; estos factores son los que sustentan la estabilidad social y abarcan a su vez aspectos cualitativos de la cotidianidad del hombre, tal y como son aspectos físicos, biológicos, habitacionales, recreativos, culturales, económicos, sociales, políticos espirituales y afectivos que configuran su vida social.

Cuando una de estas condiciones falta, el ser humano no puede desarrollar todas sus potencialidades, se queda a medio camino, incompleto tanto individual, como socialmente. Los pobres empiezan a ser entonces seres humanos frustrados sin posibilidades ni intenciones de un desarrollo humano integral.

Por tal motivo es importante que los individuos que pertenecen a estos estratos sean impulsados y motivados a salir y combatir la pobreza a través de la búsqueda de alternativas identificadas dentro del mismo medio que se desenvuelven.

La búsqueda de soluciones sencillas y cotidianas puede ser el mejor secreto para mejorar las formas de vida de los que menos tienen; por ejemplo citaremos algunos factores que Silvia Anguiano en el año 2001 señala en su investigación “Las estrategias de reproducción familiar” y que pueden ser de utilidad en nuestro caso:

A) La concepción de salud y bienestar que ellos pueden tener en relación a:

“Terminar con *el hacinamiento* en que se desenvuelven o la calidad que la vivienda pueda presentar; ya que se parte del supuesto de que los pobres no necesitan de mucho espacio físico para vivir, cuando la reducción del espacio habitacional a un mínimo, reduce también a un mínimo las posibilidades de movimiento y de vida al interior de la vivienda, lo que limita gravemente las posibilidades de convivencia familiar e impide el crecimiento individual de cada miembro de la familia. En el fondo, la reducción del espacio habitacional impide que se desarrolle el conjunto de la comunidad familiar. Más aún, el hacinamiento facilita la promiscuidad y la violencia intrafamiliar.”⁵⁵

De la misma forma el papel de la *limpieza* que puedan darle a la vivienda y a ellos mismos es fundamental; ya que la basura, la oscuridad, etc., tiende a igualar a los pobres y a empobrecerlos más, a deprimirlos, estresarlos, sin dejar de mencionar a enfermarlos. Si se combate *la noción que puedan tener los individuos* con relación al *interés por su propia salud y la de su familia*; se contrarrestaría entonces la ignorancia hacia los cuidados y medidas de protección contra enfermedades y medidas de higiene personal como el baño diario, así como de aseo personal. Esta por demás mencionar que la falta de limpieza ocasiona una imagen negativa de los pobres hacia ellos mismos.

B) La búsqueda del conocimiento y educación básica como una opción para el crecimiento y desarrollo

“*La falta de acceso a la educación y cultura* es un factor que bloquea el desarrollo del potencial humano y ciudadano de toda persona, por tal situación, es importante motivar a la gente a capacitarse y a conocer, valiéndose de las opciones que tengan a su alcance y que brindan diversos Programas de atención social, tal y como son capacitación para el trabajo, capacitación técnica, capacitación en el cuidado de la salud y sexualidad, capacitación en desarrollo humano, etc.”⁵⁶

⁵⁵ “Pobreza, condiciones de vida y políticas sociales” Compilación; en Revista Sociológica septiembre-diciembre 1995. Año 10, número 29, UAM Azcapotzalco. Departamento de Sociología.

⁵⁶ Ib. Idem.

Es necesario recordar que los pobres sin conocimiento, sin información, carecen de la sustentación cultural necesaria para sobrevivir en un mundo cada vez más complejo y difícil de descifrar, comprender e interpretar. La educación y la cultura de calidad pueden ayudar a los pobres a enfrentar por sí solos los difíciles – y muchas veces insuperables - problemas que sufren día a día.

C) La valorización de las tradiciones e identidad cultural

Es importante *vincular y difundir valores culturales y tradiciones* de las poblaciones rurales, el arraigo e identidad que puedan presentar a sus costumbres o tradiciones tienen que complementar la motivación para el desarrollo y superación personal de los hombres y mujeres. Es importante que estas aportaciones culturales no contrarresten o se conviertan en una limitante para el combate a la pobreza.

D) La motivación y afectividad

“La afectividad es otro factor significativo en la construcción de la relación humana, en el habla, en el coloquio, en la consideración y respeto mutuo. La carencia de afectividad, de amor, disminuye la autoestima y destruye la identidad individual. El desarrollo de la afectividad requiere de la existencia de condiciones de convivencia humana, propicias para el surgimiento del equilibrio y la armonía. La afectividad se cultiva desde la infancia y constituye para la vida cotidiana una energía indispensable para el desarrollo y la felicidad. Los pobres tienen la misma capacidad afectiva que otros sectores sociales. Sin embargo, la dureza de las condiciones de vida, el hacinamiento, la falta de privacidad, la carencia de espacio, los golpes, la desinformación, la represión, tabúes e inseguridades a que se encuentran permanentemente sometidos, dificultan enormemente el ejercicio libre y pleno de la afectividad”⁵⁷

E) Preservación ambiental

Existen aspectos que no parecieran influir en la permanencia de la pobreza sin embargo, por más ignorados que sean son condicionantes para la permanencia y el

⁵⁷ Ib. Idem

crecimiento de la pobreza. “La desprotección ambiental podría ser un ejemplo, que afecta especialmente a los sectores más pobres de la población ya que la pérdida de biodiversidad se traduce en pérdida de posibilidades de sobrevivencia, es decir, la pobreza de la naturaleza genera casi como condicionante a nuevos pobres, al destruir fuentes de trabajo, de alimentación y paisaje natural.

La mayoría de las veces, los pobres están “obligados” a mantener una conducta depredadora, como estrategia de sobrevivencia; la extrema necesidad humana en que viven miles de pobres, los lleva a echar mano de la naturaleza, sin mayor conciencia ni responsabilidad ecológica ni ambiental. Y sin pensarlo por estas acciones, los pobres son a menudo víctimas principales de la contaminación y deterioro ambiental, debido precisamente a su vulnerabilidad e incapacidad de defensa y de protección frente a los impactos negativos de la naturaleza, ya que no poseen la información ni los medios técnicos ni económicos para enfrentar problemas de contaminación ni riesgos provenientes de la naturaleza.”⁵⁸

F) La sustentabilidad social

Es una realidad compleja que abarca importantes y vitales aspectos del desarrollo de la vida humana. El ser humano le es muy difícil y en ocasiones no es capaz de autosustentarse, sólo lo puede hacer socialmente, El mandato social de “vivir en familia” es una norma universalmente exigida. El “tener” una “familia” es parte inclusive de los requisitos para acceder a determinados mecanismos de transferencias de ingresos monetarios como subsidios de diversas clases, (especialmente por parte del Estado), esta situación en muchas ocasiones lleva a buscar a una familia únicamente pensando en el paternalismo que pueda aportar el gobierno para la manutención de los hijos o bien en una familia como algo que simplemente está ahí sin valorar, no apreciar lo que realmente puede brindar y generar en un individuo.

⁵⁸ Ib. Idem

Hasta el momento existen opciones que pueden brindar alternativas viables que logren el interés de la población por participar en proyectos de autogestión, financiamiento, capacitación o asesoría técnica, que ofrezcan una alternativa de vida y combate a la pobreza, en forma organizada con la directa participación de la familia.

De esta forma y ante todo lo descrito anteriormente, es necesario recordar que la pobreza no solo se soluciona con factores económicos, mucho depende considerando solo la parte de la potencialidad de los actores, que los mismos individuos quieran ser diferentes para poder identificar aspectos específicamente sencillos como el trabajo estable, la salud, la participación en las decisiones el vivir en un ambiente libre de contaminación preservación y respeto, que constituyen en mucho los factores fundamentales de la sustentabilidad social así como el inicio para la participación u organización social, la cual garantizará la respuesta y a la vez legitimará la demanda de satisfactores básicos de la sociedad al resto de los actores sociales (instituciones, partidos políticos, autoridades, sectores, etc.), incluyendo al Estado.

3.2.6 El cambio, la promoción a la salud y los obstáculos institucionales, fin del Programa IMSS Oportunidades.

La mística del Programa basa su funcionamiento en el principio de la corresponsabilidad social el cual se basa a su vez en la búsqueda del hacer para ganar y no el ganar por el pedir; en otras palabras se busca que a través de la interacción, la capacitación y la motivación para la salud y el bienestar con la gente se logre el cambio y la autogestión de las propias comunidades por muy apartadas que éstas estén.

A partir de la aplicación del modelo de atención primaria a la salud y por medio de la promoción y la participación comunitaria se busca que más gente adopte un punto de vista basado en el cambio, en la idea de identificar mejores opciones de vida.

Sabemos, y dentro del Programa se ha demostrado, que además de la respuesta de la gente, la respuesta se encuentra en la acción interdisciplinaria y en el esfuerzo intersectorial que pueda respaldarlos, por ejemplo, con los hacedores de las acciones a nivel institución (los promotores de salud y el trabajo comunitario), los cuales aplican las acciones finales y que consolidan los objetivos por lo menos en tres frentes que son: a) ante los responsables de las decisiones en el nivel local por quienes se establecerán políticas favorables a la salud b) con la comunidad, para que las personas y los grupos contribuyan a mejorar su calidad de vida por medio de la capacitación y motivación por vivir una vida más “digna”; c) las estrategias políticas y las líneas de acción para el funcionamiento y durabilidad de un Programa y que son el frente de las instituciones y sectores responsables del cumplimiento el cual desafortunadamente y en la mayoría de las veces ha ocasionado los mayores retrocesos en los Programas de beneficio social.

En el caso del Programa IMSS Oportunidades además de los obstáculos presupuestales, institucionales (sindicato, disposición del personal, condiciones laborales, etc.) y políticos, nos enfrentamos a “modas” o políticas sexenales como los Programas de atención que imponen limitantes más que beneficios sobre las poblaciones albergadas.

Si bien el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades antes Progresá ha logrado a través de la estrategia de sesiones para la salud controlar cifras, coberturas y registros de los beneficiarios o bien ofrecer mayores oportunidades de educación a la población femenina del territorio nacional, ha venido también a limitar y sesgar el trabajo del Programa IMSS Oportunidades induciendo a la población a olvidar e ignorar los principios de corresponsabilidad y compromiso con ellos mismos, cayendo o siendo presas nuevamente de un paternalismo gubernamental y segmentando las poblaciones que de alguna forma ya asimilaban el trabajo y el esfuerzo como única vía para el cambio.

A partir de la entrada del Programa Oportunidades, en algunas comunidades del Programa IMSS Solidaridad se ha introducido la división entre los que son beneficiarios de este Programa y los que no lo son. En muchas ocasiones la población piensa que al no ser beneficiaria de Oportunidades esta no tiene obligación de asistir a un control médico o a una

plática de salud, o simplemente a alguna actividad comunitaria como el “chapeo” , las faenas, la participación de jóvenes en encuentros, o en su participación como grupos voluntarios. O viceversa, algunos beneficiarios de Oportunidades al verse protegidos por una línea política paternalista, en que se obliga a rembolsar el precio de la pobreza, hace que se resistan a generar participación comunitaria o pensar que por cada hijo que se tenga es un dinero seguro del gobierno.

“El parto lo cobro a \$ 200.00..., pero si es niña lo cobro a \$ 300.00 porque es más dinero de Progresa...”

*Testimonio de una partera de la comunidad de la Maseta,
Municipio de Matías Romero Oaxaca*

Al igual que estas situaciones, se ven involucrados los mismos trabajadores del Programa al detectar que en ocasiones se condiciona el servicio por el mismo personal del IMSS por no pertenecer a una lista de beneficiarios Oportunidades.

Las limitantes institucionales no terminan en estos puntos ya que otro de los obstáculos que condicionan el funcionamiento de las acciones programadas para beneficio de las familias (como el caso de proyectos productivos, jornadas quirúrgicas, capacitaciones o cursos) son los recortes presupuestales que el gobierno federal aplica a los Programas, los cuales han originado una restricción de las acciones al grado de impedir los efectos y resultados esperados.

La solución a este efecto se ha buscado a través de la concertación de recursos con presidencias municipales, ONGs u otras instituciones, sin embargo, aunque el esfuerzo se ha realizado, y por esa vía en los últimos años se han logrado obtener cifras que rebasan los 400 millones de pesos estos recursos se han empleado específicamente en acciones relacionadas a obras de beneficio social como construcción de sanitarios, mejoramiento de vivienda, proyectos productivos y muy poco capital ha sido destinado a la inversión del desarrollo de capital humano que es una de las bases del Programa para generar los cambios sociales, pero que aún siendo promulgada por la misma institución y fundamentada por el MAIS, es olvidada por los mismos ejecutores del Programa.

Los Programas de atención la mayoría de las veces justifican sus fracasos en las situaciones de índole político o presupuestal, sin embargo, gran parte del retroceso y de las limitantes se debe igualmente al desempeño y a los manejos internos que originan las propias instituciones, es decir, en el caso del Programa las situaciones laborales, la lucha interna por el poder e inclusive el protagonismo han sido barreras para que los objetivos no se cumplan adecuadamente.

El que existan trabajadores sindicalizados dentro del Programa o personal de honorarios contrarresta la productividad de las acciones, los primeros porque acostumbran condicionar sus actividades en el campo por disposiciones sindicales cuando se sabe que el trabajo por lo menos en este Programa basa sus actividades completamente en comunidades rurales y suburbanas; los segundos aunque laboren adecuadamente están condicionados por un contrato que no ofrece pago de viáticos, seguridad social y protección aun cuando las actividades se desarrollan en comunidades enclavadas en la sierra, desierto o a distancias considerables.

El medio burocrático en el que se desenvuelven los Programas de Atención, retarda y/o genera un estancamiento de las acciones Programadas y ocasiona debilidades en los objetivos y en el propio funcionamiento y superación del personal.

Trascendencia y efectos de la Participación Comunitaria en el Programa IMSS Oportunidades. Estudios de Caso

Ha sido demostrado dentro y fuera del Programa, que el éxito y el desarrollo de muchas organizaciones locales, ha sido en gran medida por la integración y la participación social que se genera internamente, sin embargo, se ha demostrado también que los mismos Programas, las diferentes políticas, así como los intereses institucionales han limitado la propia organización comunitaria y el interés social de las mismas unidades locales, lo cual se podrá identificar en los casos que a continuación se presentan y que se identificaron en el trabajo cotidiano con la misma población beneficiaria del Programa IMSS Oportunidades.

Con el fin de tener un panorama general que sustente este postulado se presentaron 4 casos representativos estudiados en 8 diferentes estados en los que opera el Programa IMSS Oportunidades (Coahuila, Baja California Norte, Puebla, Michoacán, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Yucatán), pertenecientes a diferentes regiones del país (norte, centro, sur), con 6 grupos culturales predominantes (Mestizos, Nahuatl, Otomies, Mixtecos, Zapotecos y Mayas) y diversas situaciones socioeconómicas que condicionen sus efectos.

Para este análisis se utilizó una metodología basada en un muestreo estratificado dirigido a grupos específicos o de riesgo y 3 instrumentos de evaluación diseñados por el mismo Programa (oficina de supervisión a la cual pertenezco) en los que pueden identificarse claramente tres niveles de investigación:

- A) Conducción o respuesta institucional
- B) Capacitación y Participación de Grupos Voluntarios
- C) Impacto en Familias

Cabe mencionar que para este ejercicio se seleccionaron exclusivamente los casos que se consideraron convenientes para reforzar la hipótesis planteada en este documento. Es importante mencionar también que todas las comunidades que aparecen en este estudio aunque pertenezcan a diferentes regiones cuentan con un mismo nivel educativo y económico y una misma dificultad de accesibilidad y limitados servicios básicos; esta selección fue intencionada a fin de que pudieran identificarse los factores que orillan el desarrollo de algunas y el atraso de otras, así como la importancia que lleva la participación de la comunidad y la adecuada aplicación de políticas sociales acertadas para el desarrollo de las poblaciones.

3.2.7 Caso 1

Localidades Modelo, exitosa participación comunitaria

- **Participación por parte de estructura voluntaria y familiar**
- **Proyectos productivos exitosos**
- **Participación consolidada por autoridades locales**

Las *localidades modelo* denominadas así por el mismo Programa desde 1997 representan el logro consolidado de la mística y los objetivos que la misma Institución busca establecer en el trabajo con la gente; estas comunidades se caracterizan principalmente por su organización comunitaria, la participación plena y directa de autoridades locales en el desarrollo de proyectos autogestivos, así como la presencia de servicios básicos locales (muchas ocasiones generados por la misma gente a través de recursos institucionales) que ofrecen alternativas de atención a las necesidades mínimo indispensables para su desarrollo.

La estrategia de localidades modelo dentro del Programa IMSS Oportunidades es una opción que surge tras la necesidad persistente que presentan algunas comunidades para alcanzar algún grado de mejoría social debido a su marginación y rezago social, aún y cuando en estas comunidades se hayan identificado avances y esfuerzos comunitarios. Ante estos casos el Programa busca apoyar y reconocer estos esfuerzos y ofrecer otras alternativas a estas comunidades que puedan facilitar el propiciar su desarrollo; estas opciones son principalmente el disponer de una vivienda saludable, dispositivos sanitarios de excreta, producción familiar de alimentos y control de fauna nociva y transmisora, así como consolidar su organización comunitaria interna a fin de seguir impulsando acciones de preservación y cuidado del medio ambiente.

Requisitos para Seleccionar la Localidad Modelo, establecidos por el Programa IMSS Oportunidades:

Para que una localidad pueda catalogarse como una localidad modelo es necesario que cualquier comunidad que sea sede, de acción intensiva o microrregión cuente con:

Organización y Participación Comunitaria

- Comité de Salud Activo (100% de integrantes, mínimo 5)
- Una promotora social voluntaria por cada 10 jefes de familia
- Coordinación con grupos voluntarios y apoyo con autoridades locales
- Interrelación con la medicina tradicional (parteras rurales y médicos tradicionales)
- Organización de actividades recreativas para jóvenes
- Celebración de tradiciones históricas y culturales

Participación Familiar en Actividades de Saneamiento Ambiental y Producción Familiar de Alimentos.

Saneamiento Ambiental a nivel Familiar

- Cobertura de familias participantes en vigilancia y cuidado del agua para consumo humano del 90%
- Cobertura de familias participantes del 85% en disposición sanitaria de excretas
- Disposición adecuada de basuras y desechos del 95%
- Que cuente con Programas para la recolecta, transporte y confinación de basura
- Control de fauna nociva y transmisora del 70%
- Campaña contra fauna nociva, tablero de control con índices larvarios

Saneamiento Ambiental Comunitario

- Saneamiento básico de los centros escolares
- Control sanitario de mercados y lugares con venta de alimentos
- Campañas en pro de una comunidad limpia
- Participación de comunidad en campañas de limpieza
- Parcela comunitaria reforzada con árboles de propósito múltiple
- Programa para la plantación de flores y de árboles en áreas comunales
- Campañas para la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores como dengue, paludismo, oncocercosis, picaduras de animales, etc.

- Bajos casos de enfermedades respiratorias y digestivas como tuberculosis, cólera amibiasis, etc.

Producción de Alimentos

- Cobertura de huertos familiares de más del 40%
- Cobertura de granjas familiares de más del 30%

Aplicación de recursos institucionales y/o municipales

- Mejoramiento sanitario de la vivienda con tela mosquitera en ventanas y puertas o uso de pabellones.
- Contar con relleno sanitario, tratamiento de basuras y desechos de forma domiciliaria
- Construir dispositivos sanitarios para manejo de excretas, como sanitarios ecológicos, fosas sépticas o en su defecto letrinas
- Abastecimiento de agua con sistema de cloración o cloración manual, así como tablero de control de cloro residual.
- Viviendas que dispongan del 90% de tecnologías apropiadas (fogones, sanitarios ecológicos, estufas lorena, tanques de ferrocemento, etc.)
- Instalaciones para el resguardo de animales
- Centros demostrativos de tecnologías apropiadas al medio rural

Proyecto Comunitario para la nutrición y alimentación

- Contar con grupos organizados
- Implementar dentro de la localidad modelo un proyecto comunitario para nutrición y alimentación

Educación

- Actividades de alfabetización para adultos
- Opcional la presencia de algún Centro Comunitario Digital del IMSS o Sedesol

Salud Reproductiva

- Cobertura de planificación familiar de más del 65%
- Sin muertes maternas registradas

Como es de esperarse en algunos casos el cumplimiento de estos factores es parcial, sin embargo es aceptado siempre y cuando se sustituya con alguna otra alternativa de desarrollo o bien se justifique que ha sido adecuadamente sustituida debido a exigencias propias de la región. Así mismo es importante mencionar que el apoyo de las autoridades municipales y locales son fundamental para consolidar los proyectos de las Localidades Modelo; así que las comunidades que más adelante mencionaremos como ejemplo de localidades modelo han logrado el cumplimiento de sus metas a través de una autoridad local bien arraigada y participativa, un grupo social voluntario que dará la punta de lanza para el cumplimiento de responsabilidades, la UMR que hará las veces de rectora, vigilante y motivante de acciones y obviamente la presencia de autoridades municipales que aportan los mínimos de bienestar en estas comunidades para facilitar su desarrollo constante.

Es importante hacer mención que actualmente las comunidades modelo del Programa IMSS Oportunidades se incluyen en la estrategia de microrregiones, en donde se establece la categoría de las localidades con levantamiento de banderas blancas (estrategia del actual sexenio para distinguir las comunidades autogestivas, con servicios básicos y proyectos que les permiten el desarrollo local).

Para el Gobierno Federal “la localidad modelo se constituye como una escuela para otras localidades, organizaciones no gubernamentales y grupos organizados; fomenta la cooperación, comunicación e interacción entre localidades cercanas (a través de información tecnológica, intercambio de experiencias y recursos), y promueve y socializa estrategias y experiencias exitosas e innovadoras conformadas de esta localidad hacia otras localidades. La localidad modelo representará el espacio vital en el que interactúan personas y grupos sociales, decididos a solucionar los problemas que afectan su vida comunitaria, para lo cual desarrollan procesos de autogestión e integran elementos que contribuyen al desarrollo cultural, productivo y formativo”.

Aunado a lo antes dicho, el Programa IMSS Oportunidades ha integrado un conjunto de actividades desarrolladas en 11 proyectos de desarrollo humano y comunitario; por lo cual es necesario señalar que hasta el año del 2004 más de 396 localidades modelo pertenecientes al ámbito de trabajo del Programa IMSS Oportunidades (60% del total de banderas levantadas en la estrategia de microrregiones) y que basaron sus desarrollo en el trabajo comunitario, fueron identificadas con una bandera blanca ⁵⁹.

Por los antecedentes socioeconómicos y culturales, las comunidades modelo parecerían estar ubicadas en los estados que se encuentran al norte del país, sin embargo, y por resultados plasmados más adelante, el 45% de estas comunidades que han logrado un desarrollo local y autogestivo se encuentran en estados pertenecientes a los considerados en extrema pobreza y algunos dentro de núcleos indígenas tal y como es el caso de Oaxaca, Puebla o Chiapas. El motivo se debe tal y como se explico anteriormente, a que en estas comunidades existe una arraigada organización comunitaria que ha permitido planear, desarrollar y consolidar su desarrollo como organización local (hablamos de organización, reglas, participación y proyectos comunitarios, etc.) los cuales en las comunidades de los estados del norte ya no puede realizarse de la misma forma por los movimientos migratorios, la presencia de centros urbanos cerca de comunidades rurales, así como la presencia de servicios que originan la satisfacción de necesidades pero a la vez originan también un individualismo que impide el acercamiento y la participación de la comunidad; dichas situaciones podremos identificarlas en los siguientes ejemplos:

***Comunidad La Nevería
Región Valles Centrales Oaxaca, Mpio. Sta. Catarina Lachatao***

Aspectos Generales

La comunidad de la Nevería pertenece a la región de valles centrales de Oaxaca en la que predomina los grupos mixtecos y zapotecos y en la cual habitan aproximadamente 90 familias; esta comunidad se caracteriza por su difícil acceso ya que el recorrido para llegar a ella por terracería de la cabecera municipal Tlaxiaco es de aproximadamente 3 horas con 30

⁵⁹ “Establecimiento de Banderas Blancas 2004”, Informe Anual SEDESOL, México, 2004.

minutos, en invierno cuenta con temperaturas que oscila hasta los 2° bajo cero y su actividad principal es el cultivo de legumbres y la cría de borregos. Aunque esta comunidad cuenta con luz eléctrica, una primaria y una UMR que se encuentra 50 minutos de distancia, esta localidad presenta condiciones de marginación y abandono al encontrarse en una de las zonas más alejadas del estado, con mínimas opciones laborales, por lo que 45% del total de la población económicamente activa son migrantes.

No obstante ante estas limitantes la comunidad La Nevería hasta el año del 2004 contaba con una cobertura de PF de 90%, un índice promedio de 35% enfermedades respiratorias anuales, no se han registrado muertes maternas ni perinatales, cuentan con 3% de niños desnutridos todos leves, más del 80% de la población se encuentran en control con la UMR y el 20% restante participa con médicos tradicionales en interrelación con el IMSS. Se cuenta con una estructura comunitaria de 9 promotoras voluntarias, un comité de salud, un grupo de adolescentes y una autoridad local bien establecida que regula los compromisos y actividades de la comunidad. Destaca en esta comunidad la presencia de un proyecto productivo comunitario de jitomate y uno de flores de ornato.

Ante las características antes mencionada es importante conocer cuáles han sido los factores que han originado los logros antes mencionados a pesar de las limitantes socioeconómicas en la comunidad, así como los papeles que han jugado las instituciones, los grupos voluntarios y las autoridades en el desarrollo y crecimiento de esta población.

Participación Comunitaria

Antes que cualquier otro factor debemos hacer especial mención a la relevancia que siempre ha tenido la participación comunitaria en esta localidad ya que desde sus orígenes contaba con una estructura local consolidada representada por la autoridad, dicha situación favoreció que desde el año de 1994 en el que entra el Programa IMSS Solidaridad fuera relativamente sencillo convencer a la gente de participar en diferentes frentes para su propio desarrollo como por ejemplo en la conformación de una estructura voluntaria y la participación y aceptación de la gente a las acciones promovidas.

La autoridad local básicamente es la que se ha encargado junto con los equipos de salud de la UMR de exigir el cumplimiento de los compromisos de la gente tanto con la localidad como con los Programas que en ella se han intervenido, hasta el momento esta responsabilidad infundida en los habitantes así como la mística y el objetivo que ha difundido el Programa de IMSS Solidaridad ahora Oportunidades de consolidar la estructura comunitaria como base del desarrollo local, ha logrado la integración de un comité de salud participativo y organizado, liderado por un profesor rural, un grupo de 10 promotoras voluntarias rurales las cuales tiene a su cargo 9 familias para su orientación, derivación oportuna y seguimiento y una UMR la cual con el apoyo de los personajes antes descritos y junto a las acciones del ARS, es la base de la atención pero también de la capacitación de la gente.

Por medio de sesiones educativas y algunos otros eventos, los grupos voluntarios han logrado consolidar la vigilancia oportuna de las familias a su cargo, a través de visitas domiciliarias verificando saneamiento básico, revisando cartillas y sobre todo otorgando asesoría y capacitación en prioridades a familias a través de círculos de estudios (lectura comentada de las guías de salud).

Con relación al trabajo en prioridades de salud y los voluntarios de la comunidad, (hablemos específicamente del ARS como personaje principal para el desarrollo de estas actividades), con la asesoría del equipo de salud de la UMR se han elaborado estrategias dinámicas para contrarrestar padecimientos como es el caso de la desnutrición en la que por ejemplo y a través de la cooperación de las familias se han desarrollado muestras gastronómicas con alimentos ricos de la zona, lo que ha permitido dar a conocer a las familias la variedad de alimentos nutritivos de fácil acceso y preparación como es el caso de frutas, verduras y otros como amaranto, hongo seta, etc., los cuales pueden sustituir y o complementar una alimentación balanceada y contrarrestar el problema de la desnutrición un poco más que otras comunidades. De igual forma y a través de estas técnicas educativas se ha instruido a las familias en la adecuada preparación y consumo del suplemento alimenticio y en el cultivo de huertos familiares, la crianza y reproducción de especies menores para consumo humano.

Es importante mencionar que entre las técnicas de comunicación educativa para grupos voluntarios y familia, la realización de sociodramas, teatro guiñol, perifoneo, pinta de bardas con mensaje de salud y lecturas comentadas, es que se han obtenido logros importantes y aceptación de las familias hacia los grupos voluntarios y la institución.

La comunidad se distingue por la efectiva participación de los grupos voluntarios ya que a través de técnicas de comunicación han logrado acercarse con la gente para la enseñanza de temas y la vigilancia de las familias y con ello han preservado la parte preventiva sobre la asistencial, clave importante para el desarrollo de la comunidad.

Apoyo Institucional y de Gobierno

El apoyo institucional que ha recibido esta comunidad ha sido fundamental en su desarrollo, este ha sido representado a través de la presencia de la unidad médica rural como rectora de las acciones realizadas, ya que si bien es fundamental que la ubicación de la UMR en la comunidad favorece la atención de la salud de la población y con ello el bienestar físico y mental de las personas, también es cierto que la parte de orientación con carácter preventivo, así como la asesoría técnica brindada por el equipo de salud para el desarrollo y aplicación de proyectos y tecnologías han sido fundamentales.

Además del apoyo antes mencionado, la comunidad ha recibido apoyo institucional para sanitarios ecológicos y letrinas, medicamentos y material de curación, compensación para ARS en forma de capacitación a niveles regionales, estatales y nacionales, aportación inicial de 30 mil pesos para la conformación de un proyecto productivo y toda la asesoría y capacitación de personal humano institucional médico y de acción comunitaria, que en esta y todas las materias relacionadas con el autocuidado de la salud han apoyado constantemente en diversidad de acciones.

Como es el caso a nivel nacional, el presupuesto otorgado por vía institucional a comunidades es meramente representado en cursos, medicamento, material de curación, capacitación, atención en el subsidio a HR correspondientes; así como al otorgamiento de

materiales para construcción de obras de beneficio social, construcción de granjas, apoyo en la dotación de semillas, especies menores, etc.; estos apoyos se han aplicado directamente en insumos para obras y proyectos y en el desarrollo de capital humano a través de los cursos de capacitación, ningún subsidio por parte del Programa a excepción de los recursos para proyectos productivos, se han otorgado de forma directa a la comunidad, ya que en ningún momento el Programa pretende llegar al paternalismo y en la comunidad de la Nevería no fue la excepción.

Al otorgar el Programa los 30 mil pesos iniciales para la construcción de un proyecto la comunidad o los integrantes de este proyecto se ven comprometidos a consolidarlo en un periodo de 3 años, sin condiciones de entrega o devolución del dinero, sino más bien con la intención de arrancar y consolidar su propio negocio que pueda brindarles una alternativa para su desarrollo. El Proyecto Nevería inició con la construcción de un invernadero básico y la producción de ½ tonelada de jitomate producción que motivo a los participantes para mantener y ampliar su negocio con la búsqueda alterna de recursos para su mayor producción y crecimiento.

Actualmente la comunidad cuenta con financiamientos y créditos de Sedesol y Financiera Rural, los cuales se van cubriendo con la producción de la misma.

No podemos dejar de mencionar en los apoyos gubernamentales la presencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, con el cual se ven beneficiadas el 85% de la población aproximadamente, dicho Programa cumple con lo estipulado en la comunidad de Nevería a través de la vigilancia cercana de los comités y autoridades locales.

Respuesta de Familias

Siguiendo la mística del Programa en la que la base es enseñar para construir y no dar para mal a acostumbrar, la respuesta de las familias en cada una de las comunidades donde trabaja el Programa es la medida del éxito o el fracaso de las acciones, de esta forma los

resultados que una comunidad obtiene en aspectos de salud, alimentación y educación definen mucho también su trascendencia como comunidad y su éxito como colectividad.

Uno de esos logros en la comunidad de Nevería se observa en sus niveles de salud alcanzados y ya descritos anteriormente, en los que se distingue la participación plena de la comunidad en la atención y autocuidado de su salud, en la que se distingue un 90% de familia con algún dispositivo sanitario, un 100% de familias participantes en el manejo adecuado del agua, un 95% de familias participantes en jornadas de recolección y disposición final adecuada de basura, un 80% de familias capacitadas y un 77% de familias participantes en el control de fauna nociva y transmisora, así como en el mejoramiento de vivienda, entre otros.

Sin embargo y por su trascendencia es importante definir también los logros alcanzados desde la colectividad o bien a través de la respuesta de las familias a las acciones colectivas. La comunidad de Nevería es una de las comunidades a nivel nacional en las que se identifica un rango de participación y respuesta casi del 92% con relación a sus familias, ya que entre ellas misma se busca vigilar cada una de las necesidades y carencias propias, las cuales tratan de ser reparadas colectivamente. Un claro ejemplo del discurso anterior es que esta comunidad se caracteriza por contar con 2 proyectos productivos, uno financiado por el Programa para su construcción y otro obtenido con recursos del primero; dicho proyecto involucra la participación de un 30% de la comunidad la cual es responsable de cuidar y preservar los proyectos a cambio de una ganancia distribuida equitativamente.

La comunidad también se caracteriza por tener un grupo de medicina tradicional compuesto por un médico y una partera quienes se encarga de mantenerse en interrelación con la UMR y el equipo de salud para a su vez mantener en control la parte de la población que aún presenta renuencia por la atención de un médico pero que está consciente de la necesidad de la atención y de la capacitación para algunos temas relacionados con esta materia.

De esta manera podemos concluir que la participación social en esta comunidad es un proceso autónomo, activo, propio de la misma colectividad, el cual ha sido facilitado a través

de las organizaciones, actores, movimientos y una institución de la misma sociedad, la cual ha hecho presencia en todo el ámbito de decisiones, incluyendo las que atañen a la salud que es la participación comunitaria, la cual ha sido consolidada sobre la base de aceptación y convencimiento de la misma población que la respalda y difunde para el desarrollo de las acciones.

***Comunidad Yahinahuac
Región Centro Sierra Norte de Puebla, Mpio. Cuetzalán***

La comunidad de Yahinahuac en la Sierra Norte de Puebla es otro de los casos especiales en los que el Programa IMSS Oportunidades puede cristalizar resultados; esta comunidad pertenece al Municipio de Cuatzalán y cuenta con aproximadamente 120 familias de las cuales el 100% son indígenas náhuatl; esta comunidad se caracteriza por la fuerte presencia de organizaciones de médicos tradicionales, terapeutas y parteras quienes han sido los que en su mayoría han consolidado la participación colectiva con el resto de la comunidad.

Al igual que la comunidad de la Nevería en Oaxaca esta comunidad es una de las comunidades consideradas dentro de la regionalización del Programa como una de las de más difícil acceso ya que su ubicación se localiza a 2 horas 45 minutos de la cabecera municipal que es Cuetzalán, pero a diferencia de la localidad anterior esta si cuenta con una Unidad Médica Rural (UMR) y por ende con un equipo de salud completo, el cual tiene la facilidad de interactuar con mayor acercamiento y en mayor medida con la población que ahí habita.

La comunidad tiene un 45% de adultos mayores, quienes en su mayoría conforman los grupos de medicina tradicional, a la autoridad e increíblemente la parte voluntaria; al identificar que la gente de la tercera edad en esta comunidad específicamente juega un papel prioritario para la conformación de valores y la vigilancia de las costumbres; el Programa IMSS Oportunidades al iniciar labores en el año 1992 en esta localidad trabaja con esta estructura para propiciar la participación de la gente, es entonces que a partir de ellos pudieron consolidarse las actividades promovidas hasta el momento.

La comunidad además de caracterizarse por tener excelentes resultados en salud, se caracteriza por tener grupos de médicos tradicionales que trabajan en interrelación con los médicos y las enfermeras; esta coordinación de actividades ha dado como resultado que la mayoría de las mujeres a pesar de sus costumbres tengan cercanía con la unidad médica y permitan tener controles prenatales y partos limpios, es importante mencionar que la última muerte materna que se registró en esta comunidad fue a inicios del año 2000 por problemas cardiacos.

Además de los resultados obtenidos en las prioridades en salud, la comunidad de Yahinahuac cuenta con grupo de participación de la tercera edad quienes además de realizar acciones productivas para la tercera edad cuentan con un “club” para el cuidado de diabéticos e hipertensos y un grupo de adolescentes capacitados en temas de salud que a su vez trabajan como capacitadores a otros adolescentes de comunidades cercanas o bien como instructores de educación para adultos. Yahinahuac cuenta con un grupo interno de protección civil y vigilancia para desastres y un grupo de desarrollo humano para mujeres y hombres donde se otorgan temas de desarrollo personal, equidad de género, autoestima y valores y derechos humanos indígenas; cabe mencionar que la participación de los hombres en esta comunidad es muy buena a pesar de ser indígena 100%.

Esta comunidad basa sus actividades en la producción del café, naranja y maíz, todas las familias cuentan con producción de especies menores para autoconsumo, hasta el momento la comunidad busca por medio de financiamiento iniciar un proyecto de producción de vainilla, producto avalado para su comercialización por varias instituciones para su éxito dado las condiciones climatológicas y de integración que presenta la comunidad.

La participación de los equipos de salud ha sido indiscutible para el desarrollo de esta comunidad, la importancia y el acercamiento que el personal institucional tanto de acción comunitaria como de área médica han tenido con la población ha sido la clave para la aceptación de la gente; el buscar alternativas educativas en las cuales el dialecto no es un obstáculo para la capacitación, así como la calidad en la atención básica y la calidez

identificada en el trato con pacientes ha logrado la credibilidad y la confianza de la población hacia los preceptos del Programa.

Aunque la comunidad en un 100% es beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, este Programa es visto y vigilado por los comités de contraloría internos como un apoyo más a los pobladores de esta comunidad y a la vez se convierte para estos mismos pobladores en un compromiso para seguir actuando a favor de ellos mismos. Ante esta respuesta de la gente, varios Programas estatales y municipales han aportado recursos materiales para la construcción de obras dentro de esta comunidad como es el caso de Sedesol, DIF, Conagua, etc.

Es necesario enfatizar que el Programa IMSS Oportunidades ha invertido en el capital humano para hacer efectivo un desarrollo permanente y los recursos aportados han sido para la construcción de obras y mejoramiento de vivienda por la misma población, pero sobre todo ha invertido para que, cuando una familia se decida a mejorar su casa sea porque ya está concientizada de los beneficios en salud que traerá cada reparación y mejoramiento a la vivienda.

Yahinahuac fue declarada localidad modelo por IMSS Oportunidades en el año de 1999 y Sedesol levantó una bandera blanca en el año 2003.

Con estos dos ejemplos de participación podemos ampliar el argumento de que cuando el Programa IMSS Oportunidades ha llevado la mística de la aplicación adecuada del Modelo de Atención Integral a la Salud, el interés por aplicar las actividades y estrategias de manera adecuada, pronta y sin obstáculos y sobre todo cuando se da la importancia al carácter preventivo más que el asistencial, se puede asegurar que en las comunidades cuando se habla de mejoramiento de la vivienda, las familias entienden que se trata de buscar atacar y prevenir padecimientos prioritarios en la población como EDAS, IRAS, Tb, Chagas, Dengue, Rotavirus, Rabia, etc.; al igual que cuando hablamos de combate a la desnutrición la gente sabe que se trata de identificar y consumir una combinación rica en alimentos, preparar y consumir adecuadamente los suplementos alimenticios otorgados por diversos Programas,

buscar la opción de cultivo de alimentos ricos de la región, o que cuando hablamos de superación nos estamos refiriendo también a la equidad de género y al desarrollo personal, familiar y comunitario; y sobre todo que al hablar de participación hablamos de corresponsabilidad y compromiso por mejorar las condiciones de vida que los rodean.

Como mencionamos la presencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades ha venido en su mayoría a consolidar los conocimientos de las familias, no obstante los equipos de salud que aplican este Programa en el universo de trabajo de IMSS Oportunidades a comparación de las localidades de la SSA, lo hace con una perspectiva basada en el MAIS en donde se involucra la corresponsabilidad de la misma población a través de la participación comunitaria y la prevención como base de la mejoría.

A continuación veremos la otra cara de la moneda en la que dentro del mismo Programa se identifican resultados desfavorables a pesar y de que las condiciones sociales y económicas son las mismas o mejores que los casos antes mencionados, pero en los que han intervenido factores internos y externos para su estancamiento. Es importante hacer un señalamiento; aunque los siguientes ejemplos hablen del universo de trabajo de IMSS Oportunidades, estos casos son el reflejo de los problemas nacionales que han detenido el desarrollo de las comunidades en el campo, invito a conocer dichos ejemplos:

3.2.8 Caso 2

Comunidades Renuentes, desintegración comunitaria

- **Pobreza Cultural**
- **Incumplimiento al principio de corresponsabilidad**
- **Escasa participación comunitaria**

Uno de los argumentos que sustenta este trabajo de tesis es identificar la ausencia de la participación comunitaria y el compromiso social como uno de los detonantes principales que junto con la falta de políticas sociales y servicios básicos originan el atraso de las poblaciones, dicho planteamiento tratare de ejemplificarlo en los siguientes casos, los cuales han sido seleccionados por las características antes señaladas identificadas en 3

cuestionarios que presentan el desarrollo social y las condiciones de pobreza de las localidades, familias y grupos de conducción entrevistados. (Anexos Cédulas e Instrumentos de Supervisión de Acción Comunicaría, metodología de evaluación).

Comunidad Viesca Región Sur de Coahuila, Mpio. Biseca Torreón

Paradójicamente los estados del norte del país son relacionados por su cercanía con Estados Unidos, como estados con localidades en desarrollo con un crecimiento social e industrial casi consolidado por esta posición, sin embargo las comunidades rurales e indígenas que se encuentran en estos estados permanecen en una posición dicotómica en la que se preservan las formas de vida características de las comunidades rurales mexicanas, con las mismas necesidades y carencias que las localidades rurales de centro y sur, pero con la marcada influencia de los Estados Unidos, este hecho ha ocasionado entre otras situaciones una pérdida de identidad y compromiso social de los pobladores por la tierra que habitan.

Una de estas situaciones puede reflejarse en las comunidades cercanas a Laguna Verde Coahuila, las cuales todas conforma una población de no menos 2,500 habitantes, es decir 200 familias por comunidad, estas localidades tienen su principal fuente productiva en las maquiladoras, campos agrícolas y en la migración.

Las características específicas de estas poblaciones del norte con relación a la participación de la comunidad puede representarse específicamente con la falta de integración comunitaria de las localidades, en estas comunidades se identifica una ausencia de autoridades tradicionales, pero además un desinterés por parte de la población por realizar labores comunitarias y formación de grupos principalmente porque las poblaciones de estas zonas son de más de 200 familias que cuentan con servicios de salud diversos (SSA, ISSTE, IMSS, PEMEX, Servicios Particulares, etc.), que además tienen jornadas laborales de 12 horas al día o que tienen medios de comunicación más accesibles para trasladarse a diferentes ciudades, incluso a EE.UU. pero que también tienen otros intereses en sus tiempos libres como por ejemplo pasear en autos, organizar fiestas, etc. No obstante estas

localidades aún pertenezcan a zonas consideradas como rurales, con limitantes en los servicios de atención.

En estas poblaciones al no tener una respuesta comunitaria, la parte preventiva para contrarrestar padecimientos es nula, estos resultados pueden identificarse de manera considerable en resultados relacionados a mortalidad materna y enfermedades derivadas del saneamiento ambiental. No obstante y aún hay mucho trabajo por hacer la respuesta que pueden ofrecer comunidades como las del norte es mucho más limitada que en comunidades del centro y sur del país. El apoyo institucional y los logros obtenidos hasta el momento por parte del Programa se ha visto otorgado en gran medida por la obligación que tienen algunas familias de acercarse y dar cumplimiento al Programa de Desarrollo Humano de Oportunidades del cual muchas familias también son beneficiadas.

Comunidades del Valle de San Quintín Baja California Norte, Mpio. de Ensenada

El Estado de Baja California Norte tiene al universo de trabajo de IMSS Oportunidades dentro del Valle de San Quintín en un 70% y un 30% en área de influencia de Mexicali. En este valle se concentra un gran número de población indígena inmigrante del centro y sur de la república, situación que origina que esta zona tenga asentamientos temporales o espontáneos en terrenos inadecuados, de personas que no logra pasar a los Estados Unidos y por lo que originan un alta diversidad cultural con una esperada falta de identidad, arraigo y compromiso entre la población por el territorio que habitan.

La calificación que se le asigna al desempeño de las familias es de menos de 70 puntos porcentuales, este resultado se debe en gran medida a que a comparación de otras localidades del Programa, en esta zona se identifican fuertes debilidades tanto en conocimientos, como en prácticas de temas relacionados con salud ginecológica, salud materno infantil, enfermedades crónico degenerativos y saneamiento básico; asimismo es nula la posibilidad de participación de familias de estas localidades indígenas, o de migrantes (paracaidistas), ya que por las causas antes mencionadas como la diversidad cultural, la falta de arraigo e identidad existe una gran renuencia para la participación

comunitaria. A su vez en estas comunidades se identifica un fuerte individualismo porque la mayoría de la población tiene acceso o posibilidad de buscar seguridad social, médicos privados o simplemente trabajar durante todo el día, lo cual ha originado que no consideren y den importancias a las unidades médicas rurales ubicadas en estos asentamientos y mucho menos se dé importancia a los principios que estas unidades difunden.

La indiferencia a estos preceptos se representa en acciones básicas que se observan a simple vista por ejemplo, el saneamiento básico y transferencia tecnológica, ya que por diversas situaciones la calidad de la vivienda y la limpieza en las calles se encuentra en situaciones deplorables.

En la muestra obtenida en el estudio de esta comunidad se identificaron un alto número de viviendas con pisos de tierra y muros sin aplanar, así como el uso de letrinas en mal estado como dispositivo predominante, es importante mencionar que en los predios de las casas se observa grandes cantidades de cacharros provenientes de EEUU.

Participación de Voluntarios

En este universo cada vez son menores las plantillas que integran los grupos voluntarios, ya que la mayoría dedica tiempo a actividades del campo o cambian de lugar de residencia constantemente. No existe arraigo ni interés por parte de la población para participar como grupos voluntarios.

Participación Institucional

A los pocos grupos voluntarios que existen no se les capacita con la calidad requerida, ni se desarrolla la interrelación adecuada entre estos y los equipos de salud, ya que se considera que estos personajes son exclusivamente mensajeros o convocantes a reuniones.

Los ARS de salud a excepción de los que se encuentran en zona indígena presentan excelentes resultados en conocimientos, prácticas y desempeño. En lo que respecta a los

PVR los resultados obtenidos fueron críticos ya que la orientación, derivación y seguimiento dirigidos a las familias, no se lleva a cabo.

Cabe mencionar que el promedio de familias por promotor es de 17 familias o más, esta situación deja fuera de sus manos a capacidad de vigilancia de los PVR, ya que el promedio de familias por PVR es de 10.

Es importante que tanto Asistentes como Promotores refuercen conocimientos en temas de salud materno infantil, salud ginecológica y enfermedades crónico degenerativas, ya que sobre todo entre la población indígena se identifica un alto porcentaje de muertes perinatales y maternas por falta de cuidado prenatal. No obstante es importante mencionar que existe presencia de un alto número de parteras y terapeutas tradicionales entre los diferentes grupos indígenas que conforman esta zona, así como varios proyectos de medicina tradicional; sin embargo la interrelación con los equipos de salud es insuficiente ya que gran parte de ellos consideran la diversidad de lenguas como un obstáculo para la comunicación, se evalúa esta estrategia con un 50% de calidad y trabajo integrado. Es importante mencionar, y a la vez grave, que se identificaron varias parteras activas y capacitadas que aún no están en interrelación o acercamiento con médicos y enfermeras y las pocas parteras entrevistadas y los terapeutas tradicionales no cuentan con volantes de derivación, ni material de curación requerido para realizar sus actividades.

Comunidad Santiago Conguripo Región I Zitacuaro Michoacán, Mpio. Huetamo

Las comunidades ubicadas en la zona comprendida por el municipio de Huetamo Michoacán se caracterizan por presentar resistencia para aceptar el trabajo que justifica la prevención antes que la asistencia. Estas comunidades son conocidas como de las más renuentes del país porque a pesar de que existen estructuras de grupos voluntarios que vigilan, orientan, derivan y dan seguimiento a las familias, estos son conformados por población que accede a pertenecer a ellos de una forma obligada, no concientizada, situación por la cual los grupos de voluntarios que se encargarán de difundir y promover temas en salud para lograr la prevención no duran más de 6 meses integrados, situación

que implica una constante selección, capacitación y vigilancia de gente para la aplicación de acciones; recordemos que los grupos voluntarios que tienen mayor permanencia y efectividad en las acciones son aquellos que duran más de dos años participando como tales ya que serán los que se responsabilizan y otorgan seguimiento a las familias para lograr buenos resultados en el cuidado de la salud.

Aunque la mayoría de la gente cuenta con apoyo de Oportunidades y Sedesol, esta prefiere dejarlo con tal de no cumplir con los requisitos que ahí se exigen y que básicamente es el acercamiento a pláticas de salud, mucho menos entonces coinciden con los preceptos del Programa IMSS Oportunidades ya que uno de los principios básicos es la corresponsabilidad a través de la participación social para el cuidado de la salud.

Estas comunidades por ubicarse en regiones lejanas son comunidades mestizas que se dedican específicamente a la agricultura y en gran medida al narcotráfico y la delincuencia organizada, en estas localidades comúnmente se identifican problemas de alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, suicidios y un alto índice de ITS, si bien es cierto que los resultados en el área de salud son regulares y no malos por ser población con mayores posibilidades de educación y atención a comparación de las ubicadas en las zonas altas de la sierra, una de las principales debilidades observadas es el trabajo con adolescentes

Hasta el momento el avance en la aplicación de las estrategias de desarrollo humano, la cual como se ha mencionado es la base para la aceptación de alternativas y propuestas de cambio, es de menos del 10% en estas localidades, en gran parte por el machismo predominante que abunda en la región, el cual impide la atención de mujeres y niños por personal médico y/o el involucramiento de la población femenina en actividades de promoción, la cual en gran medida ha sido hasta el momento la que ha obtenido los logros al conformar el 85% de la estructura voluntaria a nivel nacional dentro del universo de trabajo del Programa.

Cabe mencionar que por las características de la población antes mencionada, la visión, la educación y la ignorancia de la gente ha permitido considerar a la muerte como algo natural que acontece comúnmente entre cualquier grupo de edad.

La intervención de la institución ha sido exclusivamente asistencial e informativa, ya que como se mencionó existe resistencia a la capacitación y mucho menos a la participación de la población en actividades comunitarias; no obstante la aplicación de insumos, recursos básicos, medicamento y materiales de curación han estado presentes. La empatía que han generado médicos, enfermeras y el personal de acción comunitaria institucional es fundamental para lograr el contacto con la población y tener un poco de acercamiento para el control de padecimientos como por ejemplo el Dengue. Hasta el momento está es la única región a nivel nacional que no cuenta con presupuesto autorizado para proyectos productivos porque no son solicitados o requeridos.

Región Sur Yucatán

San José Etzal, Mpio. de Mérida

La región sur del estado de Yucatán es el primer ejemplo que retomamos a nivel estatal y no local o municipal como se ha venido ejemplificando, ya que a nivel nacional es uno de los estados que han obtenido los menores resultados en salud en los últimos años y que hasta la fecha han venido registrando padecimientos ya rebasados por los sistemas de salud de países en desarrollo.

Con 37 municipios, y un total de 121 comunidades que conforman el universo de trabajo del Programa en ese Estado, las comunidades del Estado aún y a pesar de que en un 39% del total de ellas tienen más de 750 familias, se siguen considerando como poblaciones rurales ya que un 80% de estas poseen una ubicación en zonas dedicadas a los campos de cultivo, un 100% pertenece de la población pertenece al grupo indígena predominante de la región los Mayas y 47% de esta población es hablante de dialecto.

El problema de Yucatán data que a pesar y de la riqueza del territorio para la producción de alimentos ricos en valor nutricional, cuentan con unos de los más altos índices de desnutrición en el país, el problema cae en que a pesar de la riqueza cultural que caracteriza el estado y del acceso a sistemas de educación y métodos de capacitación un 38% de la población aún realiza fecalismo a ras del suelo y que a pesar de la presencia de diversos sistemas de atención a la salud, así como de un alto número de parteras y terapeutas la región presenta un índice superior al 10% de muertes maternas al año.

Gran parte de estos resultados son a causa del rechazo de la población a los preceptos del Programa tal y como sucede en algunos casos del norte del país, pero a diferencia del caso Coahuila no solamente se debe a que existen diversidad de opciones para atención a la salud, además de los beneficios del Programa Oportunidades, sino que también se identifica cierta renuencia a la aceptación por causa de las costumbres y tradiciones que sobresalen en esa zona; situación que aunado al trabajo asistencial exclusivo que han adoptado los médicos en esa región y a las grandes poblaciones que buscan atención en salud, no se han identificado avances significativos y consolidados como en otros universos. Es importante mencionar como preámbulo a este análisis que la Delegación Yucatán es el único Estado que cuenta con unidades de servicio mixto, es decir, unidades con servicio de régimen ordinario y de IMSS Oportunidades, situación que trasciende evidentemente en la respuesta de la población.

Un ejemplo claro del desinterés de la población por adoptar los procesos y estrategias del Programa sobre todo en lo referente a la acción comunitaria, se identifica en el problema del fecalismo al ras del suelo, problema que persiste en estas comunidades a pesar y de los riesgos en salud que se derivan de ello y de la difusión y promoción que se ha hecho por el Programa y otras instituciones en relación al uso de sanitarios ecológicos secos ya que el uso de letrinas sanitarias y construcción de fosas sépticas se ven limitados por el tipo de suelo con el que cuenta el estado de Yucatán (fangoso). La justificación que la población expone al respecto es “como vamos a subir a hacer del baño en un lugar tan alto”, “no es bueno para las mujeres” y otras situaciones de creencias y costumbres característicos de la población maya.

El trabajo conseguido hasta el momento ha sido exclusivamente por parte del personal institucional que pertenece al área de acción comunitaria, quienes han sido exclusivamente los que han logrado conformar de alguna forma grupos y equipos de voluntarios con dialecto maya a fin de ser capacitados y a su vez designados como capacitadores de su misma población; ya que el personal médico y de enfermería ya no proporcionan asesoría preventiva, basada en la vigilancia y seguimiento de las acciones, sino que su trabajo como comentamos será meramente asistencial.

Los grupos voluntarios al igual que casos anteriores no tienen permanencia, ni ascendencia con la población, el precepto del líder, del voluntario, del personal con ascendencia en su comunidad se toma como obligado y por lo tanto no existen en los intereses de las comunidades; la búsqueda del carácter preventivo que consolide las acciones será lo menos importante que exijan estas poblaciones.

Como era de esperarse, los resultados en salud son muy limitados incluso sobre la media nacional, destaca entre estos los datos de morbilidad representados por desnutrición, muerte materna, incremento en enfermedades crónicas degenerativas, EDAS, alto índice de tuberculosis, basura en exceso dentro y fuera de las comunidades y embarazos adolescentes. Hasta el momento son contadas las actividades realizadas en relación a desarrollo humano, ha habido presupuesto para la construcción de baños ecológicos, los cuales de los construidos con recursos del Programa solamente se encuentra en funcionamiento y mantenimiento adecuado no más del 35% de estos. Cabe mencionar que a pesar de la vigilancia, seguimiento y promoción de acciones por parte del Programa, así como de la socialización de las técnicas para saneamiento realizadas estas comunidades presentan apatías y desinterés por mejorar sus condiciones sanitarias y de salud de su población.

3.2.9 Caso 3

Comunidades Divididas, condicionadas por situaciones políticas y culturales

- **Familias Oportunidades y No Oportunidades**
- **Autoridades Locales y Religión**

Comunidades de la Zona de Conflicto

San Andrés Larraizar, Chiapas Región Norte. Comunidad La Yerbabuena Mpio. de Bochil

Este tipo de universos de trabajo en el Programa son de los que presentan los principales retos y obstáculos para el cumplimiento de sus objetivos, ya que desde el inicio del movimiento zapatista (1994), el trabajo con todas las comunidades que integran las zonas de conflicto y que también pertenecen al universo de trabajo del Programa IMSS Oportunidades no tienen posibilidad de trabajar con el Programa por el simple hecho de considerarlo del gobierno; hasta el momento la poca población que accede a trabajar con el Programa es población indígena en su mayoría que no hablan español que habitan zonas en condiciones de pobreza excesiva y que tienen como base de vida la religión, las costumbres, las creencias y cultura social y política. Esta situación ha generado que el acercamiento de atención a la salud hacia esta población sea totalmente condicionado.

Al igual que otros Estados, esta zona presenta un gran número de UMR que no consolidan sus procesos ya que el personal no trabaja después de las 4 de la tarde ni los fines de semana; situación que ocasiona gran inconformidad entre la población por la falta de servicio y origina un gran descuido de los grupos voluntarios y grupos prioritarios, situación que se agudiza aún más en esta región ya que gran parte de la población que la compone como acabamos de mencionar es indígena.

El trabajo que se realiza por parte de algunos equipos de salud de unidades rurales y hospitales han otorgado principal atención a las familias oportunidades ya que esta estrategia exige el control y acercamiento de familias por medio de pláticas educativas, sin embargo esta situación ha generado que se dejen de lado aquellas familias que no son beneficiarias de ese Programa y que requieren mayor atención y vigilancia. Es decir, se

prioriza el trabajo con familias Oportunidades, dejando desprotegidas a las No Oportunidades.

Aunque existen acciones realizadas es importante mencionar el evidente abandono que se ha tenido del Modelo de Atención Integral a la Salud, dicha situación repercute en el insuficiente trabajo con enfoque de riesgo, planeación y seguimiento, asimismo en el trabajo curativo y no preventivo hacia la población beneficiaria.

Es importante mencionar que en esta región y dado los altos índices de población existente aproximadamente un 20% de ARS en sedes. Es igualmente importante destacar que un alto número de ARS y Auxiliares de Área Médica son hombres, situación que en parte limita la participación directa con familias, ya que las titulares de estas son mujeres.

Aunque la derivación ó envío de pacientes o sospechosos de alguna enfermedad para ser vigilados por voluntarios se lleva a cabo de manera verbal por parte del personal médico, no existe una adecuada interrelación con personal voluntario de las comunidades y por lo tanto no existe el ejercicio de integración entre equipos médicos de salud y acciones basadas en las costumbres y tradiciones de las poblaciones, esta situación se debe a la falta de capacitación por parte de los grupos institucionales de supervisión y a las condiciones que establecen para su acceso la comunidades zapatistas.

En estas zonas existe poca vigilancia, seguimiento y capacitación con carácter preventivo a personas en riesgo, principalmente en lo relacionado a mujeres embarazadas ya que en estos universos se han registrado altas tasas de mortalidad perinatal y muertes maternas. Las mujeres, en mayor parte a causa de la religión, han adoptado una rotunda negación por acceder a los servicios de salud sobre todo ginecológicos y de planificación familiar.

Como se mencionó una gran parte de las zonas de Bochil se caracterizan por ser de territorio zapatista, que se caracterizan por pertenecer a un diverso número de religiones; esta situación lleva a un difícil acercamiento a la población con temas relacionados con la salud ginecológica y PF. Del total de comunidades visitadas aproximadamente un 40% no

son familias participantes en control prenatal y planificación familiar o cualquier tema relacionado con la sexualidad.

En estas comunidades no se deja a la mujer tener acercamiento a prácticas preventivas y de atención y en ningún momento del Programa se ha implementado estrategias de trabajo con hombres. Existen lugares del municipio de Bochil en donde una sola comunidad cuenta en promedio con 5 religiones diversas, sin olvidar que aunado a esto cuenta con preceptos zapatistas.

A partir del proceso de institucionalización (véase el apartado 3.4 de este trabajo) el trabajo con parteras en esta región ha tenido un repunte considerable (de 18 a 25 partos por partera en lo que va del año), no obstante el trabajo que se tiene de interrelación con equipos de salud es insuficiente ya que no existe la capacitación adecuada en relación a PF y parto limpio, los equipos de salud justifican al dialecto como la principal limitante para el acercamiento.

A pesar de que en la región tiene posibilidades de cultivar alimentos de alto contenido nutricional, esta actividad no se lleva a cabo por la resistencia a cambiar los malos hábitos alimenticios; aunado a esta situación no se detectaron actividades comunitarias como muestras gastronómicas, ni prácticas demostrativas para la preparación y combinación de alimentos.

En estas comunidades como en muchas otras del país, los movimientos políticos, o de índole religioso o cultural han sido como en el caso de las zonas zapatistas las principales limitantes para lograr que la gente identifique las ventajas de participar con ciertos Programas sociales que otorgan apoyos a través del propio compromiso y la participación social.

Delegación Yucatán

Nuevamente la Delegación de Yucatán aparece como referente ya que es el único estado dentro del Programa IMSS Oportunidades que cuenta con unidades de atención mixta, es

decir en un mismo espacio se atiende población derechohabientes por parte de régimen obligatorio y población abierta por parte de IMSS Oportunidades; dicha situación contrarresta y va mas allá de las desigualdades en abasto de medicamento y materiales de atención que puede ofrecer cada uno de los regímenes, va en que el trabajo comunitario en esas localidades y la respuesta en el autocuidado de la salud de las familias ya que esta respuesta se ve dividida por claros universos de familias ya concientizadas y participantes del autocuidado de su salud, que presentan viviendas limpias y que son participantes de las mejoras de la comunidad y la otra parte de aquellas familias con la visión y el esquema asistencial que sabe que cuando lo necesite acudirán al servicio médico y será atendido sin importar si está realizando alguna actividad que consolide la prevención de enfermedades y las mejores condiciones de vida, que ya no acepta una promotora voluntaria que le capacite en aspectos básicos de salud y certifique el saneamiento básico de sus viviendas.

3.3.4 Caso 4

Comunidades obstaculizadas, limitantes institucionales

- **Exigencias y limitantes institucionales**
- **Aspectos laborales, políticas y modas sexenales**

Comunidad Xocotla Municipio de Coscomatepec, Veracruz Sur Región Orizaba

Los casos que se mencionaron buscan aportar en gran medida a otras instituciones y Programas de atención social (no necesariamente de salud), un panorama preciso de las principales limitantes que pueden suscitarse en la aplicación de políticas y estrategias de desarrollo social dentro de universos con características rurales en los que comúnmente se consideran exclusivamente los factores económicos o políticos como determinantes para el desarrollo de estas sociedades. No obstante con este último ejemplo pretendo dar a conocer con mayor sustento algunos factores que también condicionan en gran medida el desarrollo y el crecimiento de una comunidad y que están en manos de las políticas y decisiones o

conveniencias institucionales las cuales impiden inclusive la superación que la misma población pueda desear.

Si las poblaciones se organizan, los beneficios podrán llegar de manera inmediata a sus comunidades ya que ellos con esa organización además de demandar podrán exigir a las instituciones correspondientes la satisfacción de sus necesidades básicas y al mismo tiempo identificarán y analizarán sus propias demandas y sabrán distinguir la parte de responsabilidad que les toca como ciudadanos para el cumplimiento y efectividad de esas demandas; pero si por alguna razón la organización, la participación y el involucramiento de esas poblaciones es nulo o limitado por diversas situaciones entre ellas las posiciones o líneas de las mismas instituciones o políticas, difícilmente estas sociedades podrán evolucionar ya que la institución o el Estado serán los que designen que es lo que se puede ofrecer, hacer o pedir para cada comunidad.

Un ejemplo del estado anterior puede reflejarse en el siguiente ejemplo, la comunidad de Xocotla que es perteneciente a la zona de servicios de la sierra Zongolica ubicada en la región sur del estado de Veracruz, con cercanías a la ciudad de Orizaba y en el cual además de estar en uno de los municipios considerados de atención prioritaria, se identifica como una comunidad con varias características de las comunidades mencionadas.

La comunidad de Xocotla es una población mestiza con más de 2,000 habitantes que en su mayoría hablan español, cuenta con el servicio de una UMR y un médico privado, ya solamente un 15% de la población que ahí habita habla dialecto, su nivel de escolaridad es de 2do de secundaria en promedio y su principal actividad es la producción artesanal y el campo.

En la comunidad de Xocotla hasta octubre del 2005, se contaba con un total de 36 niños desnutridos entre severos, moderados y leves, se había registrado en los 2 últimos años 2 muertes maternas y 15 muertes perinatales, existe una tercera parte de la población que ya se encuentra clasificada dentro de los enfermos diabéticos e hipertensos y se registra un alto número de embarazadas adolescentes; así mismo, la comunidad presenta un alto

índice de basura y presencia de fauna nociva y transmisora, no se identifica trabajo de saneamiento básico en la comunidad y existen problemas con la disposición de excretas sobre todo en las periferias de la localidad; con relación a la participación de grupos voluntarios no se identifica presencia de ellos más que de algunas personas que trabajan exclusivamente como convocantes a las reuniones. No obstante a los datos anteriores el 85% de la población es beneficiaria del Programa Oportunidades.⁶⁰

Cuando se identifica una comunidad con esas características se puede detectar fácilmente que la localidad mencionada cuenta con un equipo de salud que realiza actividades meramente asistenciales y que la parte preventiva en la que el médico y la enfermera organizaban a la comunidad por grupos voluntarios y en la que la importancia de lo preventivo iniciaba con la capacitación de la población simplemente ya no existe. Es identificado que esta situación se debe en gran medida a la alta demanda de consulta que el médico y la enfermera tienen, así como a las excesivas actividades administrativas basadas en los registros de acciones realizadas y que son encomendadas y solicitadas por las oficinas centrales. El equipo de salud hasta la última visita realizada a esa comunidad argumenta que ya no capacitaban a la gente por las cantidades de consulta requerida por la población.

Tal y como se abordó en capítulos anteriores los médicos y las enfermeras eran personal de confianza, no sindicalizados los cuales ofrecía que estos personajes laborarán por decisión propia en tiempos fuera de su horario de trabajo, incluso fines de semana, ya que eran los días que más gente podía atender a la capacitación y a todas las actividades preventivas designadas, hoy y desde hace dos años esa comunidad como en casi todas las del país el personal médico ya sindicalizado labora no más allá de las 4 de la tarde, situación que origina que la gente tenga limitada atención a su salud y mucho menos tenga la menor oportunidad de ser capacitada.

⁶⁰ Datos obtenidos en la Supervisión Nacional 2005 de Acción Comunitaria, cédulas e informes; Metodología de Supervisión de Acción Comunitaria, IMSS Oportunidades, México, Septiembre 2005.

Esta situación ha ocasionado un incremento excesivo de padecimientos que buscan ser atendidos, la parte de prevención, por la misma dinámica de la población y del personal institucional ya no es un ejercicio que se lleve a cabo, sin embargo, es evidente y fundamentado que mientras no se llegue a retomar la parte preventiva, los padecimientos, ni las cargas de trabajo reflejadas en los niveles de consulta cesarán.

Hasta el momento y como parte de esa marcada ignorancia a lo preventivo no existen grupos conformados de personal voluntario de la comunidad, los cuales deberían ser los que ayudaran al equipo de salud en la promoción y difusión de las acciones; existen actualmente en esa comunidad de casi 2,500 habitantes solamente 2 personas como voluntarias que son exclusivamente quienes convocan a las reuniones. Es importante añadir a este comentario, que una parte relevante de esta situación es ocasionada por la falta de interés del equipo de salud y de la misma gente, sin embargo es importante destacar también la influencia que han tenido los enlaces municipales del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el desarrollo de actividades con la población.

Según las reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades existen enlaces municipales y estatales encargados de vigilar y coordinar actividades en las poblaciones con otras instituciones para dar cumplimiento de las reglas de operación que rigen este Programa; sin embargo, esta designación ha venido a contraponer universos de trabajo con reglas ya establecidas como lo es en el caso del Programa IMSS Oportunidades.

Sin embargo, por estrategia política (votos), los enlaces municipales han difundido entre la población que el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades no condiciona sus beneficios, estos han promovido también que las familias beneficiarias de Oportunidades no tengan que hacer actividades comunitarias de ningún tipo (organización, saneamiento, etc.) situación que ha limitado la participación de las familias y la comprensión del sentido de corresponsabilidad con el Programa IMSS Oportunidades.

Con relación al personal institucional que apoya el desarrollo y la legitimidad de la acción comunitaria, este, como es de esperarse, no ha rendido resultados esperados ya que las visitas y el trabajo en este tipo de comunidades se ha visto interrumpido por acciones diversas como la preparación de giras con autoridades del estado federal, estatal y municipal, la preparación de cursos en otros niveles, la falta de viáticos para la visita a comunidades, así como el desatino en las acciones o en la supervisión de las acciones preventivas. Parte importante del personal institucional 35% del total nacional aplica estrategias de trabajo comunitario desde el escritorio, inclusive los niveles centrales.

Esta falta de atención y participación a nivel de las comunidades ha originado también que puedan identificarse en comunidades con estas características, deficiencias en la calidad de ciertas tecnologías promovidas por el Programa para la conservación del medio y el cuidado de la salud, por ejemplo en letrinas, sanitarios o algún dispositivo para el manejo adecuado de excreta, sistemas sanitarios para distribución, manejo y consumo de agua, mejoramiento de la vivienda, manejo y disposición adecuada de basura, control de fauna nociva y transmisora, etc.; esta situación pone en alerta la vigilancia epidemiológica por el riesgo de generar un brote o problema severo de salud, el cual repercute en la aparición de enfermedades y padecimientos graves entre la población a causa de debilidades técnicas en las que el personal institucional es el principal responsable. Comúnmente en estas mismas comunidades la vigilancia por parte de grupos voluntarios no existe y la indiferencia de las familias por tratar de mantener condiciones de saneamiento básico son casi nulas.

Es importante mencionar que todos estos datos fueron identificados en el año 2004 y fueron dados a conocer a los responsables a nivel operativo y normativo (autoridades) para su pronta corrección, no obstante, no existió respuesta por parte de ningún nivel ya que las autoridades responsables así como todo el Programa se ha encontrado en el último año atendiendo necesidades políticas, así como indicaciones y estrategias del gobierno federal; no obstante, los resultados no se hicieron esperar y para enero del año 2006 se desato un brote de rotavirus en el que perdieron la vida 7 niños menores de 3 años habitantes de esta comunidad.

EN YUCATAN

Ya conocida en esta serie de ejemplos se encuentra la delegación Yucatán la cual presenta un claro ejemplo de los errores del gobierno, de las instituciones y las políticas sociales para el trabajo con la población.

Después del año 2004, la Delegación Yucatán al verse afectada severamente por la contingencia y la emergencia que dejó a su paso el Huracán Isidoro, el gobierno del estado dotó de más de 2500 viviendas a familias damnificadas, las cuales incluían su dispositivo para manejo de excreta (fosa séptica), situación que no tiene nada fuera de lo común, si no recordamos que habíamos comentado que en ese estado el principal problema es el manejo de excreta por situaciones geográficas y de cultura.

Cuando las familias reciben su dispositivo con su vivienda estos son instalados a destajo sin capacitación en la instalación y uso a las familias beneficiarias de este apoyo; el proveedor vendió, el gobierno en ese momento reportó mejoras de vivienda y gastó presupuesto como debía, pero el impacto de todas estas acciones nunca llegó; hasta la fecha solamente un 3% de esos 2,500 sanitarios instalados están en desuso, deteriorados, utilizados como bodegas, inservibles y en espera de que vengan a regalar más recurso para habilitarlos, ya que la gente lamentablemente por situaciones que ya se mencionaron no tienen interés de remediar la situación por ellos mismos aún y cuando estas composturas cuesten en promedio 500 pesos para poder hacer funcionales estos dispositivos de manera adecuada.

Es de esta forma que con la mención de estos ejemplos hemos recorrido un panorama generalizado que no siempre se identifica acerca de las limitantes y debilidades que cualquier Programa de Atención Social enfrenta para el cumplimiento de sus acciones, pero sobre todo se quiso destacar con estos ejemplos la posibilidad de obtener ciertos logros dentro de comunidades que al parecer presentan características de miseria y atraso pero en los que la misma gente y su visión de desarrollo, con la adecuada y correcta participación de

las instituciones y políticas de acción, las han llevado a pertenecer a otro nivel, a casi un nivel de autosuficiencia local.

No obstante no podemos dejar de mencionar que lamentablemente estas comunidades han sido no las esperadas por todos, y que es alarmante observar que en la actualidad por diversas situaciones que son fáciles de atender pero que a la vez son ignoradas para su atención desde los mismos responsables del sistema, serán cada vez menos, ya que en su mayoría el universo de trabajo del Programa IMSS Oportunidades se está dejando llevar por el cumplimiento de medidas asistenciales, indiferentes que impedirán el desarrollo y el crecimiento de la población.

Advertencia acerca de los ejemplos antes citados:

Los casos seleccionados y descritos anteriormente basan su selección para participar en estos comentarios en los resultados obtenidos en las cédulas de supervisión empleadas por acción comunitaria y cuya metodología se presenta en la parte de anexos que complementan este trabajo, estos resultados son avalados por la parte médica y comunitaria de la Coordinación General, así como por las auditorías y evaluadores externos que participan cada año en el Programa; sin embargo la ubicación y distribución de casos fue realizada con base a una perspectiva social propia en la que de acuerdo a los resultados se identificaron las causas, es importante mencionar también que esta selección es resultado de las vistas a localidades beneficiarias del Programa en diferentes momentos y en diferentes regiones del país.

3.3 Análisis de resultados. La participación social y su correlación con el Índice de Pobreza y Marginación

Los casos anteriormente presentados reflejan el resultado de participación e intervención social en comunidades desfavorecidas (es decir ubicadas bajo la línea de pobreza y pobreza extrema) a través del esquema de trabajo del Programa IMSS Oportunidades. Por medio de los casos analizados es posible identificar que tan dependiente es la respuesta social de las condiciones de pobreza y marginación que las envuelve y descifrar algunas de

las inquietudes identificadas al inicio del trabajo entre las cuales destaca la premisa “a mayor pobreza, mayor participación social”, o bien “a mayor pobreza menor respuesta de la comunidad”. A partir del siguiente análisis trataremos de entender que tanto las limitantes económicos y las inequidades estructurales de una nación dependen también de la respuesta y la participación social.

Presentaremos los resultados en forma simplificada a través de tablas y cuadros comparativos en el que podamos identificar los resultados numéricos de las evaluaciones realizadas a las comunidades tanto por el proceso de supervisión como por el comportamiento registrado en los sistemas de información de las zonas donde se ubican cada una de las localidades seleccionadas para su estudio en el mismo periodo de tiempo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
INFORME INTEGRAL ZONAL
MES DE PROCESO : ENERO-AGOSTO 2006

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Baja California	
		Datos Zonales	
		UNICA	
		IMP -1.45766 (bajo)	
		Res. de Sup. Loc. 50%	
		Res. de Sis. Zona 50%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	83	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	5	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	3	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	30	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	11	
PACIENTES CON DIABETES	15 y -	2	
PACIENTES CON HP	15 y -	3	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	0	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	16	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	104	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas buenas regulares críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Chiapas	
		Datos Zonales	
		Las Margaritas	
		IMP 0.20732 (alto)	
		Res. de Sup. 75%	
		Res. de Sis. Zona 70%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	96	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	7	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	25	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	32	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	17	
PACIENTES CON DIABETES		3	
PACIENTES CON HP		0	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	1	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	10	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	98	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas buenas regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Coahuila	
		Datos Zonales	
		Laguna Sur	
		IMP -1.42230 (bajo)	
		Res. de Sup. 65%	
		Res. de Sis. Zona 50%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	70	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	8	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	0	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	26	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	1	
PACIENTES CON DIABETES		10	
PACIENTES CON HP		1	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	0	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	15	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	85	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas buenas regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Michoacán	
		Datos Zonales	
		Huetamo	
		IMP -0.14961 (alto)	
		Res. de Sup. 70%	
		Res. de Sis. Zona 80%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	89	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	6	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	6	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	23	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	4	
PACIENTES CON DIABETES		16	
PACIENTES CON HP		3	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	0	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	10	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	91	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas buenas regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Oaxaca	
		Datos Zonales	
		Doce	
		IMP 0.31183 (alto)	
		Res. de Sup. 92%	
		Res. de Sis. Zona 60%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	95	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	6	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	13	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	20	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	18	
PACIENTES CON DIABETES		4	
PACIENTES CON HP		1	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	0	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	13	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	92	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas , buenas , regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Puebla	
		Datos Zonales	
		Zaragoza	
		IMP -0.84210 (medio)	
		Res. de Sup. 90%	
		Res. de Sis. Zona 80%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	83	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	6	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	3	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	22	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	4	
PACIENTES CON DIABETES		5	
PACIENTES CON HP		1	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	1	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	8	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	97	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas , buenas , regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Ver. Sur	
		Datos Zonales	
		Coscomatepec	
		IMP 0.68544 (muy alto)	
		Res. de Sup. 70%	
		Res. de Sis. Zona 60%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	81	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	8	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	12	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	22	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	6	
PACIENTES CON DIABETES		6	
PACIENTES CON HP		1	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	1	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	13	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	97	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas buenas regulares y críticas

INDICADORES	VALOR ESPERADO NACIONAL	Edo. Yucatán	
		Datos Zonales	
		Oxcutzcab	
		IMP -0.61327 (alto)	
		Res. de Sup. 50%	
		Res. de Sis. Zona 40%	
% ACEPTANTES DE PF	95% y +	74	
PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZADA	7	7	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON BAJO PESO AL NACER	10% y -	12	
% DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	25 % y -	24	
% DE NIÑOS DESNUTRIDOS	9 % y -	20	
PACIENTES CON DIABETES		18	
PACIENTES CON HP		2	
% de PERSONAS SOSP. TB	1% y -	0	
PROM. DE FAMILIAS POR P.V.R.A.	12	9	
% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	90% y +	107	

IMP* Índice de Marginación y Pobreza (INEGI)

Res. Sup.* Resultados del Proceso de Supervisión directa a localidades

Datos Zonales* Información por zona de servicio. En promedio cada zona atiende un total de 2 a 22 municipios, con un promedio de 66 localidades por zona

Colores de semáforo para establecer evaluaciones óptimas , buenas regulares y críticas

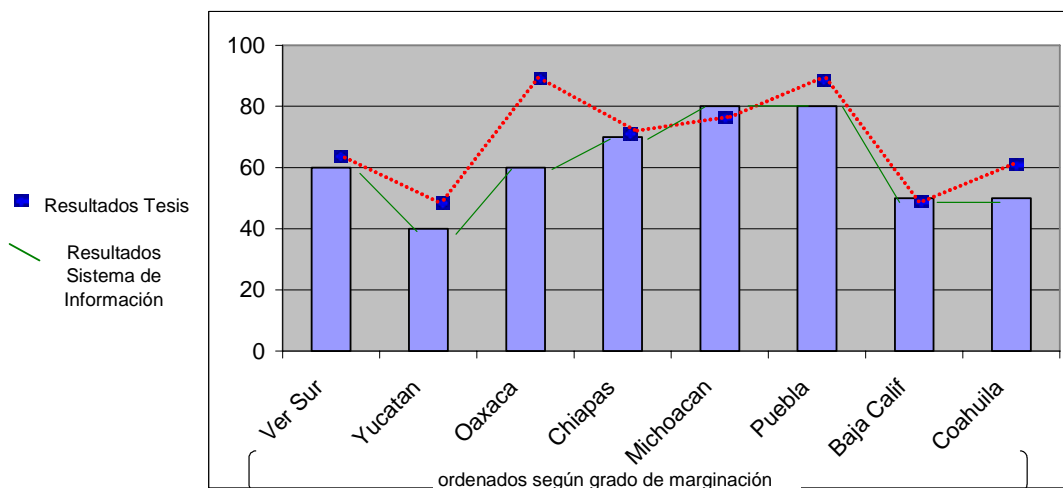
Cuadro 1. Indicadores de comunidades

Estado	Zona	% ACEPTANTE S DE PF	PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZA DA	% DE NIÑOS OS CON AL NACER	% DE ADOLESCENTES EMBARAZA DAS	% DE NIÑOS DESNUTRID OS	% DE PACIENTES CON DIABETES	% DE PACIENTES CON HP	% DE PERSONAS SOSP. TB	PROM. DE FAMILIAS POR P. V. R. A.	% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO	INDICE DE MARGINACION Y POBREZA (GRADO)
BAJA CAL. SUR	UNICA	83	5	3	30	11	2	3	0	16	104	bajo
CHIAPAS	MARGARITAS	96	7	25	32	17	3	0	1	10	98	alto
COAHUILA	LAGUNA SUR	70	8	0	26	1	10	1	0	15	85	bajo
MICHOACAN	HUETAMO	89	6	6	23	4	16	3	0	13	92	alto
OAXACA	DOCE	95	6	13	20	18	4	1	0	13	92	alto
PUEBLA	ZARAGOZA	83	6	3	22	4	5	1	1	8	97	medio
VERACRUZ SUR	COSCOMATEPEC	81	8	12	22	6	6	1	1	13	97	muy alto
YUCATAN	OXKUTZCAB	74	7	12	24	20	18	2	0	9	107	alto
Promedio		83.875	6.625	9.25	24.875	10.125	8	1.5	0.375	12.125	96.5	
Desviación estándar		8.6	1.0	7.5	3.9	6.9	5.7	1.0	0.5	2.7	6.5	

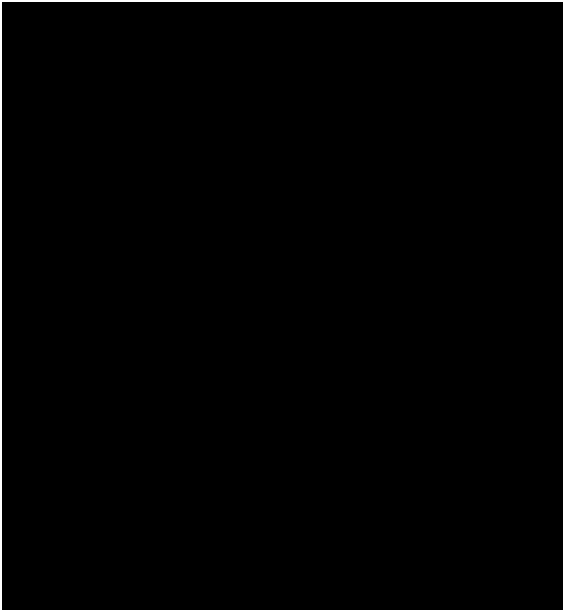
Cuadro 2. Indicadores de comunidades estandarizados

Estado	Zona	% ACEPTANTE S DE PF	PROM. DE CONSULTAS POR EMBARAZA DA	% DE NIÑOS OS CON AL NACER	% DE ADOLESCENTES EMBARAZA DAS	% DE NIÑOS DESNUTRID OS	% DE PACIENTES CON DIABETES	% DE PACIENTES CON HP	% DE PERSONAS SOSP. TB	PROM. DE FAMILIAS POR P. V. R. A.	% DE FAMILIAS PARTICIPANTES EN SANEAMIENTO BASICO
BAJA CAL. SUR	UNICA	-0.10	-1.64	-0.83	1.31	0.13	-1.06	1.50	-0.77	1.45	1.15
CHIAPAS	MARGARITAS	1.40	0.38	2.10	1.82	0.99	-0.88	-1.50	1.29	-0.80	0.23
COAHUILA	LAGUNA SUR	-1.61	1.39	-1.23	0.29	-1.32	0.35	-0.50	-0.77	1.08	-1.76
MICHOACAN	HUETAMO	0.59	-0.63	-0.43	-0.48	-0.89	1.41	1.50	-0.77	0.33	-0.69
OAXACA	DOCE	1.29	-0.63	0.50	-1.24	1.14	-0.70	-0.50	-0.77	0.33	-0.69
PUEBLA	ZARAGOZA	-0.10	-0.63	-0.83	-0.73	-0.89	-0.53	-0.50	1.29	-1.55	0.08
VERACRUZ SUR	COSCOMATEPEC	-0.33	1.39	0.37	-0.73	-0.60	-0.35	-0.50	1.29	0.33	0.08
YUCATAN	OXKUTZCAB	-1.14	0.38	0.37	-0.22	1.43	1.76	0.50	-0.77	-1.17	1.61

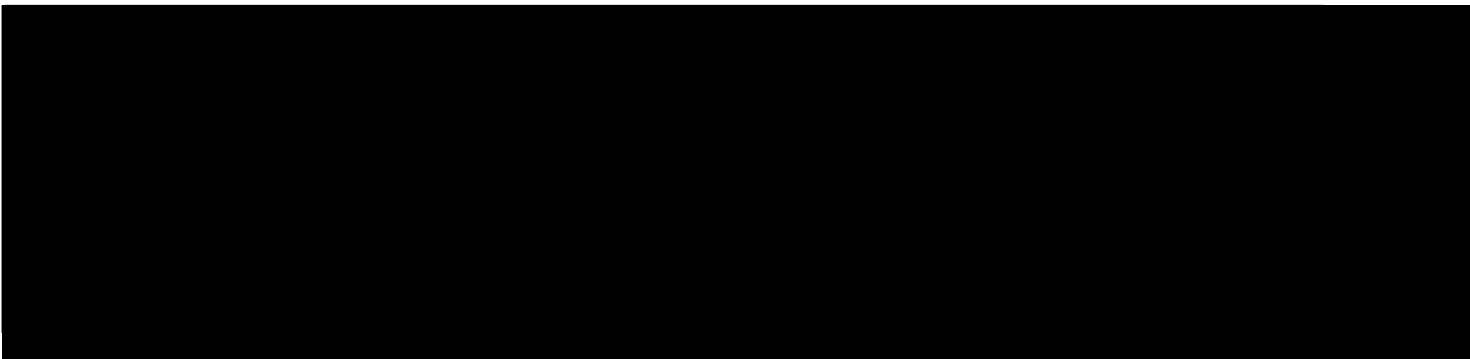
Resultados en salud a nivel zonal de los 8 casos seleccionados y su comparativo con la evaluación realizada a través del ejercicio de supervisión y estudios de caso



Resultados prevalencia desnutrición menores de 5 años en estados seleccionados 1999.



Resultados comparativos entre índices de marginación y pobreza estatal vs. resultados de investigación



La relación existente entre pobreza y participación social no es necesariamente correlativa en los ejercicios expuestos, tal y como puede representarse en el último cuadro, ya que los únicos estados que presentan esta codependencia es Veracruz Sur y Yucatán. Es importante mencionar que el análisis realizado fue con base al resultado comparativo de 3 niveles entre el Índice de pobreza por estado, los resultados por localidad obtenidos en el proceso de supervisión y el cruce de resultados por zona de servicios a través del Sistema

de Información Sobre Población Abierta (SISPA) correspondiente al año 2006, de los cuales fueron seleccionados los 10 indicadores de bienestar representativos del sector salud correspondientes al Programa IMSS Oportunidades.

Si bien es cierto que la pobreza y marginación limitan el desarrollo de cualquier grupo social, localidad o región, es importante mencionar también, tal y como se ha venido justificando a lo largo de este trabajo, que al invertir en el desarrollo de capital humano aún y tratándose de poblaciones en extrema pobreza como lo ha hecho IMSS Oportunidades con las localidades antes expuestas, siempre repercutirá en acciones favorables que modificarán hábitos y costumbres a favor de la salud, ya que ante la desventaja de la marginación y la pobreza, se tiene a favor la integración y la solidaridad de los pequeños núcleos sociales que permiten esa coordinación y corresponsabilidad característicos de las comunidades rurales, situación que puede ser aprovechada por instituciones y gobierno para trabajar con programas dirigidos a este grupo poblacional aún representativo y considerado como uno de los más vulnerables del país

Tal y como se observó en los casos, la respuesta de la población con características pobres puede variar por situaciones multifactoriales y no sólo por su condición de pobreza. Lo que sí es un hecho es que para que existan respuestas de la población es necesario invertir en ella y el Estado, las Instituciones y el mercado tienen la decisión de hacerlo o no; es también evidente que la participación y la garantía de la participación social (capital social) no es posible sin la acción integral de Estado, mercado y sociedad.

3.4 El Programa IMSS Oportunidades hoy, a más de 27 años de permanencia.

Efectivamente se ha comprobado que la mayoría de las veces el fracaso de estrategias y Programas sociales se debe a factores ligados a situaciones institucionales y a la conveniencia de los gobiernos. Se imponen las líneas políticas sexenales y/o partidistas con lo que los gobiernos protegen sus intereses. Pero ello obstaculiza frecuentemente las formas de desarrollo y las estrategias de los Programas particulares.

En IMSS Oportunidades no ha sido la excepción y actualmente atraviesa por una etapa de “reconstrucción” que en gran medida se ha orientado a la conclusión y al olvido de muchos de los objetivos y principios promulgados por el mismo.

Como se mencionó, el Programa IMSS Oportunidades era un Programa del gobierno federal administrado por el IMSS, así durante 25 años el mismo se desarrolló bajo este esquema por lo que sus lineamientos, estrategias y logros eran independientes de todo organismo o institución del sector salud, la vinculación con el IMSS era meramente administrativa (coordinación con prestaciones médicas, delegados estatales, distribución de presupuesto, asimilación de plazas y coordinación de servicios, etc.), pero el presupuesto, la infraestructura y la normativa eran independientes.

Esta situación ofrecía ventajas enormes a comparación con otras instancias y Programas de atención, iniciando por el trabajo independiente y el ritmo propio que tenía el Programa para su funcionamiento, lo cual permitió en gran medida los avances y logros obtenidos. Sin embargo dada su situación de propio rector era inevitable que también existieran limitantes que ponían en riesgo la permanencia del Programa. Por ejemplo, el valerse del presupuesto asignado por el gobierno federal, estar supeditado a otros Programas federales de mayor peso político, la inestable presencia del Programa dentro de una entidad como el IMSS la cual no tiene en sus principios y políticas la importancia del trabajo comunitario más que el aspecto médico y asistencial, y sobre todo la incertidumbre laboral de sus trabajadores los cuales eran contratados con una categoría de confianza y honorarios, lo que significaba que en cualquier momento podían ser despedidos sin ninguna garantía de su trabajo a diferencia de los trabajadores de base y de confianza del IMSS.

Esta situación originó durante mucho tiempo gran inquietud entre la plantilla de trabajadores del IMSS Oportunidades, sobre todo de aquellos que laboran en las condiciones más desfavorables de las comunidades como equipos de salud y personal encargado de aplicar la parte comunitaria del Programa (hablamos de personal institucional no de los personajes voluntarios), por lo cual se exigía al gobierno federal la plena incorporación del Programa al

IMSS para que tanto administrativa como normativamente pudiera regirse en sus estatutos, incluyendo los laborales que eran los de principal interés.

Después de varios años de peticiones, la fusión se logró beneficiando al 100% de trabajadores de IMSS Oportunidades (23,120) quienes actualmente ya se rigen bajo el contrato colectivo de trabajo del IMSS; un 49% de este porcentaje es personal operativo y ya se encuentra sindicalizado como personal de base. No obstante a este “logro” laboral, los resultados negativos para la mística y el funcionamiento del Programa no se hicieron esperar y actualmente el Programa atraviesa por uno de los momentos decisivos que determinarán su permanencia.

Al haberse sindicalizado gran parte del personal operativo, las UMR que atendían a la población campesina e indígena ahora se encuentran cerradas después de las 4 de la tarde y todos los fines de semana a excepción de aquellas que cuentan con médico pasante o enfermera auxiliar, mucha de la población atendía a las pláticas y sesiones educativas de salud después de sus jornadas de trabajo en el campo, o los fines de semana; los pocos hombres que participaban en la vigilancia de su población ahora se les ve impedida la participación por esta serie de horarios. Los médicos de UMR tenían dentro de sus funciones y como obligación la visita mensual a las comunidades que conformaban su universo de trabajo (trabajo de campo) a fin de vigilar y prevenir situaciones de salud y de otra índole. Actualmente muchos de ellos ya no salen porque tienen otro perfil de funciones y los protege un sindicato, se han convertido meramente en personal asistencial, ya no preventivo.

La normativa que antes era diseñada por las mismas necesidades del Programa tiene ahora que ser avalada y supervisada por las instancias correspondientes del IMSS, esa situación limita la efectividad de las acciones porque el IMSS no ha dimensionado el tipo de trabajo que se realiza con las comunidades rurales, campesina e indígenas. Actualmente se proyecta fusionar las áreas correspondientes del Programa con las áreas generales del IMSS, lo cual viciará más el tiempo para hacer llegar estas estrategias.

Dada las condiciones de trabajo del IMSS se ha originado dentro del Programa el trabajo asistencial sobre el preventivo, situación que hasta que se llevó a cabo esta transición, por ningún motivo se encontraba sobre los principios del Programa ya que esto marcaría la conclusión del mismo. Ahora la prioridad del IMSS con relación al Programa es la ampliación de la seguridad social por medio de los jornaleros agrícolas y la inclusión del mismo al seguro popular situación que de ser llevada a cabo desfavorecería considerablemente a gran parte de las familias del universo de trabajo, que no cuentan con recursos para pagar servicios de salud.

“La acción comunitaria y la supervisión directa y constante del funcionamiento de sus estrategias en las comunidades rurales son lo único que sostendría la permanencia del Programa IMSS Oportunidades”⁶¹; al ser tan importantes y trascendente estos factores, al igual que la importancia que plasma el Programa al trabajar exclusivamente con universos indígenas y campesinos obliga a que el Programa IMSS Oportunidades se mantenga y permanezca dentro de los principales Programas de atención de combate a la pobreza.

La inclusión al seguro popular es un panorama inevitable que se vislumbra en el IMSS Oportunidades; si bien esta estrategia es una alternativa para sufragar el presupuesto que el IMSS ya no tiene para subsistir, es cierto también que todo el trabajo de concientización realizado con la población más necesitada terminará al convertir la atención a la salud en asistencial y condicionada, Desde el año 2006, el Programa no realiza proyectos productivos, es mínima la capacitación realizada para la población, no se permite realizar concertaciones con autoridades, es limitada la supervisión, se excluye el desarrollo humano y terapeutas tradicionales; y se establecen como prioridades la infraestructura, medicamentos y capacitación institucional a médicos, ¿son acaso las estrategias para justificar el cobro de los servicios?

No debería ser así, si el seguro popular como política federal es inevitable, debiera de combinarse con objetivos como los del Programa IMSS Oportunidades, ya que aún y que

⁶¹ Evaluación anual del Programa IMSS Oportunidades 2005, Muñoz Onofre, Jefe de Prestaciones Médicas del IMSS, México D.F., Febrero 2006.

existiesen cobros, no debería de dejarse de lado el aspecto preventivo, la capacitación en salud y la participación de la población en su propio autocuidado; lo que permitiría realmente subsanar el dolorido panorama de salud que presenta el país.

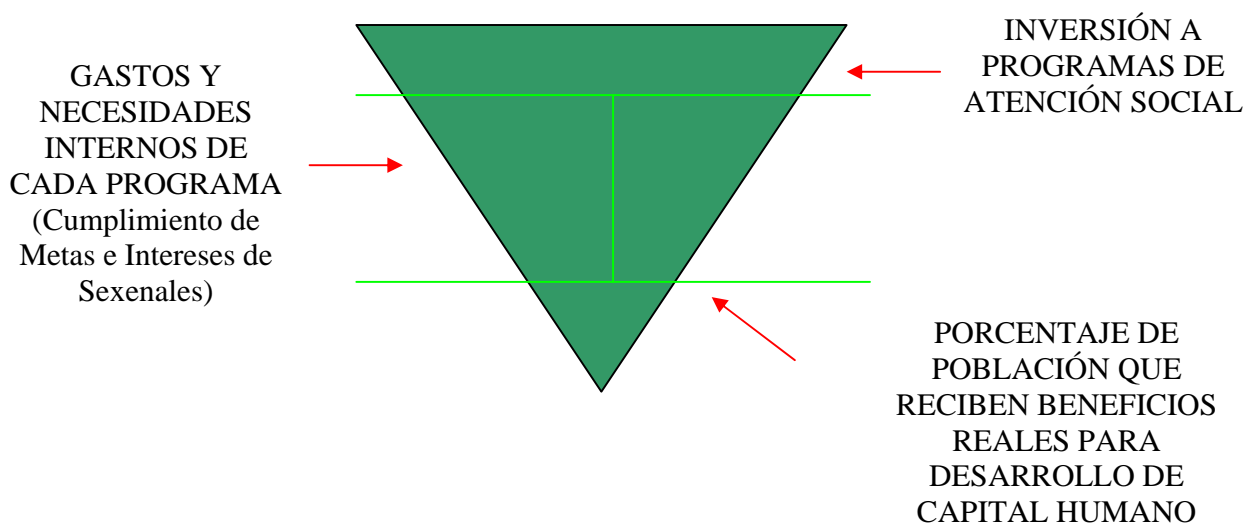
Esta estrategia mencionada anteriormente, antes de ser una forma de terminar con un Programa educativo de concientización y formación de la población debe de ser una opción del Estado para fortalecer y ofrecer mayor efectividad a un Programa con las características de IMSS Oportunidades, ya que en el caso de la fusión con el IMSS si se aprovecharan ambas fortalezas, entonces pueden llegar a conseguir la permanencia de las acciones dentro de universos pobres indígenas y campesinos que enfrentan la pobreza extrema (junto con la visión preventiva y de participación comunitaria que difunde el Programa), ya que el principio de corresponsabilidad permitirá al IMSS incursionar en avances en salud, dentro de los universos que más lo necesitan. De lo contrario, si el IMSS busca que se pierdan los principios donde se encuentra como base la participación de los actores, se ha demostrado (con el paso de otros Programas fugaces) que se obtendría únicamente la presencia de un deficiente e insuficiente servicio de salud que será incapaz de enfrentar y resolver los problemas identificados; la demanda de consultas será interminable, la falta de medicamentos hacia la población y la carente infraestructura en localidades de difícil acceso impedirán la mejoría de la salud de las poblaciones más vulnerables.

CONCLUSIONES GENERALES

Es entendido que las negligencias del Estado en materia educativa, de salud y alimentación son constantes y por lo tanto contundentes para comprender el atraso y crecimiento de la pobreza de un país; mientras el Estado y las instituciones que lo conforman no quieran responsabilizarse por corregir y adecuar la aplicación (distribución) de recursos y la calidad en la aplicación de estrategias de atención, así como en establecer reformas adecuadas para los sistemas de política social en la que los actores puedan ser parte de su propio desarrollo; la pirámide seguirá invertida y los receptores recibirán cada vez menos opciones para la satisfacción de sus necesidades básicas y al mismo tiempo continuarán con el mínimo interés por ser coparticipes de su propio bienestar.

Mientras las inversiones y los ejercicios presupuestales sean limitados para los sectores que se encargan de satisfacer las demandas sociales y las necesidades de la población, la eficiencia y el impacto de dichos Programas y estrategias serán condicionados para su funcionamiento y presentaran pocos o nulos resultados, ya que internamente estos Programas considerarán antes que otra situación la necesidad de satisfacer gastos y estrategias internas, así como líneas políticas (eventos, viáticos, publicaciones, etc.), más que el adoptar como una prioridad, la aplicación de estrategias y recursos dirigidos a la población y a los sectores que benefician directamente.

Pirámide invertida Programas sociales y servicios de salud



Pero lo más importante y aunado a lo anterior es que aún y con estas limitaciones, cuando los Programas, estrategias y políticas sociales no buscan respuestas extraordinarias que combatan dichas situaciones a través de la inversión del capital humano, los resultados tardan aún más en presentarse, ya que las alternativas de eficacia están recayendo exclusivamente en opciones de presupuesto y líneas políticas de trabajo.

Con estos referentes podemos mencionar que esta investigación propuso precisamente contribuir a identificar y validar situaciones relevantes y específicas dentro de la política social las cuales han intervenido en la aplicación y funcionamiento de los Programas sociales de combate a la pobreza fomentado en gran medida las negligencias que el Estado ha tenido en relación a la aplicación de dichos Programas específicamente en los relacionados con la atención a la salud; pero al mismo tiempo esta investigación trató de comprobar la importancia y el éxito que han tenido aquellos Programas que han utilizado otros recursos más allá de los presupuestales, tal y como es el hecho de invertir en estrategias enfocadas en un modelo basado en la propia participación de la sociedad, a través de ofrecer únicamente detonantes (basados en la capacitación) que llevarán a la búsqueda y permanencia de su propio desarrollo; así como ofrecer alternativas de intervención a otros programas y políticas de combate a la pobreza e impulsar al Estado a invertir y dedicar más esfuerzos y acciones integrales junto con mercado y sociedad.

Especial interés dedico este trabajo al análisis, a través del Programa IMSS Oportunidades, de la importancia que implica dentro de la política social el invertir en el desarrollo del capital humano como principal potencial para el desarrollo de las sociedades.

Validemos lo anterior:

Analizando las cifras de salud presentadas a lo largo de esta investigación y analizando también el comportamiento de algunos Programas e Instituciones más importantes del país en este rubro, podemos ubicar a México como una de las naciones con menor impacto en salud y con uno de los niveles más bajos en calidad de los servicios y en calidad de la atención a comparación de otros países de América Latina.

Efectivamente, los resultados nos ofrecen un panorama de cifras las cuales se encuentran a nivel promedio en cuestión de cobertura con el resto de países de Latinoamérica, más no rebasan ni siquiera el estándar de los países medios en materia de impactos en salud; ¿a que nos referimos con esta reflexión...?, es simple, nos referimos a que a pesar de que los números representan un escaso impacto en salud, esas cifras son aceptadas ya que generan un panorama de servicios que cumplen con lo “estipulado” en el sexenio correspondiente; por ejemplo:” el sistema de salud avanza” únicamente porque se establecieron % de vacunación, partos atendidos, consultas otorgadas, cirugías realizadas, detecciones, abasto de medicamentos, instrumental y servicios, etc. así como un sin fin de situaciones que ubican y diferencian claramente un presupuesto asignado para cada institución o Programa, la cobertura en logros alcanzados, los censos poblacionales en materia de salud, etc.

No obstante y por otro lado, si queremos entender y analizar el por qué México aún presenta padecimientos no erradicados característicos de hace 20 años (como por ejemplo, la tuberculosis o la varicela) o bien porque se identifica la aparición de nuevas y complejas enfermedades que en el fondo derivan de enfermedades comunes no adecuadamente combatidas (dengue hemorrágico o chagas), o bien que los niveles de consulta cada vez son más y con mayores exigencias, etc. entendemos y analizamos entonces que son nulos o contados los registros en los que se identifican datos en donde se pudiera medir el trabajo de impactos, es decir: las cifras de mujeres sensibilizadas y capacitadas para prevenir los abortos o una muerte materna o perinatal, los casos de las comunidades concientizadas que siempre aceptarían una vacuna o una detección porque entienden y conocen la importancia de esta acción, o las cifras donde se muestren a las familias capacitadas en temas de salud las cuales y derivado de ello acuden menos por una consulta y combaten más los factores que generan esos padecimientos desde sus propias localidades y desde ellos mismos, etc. En pocas palabras, la parte sustancial a que refieren todos estos ejemplos y que es el logro preventivo no se identifica fácilmente en el sistema mexicano de salud.

Si visualizamos el panorama de los Programas e Instituciones destinados a la atención de la salud en México, tanto en universos rurales, como en universos urbanos, enfocados a

población abierta y a la población derechohabiente podemos encontrar que de las 5 instituciones más fuertes orientadas a la atención de la salud (PEMEX; ISSSTE; IMSS; SSA; Marina y Armada de México), sólo el IMSS a través del Programa IMSS Oportunidades, ofrece a la población un funcionamiento con carácter preventivo. El resto de las instituciones y Programas trabajan un esquema basado exclusivamente en la parte asistencial y/o curativa, a excepción de la estrategia de ampliación de cobertura de la SSA que cubre una parte de *atención* a población rural, y del IMSS que en el año 2004 integra la estrategia Prevenimss, a través del uso de cartillas con lectura de guías con que focalizan sus universos de atención, aunque limitado sólo a derechohabientes. En resumen; el sistema de salud en México escasamente ha trabajado con la prevención y mucho menos con la prevención en la población más necesitada, la población rural e indígena.

Ahora para llegar a la prevención, es indudablemente necesaria la participación social y la responsabilidad compartida, ambos factores sociales sustentarán y garantizarán el trabajo preventivo en el sector salud.

Recordemos los primeros capítulos de esta investigación y retomemos algunas reflexiones que justifican y explican la conclusión anteriormente comentada:

“La demanda a la satisfacción de las necesidades básicas puede ser exigible cuando esta adquiere una responsabilidad compartida y se ubica dentro de una sociedad determinada”,
Un sistema que tiene como base la acumulación del capital humano, tiene como base la educación como el principal elemento y con ello la movilidad social ascendente y la corrección de las desigualdades en la distribución de la riqueza y el ingreso; a través de la estrategia de focalización que comprende principalmente el gasto público social hacia los sectores pobres y sectores vulnerables y construir así redes sociales de contención contra la pobreza” (Contreras:2001); “La potencialidad de los sujetos sociales para ser partícipes de su propio desarrollo debe obligar a los gobiernos a impulsar también políticas que vayan más allá de acciones dirigidas a consolidar procesos económicos, políticos o institucionales” (Dworkin 1993); “la igualdad de los recursos depende también en gran medida de la capacidad de las personas” (Minujin:1998); “Cuando existe un asistencialismo paternal se

tiende a la monopolización de las comunicaciones externas de los grupos objetivo y no se repara en que con ello se coarta su capacidad de establecer responsabilidades. Los grupos con mayor libertad y participación interna obtienen una consolidación, mayor productividad económica y acentúan su fortaleza para diversificar sus logros (Roemer:1994).

Estas reflexiones que en su momento se rindieron tras el análisis que pretende incorporar un Estado asertivo y participativo de sus obligaciones; involucran y ubican inevitablemente a las demandas sociales y a la responsabilidad social del Estado como elemento importante para el éxito y permanencia de estrategias y políticas sociales, las cuales coincidentemente no se identifican en las acciones actuales de las políticas y programas, no solo de salud, en México.

Al haber analizado el Programa IMSS Oportunidades confirmamos estas premisas (participación social y trabajo preventivo); a través de la exposición de su modelo de trabajo basado en el Modelo de Atención Integral de la Salud. No obstante, como todo análisis no todos los resultados son positivos, existen deficiencias y limitaciones en este modelo, las cuales analizaremos más adelante, ahora sigamos con las fortalezas.

La evidencia de la efectividad de las acciones, son los resultados de los avances y logros de las comunidades pertenecientes a este Programa y que se encuentran enclavadas en lugares de difícil acceso (como el caso de Yahinahuac, en la sierra norte de Puebla, en la cual se destaca la producción de local autónoma y una sociedad responsable de su desarrollo, en la que si bien es cierto que siguen recibiendo apoyo estatal y federal, estos apoyos son los adecuadamente planeados para este universo, y por lo tanto, derivado del trabajo con la población, son bien aprovechados, valorados y complementados por la misma sociedad). Es evidente que en este tipo de universos, aunque la comunidad necesita atención a la salud, consultas y medicamentos como parte de sus necesidades básicas, estas demandas son las menos o exclusivamente las indispensables, en comparación con otros tipos de universos con características similares de marginación e indigenismo, que presentan una serie de padecimientos constantes y complejos, así como altos niveles de consultas, parecidos a los universos urbanos.

Reflexionemos; al conseguir que población con graves niveles de analfabetismo, habitantes de lugares de difícil acceso, con servicios básicos limitados, con culturas, tradiciones, religiones y costumbres hayan cambiado su visión con respecto a su salud (por ejemplo que las mujeres indígenas dueñas de una cosmovisión diferente permitan y sobre todo busquen con periodicidad una exploración ginecológica o asesoría para planificación familiar), hace que el Programa IMSS Oportunidades dé validez y constancia de efectividad a su modelo. Recordemos que este modelo busca sobre todo, la participación de la población en el autocuidado de su salud, a través del sentido de la prevención, la capacitación y la participación comunitaria.

El Programa al apoyar a una localidad rural con capacitación o dotarles de un proyecto productivo o de un mínimo recurso para el mejoramiento de la vivienda, es porque cuenta ya con una familia concientizada, dispuesta a participar en las propuestas establecidas y garantizará el compromiso para dar cumplimiento con lo estipulado en los requisitos para otorgar los beneficios; asumiendo con el Programa un compromiso y nunca una visión de paternalismo.

La supervivencia del Programa IMSS Oportunidades, antes Solidaridad, antes Coplamar, se debe al compromiso y al impacto que las acciones han generado con la población que no tiene acceso a servicios de salud. Su sobrevivencia va más allá del reto presupuestal, ya que las peores luchas de este Programa han sido con los gobiernos, administraciones y las modas sexenales.

Es evidente que en México a pesar y que algunas estrategias y Programas se encuentren dando resultados y sean efectivos en sus acciones, no le son convenientes al Estado por la efervescencia, exigencia y razonamiento que generan en sus receptores. Recordemos la cita de Minujin en el año de 1998 en la que exponía que “entre mayor opción de inclusión de los actores sociales, las demandas de necesidades básicas se pueden convertir en exigencias sociales”. Qué mejor ejemplo de lo anteriormente citado que el año 2006 en el que ninguno de los discursos políticos de los candidatos de los diferentes partidos a ocupar

la presidencia del país retoma la parte preventiva y colectiva para el cumplimiento y satisfacción de las necesidades en salud. Sus discursos rondan en torno a la presupuestación, infraestructura, seguro popular y asistencialismo.

Hasta el momento, los discursos son evidentes, el peso de la atención de las propuestas de gobierno y de partidos políticos han sido dirigidos y seguirán siendo dirigidos a:

La búsqueda de una SSA compensatoria y tranquilizante de las demandas de los sectores más pobres en materia de salud, la cual seguirá ofreciendo un panorama muy limitado de cantidad y calidad en la atención de poblaciones muy necesitadas del país y que habitan en universos inaccesibles, los cuales muy difícilmente podrán ser participes de los servicios de un tercer nivel de atención. Un Seguro Popular que propone la atención a cambio de un costo (la privatización de los servicios de salud a fin de cuentas), y que ha demostrado que el beneficio es desigual, ya que lo que alcanza a cubrir el pago que realiza una familia, por lo menos en universos rurales, no cubre servicios de gastos médicos mayores que vayan más allá de un parto o de los medicamentos que formen parte de un cuadro básico.

Efectivamente, la estrategia de Seguro Popular (vista desde los efectos sociales) es una clara y evidente exclusión de los servicios de salud para el grueso de la población, por no tener las mismas posibilidades de pago para la atención, los servicios y los medicamentos.

Asimismo, una seguridad social que cae con una evidente y deteriorada calidad de la atención en una marcada atención asistencial que no se da abasto de los servicios requeridos por la población y que muy difícilmente podrá rendir atención a universos que no cotizan pero que si requieren atención.

Es importante aclarar y comentar nuevamente que estas conclusiones en lo que se refiere a la crítica a estos sistemas de atención a la salud, tiene por objeto resaltar la poca importancia que el Estado y los gobiernos dan a la inversión en salud, las inadecuadas estrategias y la poca visión para reforzar y corregir los aciertos y/o errores de estos sistemas. Es real que el sistema mexicano de salud ha dado resultados, pero no los

esperados para un país como México. El sector salud ha superado y alcanzado cifras que mantienen su estándar, pero que es insuficiente para atender las demandas, las exigencias y las necesidades rebasadas de su población actual.

Es evidente que la política social sobre todo aquella que va enfocada al campo de la salud en América Latina y por lo menos en México comete varios errores comunes que han condicionado su efectividad. Algunos por ejemplo:

- No inyectar capital e inversión a los diferentes sectores primarios que conforman las grandes esferas de atención y los cuales en algún momento serán los que lleguen a ser los detonantes del desarrollo social.
- El dedicarse a invertir en insumos que requieren grandes cantidades de recursos pero que de todas maneras son limitados y de mala calidad para la demanda poblacional.
- Ubicar inadecuadamente los servicios de salud al atender a personas, familias o grupos que no necesitan el apoyo del Estado, con lo que se desperdician los escasos recursos fiscales

Así como algunos otros errores que al parecer son más simple pero críticos, ellos consisten en:

- Dejar de atender a los más necesitados o no considerarlos como coparticipes del desarrollo social y sólo identificarlos como receptores o población demandante de los servicios, error que tiene un costo humano, más que fiscal, sobre todo al ignorar la atención a los más pobres.
- Crear Programas que no visualizan en sus estrategias la inversión del capital humano y la homologación de servicios, por lo menos en la calidad de la atención y en una gran cobertura de la población.

Probablemente sea imposible eliminar del todo dichos errores, pero por lo menos es obligación del Estado y de las Instancias correspondientes que se deben minimizar la mayormente posible. Por eso una opción para ello es la inversión directa en la parte preventiva y de capital humano, establezcamos algunas propuestas:

Como un primer momento, es necesario dadas las necesidades en salud que presentan los cambios demográficos, identificar el costo beneficio que se obtendría al inyectar capital a estrategias antes o por igual que a insumos, lo cual permitirá visualizar además de un resultado que satisfaga las necesidades básicas en salud de la población, una proyección de permanencia y calidad de los efectos y resultados. Por ejemplo: mediante un esfuerzo financiero relativamente modesto, y sobre todo, mediante la utilización efectiva de los recursos existentes, México podría mejorar la situación de las zonas y grupos rezagados a través de un incremento del gasto público en salud como proporción del PIB utilizado en países de desarrollo o ingreso medio que tienen instituciones adecuadas, ubicando ese recurso específicamente en no terminar y/o seguir manteniendo Programas exitosos con impactos en salud o bien otorgar capital para mantener las estrategias que han demostrado dar resultado en sus objetivos con la población vulnerable al lograr fortalecer la corresponsabilidad de las acciones desde el ciudadano hasta el estado

Para el caso de México proponerse adelantar los logros a través de estrategias donde exista inversión de capital humano, significaría evitar la tasa de mortalidad infantil en más de 18 mil muertes al año por ejemplo (que fue la cantidad de muertes evitables en México en el último año); así mismo, y adicionalmente a través de políticas adecuadas de protección social se evitaría el empobrecimiento de numerosas familias mexicanas a causa de gastos excesivos en salud a los que actualmente están expuestas. Estos logros en particular, además de su indiscutible valor intrínseco, liberaría el potencial humano y social necesario para emprender el rumbo hacia un desarrollo más justo y sostenible.

Otra estrategia fundamental debería ser el conocer quienes no necesitan de la política social ya que con ello se conseguiría la efectividad de las acciones de Programas y estrategias de

atención a la salud; aunque ésta información está generalmente en el ámbito privado, es fundamental se logre excluir a ciertos individuos y hogares del beneficio de un Programa doble a fin de no generar paternalismos y conformismo en la gente; para esto se tiene que conocer la distribución de la pobreza, contar con mecanismos administrativos y técnicos que revelen donde están y quiénes son los más pobres para poder llegar a ellos y tener un entorno político que permita excluir a las mayorías de los beneficios de algunos programas públicos.

Los puntos siguientes a los que deben de responder las políticas sociales para la creación de Programas de atención de necesidades básicas de la población entre ellos el de la salud es tal vez el más importante planteado en esta investigación ya que responde al planteamiento inicial de la misma que es la posibilidad de crear y/o consolidar la atención a la salud de la población más vulnerable a través de estrategias o Programas que contemplen la participación comunitaria como base del propio éxito y permanencia de dichas estrategias. La respuesta es afirmativa y garantiza el éxito de los Programas de atención a la salud (y seguramente de otro tipo de Programas sociales) siempre y cuando se consideren ciertas condicionantes.

Por lo anterior, como ya es irremediable repetirlo (ya que sobre esta hipótesis giro esta investigación), es que el Programa IMSS Oportunidades demuestra con su permanencia la posibilidad de aplicar Programas preventivos, destinados a universos en pobreza y pobreza extrema y en cuyas estrategias se fundamente la corresponsabilidad de la población como garantía de su funcionamiento. Es totalmente factible la teoría de Saucedo en la que es comprobado que los actores que intervienen como solicitantes de la atención o beneficiarios de las estrategias gubernamentales y del estado, deben de formar parte de las alternativas de superación y cambio, no adoptando responsabilidades que el Estado le corresponden, sino participando en el derecho a la satisfacción de las necesidades, filtrando con ello las demandas y exigencias sociales.

Es importante que el Estado comprenda que en el sistema cada quien es responsable, pero autónomo y protegido; cada uno tiene asegurado un mínimo de éxito; el éxito está

fuertemente personalizado y la participación del individuo lo logran las circunstancias, es decir, si algunos individuos o actores sociales tienen más iniciativa o posibilidades serán responsables directos y participes de su propia relación; no obstante el sistema coordinará siempre las acciones de sus participantes. La funcionalidad del Estado para llegar a esto debe ser concebida por el mismo como un órgano regulador consiente de una organización perfectamente racionalizada y ese órgano debe ser representado por instituciones, Programas y políticas que derive el propio Estado.

Es demostrado también que es más fácil trabajar con comunidades indígenas que mestizas por la cultura de arraigo a las tradiciones y al compromiso, además que por lo regular se representan en pequeñas concentraciones; el mayor problema en este caso es el lenguaje por lo cual es necesario idear técnicas educativas aptas para esta población, también se ha demostrado que es más factible aplicar este modelo a universos rurales que urbanos, pero insistimos no es que no sea aplicable, puede ser aplicado pero antes adecuado a estos universos; es decir en las ciudades tal vez no habrá organización comunitaria para vigilarse unos con otros y asesorarse en caso de problemas de salud como es el caso de las acciones de la PVR, o participar en faenas u otras actividades comunitarias, pero si los sistemas de salud pueden ofrecer la parte preventiva del modelo de atención integral a través de la capacitación, asesoría y control de las familias que cubren sus universos de trabajo.

Sin duda los resultados potenciales de invertir en salud serían muy significativos; sin embargo, estamos conscientes de que documentar los argumentos y precisar las estrategias es una condición necesaria pero no suficiente para lograr los resultados deseados. Es indispensable identificar que al igual que el Estado, las políticas, el sistema y las instituciones, se requerirá un conjunto de acciones y esfuerzos por parte de la sociedad en torno a metas compartidas y sobre todo de unidad de propósitos para supeditar la voluntad política a un objetivo superior, el desarrollo económica y el bienestar social del pueblo de México.

Un avance por si mismo importante, es el crear conciencia sobre la necesidad de invertir mejor y más en salud, dada su trascendencia en materia de bienestar y el papel que juega en la promoción del desarrollo y crecimiento económico, entre funcionarios públicos y gobiernos a nivel federal, estatal y municipal responsables de asegurar el derecho a la salud, organizaciones de la sociedad civil, que se dedican a promover y asegurar una mejor salud para las personas, al sector empresarial y a las instituciones académicas de todos los niveles para que asuman un papel preponderante en la promoción y educación para la salud y el desarrollo de conocimientos pero es igualmente importante contar con la participación activa de la sociedad como responsable de su propia salud a través del autocuidado de la misma y de las medidas preventivas que pudieran brindar un mayor control y erradicación de padecimientos comunes que muchas ocasiones no dependen de los recursos financieros y de las políticas sociales, sino de la disposición de la sociedad por participar de manera activa en coordinación con todos los sectores para lograr que México sea un modelo a nivel mundial por sus avances en materia de salud.

Así mismo y para concluir con este trabajo, es imposible que al hablar de desarrollo comunitario, participación institucional y pobreza no hagamos una reflexión y una conclusión final sobre participación comunitaria, capital social y sus debilidades identificadas en la exposición de los estudios de caso de esta investigación.

Puedo llegar a la conclusión que existe la construcción de teorías que analizan los objetivos y alcances del capital social, el cual ciertamente marca conceptualmente el significado de “participación comunitaria”; algunas de estas teorías cuestionan su conformación, otras la justifican como la única salida a las negligencias y debilidades de las instituciones y el Estado; sin embargo, independientemente de las tendencias, lo innegable es la presencia y la existencia cada vez más fuerte de la conformación de las redes sociales que dan movilidad y/o son coparticipes del desarrollo económico, político y social de una nación.

¿Pero en realidad que es lo importante del capital social? ¿El capital social puede combatir la pobreza?. Si reflexionamos al respecto y tratando de meditar en el primer cuestionamiento, ciertamente el capital social puede ser tanto la solución como el problema;

la construcción de redes sociales ciertamente garantiza en una primera fase el desarrollo de potencialidades individuales que tal vez en algún momento se han perdido o se han ignorado por diversidad de situaciones y problemáticas, las cuales dependen solamente de la reacción, la disposición individual y la integración de un grupo para ser corregidas (por ejemplo la vigilancia en el consumo del agua en alguna localidad, la disposición comunitaria de basura, el control de fauna nociva y transmisora por parte de la participación familiar y la consolidación de comités de salud, o la asambleas de vecinos). Pero en una segunda fase genera la construcción de redes sociales integradas, establecidas y organizadas regidas por reglas pero siendo organizaciones civiles aún las cuales trascienden, permanecen y se infiltran a las instituciones, sistemas o redes formales; para que finalmente y en una tercera etapa la trascendencia y el eco que estas puedan generar entre las instituciones y el Estado para el beneficio de sus integrantes y de los lugares de origen será el verdadero logro de estas redes sociales.

Es decir, a través del capital social se da la posibilidad de la conformación de redes sociales, comunitarias locales y regionales, así como el impulso del potencial individual que es en su momento el que originará la aparición de nuevas redes sociales; no obstante es innegable que la mayor importancia del mismo es la permanencia y el éxito de las redes sociales en el desarrollo regional.

Un caso importante (además del de IMSS Oportunidades) que ejemplifica el efecto de redes sociales (similar al sujeto de estudio de esta investigación) es el de la policía comunitaria de la montaña de Guerrero, la cual y través de una necesidad comunitaria fue conformada para la vigilancia y el orden de una zona comercial e indígena de la montaña. Dicha red nace con la integración de la propia población para la detención de delincuentes, para después buscar la readaptación de estos a través de la propia ayuda a sus familiares y a su comunidad por medio de trabajos locales y comerciales, lo cual origina que dicha organización social adopte una fuerza considerable frente a los pobladores de la región lo que finalmente provocará una inquietud entre las instituciones y el Estado (redes formales) ya que la imposición de esta organización estaba influyendo en decisiones políticas y económicas (hacendatarias) regionales y estatales por lo cual la decisión de las redes formales

institucionales y municipales y su posterior participación en las decisiones locales, regionales y de Estado. Precisamente en este ejemplo, la permanencia de esta red social y la aportación lograda a sus integrantes es la trascendencia y el efecto de la formación del capital social.

De igual manera y volviendo a nuestro tema de investigación; concluyamos que un ejemplo de éxito de las redes sociales efectivamente pueden ser la participación y permanencia de localidades modelos impulsadas por IMSS Oportunidades, inclusive el mismo programa y su permanencia como un órgano de promoción social pudiera ser un ejemplo de éxito de capital social, asimismo las localidades no participantes o actualmente ya no participantes (por todos los factores señalados con oportunidad en el apartado correspondiente) pueden ejemplificar también la vulnerabilidad que presenta el capital social, aún y del éxito o permanencia que haya tenido.

¿Cuál es la vulnerabilidad social, por qué hablamos del capital social como solución y problema?; una primera forma de vulnerabilidad es cuando analizamos que al ser evidente que aunque el capital social es la solución a situaciones y demandas, en muchas ocasiones puede convertirse también en un problema social, un ejemplo claro es el narcotráfico, el cual nace como la conformación de una red social de participación, consolidada, permanente, pero negativamente social y al final de beneficio individual. Es decir la integración y respuesta social sobrepasa el control del Estado y funciona para acciones que repercuten a la misma sociedad.

Otra debilidad que evidentemente muestra la construcción y participación de un capital social, es el comprobar hasta dónde estas redes sociales pueden combatir la pobreza, como agente independiente de las instituciones y el Estado y llegamos a dos conclusiones, si retomamos a Wolkock y Narayan concluimos y no podemos negar que la idea básica de capital social es que la familia, los amigos y socios de una persona constituyen un activo de suma importancia, al que puede recurrir en momentos de crisis, disfrutar como un fin en sí mismo y, también, utilizar para obtener ganancias materiales. Ahora, lo dicho respecto de los individuos también vale para los grupos. En efecto, aquellas comunidades que cuentan

con un abanico diverso de redes sociales y asociaciones cívicas se encuentran en mucho mejor pie para enfrentar la pobreza y la vulnerabilidad (Moser 1996; narayan, 1995), para solucionar conflictos (Schafft, 1998; Varshney, 2000) y aprovechar nuevas oportunidades (Isham, 1999); no obstante también tras un desalentador análisis (realizado a IMSS Oportunidades) podemos concluir que a pesar y de la confiabilidad y la integración es poco lo que pueden subsistir y permanecer estas redes sociales sin una participación integral entre Estado-Instituciones-Sociedad-Mercado.

El anunciado fin de IMSS Oportunidades se debe a esta situación, ya que a pesar de la permanencia, la consolidación de acciones y la formación de redes sociales; si el Estado no se involucra, si no se aportan recursos y si las políticas cambian, el único programa con carácter preventivo y de participación social que se ha mantenido durante más de 27 años, indudablemente terminará. La permanencia para este u otro programa de atención se basa en la integralidad de las acciones de todos los actores de un sistema; integralidad que vale la pena considerar, porque si bien la permanencia de programas, la construcción de redes sociales y la solución de problemáticas dependen completamente de esta conjunción de acciones; también queda demostrado con esta investigación que la construcción de programas y políticas sociales con principios y fundamentos basados en la responsabilidad compartida de los actores sociales y en el trabajo preventivo siempre dará resultado y serán una buena alternativa para satisfacer las necesidades básicas de la población.

BIBLIOGRAFIA

AISS. 1991

La protección social rural. Salud, atención y pobreza. Serie núm. 13, Buenos Aires, Argentina.

Alonso, Luis. 2001

La producción social de la necesidad. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Autónoma de Madrid.

Anguiano, Silvia. 2001

“Las estrategias de reproducción familiar”; Universidad Nacional de San Luis, República de Argentina, Proyecto N° 549. 501. Buenos Aires.

Arce, Moisés. 1999

“La política en la reforma del sector salud en América Latina” Informando y Reformando, Boletín Informativo NAADIIR/AL.

Ávila C., Abelardo. 1998

“La nutrición y la atención a la salud”, en Memorias del taller interdisciplinario sobre política social e indicadores de bienestar en el estado de Oaxaca, Oaxaca, Oax., COPLADE.

BANAMEX-ACCIVAL. 1998

México Social 1996-1998. Estadísticas Seleccionadas, División de Estudios Económicos y Sociales, Banco Nacional de México, México D.F.

Barajas, Gabriela. 1997

“Comités de solidaridad en México. Seguimiento y Evaluación”, en Estudios sociológicos, vol. XV, núm. 45, septiembre-diciembre.

Bay, Ignacio. 1999

Salud y crisis en México; textos para un debate. UNAM, CIICH, México, Editorial Siglo XXI.

BM. 1994

Indicadores Generales de Desarrollo Mundial. 1993. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. New York EEUU.

BID/PNUD. 1997

Reforma Social y Pobreza, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.

Boltvinik, Julio. 1990

Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición, Caracas, PNUD. Proyecto regional para la superación de la pobreza.

Boltvinik, Julio y Hernández, Laos. 1991

La pobreza y las necesidades esenciales en América Latina, el caso de México, México, D.F., PNUD, Universidad Autónoma Metropolitana.

Boltvinik, Julio. 2005

Consenso sobre necesidades humanas, Economía Moral, en la Jornada. México.

Boisier, Sergio. 1998

El Desarrollo territorial a partir de la construcción del capital sinérgico. ILPES, Santiago de Chile.

Brechet, Vivian y Sherraden, Margaret. 1993

Austeridad Fiscal, el Estado de Bienestar y el cambio Político, los casos de la salud y la alimentación en México (1970-1990), en Estudios Sociológicos del COLMEX. Vol. XI, N° 32, Mayo-Agosto 1993.

Brehil, Jaime y Granda, Edmundo. 1982

Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método, CEAS, México.

Briceño-León, Roberto. 1996

“La ambición de la riqueza en Venezuela”. Economía y Ciencias Sociales. Venezuela. Universidad Central de Venezuela.

Castañeda, Martha Aída. 1999

El Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: Participación comunitaria y perspectiva de género, Oaxaca, México.

CEPAL. 1997

The Equity Gap, La dimensión de la pobreza en América Latina. Boletín Informativo. Sao Paulo Brasil, Comisión económica para América Latina y el Caribe.

CIESS/CEDESS. 2000

Reunión sobre la protección social a los grupos marginados. Centro de Desarrollo estratégico para la seguridad social. IMSS. México.

Contreras, Enrique. 1990

Capital Social, CIICH UNAM, Agosto 1990, México.

---- 1999

El Estado de Bienestar Corporatista, CIICH UNAM, Agosto 1999, México.

---- 1999

Políticas públicas y políticas para la salud, CIICH UNAM, Agosto de 1999, México.

Contreras, Enrique y Jarquín, M. Elena. 1999

Taller interdisciplinario sobre política social e indicadores de bienestar en el Estado de Oaxaca, Oaxaca, Oax. Comité de Planeación Social y Desarrollo del Gobierno del Estado de Oaxaca, CIICH UNAM, CONACYT Oaxaca.

- Contreras, Enrique y Pérez, Liliana. 2001
Las reformas al sistema de atención a la seguridad social de la salud humana. Desafíos y posibilidades de un financiamiento orientado a la equidad. CIICH UNAM.
- Contreras, Enrique. 2001
Ética, desarrollo y políticas públicas. CIICH UNAM. México.
- Coleman, J. 1990
"Foundations of social theory" Belknap Press, Cambridge, Mass. 1990.
- . 2001
"La Producción de Bienes y Servicios Básicos en México y las alternativas de Desarrollo", Tesis para obtener grado de Doctor en Sociología, México, UNAM.
- . 2006
Estado, mercado y territorio en México a comienzos del siglo XXI. Seminario Nacional Agenda del Desarrollo 2006-2020, UNAM, Escuela de Trabajo Social, México.
- COPLAMAR, 1975
Necesidades Básicas en México., Tomo I: Alimentación, 3ª Edición, S. XXI editores, México.
- COPLAMAR (UMR) 1998.
Memorias de la Primera Reunión Anual de Análisis del Desarrollo del Programa IMSS Coplamar, México.
- Cordera, Rolando. 1997
La política social como tarea civilizatoria, Ensayo, Revista Etcétera, Diciembre de 1997.
- Cordera, Rolando y Ziccardi, Alicia. 2000
Las políticas sociales de México al fin del milenio, descentralización, diseño y gestión, México, UNAM, IISUNAM, Porrúa Editores.
- Daniel, Acuña. 1970
IX Censo General de Población, México, DGE, SIC, en Salud Desigual en México, México.
- De la Fuente, Juan R. y Mercedes, Juan. 1996
La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida, México, D.F., Consejo Nacional de Salud, Secretaría de Salud.
- Del Val, Enrique. 1998
"Desarrollo social y Programas de combate a la pobreza", suplemento núm. 2 de Trabajo Social, UNAM, num.21.
- Dieterlet, Paulette. 1992
Derecho, necesidades básicas y obligación institucional, en pobreza, desigualdad social y ciudadanía. México, UNAM.

---- 2004

“Qué dicen los pobres y Voces de los Pobres”, en Cuadernos de Desarrollo Humano 18, septiembre, Secretaría de Desarrollo Social, México.

Doyal, Len e Ian Gough. 1994

Teoría de las Necesidades Humanas, Madrid España, Editorial Icaria.

Durlaf, Steven.

The Case "Against" Social Capital. University of Wisconsin. Madison. 1999.

Durston, John (1999): "Construyendo Capital Social Comunitario", Revista de la CEPAL, N 69. Durston, John (1999): ¿Que es capital social comunitario? Serie Políticas Sociales No. 38 División de Desarrollo Social, CEPAL.

Dworkin, Robert. 1998

Ética privada e igualitarismo político, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Esping-Andersen, Gosta. 1998

“Alter the golden age?. Welfare state dilemmas in a global economy. Welfare states transition. National adaptations in global economies, Londres, Thousand Oaks, Nueva Delhi, Sage-UNRISD.

FCPyS. 2000

Acta sociológica, La política social, UNAM, México.

Fleury, Sonia. 2004

La expansión de la ciudadanía, Rio de Janeiro Brasil.

---- 1999

Políticas sociales y ciudadanía. Rio de Janeiro Brasil.

Frenk, Julio y Bobadilla, José Luis. 1990

Los Futuros de la Salud a largo plazo; Conferencia realizada en el Centro de Estudios Prospectivos de la Fundación Barrios Sierra AC, México, D.F., Nov., Revista Demos.

Frenk, Julio. 1994

Los instrumentos de la reforma la inteligencia institucional. Proyecto economía y Salud; Editorial. Economía y Salud. México

---- 2000

“Salud: la reforma necesaria”, en Las políticas sociales de México al fin del milenio, México, UNAM, Porrúa Editores

FUNSALUD, 2004

“Evaluación anual FUNSALUD”, Reglas de Operación del PDHO, Presidencia de la República, Participación Comunitaria y Atención a la Salud, Seminario UCM, México D.F.

Galtung, Johan. 1998

“El desarrollo como Programa de la democracia”, en Todos Entran, UNICEF, Bogotá Colombia, Santillana Editorial.

Gómez, Héctor. 1998

Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina, Seminario transición de las políticas sociales en América Latina, Uruguay Montevideo.

González Casanova, Pablo. 1995.

“Minimalismo”, en El perfil de La Jornada, octubre 7

Granovetter, Mark

“Economic action and social structure: the problem of embeddedness”, American Journal of Sociology, Vol .91, No.3, 1985.

Hernández R., Jorge.

“La pobreza como depredación humana condicionada y aprendida en Sociedad. Criterios de sustentabilidad social”; Proyecto de investigación Fondecyt n° 1950868, Un estudio sobre la Morfología Social de la Pobreza y las tensiones del desarrollo regional, México.

IIIUNAM y CONACYT. 1998

Taller interdisciplinario sobre Políticas Sociales e Indicadores de Bienestar en el Estado de Oaxaca. Coordinación General del Comité de Planeación para desarrollo del Estado; Delegación Regional Sur, México.

IMSS. 1991

Programa de Atención Integral a la salud de grupos urbanos marginados. Área de Prestaciones Sociales. Div. de Bienestar Social y Desarrollo Cultural. Abril 1991. México.

---- 1994

El Programa IMSS Solidaridad 1988-1994, IMSS, México.

---- 1996

“Encuesta familiar sobre planificación familiar 1995”, Resultados Nacionales, México.

IMSS. 1998

---- 2004

Sistema de Información sobre Población Abierta (SISPA), Sector Salud datos Acción Comunitaria/Progresá IMSS, enero-diciembre.

SEDESOL. 1996

Evaluación anual del Programa de Educación, Salud y Alimentación, Poder Ejecutivo Federal, México 1996.

IMSS Oportunidades. 2003

Información General sobre Población Abierta (SISPA), Unidad de Planeación y Evaluación, corte Abril 2003, México, Programa IMSS Oportunidades.

---- 2006

Sistema Información sobre Población Abierta (SISPA), Unidad de Planeación y Evaluación, corte bimestral enero febrero-2006.

IMSS Solidaridad. 1993

La atención primaria a la salud uno de los pilares del desarrollo social. Políticas Nacionales de Desarrollo. México

---- 2001

Salud reproductiva en el IMSS, una experiencia rural. Unidad de Atención Médica. México.

---2006

Metodología de Supervisión de Acción Comunitaria, Resultados de Supervisión Nacional. Coordinación de Acción Comunitaria. 2004, 2005 y 2006

Jusidman, Clara. 2005

Los derechos sociales en México, Seminario Cuestión Social, IISUNAM, México, UNAM.

La Jornada, 1997

La salud de los mexicanos: prioridad del Estado; en Jornada Ecológica, suplemento, Enero de 1997.

Laguna, José. 1992

Equidad y salud. Salud Pública en México Vol. 34, México.

Laurell, Asa Cristina. 1994

Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud, UAM Xochimilco, Friederich, Eberth Stiftung, México.

---- 1997

La reforma, centro de la salud y la seguridad social. Fundación Friedrich Eberth. México. Editorial Era.

León, Samuel. 1988

Política Social. Cuadernos de Renovación Nacional. Secretaría de Gobernación. FCE, México.

Levy, Santiago. 2003

IMSS Oportunidades, la mayor contribución para mejorar la salud de la población marginada. Boletín de Prensa No. 598, IMSS/SEDESOL, México.

López A, Daniel. 1981

“La salud desigual en México”. Revista Latinoamericana de Salud. UAM Xochimilco, Editorial Nueva Imagen.

López M, Sergio. 1990

“Atención primaria a la salud”. Factores de riesgo en la comunidad, elementos para el estudio de salud colectiva. UNAM, México.

- Luna, José. 1992
Equidad y Salud, en Salud Pública de México; suplemento 1992, Vol. 34.
- Lustig, Nora. 2004
“Invertir en Salud para el Desarrollo Económico, Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, Puebla México, Universidad Narro.
- 2004
“Evaluación del Sistema Mexicano de Atención a la Salud”, Puebla México, Universidad de las Américas.
- Lorenzilli, Marcos. 1998
Economía y Política social: los casos de salud y la educación., IDRC/CRDI:CIID-Montevideo, en Foro de Desarrollo Social para las Américas, publicación electrónica <www.idrc.ca/lacro/foro/explorations/lorenzelli2.html>
- Maingon, Thais
Privatización de los servicios de salud en América-Latina y el Caribe: Estudios de caso, en Población y cambio social, Revista Panamericana de Población. Vol. 1, N. 1.
- Manfred A. y Max-Neef. 1996
Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Editorial Icaria, No. 65. México.
- Martínez, Carolina .1991
Un acercamiento a la problemática de la salud en México a fines de los 80s.; en estudios Sociológicos. Tomo IX, Num. 26. México, UNAM.
- Márquez, David. 1990
Los retos de la marginalidad, en La jornada, Suplemento 19 de septiembre de 1990.
- Mesa L, Carmelo. 1991
“Social security in Latin América”, en BID Economic and Social Progress in Latin America. 1991 Report; Washington, D.C.
- Meza, Miguel. 1994
Seguimos estando juntos. Historia de la sociedad de solidaridad social. “Zanzekan Tinemi” de Chilapa, Guerrero (1980-1992), México D.F. Instituto de Estudios para el Desarrollo Rural Maya A.C.
- Minujin, Alberto. 1998
“Vulnerabilidad y exclusión en América Latina”, en Todos Entren, propuestas para sociedades incluyente, UNICEF, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Molina, Joaquín. 1998
Importancia de criterios de seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud. Retorno al sistema de salud CISS/OIT/OMS, México.

Mora, Laura 1994

Factores de Riesgo en la Comunidad, México.

Muñoz, Onofre. 2006

Evaluación anual del Programa IMSS Oportunidades 2005, Jefatura de Prestaciones Médicas del IMSS, México DF, Febrero.

OMS y BM. 2001

Macroeconomía y salud: invertir en pro del desarrollo económico, Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, New York, EEUU.

ONU. 1967

"Local participation in development planning", Nueva York. EE.UU.

Putnam, Ruth. 1998

"Comentario a 'Objetividad y significado social'", en Nussbaum, Martha y Amartya K. Sen (comp.) La calidad de Vida, México, D.F., Fondo de Cultura Económica Universidad de las Naciones Unidas

Progres. 2000

Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Progres. 2000, componente salud. México

Sánchez, Delia. 2000

La pobreza en América Latina", Evaluación de la Reforma de las Políticas Sociales; la investigación en salud en América Latina y el Caribe, Tendencias y Desafíos. Uruguay, Montevideo, CIID

Saucedo, Gabriel. 2004

"Elementos Teóricos para la Acción Colectiva en Salud", Salud Comunitaria y Promoción a la Salud, Universidad de la Ciudad de México, México

Sen, Amartya y Bernard Williams (eds.) 1983

"Introduction:utilitarianism and Beyond", en Sen, Cambridge y Paris, Universiade de Cambridge y La maison des sciences de l'homme.

Sepulveda, Jaime. 1998

"Relación entre pobreza y salud". Evaluación de las reformas en políticas sociales Uruguay, Montevideo, CIID.

---- 1998

Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina, Uruguay, Montevideo, CIID

SHCP, 2002

Comité Evaluador de Servicios Públicos, Evaluación al funcionamiento del Programa IMSS Solidaridad, México.

Smith, Abel. 1978

Pobreza, desarrollo y política de salud. Pobreza, países desarrollo, desigualdad política y salud. OMS, Ginebra, Suiza.

Stiglitz, Joseph. 1998.

Toward a New paradigm for Development: Strategies, Policies and processes. Given as the 1998 Prebisch Lecture at UNTAD, Geneve, October 19, 1998.

Rueda, V, Javier. 1981

“Perspectivas de la solidaridad social en México”, en Memorias de la Primera Reunión Anual de Análisis del Desarrollo del Programa IMSS Coplamar, México, D.F., IMSS.

Titelman, Daniel. 2000

Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. Revista de Salud Pública. México.

UCM, 2004

“Promoción de la salud; una concepción interdisciplinaria”, en Promoción de la salud y participación comunitaria, UCM, México.

UNAM. 1997

Reidentificación de las Políticas Sociales. Trabajo Social y Política Social. Política Social para la salud. III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de salud.

---- 2002

Política social para la salud. Reidentificación de las políticas sociales. Seminario trabajo social y política social, III Encuentro nacional de trabajo social en el área de salud. México.

Velázquez, Georgina. 1981

“La participación de la jefatura de medicina preventiva en el Programa IMSS Coplamar”. Memoria de la primera reunión anual de análisis del desarrollo del Programa IMSS Coplamar, México D.F. IMSS.

---- 1996

IMSS-Solidaridad, Estructura y Función; en salud pública en México. Nov.-Dic. de 1996, Vol. 34, Num. 6.

Vilas, Carlos. 1998

América Latina: Experiencias comparadas de combate a la pobreza, México D.F., CIICH, UNAM.

Zaus, David. 1998

La participación comunitaria en los Programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Colección Salud Pública de México, Marzo Abril Vol. 30 Num.2

Walter, Michel. 1998

“Objetividad y significado social” en Nussbaum, Martha y Amartya Sen (comp.) La calidad de vida, México, D.F., Fondo de Cultura Económica y Universidad de las Naciones Unidas.

Michael Woolcock * Deepa Narayan
Capital social: Implicaciones para la teoría, la investigación y las políticas sobre desarrollo

1995

Pobreza, condiciones de vida y políticas sociales. Autores Varios; en Revista Sociológica septiembre-diciembre 1995. Año 10 número 29. UAM Azcapotzalco, Departamento de Sociología.

2004.

La reforma del estado y la seguridad social en la región latinoamericana: un referente obligado. UNAM, México.