



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA DEL NORTE
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN**

**DISEÑO DE POLÍTICAS DE ACCESO A LA SALUD
(Secretaría de Salud 1943-2006)**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN
GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS**

PRESENTA:

PATRICIA HERNÁNDEZ MAYA

Asesor: Mtro. Pedro H. Moreno Salazar





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT:

Mi más sincero agradecimiento por haberme incluido en el Programa de Becas-crédito Nacionales para los Posgrados considerados de excelencia, sin cuyo apoyo la presente investigación no sería una realidad.

Al Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales:

Por brindarme la valiosa oportunidad de superarme académica y profesionalmente. Sirva este trabajo para refrendar mi agradecimiento.

A mi asesor y director de tesis:

Maestro Pedro H. Moreno Salazar, por brindarme la libertad intelectual indispensable para plasmar en esta investigación una inquietud de toda una vida profesional.

A mi coordinador del Programa de Maestría:

Doctor Roberto Moreno Espinosa, por su don de gentes y su constante aliento desde que ingrese a la maestría y sobre todo en el arduo camino de esta investigación

A mis sinodales:

Dra. María del Carmen Pardo, Dr. Carlos H. Ruíz Sánchez, Dr. Carlos Welti Chanes, y Dr. Luis E. Gómez.

Que gracias a su revisión detallada, sus valiosas observaciones y aportaciones me permitieron enriquecer de manera importante esta investigación.

A Víctor Manuel, Víctor Amaury y Luis Jair:

Esposo e hijos, por acompañarme también hasta el fin de este azaroso y
bienaventurado camino.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ACCESO A LA SALUD	11
CAPÍTULO II. MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LA SALUD (1943-2000)	23
2.1 Antecedentes	23
2.1.2 Estado de Bienestar	27
2.1.3 Reformas Estructurales	29
2.1.3.1 primera reforma en salud (1943)	29
2.1.4 Instrumentación Jurídico-Normativa	32
2.2 Salud	35
2.3 Salud Pública	38
2.4 Sistema Nacional de Salud	41
2.5 Planeación Nacional en Salud	44
2.5.1 Planes Nacionales de Desarrollo	46
2.5.2 Programas Nacionales de Salud	47
2.6 La Administración Pública como Componente Estructural	50
2.6.1 La Administración Pública en el Campo de la Salud	53
2.7 Segunda Reforma del Sector Salud (1982-1988)	54
2.7.1 Sectorización Institucional	55
2.7.2 Descentralización	55
2.7.3 Modernización Administrativa	57
2.7.4 Coordinación Intersectorial	58
2.7.5 Participación Comunitaria	58
2.7.6 Municipios Saludables.	60
2.8 Criterios y Líneas de Acción que Orientan el Diseño de Políticas Asistenciales de Acceso a la Salud	61

CAPÍTULO III. POLÍTICAS DE ACCESO AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD (1983)	67
3.1 Antecedentes de los Derechos Humanos	67
3.2 Marco Conceptual de los Derechos Humanos	69
3.3 Vinculación Derechos Humanos y Salud	71
3.4 Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos en Salud	73
3.5 Grupos Prioritarios de Derechos Humanos en el Plano Internacional	75
3.6 Problemáticas de Salud Atendidas en el Plano Internacional	78
3.7 Derecho Constitucional a la Protección de la Salud en México	80
3.8 Vinculación de Derechos Humanos con Políticas de Salud en México	83
3.8.1 Grupos de Población Vulnerables	86
3.8.2 Acciones de Derechos Humanos en Salud en México	89
3.8.3 Comisión Nacional de los Derechos Humanos	96
3.8.4 Derechos Humanos en Salud y ONG's	99
CAPÍTULO IV. MODELO DE GERENCIA PÚBLICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD (2001-2006)	109
4.1 Marco Conceptual del Neoliberalismo	109
4.1.1 Estado Neoliberal	111
4.2 Antecedentes del Neoliberalismo en México	114
4.3 Innovación Gubernamental	117
4.3.1 Política de Innovación y Calidad Gubernamental	118
4.3.2 Principios de Calidad	118
4.3.3 Valores de Calidad	119
4.3.4 Criterios	120
4.3.5 Agenda Presidencial de Buen Gobierno	120
4.4 Marco Gerencial Aplicado a la Administración Pública y al Campo de la Salud	125
4.4.1 El Enfoque al Cliente	126
4.4.2 Producto, Servicio	131
4.4.3 Proceso Gerencial en Salud	133
4.4.4 Herramientas Gerenciales	134
4.4.4.1 planeación estratégica	135
4.4.4.2 análisis estratégico (FODA)	138
4.4.4.3 análisis comparativo (benchmarking)	140
4.4.4.4 calidad	143
4.4.4.5 garantía de calidad	145
4.4.4.6 calidad total y control total de calidad	146
4.4.4.7 mejoramiento continuo	147
4.4.5 Administración por Calidad	149
4.4.6 La Gestión Pública como Calidad	150

CAPÍTULO V. ANÁLISIS COMPARATIVO CUALITATIVO ENTRE LOS MODELOS DE SALUD ASISTENCIAL Y EL GERENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD (1943-2006)	153
5.1 Salud	154
5.2 Salud Pública	155
5.3 Sistema de Salud	156
5.3.1 Criterios	157
5.3.2 Propósitos	158
5.3.3 Objetivos	160
5.4 Esquema Financiero	163
5.5 Planeación y Programación	166
5.6 Marco Jurídico	168
5.7 Información	170
5.8 Evaluación	172
5.8.1 Modelo de Evaluación Integral	176
5.9 Recursos Humanos y Materiales	178
5.10 Recursos y Servicios	180
CAPÍTULO VI. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN UN ESTADO ESTRATÉGICO	181
6.1 Gobernanza	181
6.1.1 Nueva Gestión Pública	187
6.2 Estado Estratégico	190
6.3 Análisis de Políticas	192
6.3.1 Análisis de Políticas Públicas de Salud	194
6.3.2 Análisis Metodológico de Políticas Públicas de Salud	195
6.3.2.1 problemática	196
6.3.2.2 tipos de políticas	199
6.3.2.3 modelos de política pública y arenas de poder	202
6.3.2.4 escenarios tendenciales	205
6.3.2.5 actores supranacionales	208
6.3.2.6 actores destinatarios	210
6.3.2.7 actores de salud institucional	211
6.3.2.8 actores legislativos y sectoriales	213
6.3.2.9 actores civiles	214
CONCLUSIONES	217
BIBLIOGRAFÍA.	227

INTRODUCCIÓN

Si bien en México se considera prospectivamente que las inequidades por rezago en inversión para infraestructura de atención a la salud persistirán por varias décadas, entonces ¿cómo debe abordarse el estudio y la explicación sobre la forma de acceder a la salud de la población en México? Este cuestionamiento adquiere gran magnitud y relevancia conforme a indicadores macro e infraestructurales, a un esquema conceptual sobre la salud, y a la percepción individual y social con respecto al otorgamiento y utilización de los servicios de salud.

Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2005 existen 103.26 millones de mexicanos. La importancia de considerar éste indicador, radica en que éstos habitantes por su propia naturaleza de seres humanos son susceptibles de enfermar en todas las etapas de su vida, y requieren acceder de alguna forma a la atención y solución de sus problemas de salud.

A pesar de esta magnitud poblacional actual, se identifica que aún al final de 63 años (1943-2006) de salud institucional, —persisten por el contrario— en el diseño de las políticas de acceso a la salud criterios de pobreza, inclusión social o focalización, que dan lugar una división entre las “enfermedades de la pobreza” y “enfermedades de la riqueza”. Las primeras, generadas por las condiciones precarias de vida, entre las cuales destacan significativamente los padecimientos infecto-contagiosos asociados a la desnutrición y a las muertes maternas y perinatales. Las segundas, referidas a los procesos crónico-degenerativos (diabetes, isquémicas del corazón, cirrosis y del hígado, y cerebro vasculares), que se relacionan con estilos de vida y hábitos adversos a la salud, entre los que destacan el sedentarismo, la inadecuada alimentación, el tabaquismo y las adicciones.

De igual forma, el perfil demográfico en el país ya muestra el previsto incremento en el grupo de adolescentes que irrumpe como un nuevo grupo de población vulnerable. Puesto que, además de carecer de satisfactores básicos, —al igual que el tradicional grupo materno-infantil—, está exento de oportunidades educativas, de empleo y de protección a su salud, no obstante ser el grupo que se desenvuelve en los entornos de mayores riesgos para su salud e incluso su vida. Así también, el inminente crecimiento del grupo de población mayor de 60 años, cuyo perfil de enfermedades representa una elevada carga financiera y social tanto para el sistema de salud como para las familias.

Al mismo tiempo, se mantiene un esquema asistencial basado en indicadores de marginación. INEGI muestra que de los 31 estados de la república mexicana, 15 de éstos (Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Veracruz, Puebla, Chihuahua, Hidalgo, Yucatán, San Luis Potosí, Michoacán, Durango, Nayarit, Jalisco, Sinaloa y Querétaro) albergan a 367 municipios con 4 505.27 miles de habitantes que viven en condiciones de muy alta marginación. Asimismo, la existencia de 21.84 millones de personas que habitan en 47233 localidades menores de 2500 habitantes, que expone, además de la ya conocida dispersidad geográfica, las dificultades que enfrentan estos habitantes para acceder plenamente a los beneficios de las políticas de salud. Además, es necesario reconocer que para fines del acceso a la salud universal el esquema de atención asistencial en áreas marginadas generalmente indígenas y rurales y en menor medida en marginadas urbanas, es rebasado por la diversidad de tipologías municipales, a saber: municipios industriales, fronterizos, portuarios y pesqueros, turísticos, metropolitanos y de grandes ciudades que también enfrentan sus propias problemáticas de salud. De manera particular los riesgos generados por entornos sociales como el embarazo precoz, el aborto, las adicciones y las enfermedades transmitidas por contacto sexual. Cabe mencionar también los riesgos provocados en entornos ambientales, tal es el caso de accidentes y enfermedades derivadas de la contaminación ambiental e incluso los causados por desastres debido a fenómenos climáticos y meteorológicos.

Por otro lado, desde la perspectiva constitucional todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud. Sin embargo, el esquema de protección financiera recién implementado en el sector salud, sustituye tal derecho. Lo cual, cambia radicalmente la posición de prioridad entre la protección de la salud y la capacidad financiera, pues, determina que ésta es la antesala del acceso a los servicios de salud. En lugar de garantizar el acceso a la protección y el goce de vida saludable para generar posteriormente las habilidades, capacidades y condiciones financieras para cuidar y aún más potencializar las condiciones satisfactorias de salud.

Por añadidura, se diseña e instrumenta a partir de 2001-2003 el esquema gerencial privado en un acendrado sistema burocrático-administrativo carente todavía de cultura organizacional, desprovista de la infraestructura física e incentivos motivacionales para el personal técnico-operativo que también participa en los procesos gerenciales.

Además de este panorama, resulta imprescindible hacer referencia a los efectos del proceso globalizador imperante en el planeta que recaen en la salud de dos maneras: 1. Positivamente como “globalización de la salud” con referencia a la transferencia oportuna y precisa de nuevos conocimientos y tecnología científicos, que incluye diferentes enfoques teóricos y el intercambio de experiencias y prácticas novedosas para el mejoramiento de la salud. Lo cual representa una vía extraordinaria de acceso a la salud, tal es el caso de la medicina genómica, la biotecnología, la informática y la telemedicina, entre otros. 2. Negativamente, como “globalización de la enfermedad”, debido a que la migración mundial y el comercio internacional provocan epidemias como la del virus del Nilo, la encefalitis espongiforme bovina y el síndrome de neumonía atípica. Lo cual afecta significativamente el ámbito de la salud pública, ya que estos riesgos de procedencia internacional sumados a los rezagos acumulados constituyen un doble reto que debe considerarse en el diseño de políticas de acceso a la salud e implementarse estructural, sistémica y operativamente.

Para completar este horizonte, irrumpen abiertamente en el campo de la salud una multiplicidad de escenarios y actores que comparten el poder de decisión y ejecución en pro de sus intereses financieros, dejando al sector salud la normatividad y la regulación de las reglas del juego. En donde todo indica que la primera regla es la exclusión de grupos y estratos de población tradicionalmente rezagados en el acceso a los beneficios producidos.

En cuanto a infraestructura del sistema de salud, pareciera que todo lo descrito anteriormente se sintetizara en una problemática de implementación y de tipo organizacional que impide el acceso universal tanto a los servicios institucionales como a los privados. En los primeros, debido a la insuficiencia de unidades de salud en los tres niveles de atención —prevención, hospitalización y alta especialidad—, el desabasto de insumos y medicamentos que afecta seriamente tanto a la población usuaria como beneficiaria y al propio personal de salud como otorgante. Sumado a la insuficiente normatividad técnico-administrativa gerencial —que ocasionan entre otros la baja productividad y calidad de los servicios otorgados—, dan por resultado la insatisfacción de la demanda. En lo tocante a los servicios privados, los grupos y estratos mayoritarios de la población carentes de capacidad adquisitiva quedan ajenos totalmente de sus beneficios. Ante esta falta de acceso, se mantienen de manera importante las vías de la medicina tradicional —por ejemplo la herbolaria— y el reforzamiento de la medicina doméstica o casera, e inclusive predominantemente de la automedicación cuyo abuso en vez de curar se presenta como factor potencial de riesgo para la salud.

En la esfera de las percepciones individual y social, se identifica el convencimiento de que la falta o insuficiencia de recursos asignados al sector salud para la atención eficaz y oportuna de las enfermedades y padecimientos son la causa de los bajos niveles de la atención a la demanda. Generalmente, se percibe el acceso a la salud como un resultado individual obtenido en el momento de interacción entre el paciente y el servicio de salud —ya sea consulta, intervención quirúrgica, estudios, etcétera— lo cual es comprensible dada la urgencia de los pacientes y usuarios por resolver sus problemas de salud. Sin embargo, también es incuestionable la existencia de una consolidada infraestructura institucional de

salud, que en términos del proceso de planeación ubica el acceso en la fase aplicativa donde el paciente juega el papel de beneficiario y depositario de las acciones de salud.

Bajo el enfoque de las políticas públicas ambas percepciones se producen en la etapa de la implementación donde recaen los costos sociales y políticos. En el caso particular del acceso a la salud José F. Ruíz afirma que “el ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección de la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública, acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente.”¹ En analogía de la interacción de servicios de salud-usuarios con las actividades administrativas de ventanilla, Federico Reyes², destaca que se presentan en un primer momento como apolíticas, pero en una perspectiva más amplia, son brutalmente políticas.

El diseño y la implementación de las políticas son etapas claramente diferenciadas. Para Luis F. Aguilar,³ el esquema conceptual es que la primera establece las condiciones iniciales y la segunda constituye el efecto último esperado. Sin embargo, como integrantes de un solo proceso de las políticas públicas sostienen imprescindibles nexos. El mismo autor puntualiza que “diseñar una política significa prever e incluir esa secuencia de acciones que es justamente el proceso de implementación y cuyo efecto último es la producción del estado de cosas buscado como objetivo. Estrictamente no se puede hablar de diseño de la política si no es a la vez el diseño de su proceso de implementación”⁴ en donde se prevé el control de la acción colectiva a fin de alcanzar los objetivos establecidos en la política.

¹ Ruíz, Massieu José Francisco, “*El contenido programático de la constitución y el nuevo derecho a la protección de la Salud*”, pp.71-72, véase en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

² Reyes, Heróles Federico, *Política y administración a través de la idea de vida*, INAP, México, 1983, p.41.

³ Aguilar Villanueva Luis F. *La implementación de las políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, 2000, p. 58.

⁴ *Idem*.

Para efectos de políticas de salud la implementación representa substancialmente la puerta de entrada a toda una infraestructura nacional de salud. Por lo que ambas percepciones la individual y la social, junto con la planeación institucional reflejan la aplicación de conceptos, políticas y criterios comunes predominantes, a pesar de que corresponden a escenarios con actores y a momentos diferentes. Al mismo tiempo el carácter político de la implementación se refuerza, puesto que la demanda del acceso desde los contextos ciudadano, de derechos humanos y de mercado de servicios de salud adquiere la dimensión de demanda política en la medida que su satisfacción corresponde a un tipo determinado de dirección de Estado. La cual articula las políticas con la administración y la legislación como componentes estructurales con los procesos sociales y las variables macroeconómicas cuyos objetivos se plasman en el ámbito aplicativo de la prestación de los servicios de salud, y que obtienen finalmente los pacientes-usuarios-ciudadanos-clientes.

De ahí, que el diseño de las políticas de acceso a la salud enfrenta dos retos: el primero y fundamental es la construcción conceptual del tipo de acceso al que se aspira como nación, y el segundo; lograr que las políticas diseñadas logren traspasar con gran fidelidad los procesos y escalones de responsabilidad estructural, organizacional y funcional de la implementación hasta cumplir cabalmente sus objetivos y concluir con los resultados planeados en la población tal como se establecen en la etapa del diseño.

Con base en estas consideraciones, la hipótesis de esta investigación es que la explicación de las formas de acceder a la salud desplegadas en el ámbito operativo por el sistema de salud de nuestro país, en el periodo de 1943 a 2006, se ubica en el ámbito del diseño de las políticas públicas, de acuerdo con criterios estructurales del Estado y como el resultado previsto y anticipado en la esfera de la toma de decisiones.

El objetivo general es, por tanto, identificar y analizar la vinculación entre los criterios estructurales y conceptuales que delimitan a cada modelo de salud, y proponer el estudio del acceso a la salud desde la dirección del Estado Estratégico y bajo el enfoque de las políticas públicas y el análisis de políticas, a partir de las siguientes premisas:

a) El individuo como ser humano es susceptible de enfermar en todas las etapas de su vida y finalmente de morir, por lo que la cantidad de años de vida y/o la magnitud de daños a su salud está supeditada y relacionada principalmente con las condiciones y calidad de vida en que se desenvuelve. De este razonamiento se desprenden las posibilidades que tiene el individuo de acceder a determinados niveles de salud, independientemente de las políticas de salud; b) la incuestionable necesidad de la infraestructura médico-curativa para atender la enfermedad, pero también de la construcción conceptual y aplicativa para producir y aún potenciar las condiciones saludables; c) el proceso salud-enfermedad trasciende el status biológico-individual y adquiere las dimensiones política y social, pública y privada, d) la inserción del país en una economía global de mercado que produce también un proceso globalizador de las enfermedades y de un mercado de servicios para su atención; e) la indisoluble vinculación entre la salud y los derechos humanos como cimientos fundamentales de la sociedad para demandar el pleno y efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud como derecho social, y f) la necesidad de recurrir a un enfoque científico, político, administrativo y social para analizar y diseñar las políticas de acceso a la salud. Asimismo, la investigación gira en torno a los siguientes ejes de investigación:

1. Teórico-conceptual; con la revisión de literatura sobre el tema y la exposición de los aportes teóricos que sustentan los planteamientos expuestos en este trabajo. Y puesto que la práctica está determinada por la forma de percibir la realidad se identifican y analizan los conceptos clave que configuran la base de la infraestructura de la salud institucional.

2. Estructural; que se refiere al papel que desempeña el Estado con respecto a la salud como otorgante de beneficios asistenciales, garante de la protección a la salud, regulador del mercado de servicios y coparticipante en consensos y redes sociales.

3. Planeación-programación; procesos en los cuales se establecen las políticas, estrategias y líneas de acción, así como de objetivos y metas que delimitan los universos de las políticas.
4. Jurídico-normativo; que configura el sustento legal de cobertura nacional y de derecho a las políticas de salud.
5. Administrativo; que sienta las bases para el funcionamiento organizacional y la operación que materializa la aplicación de las líneas de acción planeadas.
6. Sistémico; que se refiere a los diversos procesos que interactúan y se explican en el marco de la organización y funcionamiento del sistema de salud.
7. Metodológico; cada uno de los capítulos está estructurado de acuerdo al método deductivo, ubicación espacio-temporal, marco conceptual, descripción de procesos e identificación de criterios predominantes, asimismo se recurrió a la observación cualitativa y participante.

La estructura de esta investigación está integrada por seis capítulos con tres niveles de análisis cada uno: descriptivo, explicativo y prescriptivo. En el capítulo I. *Acceso a la Salud*; se expone la problemática y las diversas definiciones que se han elaborado sobre la accesibilidad a la salud y se cuestionan en relación tanto al acceso institucional pleno y efectivo, como a las expectativas de los usuarios potenciales de acuerdo al grupo étnico y poblacional al que pertenezcan.

En el capítulo II. *Modelo asistencial de atención a la salud (1943-2000)*; se presentan los antecedentes históricos y se explica el papel del Estado con respecto a la salud, se exponen los conceptos, procesos e interacciones entre la planeación y la administración. Así también, se identifican y cuestionan los criterios que configuran este modelo.

En el capítulo III. *Políticas de acceso al derecho a la protección de la salud (1983)*; se desarrolla el acceso a la salud bajo la perspectiva de los derechos humanos en salud, a partir del derecho universal y fundamental del ser humano, se describen lineamientos internacionales y su vinculación con las acciones de derechos en salud en México. También se cuestiona su ejercicio dada la supeditación al conjunto de los derechos sociales y a las demandas de la sociedad organizada en relación a la defensa de los derechos humanos en salud en México.

En el capítulo IV. *Gerencia pública de los servicios de salud (2000-2006)*; se describe el marco del neoliberalismo y las acciones del Estado mexicano como regulador de las reglas del mercado, se describe la aplicación general de dicho modelo en el ámbito de la administración pública federal y específicamente en el campo de la salud. Asimismo, se muestra el esquema conceptual y las herramientas metodológicas propias de este modelo y se presentan ejemplos de su aplicación en proyectos de carácter nacional y en unidades de salud hospitalarias.

En el capítulo V. *Análisis comparativo cualitativo entre los modelos de salud asistencial y el gerencial de los servicios de salud*; comparación que se realiza en el marco del sistema nacional de salud que abarca el periodo de 1943 a 2000 y del sistema de protección social en salud de 2001 a 2006, respectivamente. En ésta se ilustra el relevante rompimiento del paradigma asistencial institucional y la identificación de la falta de protección financiera como la causa principal que impide el ejercicio efectivo del acceso a la salud.

Para concluir, en el capítulo VI. *Políticas Públicas de Salud en un Estado Estratégico*; se expone el marco conceptual de la Gobernanza, la Nueva Gestión Pública y el Estado Estratégico. Como parte cosustancial se propone el enfoque de políticas públicas como disciplina científica, política y social y el análisis de políticas como instrumento metodológico para el estudio y diseño de las políticas de salud. De igual forma, se elabora el análisis metodológico de políticas del periodo que abarca la investigación. Finalmente se presentan las conclusiones y la bibliografía general.

Para ello, se utilizaron fuentes documentales, bibliográficas, memorias institucionales, materiales de conferencias y cursos. Se recurrió también a páginas de acceso vía Internet y de manera primordial al Centro de Documentación de la Secretaría de Salud.

Este trabajo se centra en la etapa del diseño de las políticas públicas, razón por la cual los modelos de salud expuestos no se evalúan, a más de que la evaluación requiere del manejo de metodologías cuantitativas, de la disposición de bases de datos institucionales y trabajo de campo que quedan fuera del alcance de esta investigación. No se pretende tampoco el manejo exhaustivo de cada uno de los componentes descritos en cada uno de dichos modelos, puesto que se identifican como elementos o criterios considerados en la etapa del diseño de las políticas en salud. Es necesario precisar también, que a pesar de que la categoría conceptual acceso a la salud tiene como referente general el sector salud, esta investigación se centra en la Secretaría de Salud en el período que comprende de 1943 a 2006.

CAPÍTULO I. ACCESO A LA SALUD

Gould lo ha dicho al referirse a los aspectos fundamentales del tema “La idea de accesibilidad es uno de esos conceptos que parecen de fácil comprensión hasta que se enfrenta el problema de definirlo y medirlo.”⁵ Aplicado al acceso a la salud el problema adquiere grandes dimensiones porque tiene que ver con un proceso de salud-enfermedad en una estructura política, financiera, sistémica y social. El problema se agudiza por su articulación al proceso de diseminación e internacionalización de riesgos⁶ en este recién inaugurado tercer milenio. Aún así, el problema del acceso a la salud se sigue abordando desde la perspectiva de las ciencias médico-biológicas. Por lo que considero conveniente en primera instancia, recurrir a la revisión de la literatura al respecto para identificar las particularidades y las percepciones que delimitan dicha accesibilidad.

Sistémicamente, el acceso a la salud se ubica en el marco de un sistema integrado por dos segmentos: el de los servicios personales —referido a la atención médica que se otorga a los enfermos de manera individualizada— y el correspondiente a los servicios no personales —servicios preventivos de salud pública otorgados a población generalmente sana—. De éstos, el segmento más identificado es el de la atención médica que materializa el punto de encuentro entre el paciente y el médico, de modo que por lo común la percepción del acceso a la salud se restringe a la atención médica individual y cuando no se consigue se asocia a la falta de disponibilidad y cantidad de recursos asignados para tal fin.

⁵ Citado en Garrocho, Carlos, *Análisis socio-espacial de los servicios de salud*, El Colegio Mexiquense-DIF Estado de México, 1995, p. 160.

⁶ Frenk, Julio y Octavio Gómez D., *Salud sin Fronteras*, Foreign Affaire en español, ITAM, Vol. 6, Núm. 4, 2006, p. 73.

Al respecto y en el contexto de países en vías de desarrollo, Marcos Kaplan explica que “los servicios sanitarios no corresponden a las condiciones y situaciones específicas, a los problemas y desafíos concretos de los países en desarrollo; no siguen el ritmo y el sentido de las transformaciones en los pueblos, ni en cantidad ni en calidad. La estructura económica y social, en general y para fines de salud, tiende a ser débil e inapropiada en cuanto a las capacidades y recursos disponibles, y respecto del dominio de las enfermedades infecto-contagiosas, de la pobreza y el hambre. No se dispone de un personal numeroso, de acuerdo con los requerimientos de cantidad, de calidad y de adecuación a su propio medio ambiente de vida y trabajo. Pese a los gastos masivos en salud, los respectivos servicios, aunque modernos, están fuera del alcance y del goce efectivo de los miembros de mayorías desfavorecidas.”⁷ En la misma lógica, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) subraya que “los temas relacionados con las deficiencias en el acceso a los servicios médicos en México se vinculan de manera estrecha con el bajo financiamiento público de los servicios de salud.”⁸

En el ámbito aplicativo se identifica primordialmente a la falta o insuficiencia de personal médico y de enfermería, como las causas principales de los bajos niveles de atención a la salud. Carlos Garrocho percibe que “para los pacientes, los doctores [...] son el personal más importante en las unidades de salud”⁹ por su papel relevante en el diagnóstico y curación. Y en segundo lugar, las enfermeras que “auxilian a los doctores, organizan los tiempos y listas de espera, ofrecen las tarjetas de consulta, mantienen las salas de espera en orden, proveen medicinas, entrevistan a los pacientes y, cuando se requiere, hacen los arreglos para transferirlos a otras unidades o servicios (en el caso del hospital). En las unidades rurales, además, las enfermeras son el lazo más importante entre el joven pasante de medicina a cargo de la unidad [...] y la población local. Su papel no es tan importante como el del doctor en términos curativos, pero es muy relevante porque las enfermeras pueden facilitar (o dificultar) la utilización de las unidades de salud.”¹⁰

⁷ Kaplan, Marcos. “*El derecho a la protección de la salud y el Estado social de derecho*”, p. 43, en Soberón, Acevedo, *op.cit.*

⁸ Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, México, 2005, p. 160.

⁹ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 316.

¹⁰ *Idem.*

En segundo término, se alude a la falta de unidades médicas y en especial de medicamentos. Esta percepción se generaliza cuando la demanda individual no satisfecha trasciende al ámbito social principalmente por los medios de comunicación. He aquí el cuestionamiento de Howe y Phillips, “a pesar de que la relación entre salud y medicina no es tan directa como parece [...], con frecuencia se asume que la salud está directamente relacionada con la disponibilidad de servicios médicos y que una extensión y expansión de los servicios será acompañada por incrementos en los niveles de salud de la población. Sin embargo, no existen pruebas incontrovertibles de esta asociación.”¹¹

Aunque esta consideración muestra una realidad cotidiana, también revela una apreciación limitada. Puesto que la determinación de la accesibilidad en salud no se circunscribe únicamente a la disponibilidad suficiente de recursos, ya que, ésta se extiende a todas las fases del proceso que se desarrolla en la infraestructura de prestación de servicios de salud. Se determina y diseña en otros ámbitos incluso ajenos a la misma atención médica y de manera exponencial en los ámbitos político, económico y administrativo, como podrá observarse en el desarrollo de este trabajo.

Por lo pronto, baste señalar en términos generales la serie de trámites que tiene que realizar cualquier persona para acceder a una consulta y completar el ciclo de su atención: solicitar cita, acudir a los servicios de archivo y trabajo social, de enfermería, farmacia y laboratorio, etcétera. No obstante, detrás de este escenario médico hay una extensa y diversa red de recursos y procedimientos organizacionales, tales como: a) Recursos humanos, entre los que se cuentan además de médicos generales y enfermeras, diversos tipos de profesionistas, como médicos especialistas, personal paramédico (trabajadoras sociales, nutricionistas, dietistas, químicos, psicólogos), personal no paramédico analista (en ciencias sociales, económico-administrativas y de ciencias exactas), además de personal secretarial, mantenimiento e intendencia. b) La infraestructura física que incluye en el primer nivel de atención a consultorios y casas de salud, en el segundo a unidades médicas, y en el tercero a hospitales generales, materno-infantiles y de alta especialidad, e institutos nacionales. c) Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud,¹² que incluye medicamentos, materias primas, productos biológicos, reactivos, equipo e instrumental médico, material de curación e información

¹¹ Citado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 44.

¹² Cuadernos técnicos de planeación, Vol.1, No. 2, SSA, México, 1984, p. 57.

científica. d) Recursos programáticos y presupuestales que se refieren al tipo de servicios que otorga la secretaría de salud a los diferentes grupos etáreos y poblacionales¹³ de acuerdo con la organización por tipo de unidad y a las partidas presupuestales asignadas, y e) Recursos materiales y de logística, (mobiliario, equipos, vehículos, etcétera), que aseguran la localización y disposición de los recursos en tiempo, lugar y cantidades requeridas para el cumplimiento de las actividades.

Aún en este espacio organizacional y de procedimientos, la percepción del acceso a la salud continua siendo limitada, puesto que no repara en la cobertura de la demanda y mucho menos en la satisfacción del demandante con parámetros de calidad. Esto se debe a que a menudo se ignoran o no se perciben otro tipo de factores que no son visibles a primera vista en las unidades de salud, pero que repercuten directa e inmediatamente en el grado del desempeño de las actividades cotidianas del personal involucrado en la prestación de los servicios, —por ejemplo el nivel de ingresos y las disparidades registradas entre éstos, así como las condiciones laborales en general—.

La argumentación centrada en la falta de recursos pasa por alto también la utilización efectiva de los servicios, ya que, la existencia de éstos e inclusive en cantidad suficiente no asegura que los servicios se destinen para todos los casos de enfermedad ni que se utilicen correctamente. En este sentido, María del Carmen Elú refiere que “hay estudios que muestran cómo la existencia de centros de salud no garantiza que las mujeres acudan a solicitar sus servicios. Acudir a consulta durante el embarazo no es, por múltiples razones, una práctica generalizada en la mayoría de las mujeres mexicanas.”¹⁴ En el caso de la salud infantil, Garrocho sostiene que “la simple presencia de los servicios de salud no garantiza su utilización *adecuada* (oportuna y con la frecuencia requerida). Presumiblemente, existen diversos factores que afectan la utilización de los servicios de salud. Algunos de estos factores animan su uso, otros lo inhiben. El balance entre estos dos grupos de factores definen los patrones de utilización.”¹⁵

¹³ Grupos etáreos: recién nacidos, menores de un año, de 1 a 5 años, de 15 a 65 años y de 65 y más. Grupos poblacionales: indígenas, jornaleros, discapacitados, etc.

¹⁴ Elú, María del Carmen, “*Hacia una maternidad sin riesgos*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, p. 204.

¹⁵ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 113.

En lo que se refiere a calidad, dicha argumentación tampoco repara en que la sola existencia de recursos no asegura una respuesta satisfactoria. Debido en parte a la carencia de una cultura de alta calidad en salud, y por la existencia de diversas percepciones de calidad de los grupos de población de acuerdo al área, sexo, grupo de edad y estrato socio-económico al que pertenezcan, lo cual impide que el personal de salud la proporcione y que los pacientes y usuarios¹⁶ la exijan. Por tratarse de un modelo de atención a la salud, la definición de calidad —dice Avedis Donabedian— es afectada “por el equilibrio de costos y beneficios en comparación con la armonía que tan seductoramente ofrece el modelo industrial. Esto se debe a que la atención a la salud es un bien público, pero también es privado. En gran medida su financiamiento es público y sus beneficios o sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social es un problema complejo en el modelo de atención de la salud.”¹⁷

Con todo, es conveniente reconocer la necesidad de la cultura de la calidad como eje transversal del orden social y no privativa de un modelo en particular, porque de ahí deriva su complejidad, tal como lo plantea Graciela Rodríguez en los siguientes términos: “Ver la cuestión desde el punto de vista de los efectos o resultados terminales al parecer reduce de manera específica la capacidad y la conciencia de los individuos frente a su mundo y a su sociedad, desplazando el ser sujeto al ser objeto, sobre el que recaen demandas donde éstos no tienen la posibilidad de discutirlos y así el logro de objetivos terminales de carácter específico se confunde con el logro de objetivos sociales y de vida. Son pues los efectos quienes justifican el universo social e individual y no la integración armónica de la conciencia de sí mismos y del mundo que nos rodea quien define los resultados.”¹⁸

¹⁶ La Ley General de Salud considera usuarios de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad establezca la propia ley. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en Cuadernos técnicos, *op, cit.*, p.128.

¹⁷ Donabedian, Avedis, “*Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*”, Conferencia magistral, Salud Pública de México, mayo-junio de 1993, Vol. 35, No. 3, s/p.

¹⁸ Rodríguez, de Arizmendi Graciela, “*Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al derecho: la protección de la salud*”, pp.151, en Soberón, Acevedo, *op. cit.*

Una proyección de este planteamiento a la estructura del gasto social la proporciona Eyles, quien afirma que “si bien los recursos nunca son infinitos, los límites financieros del gasto se determinan y justifican, en gran parte, por razones no estrictamente económicas. Los valores e intereses dominantes afectan la manera en la que el gobierno define la estructura del gasto social. Es decir, el porcentaje del presupuesto nacional que se destinará para propósitos de redistribución (por ejemplo en servicios públicos). Por tanto, los argumentos de limitación o escasez de recursos financieros en sectores específicos —por ejemplo, en el de salud— están definidos, no sólo por el monto global de los recursos nacionales, sino también por consideraciones económicas, políticas, culturales y sociales.”¹⁹

La percepción limitada a la atención médica y a la recuperación de la salud, junto con el reconocimiento de la insuficiencia de recursos en el ámbito aplicativo, impacta directamente al ámbito político, pues cuestiona las políticas de salud y la rectoría del Estado en la prestación de los servicios de salud. Además, la explicación del acceso a la salud adquiere otra dimensión si se ubica en el contexto del subdesarrollo, como declara Julio Frenk “Los países pobres deben contender con la típica paradoja del subdesarrollo: la falta de recursos y, al mismo tiempo, el mal aprovechamiento de lo poco que se tiene. Los países de ingresos medios, como México, quedan atrapados entre ambas realidades. Sin haber resuelto del todo los viejos problemas de la cobertura insuficiente, la concentración urbana, el retraso tecnológico y la baja productividad, los sistemas de salud de tales países enfrentan los retos de la expansión rápida de los programas, la diversificación de los recursos humanos, la escalada de los costos, la dependencia científica y tecnológica, la calidad insuficiente y la agudización de las desigualdades en el acceso de los universos y grupos sociales a los servicios.”²⁰

En la esfera conceptual, se han elaborado definiciones del acceso a la salud fuera del campo estricto de la práctica médica que sin embargo, conservan el enfoque médico-curativo, a saber:

¹⁹ Citado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 57.

²⁰ Frenk, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, SEP-FCE, México, 1993, p. 31.

1. Accesibilidad geográfica. De acuerdo con Julio Frenk, ésta se refiere “al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Para que éstos sean accesibles, deben localizarse cerca de donde la población vive.”²¹ Por su parte, Garrocho señala el factor geográfico como componente cualitativo “relacionado con la distancia física (como quiera que se estime) entre el usuario y el servicio.”²² Y para Ambrose, “el componente físico expresa la proximidad espacial entre usuario y servicio y representa la accesibilidad locacional de las unidades de servicio.”²³ Evidentemente, la ubicación geográfica y la distancia constituyen vías de acceso físico a las unidades de salud. No obstante, su utilización real está condicionada por otros factores imprescindibles de considerar, como son la búsqueda y preferencia de la unidad que sí cumpla con las expectativas del paciente, en cuanto a recibir consulta efectiva, obtener medicamentos y recibir buen trato por parte del personal, ya que para el paciente lo urgente es la atención al problema de salud más que acceder a una instalación física. Es importante considerar también, el tipo o grupo de población que demanda la atención o el servicio de salud, por ejemplo, en el caso del grupo materno-infantil que presenta mayores dificultades para trasladarse a las unidades médicas, prefiere recurrir a la medicina tradicional de su localidad, lo que también se observa en áreas urbanas e incluso en grandes ciudades con suficientes medios de comunicación es común la recurrencia a las medicinas llamadas complementarias o alternativas (homeopatía, herbolaria, acupuntura, entre otras) en detrimento de la utilización de la medicina institucional.

No obstante, cabe destacar que este factor geográfico es tan determinante en la definición del acceso que incluso en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud se plantea como el *paradigma de ubicación* de la población atendida, el cual tiene que romperse en virtud de que la población ya es mayoritariamente urbana, lo que implica la modificación de sus condiciones ambientales y psicológicas, que determinan sus propios estilos de vida. Según este documento, “el fenómeno es global, en el 2006, 50% de la población mundial habita en ciudades, pero resulta especialmente pronunciado en México, donde se estima que rebasa el 80%.”²⁴

²¹ Frenk, Julio, *op. cit.*, p. 64.

²² Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 160.

²³ Señalado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 161.

²⁴ *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*, versión 1.0, p. 24 www.promoción.salud.gob.mx

2. Accesibilidad financiera. Para Julio Frenk, este tipo de accesibilidad consiste en “el grado en que los ingresos de los usuarios potenciales alcanzan para pagar el precio de los servicios.”²⁵ Esta definición se circunscribe al momento en el cual el paciente se encuentra en la unidad médica, pero no calcula la serie de gastos anticipados que tiene que desembolsar personal y familiarmente. Así, la capacidad de pago no garantiza ni la utilización efectiva del servicio de salud ni la recuperación del enfermo. Por el contrario, Carlos Garrocho profundiza en este tipo de accesibilidad, detallando que además del costo monetario directo deben considerarse todos los costos involucrados en el proceso, sobre todo los costos de transporte y gastos de comidas para el paciente y los familiares, los salarios no devengados por dejar de trabajar para solicitar la atención médica, además de inconvenientes como la disponibilidad de transporte, horarios inadecuados, caminos accidentados, etcétera.²⁶ Este autor también aporta un cuestionamiento muy relevante sobre la aparente gratuidad y disponibilidad de servicios de salud para la población: “la paradoja de lo caro de lo gratuito y lo inaccesible de lo disponible. En la primera, los servicios aparentemente gratuitos resultan muy caros, y en la segunda, los servicios aparentemente disponibles son inaccesibles.”²⁷ Estos argumentos, presentan al factor financiero más bien como una vía inaccesible que se acentúa en la medida en que se requiere de atención cada vez más especializada, pues implica entre otro tipo de gastos el traslado desde pequeñas localidades hasta ciudades donde están ubicadas las unidades de alta especialidad.

Para tener una idea de los gastos de bolsillo que hacen las personas para atender un solo problema de salud y la drástica repercusión en su economía familiar, es útil hacer el seguimiento de los diversos intentos o alternativas de curación a que recurren: a) Remedios domésticos; que está estrechamente relacionado con las prácticas y costumbres, incluyen todo tipo de recursos considerados curativos tanto de la familia como de amigos o conocidos. Es tan extensa esta práctica, que inclusive se le ha llamado la “medicina doméstica”. b) Automedicación; aunque en áreas rurales y marginadas su acceso no es tan fácil,

²⁵ Frenk, Julio, *op. cit.*, p. 64.

²⁶ Mencionado en Garrocho, Carlos, *op., cit.*, pp. 274-278, en relación con la accesibilidad y utilización de los servicios de salud en el Estado de México.

²⁷ En relación con los servicios públicos de salud del Estado de México, en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, pp. 304-305. Sin embargo, esta consideración puede generalizarse en el país.

en las urbanas es bastante común, pues la proliferación de establecimientos farmacéuticos y la cercanía favorece su utilización cuando los remedios caseros no funcionan. Por lo general, se considera que es más fácil, rápido y barato recuperar la salud consultando al farmacéutico que acudiendo a la unidad de salud pública o privada. c) Medicina complementaria o alternativa; que incluye todo un espectro de opciones como son la homeopatía, acupuntura, herbolaria, entre las más practicadas, en virtud de los efectos contraproducentes que producen los medicamentos alópatas. d) Acudir a la unidad de salud pública cuando el daño se ha agudizado por su evolución y por los efectos de la utilización de recursos inapropiados, con la consecuente elevación de gastos. e) En última instancia, si el problema de salud no se resuelve por ninguna de las opciones anteriores, se recurre a la medicina privada, que en la mayoría de los casos actúa como factor empobrecedor de la economía familiar.

Esta problemática crece exponencialmente en comunidades y poblaciones que por añadidura no cuentan con los recursos para actuar sobre sus condiciones de vida. Es por ello, que los servicios de salud asistenciales resultan bastante caros tanto para las familias como para el Estado, porque los problemas lejos de resolverse, se reciclan. Paralelamente al gasto de bolsillo familiar, el presupuesto destinado al sector salud no se utiliza totalmente al otorgamiento de los servicios de salud, sino que una alta proporción se dirige a la creciente estructura administrativa, de tal forma que la cantidad de personal administrativo supera con mucho al personal médico y paramédico. Cabe señalar que el adelgazamiento de plazas basificadas de tal estructura en las últimas dos décadas ha sido sustituido al mismo tiempo por personal de honorarios.

3. Accesibilidad organizativa. Ésta se refiere tanto a la manera en que están organizados y ubicados físicamente los servicios en la unidad de salud —archivo, farmacia, laboratorio, etcétera—, dependiendo del nivel de la unidad, como a las formas en que están organizados los recursos y los trámites que el paciente/usuario tiene que realizar para obtener el servicio. Sin embargo, y contradictoriamente, dicha organización a menudo presenta obstáculos que impiden la accesibilidad “por ejemplo, las demoras para obtener una cita de consulta o los horarios restringidos que no corresponden al tiempo libre de la población”²⁸ principalmente en el medio

²⁸ Frenk, Julio, *op. cit.*, p. 64.

rural. Estas condiciones afectan particularmente a los pacientes con impedimentos físicos para trasladarse fácilmente de un servicio a otro, como los discapacitados en silla de ruedas, muletas o aparatos ortopédicos, y los ancianos por la dificultad que tienen para entender las instrucciones que en la mayoría de los casos se les dan equivocadas o apresuradamente y son enviados de un lugar a otro a formarse en interminables filas para cualquier trámite, lo que representa para ellos un verdadero reto enfrentarse a la organización.

4. Accesibilidad cultural. El conjunto de creencias, costumbres y actitudes de los diferentes grupos de población e incluso la lengua o idioma —en el caso de los indígenas—, determina la distancia entre prestadores y usuarios potenciales de los servicios de salud. Graciela Rodríguez²⁹ advierte que el concepto de salud se maneja en la práctica de manera funcionalista: sentirse bien o mal, y que en general la salud adquiere relevancia sólo cuando se pierde, por lo que la conciencia sobre la salud es precaria y de difícil desarrollo. Un ejemplo muy ilustrativo es el de las mujeres indígenas que requieren de servicios perinatales y que difícilmente acuden a las unidades médicas o no lo hacen porque no hay una mutua adecuación: los prestadores de los servicios no se ajustan a sus valores comunitarios e idiosincrasia y ellas no se adaptan a las instalaciones y al trato institucional que reciben. Por su lado, María del Carmen Elú advierte que “una gran parte de los partos del país, independientemente de lo que digan las estadísticas elaboradas a partir de los datos asentados en los registros civiles, es atendida por parteras. Las mujeres parturientas y sus familias reciben muchos beneficios de las modalidades con que ocurren estos partos: son atendidos a domicilio, las mujeres son tratadas en forma personalizada, los recién nacidos no son separados de sus madres, etcétera”³⁰, trato contrario al que reciben en las unidades médicas institucionales o privadas. Esta distancia cultural se profundiza por el hecho de que el personal de salud, sobre todo el médico, suele no estar preparado profesional o mentalmente para atender a este tipo de población. A más de la resistencia inherente a la idiosincrasia de la mujer para que un hombre la atienda, dicha distancia es irreconciliable y repercute negativamente de manera directa e inmediata en la salud de este grupo de población, pues con una detección temprana podría evitarse en gran medida la alta mortalidad por enfermedades prevenibles, como es el caso del cáncer cérvico-

²⁹ Rodríguez de Arizmendi, *op. cit.*, p. 149.

³⁰ Elú, María del Carmen, *op. cit.*, p. 203.

uterino y mamario. A pesar de ello, también en áreas rurales y urbanas en algunos estratos sociales persisten costumbres y prácticas de salud contrarias a la medicina institucional.

5. La accesibilidad social. Según Carlos Garrocho “es mucho más difícil de estimar y se vincula con las características del usuario y el servicio: ingreso, clase social, educación, valores culturales, organización del servicio y diversos atributos más.”³¹ En el caso de las madres y jefas de familia del medio rural e incluso en el urbano suele suceder que aunque estén convencidas de que alguno de los miembros de su familia necesita atención médica no siempre acuden a solicitarla, puesto que el hacerlo implica gasto en transporte, correr el riesgo de no alcanzar ficha y perder tiempo, que en el caso de conseguir la consulta, ésta es de escasos minutos sin la seguridad de obtener los medicamentos necesarios, recibir trato inadecuado y con el riesgo de no resolver el problema de salud. Este tipo de acceso también está supeditado a otro tipo de factores fuera de la voluntad del usuario y de la disponibilidad del servicio de salud, que causan consecuencias adversas y repercuten en toda la familia por no trabajar durante el tiempo destinado a la búsqueda del servicio como el abandono de hijos pequeños o ancianos u otros enfermos, el no conseguir dinero para la alimentación familiar o en su caso sanciones económicas o administrativas de acuerdo con el tipo de ocupación y lugar de trabajo de estas mujeres.

6. Accesibilidad por la utilización potencial. Garrocho precisa que “para que los servicios de salud sean relevantes en términos curativos y preventivos, deben ser accesibles y susceptibles de ser utilizados por la población que los *necesita*, y capaces de ofrecer tratamientos de buena calidad.”³² En comparación con las definiciones anteriores, ésta ubica el acceso en el momento de la utilización del servicio de salud y además le adjudica el indicador de calidad, el cual está relacionado directa e inmediatamente con un servicio satisfactorio y susceptible de medirse en tanto que se deriva del grado de competencia técnica del personal de salud y de factores que tienen que ver con la relación médico-paciente (diálogo, actitudes y trato respetuoso, interés en la condición de salud del paciente, así como las explicaciones e instrucciones claras del personal de salud hacia los pacientes/usuarios).

³¹ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 160.

³² Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 88.

7. Accesibilidad por el derecho a la protección de la salud. Esta vía de acceso establece el “qué hacer” con respecto a la salud, independientemente de barreras geográficas, de perfil epidemiológico, de estigmatización y priorización de grupos vulnerables, de niveles de cultura o de recursos financieros. Tiene dos implicaciones: la primera se explica en el marco de la obligatoriedad del Estado, constituye el sustento jurídico esencial, en donde la accesibilidad, —sentencia Marcos Kaplan— “a los más altos niveles de bienestar y a los servicios de salud especialmente para quienes no han disfrutado en la medida deseable de los logros del desarrollo, como expresión real de una vida social igualitaria y de una auténtica democracia, es un fenómeno de esencia política. Resulta de la demanda popular, articulada como demanda política. Se establece como resultado de un mandato de la Constitución al Estado, en tanto rector del desarrollo y responsable de la planificación democrática, garante del derecho a la protección de la salud. Todo ello en congruencia con el contenido programático de la Constitución, síntesis del proyecto nacional.”³³

La segunda, que se explica a partir de una sociedad orientada a la protección de la salud, ya que como explica Juan F. Rocha “implica una amplia red de actividades coordinadas que abarcan todos los aspectos de la vida humana y su traducción en mecanismos más complejos de protección, que abarcan desde el momento de la concepción hasta la muerte y a todos los factores externos — sociológicos, psicológicos, ecológicos, etcétera— que rodean la vida del individuo.”³⁴ Dilucida por tanto, el “como” aterrizar tal derecho, y el “con que” referido a una infraestructura infinita de recursos, no solamente del sector y de la medicina curativa para ejercer plena y efectivamente la garantía de la protección de la salud de los individuos y de la sociedad entera.

³³ Kaplan, Marcos, p. 57.

³⁴ Rocha, Bandala Juan Francisco, “La evolución del derecho sanitario y el derecho a la protección de la salud”, p. 115, en Soberón, Acevedo *op. cit.*

CAPÍTULO II. MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LA SALUD (1943-2000)

Durante el periodo de 1943 hasta 1995 en el sector salud se configura y consolida el modelo de salud asistencial en el país, en donde el papel del Estado Benefactor es determinante ya que el diseño de los lineamientos generales y líneas de acción, así como la infraestructura desplegada se derivan de un esquema conceptual asistencial y de criterios estructurales que prevalecen a pesar de dos reformas de salud de gran trascendencia.

2.1 Antecedentes

Los antecedentes de este modelo se insertan en el derecho sanitario y se desarrollan en cuatro etapas temporales claramente diferenciadas por su concepción sobre la salud y por las fases curativa o preventiva de la medicina.

La primera etapa marca su inicio en la Colonia. De acuerdo con Carlos Ruiz, en ésta prevalece la concepción religiosa-caritativa: “Las prestaciones se fundamentan en la voluntad de ayuda de carácter religioso o filantrópico.”³⁵ Y Josefina Muriel menciona que en esta época empieza a desarrollarse la caridad con un sentido religioso-social: “Se inició la costumbre de destinar una parte de los bienes de las iglesias al socorro de los pobres, especialmente por medio de las organizaciones de beneficencia que se iban creando.”³⁶ Tanto la religiosidad como la caridad se consagran a la atención curativa en consultorios públicos y privados, se despierta el interés por iniciar la construcción de hospitales.

³⁵ Ruiz, Sánchez Carlos, *Las políticas de salud en el Estado Mexicano (1917-1997)*. Un análisis de la evolución de la administración pública en la salubridad en México, tesis doctoral en administración pública, México, 2001, p. 263.

³⁶ Citado en Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 263.

La segunda etapa corresponde a la Reforma. La fuente en este caso es Mario Luis Fuentes, quien afirma que “es posible sostener que con la Reforma y la Constitución de 1857 se constituye por vez primera un Estado nacional en el sentido moderno del término, pues desde ese momento las instituciones se secularizaron y actuaron conforme a un derecho civil, regulador de la sociedad, eliminando fueros, privilegios y disposiciones que frenaban el desarrollo nacional.”³⁷ Esta transformación da lugar al primer salto conceptual **de la caridad hacia la beneficencia** “erigida en institución civil y laica”³⁸ en donde el Estado se encarga de realizar las actividades de salud para grupos de población indigente como huérfanos, enfermos mentales, ancianos y madres abandonadas, etcétera, en consultorios y hospitales. En concordancia con este cambio conceptual se fundan la Escuela de Ciegos y la de Sordomudos (1861), se modifica la Lotería Nacional por Lotería Nacional de Beneficencia Pública (1877), se expide el Reglamento de la Dirección de Beneficencia Pública (1881), se decreta la secularización de todos los hospitales y centros de beneficencia en manos de la Iglesia o corporaciones eclesiásticas (1881) y se crea la Dirección de Fondos de la Beneficencia Pública (1881).

La tercera etapa se ubica a partir de 1910. La separación del Estado y la Iglesia da lugar a la intervención estatal como rectora de la actividad social, en la que siguiendo la corriente racionalista el Estado “asume la función de prestar servicios a la población como dominio político y dirección administrativa.”³⁹ La beneficencia se afianza con un fuerte impulso a la medicina preventiva que se caracteriza por la abundancia de acciones de salud y la creciente centralización de los servicios, al mismo tiempo que la reducción de la injerencia y participación de los estados y municipios en este campo. Para tal fin, se reforma el Código Sanitario (1901 y 1903), se crea la Dirección General de Beneficencia (1903), la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales (1905), tiene lugar la primera adición constitucional que faculta al Congreso de la Unión para

³⁷ Fuentes, A. Mario Luis, *La asistencia social en México. De la época prehispánica a 1976*, cap. 1, p. 149.

³⁸ Fuentes, A. *op. cit.*, p. 50.

³⁹ Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 265.

legislar en materia de salubridad general (1908), se construye el Hospital General y el Manicomio General (1910) y se crea la Brigada Sanitaria de la Beneficencia Pública (1914).

La cuarta y última etapa puede considerarse a partir de la Constitución de 1917. A pesar de que en este periodo prevalece la concepción de beneficencia, tiene lugar un cambio significativo que se explica por tres cuestiones de naturaleza estructural: 1) En vista de que “la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece las garantías de las que goza todo individuo sin distinción y éstas no podrán restringirse ni suspenderse, salvo en los casos que establece la ley”, se incorporan como principios fundamentales los derechos individuales y sociales (consagrados en los artículos 3, 27, y 123 de la Constitución).^{40, 41} 2) El Estado se legitima como rector de la vida económica y social, consagra un sistema político y adquiere la responsabilidad de asentar las condiciones que permitan el cabal desenvolvimiento del hombre, y; 3) Se sientan las bases del sistema jurídico mexicano en materia de salubridad y beneficencia pública, “se incluyeron en varios artículos puntos específicos que contribuían al fomento y la construcción de un aparato administrativo capaz de regular de manera sistemática la salud, la educación y la beneficencia pública y privada.”⁴² Para tal efecto, se despliega la capacidad física instalada y se extiende significativamente el marco legal:

⁴⁰ Artículo 123, apartado A, fracción XI, establece la seguridad social y la obligación de atender las enfermedades y accidentes de trabajo.

⁴¹ En la fracción III del artículo 27 constitucional, se observan tres puntos fundamentales: 1) Se establece legalmente el campo de acción de la beneficencia, dividiéndola en dos clases: pública y privada, siendo la primera garantizada por el Estado y la segunda al arbitrio de los particulares, bajo la regulación jurídica del Estado. Asimismo, se establece -aunque implícitamente- un concepto amplio de beneficencia, entendiéndola no sólo como el auxilio de los pobres, sino incluyendo en ella acciones como la investigación científica, la enseñanza y otras no especificadas. 2) Se deriva de este artículo una limitación en lo concerniente a la adquisición y propiedad de bienes, si bien puede verse también la ventaja de evitar que a partir de la fundación de instituciones de beneficencia se iniciaran procesos de acumulación de propiedades y capitales. 3) Por último, la separación que se marca entre las instituciones de beneficencia resulta relevante para entender el concepto actual de asistencia social, pues se les prohíbe ser administradas por ministros o instituciones religiosas. Con este acto legislativo se establece constitucionalmente una beneficencia pública bajo la responsabilidad del Estado y su carácter definitivamente laico, en Fuentes, A., *op. cit.*, pp. 74-75.

⁴² Fuentes, A., *op. cit.*, p. 54.

Adición a la fracción XVI de la Constitución de 1917,⁴³ Institución del Departamento de Salubridad Pública (1917), Institución del Consejo de Salubridad General (1917), Expedición del Servicio de Higiene Escolar (1920), Escuela de Salubridad (1920), Junta Auxiliar de Salubridad del Distrito Federal (1923), Departamento de Estadística Nacional (1923), Transferencia de la organización y funcionamiento de la Beneficencia Pública del Distrito Federal a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal (1924), Lotería Nacional de la Beneficencia Pública (1920), Dirección de Pensiones Civiles (1925), Ley de Beneficencia Pública (1927), Asociación Nacional de Protección a la Infancia (1929), Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal y Territorios, Reforma a la fracción XXIX del artículo 123 (1929),⁴⁴ Reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Primera Ley Federal del Trabajo que regula los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (1931), Departamento de Sanidad Federal en los Estados (1932), Reglamento de la Policía Sanitaria (1932), Ley de Coordinación de los Servicios Sanitarios y el nuevo Código Sanitario (1934), Dirección de Aguas y Saneamiento en el Distrito Federal (1934), y la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad (1934).

⁴³ La adición a la fracción XVI de la Constitución de 1917 consiste en cuatro bases: 1) El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán de observancia obligatoria en el país. 2) En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión al país de enfermedades exóticas, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo. 3) La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país. 4) Las medidas que el Departamento de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean de resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en Rocha, Bandala, *op. cit.*, pp. 118-119.

⁴⁴ Párrafo en el que se considera de utilidad pública la expedición de una ley del Seguro Social, que incluiría seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, servicios de guardería y otros, todos ellos encaminados a brindar atención a trabajadores no asalariados y trabajadores de otros sectores y sus familias.

2.1.2 Estado de Bienestar

El modelo de salud asistencial se desarrolla como expresión del Estado de Bienestar, cuyo tránsito se inició a partir del decenio de los treinta.⁴⁵ Luis Gómez señala que hasta finales de los años setenta adquirió la forma del Estado de Bienestar con la función de lograr el bienestar social (de ahí la calificación de *Welfare State* que se le atribuye en los sistemas jurídicos angloamericanos)⁴⁶, e indica que “éste se configuró como una práctica estatal que pretendió, en principio, aliviar los efectos de la conflagración en lo que concierne a la salud, el trabajo, la seguridad social, la vivienda y la educación. Su establecimiento, principalmente en algunos países desarrollados, representó una transposición de los acuerdos internacionales de paz al interior de dichas sociedades. Se estableció un nuevo tipo de pacto social que pretendió garantizar la regeneración de las fuerzas sociales, el crecimiento económico y evitar caer en la recesión en plena posguerra.”⁴⁷

En México, el Estado Benefactor inicia con el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas en 1934, Mario Luis Fuentes⁴⁸ indica que en esta administración da comienzo el proceso de centralización administrativa que corresponde al modelo de desarrollo de “intervencionismo estatal” que en esencia significa que el Estado se adjudica la responsabilidad de la dirección técnica y política de las estrategias económicas del país.

La actuación de este Estado interventor en la etapa del modelo de sustitución de importaciones en el periodo de 1940 a 1958, contribuyó al crecimiento económico nacional que mostraba por un lado; procesos de industrialización, urbanización y de potencial agropecuario. Por otro; la persistencia de la pobreza que evidenciaba que tal crecimiento económico no significaba necesariamente el desarrollo del país.

En la etapa del modelo del “desarrollo estabilizador” de 1958-1976, —continúa el mismo autor—, la intervención del Estado se ejerce mediante cuatro instrumentos: 1) Sistema financiero. 2) Sistema monetario. 3) Sistema fiscal. 4)

⁴⁵ Pardo, María del Carmen, *La modernización administrativa en México*, El Colegio de México, 1° edición, 1° impresión, México, 1995, p. 30.

⁴⁶ *Ibid.* p. 99.

⁴⁷ Gómez, Luis E. *La Sombra de los gozos. Modernidad y crisis del Estado de bienestar*, Universidad Autónoma de Baja California, México, 1993, p. 9.

⁴⁸ Fuentes, A., *op. cit.*, p. 107.

Infraestructura y gasto social creciente en materias como educación, salud, trabajo y previsión social y alimentación.”⁴⁹ El alto intervencionismo en las actividades económicas, sociales, políticas y culturales así como la dirección técnica y política de las estrategias económicas del país tienen la finalidad según Mario L. Fuentes⁵⁰ de redistribuir bienes y servicios para obtener la *justicia social*, por lo que también se le define como Estado benefactor, promotor, distribuidor, *manager*, etcétera.” Tal intervención produce un crecimiento acelerado de lo “estatal” por medio de la administración pública como organización técnica⁵¹ y como un aparato burocrático-estatal, que Félix de Guattari llama de primavera: “el gasto público, los programas de desarrollo y planificación estatal tomaron la dimensión de una política sistemática y permanente que culminó con la instalación, sin precedentes, de un enorme aparato estatal de intervención social: el estado social y su expresión como Estado de Bienestar.”⁵²

En materia de salud y su administración, el 31 de diciembre de 1937 el presidente Cárdenas expide un nuevo decreto por el cual se crea la Secretaría de Asistencia, con la incorporación de una parte del Departamento de Salubridad y el Departamento de Asistencia Social Infantil. Con este acontecimiento se presencia el segundo salto conceptual en la salud: **de la beneficencia hacia la asistencia social** que refrenda la obligatoriedad del Estado para intervenir en materia de salud, sin embargo, persisten resabios de la caridad que se conjugan con un nuevo concepto, el de solidaridad. En palabras de Salomón Díaz: “La asistencia constituye una de las primeras expresiones de solidaridad social para aligerar los efectos de la indigencia. La asistencia se manifiesta en el seno familiar y en toda la sociedad por medio de actos de instituciones o entidades privadas, religiosas y del Estado. En el primer caso; su acción se funda en la solidaridad fraternal o de parentesco, en el segundo; en la caridad, y en el tercero; constituye una actitud solidaria del Estado frente a la indigencia social.”⁵³

⁴⁹ *Ibíd.*, p.139.

⁵⁰ Citado en Fix-Zamudio, Héctor, *Protección jurídica de los derechos humanos*, Estudios comparativos, 2º edición, CNDH, México, 1999, p.100.

⁵¹ *Ídem.*

⁵² Gómez, Luis, *op. cit.*, p. 12.

⁵³ Díaz, Alfaro Salomón, “Derecho constitucional a la protección de la salud”, p. 16, en Soberón, Acevedo *op. cit.*, pp.15-26.

Para la recién creada Secretaría de Salubridad y Asistencia las actividades consisten prioritariamente en la atención especializada a menores y ancianos en estado de abandono, promoción del bienestar senescente⁵⁴, el ejercicio de la tutela de menores, la prestación de servicios de alimentación complementaria y la promoción de la participación organizada de la comunidad en acciones de asistencia y desarrollo social.

2.1.3 Reformas Estructurales

En el contexto latinoamericano y del Caribe se define la reforma del sector como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.”⁵⁵ En el caso de México y en el período estudiado se han instrumentado tres reformas estructurales.

2.1.3.1 primera reforma en salud (1943)

El 15 de octubre de 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho expide el decreto por medio del cual se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Esta reforma da lugar al tercer salto conceptual pues, declara el tránsito de la **asistencia hacia la atención a la salud institucional**, la cual es denominada por Carlos Ruiz como la “fase institucional de la medicina”, ya que justamente en la década de los cuarenta se institucionaliza el desarrollo de la práctica médica. El primer cambio sustancial de esta primera reforma es la designación de la Secretaría de Salubridad

⁵⁴ Que empieza a envejecer.

⁵⁵ “A mediados de la década de 1990 casi todos los países de América Latina y el Caribe iniciaron, o estaban considerando iniciar, reformas del sector salud. En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto se definió a la reforma del sector”, en Urbina, Manuel, coord., La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para la tercer milenio, FCE, 1ª edición, México, 2006, p. 683.

y Asistencia como cabeza del sector salud en la administración pública. Con tal investidura, se inicia el proceso de concentración del poder del Estado Benefactor en el campo de la salud y el consiguiente monopolio de sus servicios que “aunado a las crecientes capacidades técnicas ha desembocado en un desarrollo acentuado del llamado tercer nivel de atención, contenido en el subsector que hoy consta de diez institutos de alta especialidad.”⁵⁶

En segundo lugar, se hace la distribución de los universos de población: la Secretaría de Salubridad y Asistencia se responsabiliza de la población abierta, el Instituto Mexicano del Seguro Social, de otorgar servicios de salud y de seguridad social a los trabajadores considerados en el apartado A del artículo 123 constitucional y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, de otorgar servicios de salud y de seguridad social a los empleados federales.

A partir de este año se elabora el Plan de Construcción de Hospitales que inicia con el Instituto Nacional de Cardiología y el Dispensario Central Anticanceroso (1944), se crean la Dirección General de Epidemiología (1943), la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (1955) y el Centro Médico (1955-1958). En lo jurídico, se promulga la Ley del Seguro Social, se expiden las leyes para crear el Hospital Infantil y el Instituto Nacional de Cardiología (1943) y el Reglamento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1944). Estas bases jurídicas se mantienen hasta 1960, año en que surge una nueva serie de ordenamientos en diferentes áreas de la salud hasta 1982: en el área de la salud de los trabajadores, el apartado “A” del artículo 123 (1960)⁵⁷, decreto de la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (1961), decreto de la Ley del Instituto

⁵⁶ *Ídem.*

⁵⁷ Prohíbe, en su fracción II, las labores insalubres o peligrosas; la fracción V regula el tipo de trabajo que las mujeres podrán realizar durante el embarazo y los tres meses anteriores al parto, y la fracción XII dispone la obligación de las empresas agrícolas, industriales, mineras y de cualquier otro tipo de proporcionar habitaciones higiénicas a sus trabajadores. Además, existe la obligación de vigilar la higiene y salubridad de los establecimientos y de adoptar las medidas para prevenir accidentes y enfermedades de trabajo. El apartado “B” del artículo 123, adicionado a la Constitución en 1960, establece en su fracción XI que la seguridad social de los trabajadores al servicios del Estado se debe organizar con el fin de atender las enfermedades y los accidentes; de proteger el derecho al trabajo en casos de accidentes o enfermedad y a las mujeres durante el embarazo; además ordena el establecimiento de centros vacacionales y de recuperación.

de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1960), promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental (1961), creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social (1965), transformación del Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) (1968) en Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) (1975), realización de la Primera Convención Nacional de Salud, de la cual derivó el Plan Nacional de Salud (1973), publicación de la nueva Ley del Seguro Social, adición de la fracción XVI del artículo 73, a fin de facultar al Consejo de Salubridad General para adoptar medidas de prevención y combate a la contaminación ambiental (1971), adición del párrafo segundo del artículo 27 constitucional (1976), con el fin de cuidar los elementos naturales del país, mejorar las condiciones de vida de la población y planear y regular los centros de población, artículo 3° del séptimo Código Sanitario (13 de marzo de 1973, en vigencia),⁵⁸ adición del artículo 12 al Código Sanitario (diciembre de 1982), que adjudica la responsabilidad a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de establecer un sistema nacional de salud, y coordinar las acciones de dependencias y demás organismos del sector público federal en materia de salubridad general. Y la adición del artículo 13 al Código Sanitario, con el objetivo de facultar a las dependencias y entidades federativas para suscribir instrumentos, dictar disposiciones administrativas y establecer mecanismos que contribuyan al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12.

⁵⁸ En los términos de este Código son materia de salubridad general: I) Promoción de la salud, física y mental de la población. II) Mejoramiento de la nutrición y de la higiene, incluyendo la ocupacional. III) Saneamiento ambiental. IV) Prevención y control de accidentes que afecten la salud pública. V) Prevención y rehabilitación de invalidez, cuando ésta represente un problema de salud pública. VI) Control del ejercicio profesional en materia de servicios para la salud. VII) Promoción de la formación, capacitación y adiestramiento de personal para la salud que el país requiera, así como su constante actualización en los diferentes grados y áreas de preparación. VIII) Investigación para la salud y control de investigación en seres humanos. IX) Control sanitario de alimentos, bebidas alcohólicas, fertilizantes, productos de perfumería, belleza y aseo, aparatos y equipos médicos. X) Campaña nacional contra el alcoholismo. XI) Control de sustancias tóxicas. XII) Control sanitario de la migración, importaciones y exportaciones. XIII) Cumplimiento, en materia de salud, de tratados internacionales. XIV) Conocimientos e información sobre condiciones, recursos y actividades de salud pública en el país. XV. Las demás a que se refiere este Código y leyes federales aplicables.

A la par de los ordenamientos jurídicos se crearon: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (1977) como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio para atender a la población infantil en las áreas de salud, educación y desarrollo cultural, en el entorno familiar y comunitario. El Gabinete del Sector Salud (1978) con las funciones de coordinación intergubernamental, aprobación de planes y programas sectoriales, responsabilidad de la ejecución y evaluación de los mismos, y en general para ajustar los objetivos de salud en el esquema de desarrollo del país. Dicho gabinete “quedó integrado por los titulares de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de Programación y Presupuesto, de la Secretaría de la Contraloría, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.”⁵⁹ El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) (1979), para proteger y apoyar a los adultos mayores de sesenta años, en vista de que este grupo de edad se incrementó en forma significativa al aumentar la esperanza de vida.

2.1.4 Instrumentación Jurídica-Normativa

Los instrumentos jurídico-normativos son la base de la función normativa de la Secretaría de Salud y representan la responsabilidad en el cumplimiento de las políticas y los programas en el nivel federal, a la vez que permiten los cambios en la estructura orgánica y administrativa. De esta forma, el acceso a la salud individual y colectiva está diseñado también desde este componente, pues, la normatividad es condición imprescindible en que se apoya la gestión administrativa en el nivel normativo y la prestación de los servicios en el aplicativo. Así se tiene que el marco normativo es el “conjunto de disposiciones y lineamientos jurídicos que enmarcan y regulan el desarrollo y realización de actividades en un ámbito de acción determinado”⁶⁰, en tanto que la legislación sanitaria se define como el “conjunto de leyes, normas, reglamentos, acuerdos y decretos a nivel federal, estatal y municipal que regulan la actuación del Estado, de los particulares y de la sociedad en general

⁵⁹ Rocha, Bandala, *op. cit.*, p.124.

⁶⁰ Cuadernos Técnicos, *op. cit.*, p. 64.

en materia de atención médica, salud pública y asistencia social.”⁶¹ Diego Valadéz indica que “en la actualidad los servicios de salud están regidos por aproximadamente 350 ordenamientos, decretos, acuerdos e instructivos de diferente índole”⁶², si bien los fundamentales y de carácter general son los siguientes:

La Ley de Planeación. “Es el sustento jurídico del Sistema Nacional de Planeación Democrática y medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país, orientado a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”⁶³

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Promulgada el 24 de diciembre de 1976, en el artículo 9° establece la sectorización de la administración paraestatal; “Las dependencias y entidades de la administración pública centralizada y paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo establezca el Ejecutivo Federal.”⁶⁴ En 1978 fortalece las atribuciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en la planeación y conducción de la política de saneamiento ambiental y en 1982 opera reformas y adiciones para ampliar las facultades de dicha secretaría.⁶⁵

⁶¹ *Ibid.*, p.59.

⁶² Valadéz, Diego, *op. cit.*, p. 93.

⁶³ *Ibid.*, pp. 59-60.

⁶⁴ Citado en Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 70.

⁶⁵ Artículo 39. A la Secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde el despacho de los siguientes asuntos: I) Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen. II) Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal. III a V)... VI) Se deroga. VII) Normar, promover y apoyar la impartición de asistencia médica y social a la maternidad y la infancia y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas. VIII a XX)... XXI) Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y de sus Reglamentos. XXII) Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento. XXIII) Los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos en Rocha, Bandala, *op. cit.*, p.124.

Las reformas a las leyes del IMSS y del ISSSTE. Con la finalidad de “lograr un mecanismo de coordinación funcional para establecer el Sistema Nacional de Salud. A la SSA le corresponde, desde entonces, la responsabilidad de que las dependencias del Ejecutivo y los demás organismos del sector coordinen sus actividades en materia de salud. Como resultado de este proceso, la SSA transfirió al DIF las funciones de asistencia y rehabilitación, y también traspasó a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología las funciones y órganos destinados al mejoramiento del ambiente, reservándose lo que a saneamiento ambiental corresponde.”⁶⁶

Las reformas legales a los artículos 7°, 12° y 13° del Código Sanitario; 252 de la Ley del Seguro Social y 104 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores el Estado, (D. O. 30 de diciembre de 1982). El Decreto que adicionó al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reformas que establecen el Derecho a la Protección a la Salud el 3 de febrero de 1983.

La Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984. Que sustituye al Código Sanitario de 1973, el cual se deriva de la adición al artículo 4° constitucional como responsable de la conducción sectorial. Define el contenido, las finalidades y bases jurídicas del derecho a la protección de la salud; establece la regulación de la participación de los sectores público, social y privado; sienta las bases e instrumentos del Sistema Nacional de Salud; emite la reglamentación y normalización en lo relacionado a la salubridad y sus autoridades; y dicta las líneas de la atención médica, de salud pública y de la asistencia social a población abierta y derechohabiente.

Los Programas Nacionales de Salud 1984-1988 y 1990-1994. Son respuesta a los ordenamientos de la Ley General de Salud, instrumentos programáticos de los servicios sanitarios y asistenciales, “cuya finalidad es alcanzar el desarrollo armónico del individuo en particular y de la sociedad en general a través de la salud.”⁶⁷

⁶⁶ Breve reseña histórica de la secretaría de salud, a los cincuenta años de su creación, México, 1993, s/p.

⁶⁷ Breve reseña, *op. cit.*, s/p.

El Reglamento Interior de la SSA. Que integra un “Conjunto ordenado de reglas o preceptos expedidos mediante un reglamento por el presidente de la República en el que se establecen la competencia y organización de la SSA; las atribuciones de los funcionarios, de las direcciones generales; de los órganos desconcentrados por función; de los órganos por territorios y de la descentralización de la Secretaría; de los servicios de salud pública en el Distrito Federal; de las comisiones y comités; así como lo relativo a las suplencias de los funcionarios.”⁶⁸

Normas Técnicas. La Ley General de Salud define a este tipo de normas como un conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio que establecen los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como en el desarrollo de actividades en materia de salubridad general con objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias.⁶⁹

2.2 Salud

El análisis conceptual de salud en el enfoque asistencial parte de las siguientes consideraciones: la atención médica es un segmento identificado del todo con las instituciones de salud en un marco delimitado que se explica clara y totalmente por los profesionales de la medicina, sin embargo y contradictoriamente en opinión de Mooney⁷⁰ la definición de salud y la enfermedad es poco relevante para estos profesionales, de ahí, que se advierta la necesidad de definirla fuera del marco estricto de la medicina. En contraparte, existen diversas interpretaciones de la salud a partir de los procesos sociales, puesto que “los juicios acerca de la salud y de la enfermedad se construyen de acuerdo con las normas y perspectivas específicas del entorno social. Por ejemplo, del individuo afectado; de alguna persona relacionada con él —médico, enfermera, curandero—; de los administradores de los sistemas de seguridad social que actúan según determinadas reglas sociales; de la comunidad científica; y cada uno de estos grupos de personas juzgan desde diferentes perspectivas el estado de salud de un individuo y su juicio depende de

⁶⁸ Cuadernos técnicos, *op. cit.*, pp. 111-112.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 69.

⁷⁰ Mooney, 1986, citado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 37.

sus percepciones, creencias, intereses y obligaciones.”⁷¹ A la luz de estas consideraciones, la revisión de la literatura al respecto destaca los siguientes planteamientos y definiciones:

La salud como una necesidad humana universal. Asa Cristina Laurell,⁷² considera a la salud como una necesidad humana irreductible porque el carecer de ella significa daño y sufrimiento ó también puede consistir en la limitación de las capacidades y potencialidades de las personas para acceder a una participación social plena como objetivo y condición de una sociedad democrática. Coloca a la salud en la esfera de los valores y principios: valor humanístico e intrínseco de la vida humana y como obligación de la sociedad de garantizar los derechos sociales para todos independientemente de su condición económica.⁷³ Este planteamiento rompe el paradigma de la salud como asistencia e inclusión de grupos de población en condiciones de pobreza, deja también de lado el combate a los criterios de inequidad y desigualdad en virtud de que, como se mencionó en la introducción todos los seres humanos son susceptibles de enfermar en cualquier condición.

La definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Es importante considerar esta definición, puesto que en 1978 se estableció como el soporte conceptual de la estrategia “Salud para Todos en el Año 2000” adoptada en la Asamblea Mundial de la OMS en 1981. Plantea la necesidad de la acción urgente y conjunta de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. En el caso de América Latina, con la participación de todos los Estados miembros de la región y sus respectivos planes y programas de salud que incluye la colaboración de todo el personal de los sectores de salud y de infraestructura social, bajo la coordinación de la OPS. Pese a ello, cabe destacar que esta definición considera a la salud y a la enfermedad como elementos estáticos y aislados de la esfera social, no explica en

Shroeder, 1983, citado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 40.

⁷² Laurell, Asa Cristina, “*El Derecho a la salud y la reforma de la seguridad social*”, en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 29-35.

⁷³ Laurell, Asa Cristina, Lo último que nos abandona es la esperanza, reportaje de mundo hospitalario, www.medicos-municipales.org.ar/repor0999.htm

qué consiste el bienestar y no propone indicadores susceptibles de medirlo e individualiza los padecimientos de salud mental aún en el contexto de la estrategia de la atención primaria, por lo que es un planteamiento limitado a los ámbitos individual y comunitario. A decir de Carlos Garrocho, esta definición “ha sido criticada, pues propone una idea de bienestar originada en la actividad individual, en el trabajo productivo o en el papel social de los individuos. Tal definición, favorece implícitamente una perspectiva de la medicina que es más individual que social, lo cual, según Townsend *et al.* (1998) podría perpetuar la jerarquía errónea de prioridades (las individuales sobre las sociales) en los planes para atacar la enfermedad).”⁷⁴

Desde la perspectiva de Julio Frenk,⁷⁵ en vista de que la salud está relacionada con otros factores determinantes, es necesario visualizar su área de influencia en los niveles sistémico, estructural, doméstico e individual, conceptúa a la salud como “un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como elemento indispensable para la reproducción de la vida social.”⁷⁶

Por otro lado, el mismo autor alude a vínculos de la salud con objetivos de desarrollo económico-social, político, ambiental y cultural, en virtud de que es necesaria una población saludable con posibilidades de ejercer sus potencialidades en cada uno de estos aspectos para lograr un desarrollo equilibrado. Aunque se trata de una explicación que relaciona indicadores estructurales macroeconómicos, contradictoriamente, es restringida ya que si la salud y el desarrollo se perciben como factores interdependientes la explicación resultante es que si no hay desarrollo no hay salud y por el contrario, si no hay salud, existen pocas posibilidades de desarrollo y crecimiento. Por otro lado, si la salud se percibe como un factor contribuyente al desarrollo, entonces no le corresponde la satisfacción de las necesidades de otros determinantes. En este sentido, la acción de la salud no puede desviar sus propósitos, como advierte el mismo autor, no se puede esperar a que se resuelvan los demás determinantes para estar en condiciones de resolver los problemas de salud.

⁷⁴ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 41.

⁷⁵ Frenk, Julio, *op. cit.*, p.11

⁷⁶ *Ibid.*, p. 28.

Vinculación con el desarrollo sostenible. Esta concepción cuestiona la interdependencia salud-desarrollo económico, ya que la mayoría de las actividades del desarrollo económico afectan en mayor o menor grado al medio ambiente, lo que a su vez agudiza los problemas de salud rezagados en áreas rurales y marginadas al tiempo que genera nuevos padecimientos en ciudades periféricas y centros de desarrollo. Esta vinculación de la salud con el desarrollo, —aunque tardía—, repercute de manera importante en la planeación y programación del sector salud, puesto que obliga a romper con el criterio prioritario de marginación y voltear hacia las grandes áreas de concentración urbana, cuya desatención también representa un signo de desigualdad e inequidad.

2.3 Salud Pública

Si la conceptualización de salud es muy general y abstracta, por el contrario, la de salud pública permite su aterrizaje en planos y espacios físicos y temporales delimitados en contenidos, políticas, organización y acciones debido a las diferentes connotaciones que muestra y a la generosidad aplicativa que se despliega como una vía de acceso a la salud de gran alcance. Mauricio Hernández sugiere que una primera connotación “equipara el adjetivo público con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el público.”⁷⁷ Indica también que la expresión problema de salud pública se usa a menudo para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

En el contexto de la reforma de salud, se explica como una “disciplina científica que estudia los problemas de la salud colectiva, las respuestas que la sociedad organiza frente a ellos y especialmente el resultado de esta interacción expresado en el estado de salud de la población. Más que una disciplina única, la salud pública es una interdisciplina que integra el conocimiento de la epidemiología y de la administración de servicios de salud.”⁷⁸ Julio Frenk argumenta que la salud pública

⁷⁷ Hernández, Ávila Mauricio, *Reforzar la excelencia e impulsar la relevancia en salud pública. Una propuesta para la consolidación institucional*, INSP, 2005, p. 38.

⁷⁸ Glosario para entender la reforma de la salud, Términos usados en planificación y programación de la atención de la salud, s/p.

“no es una ciencia como tal, pero se apoya en prácticamente todas las ciencias, porque es un punto de encuentro de lo biológico y lo social, el individuo, la comunidad y la sociedad, el conocimiento y la acción”. Consideración valiosa si se toma en cuenta que “las disciplinas interdisciplinarias son las que tienen mejores probabilidades de obtener los resultados de investigación más relevantes.”⁷⁹

Aunque se hace referencia a la interacción de disciplinas relacionadas directamente con la salud, es importante destacar también su carácter multidisciplinario dado que su aplicación se debe en gran medida a ciencias totalmente opuestas a las médico-biológicas, entre las cuales se pueden mencionar como las más comunes: a) las ciencias sociales —sociología, pedagogía, antropología, etnografía, demografía, geografía y comunicación—, b) las ciencias económico-administrativas —economía y administración—, c) las ciencias exactas —matemáticas, estadística,⁸⁰ bioestadística y actuaría—, d) las ciencias políticas y derecho, y e) la bioinformática. Cabe mencionar el aporte de disciplinas que aunque no son ciencias desempeñan un papel preponderante en la salud pública, como el trabajo social, contaduría, e ingeniería, entre otras más. Tal multidisciplinariedad ha dado lugar a la producción de especialidades como la sociología médica, economía de la salud, ingeniería y arquitectura de salud, telemedicina, etcétera, así como modelos matemáticos y metodologías de investigación.

La salud pública se entiende también como el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Además, como concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.⁸¹ Desde el punto de vista organizacional, la salud pública

⁷⁹ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p.113.

⁸⁰ La estadística en salud, que es el conjunto de información organizada, recopilada, presentada y analizada de los indicadores en materia de salud que refleja la situación histórica y actual y permite inferir acerca de su posible comportamiento a futuro, para deducir conclusiones y lograr una adecuada toma de decisiones.

⁸¹ Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, glosario de términos.
<http://www.generoyaludreproductiva.gob.mx>

conforma el sustrato de la medicina institucional y proporciona las bases político-administrativas y organizativas para el diseño de políticas y la aplicación de estrategias de acceso a la salud en tres campos de acción:

1. Atención médica. Que son las actividades dirigidas específicamente al individuo, por lo que se denominan servicios personales de salud considerados como legítimamente necesarios. La cita clásica de Smith es muy clara en este punto: “La atención médica es quizá uno de los servicios más básicos que existen, de él puede depender si un recién nacido vive o muere, si sobrevivimos a una enfermedad o accidente y, en caso de recuperarnos, si mantenemos el uso pleno de nuestras facultades esenciales o si sufrimos daños permanentes.”⁸²

2. Atención al medio ambiente.⁸³ Destinada a los servicios no personales de salud en las siguientes áreas: saneamiento básico que incluye el manejo apropiado de agua y alimentos, disposición adecuada de basuras y excretas humanas y animales y el mejoramiento de la vivienda; control de la contaminación ambiental para regulación del uso del suelo en los asentamientos humanos, el control de la explotación de los recursos no renovables y del empleo de energéticos, el ordenamiento del transporte y el control del desarrollo de la industria en general a través de tecnología y mecanismos operativos de control y de participación multisectorial; vigilancia sanitaria de establecimientos de bebidas y alimentos, medicamentos, sistemas de agua de consumo, disposición de desechos y control de fauna nociva o transmisora; e higiene ocupacional dirigida a espacios cerrados y a grupos de trabajadores.

3. Actividades preventivas. Que también forman parte de los servicios no personales y se desglosan en tres líneas de acción: a) prevención de la enfermedad⁸⁴ basada en intervenciones de prevención primaria (vacunación) y

⁸² (Smith, 1977b) citado en Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 48.

⁸³ Laguna, García José, “*Las perspectivas del derecho mexicano a la protección de la salud*”, p. 83-84 en Soberón, *op. cit.*

⁸⁴ La salud pública ha sido el escenario de campañas de combate y prevención trascendentales en México: “tuberculosis, cáncer e intensificación contra la viruela (1943 a 1946), antipalúdica (1946-1958), poliomiélitis (1958), para erradicar el vector de la fiebre amarilla (1958-1964), lepra, el mal del pinto, la oncocercosis y el tifo (1964-1968), vacunación antisarampionosa (1968-1970)”. Libro del Cincuentenario. Secretaría de Salud 1943-1993, México, 1993, p. 79-87. Cabe destacar también la introducción al esquema de inmunizaciones de la vacuna triple, D.P.T., contra la difteria, la tos ferina

prevención secundaria o detección precoz de enfermedades, a fin de disminuir los coeficientes de mortalidad general e infantil, así como las enfermedades prevenibles por vacunación; b) promoción de la salud,⁸⁵ cuyas actividades se orientan al fomento de la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria en los ámbitos escolares, familiares y comunitarios con la utilización de medios masivos de comunicación para la población en general; y c) rehabilitación de la salud que la OMS define como el conjunto de medios médicos, sociales, educativos y profesionales destinados a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia.

El universo de aplicación de estas acciones lo integran los grupos etéreos y los grupos de población considerados como vulnerables —recién nacidos y niños menores de un año, madres, indígenas, ancianos y discapacitados—.

Los servicios otorgados que se extienden hasta los grupos y problemas de salud que se consideran prioritarios en los tres niveles de atención: el primer nivel como la entrada de acceso al sistema de salud, el segundo y tercer niveles que corresponden a hospitales generales y de alta especialidad.

2.4 Sistema Nacional de Salud

Explicar el acceso a la salud en el marco del sistema nacional supone la división entre la estructura estatal y los procesos que actúan acordes a las variables macroeconómicas y los daños a la salud imperantes en el país. En el contexto regional latinoamericano, la mayoría de los sistemas de salud “se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En el caso de México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo fragmentado

y el tétanos, en 1959, la inauguración de los Días Nacionales de Vacunación en enero de 1986 y la institución del Programa de Vacunación Universal en 1999, así como la creación del Consejo Nacional de Vacunación como órgano coordinador del Sistema Nacional de Salud, Libro del, *op. cit.*, pp. 72-73.

⁸⁵ Es importante mencionar también las actividades de educación higiénica que anteceden a la promoción de la salud “para la población, principalmente por medio de la radio, la prensa y el cine, con el propósito de obtener su colaboración en las diversas campañas sanitarias”, Breve Reseña, *op. cit.*, s/p.

del sistema de salud.”⁸⁶ El subsistema de seguridad social está integrado por el IMSS, fundado en 1943 para ofrecer prestaciones económicas y en especie a los trabajadores asalariados de la economía formal principalmente urbanos; y por el ISSSTE creado en 1960 para proporcionar servicios de salud a los trabajadores al servicio del Estado.⁸⁷ El subsistema de servicios públicos se conforma con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, el 15 de octubre de 1943, y representa la concepción asistencial destinada a brindar cobertura a grupos de población de escasos recursos, sobre todo rurales y a trabajadores no asalariados. De esta forma, se dice que el sistema de salud nació segmentado: la población del primer subsistema se denomina “derechohabiente” y la del segundo “población abierta”, que abarca a 45 millones de mexicanos de los sectores más pobres de la población: autoempleados y trabajadores no asalariados que constituyen 58 por ciento del total de la población.⁸⁸

El sistema edifica una infraestructura desigual de prestación de servicios en detrimento de la “población abierta”, para la cual el derecho a la protección de la salud, incluyendo medicamentos y paquete de beneficios no cuenta con el soporte legal-organizacional para su efectiva aplicación, ya que la legislación de derechos es para población particularmente urbana, vinculada al sector formal de la economía. Los objetivos del Sistema Nacional y del Programa Sectorial de la Salud⁸⁹ se plantean fundamentalmente en relación con la extensión de los servicios de salud a toda la población, con especial interés en las acciones preventivas para atender los problemas prioritarios y los factores causantes y condicionantes de las enfermedades, atender el desarrollo demográfico, apoyar a la población desprotegida e incapacitada y mejorar el medio ambiente.

⁸⁶ *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Secretaría de Salud, Seguro Popular, 1° edición, 2005, p.16.

⁸⁷ Aunque la seguridad social y los servicios privados son componentes del Sistema de Salud, en este trabajo se aborda exclusivamente el acceso a la salud en la perspectiva asistencial reflejada en la Secretaría de Salud.

⁸⁸ Censo de Población y Vivienda 2000.

⁸⁹ Kaplan, Marcos, *op. cit.*, pp. 62-63.

En correspondencia con estos objetivos, el diseño de las políticas de acceso a la salud se basa técnicamente en variables macroeconómicas.⁹⁰ Como ejemplo se hace referencia a los datos de 1995. En primer lugar, en la variable pobreza; que considera el porcentaje de personas en situación de pobreza y las entidades federativas con mayor número de personas en este rango: la población indígena y los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Hidalgo y Puebla que abarcaban a 70% y 76% de pobres. La variable de servicios básicos de vivienda; que incluye la disposición de desechos humanos y animales, manejo adecuado de agua y alimentos y mejoramiento de la vivienda. La variable marginación rural; en vista de que en el país se registran 1455 localidades menores de 5000 personas.⁹¹ La variable demográfica; cuyos indicadores de población, tasa bruta de natalidad, crecimiento migratorio y crecimiento de la población son indispensables para el diseño de políticas para grupos especiales, por ejemplo, la política de planificación familiar del grupo materno infantil, los programas para jornaleros agrícolas, etcétera. La estructura por edades, que permite el diseño de programas o proyectos específicos para los diferentes grupos de edad y de acuerdo con las problemáticas de salud y características propias de cada uno como es el caso del grupo infantil indígena. La variable de condiciones de salud; que refleja las estadísticas vitales — tasa de fecundidad, esperanza de vida por género, tasa de mortalidad general, por causa y por grupos, y la morbimortalidad como base para la elaboración de los programas de salud por tipo de enfermedad o daño (transmisibles, no transmisibles, cardiovasculares, tumores malignos, accidentes y violencia, trastornos del comportamiento por tabaquismo, alcohol y drogas, salud oral, exposición ambiental y efectos para la salud y enfermedades transmitidas por alimentos)—.

⁹⁰ La salud en las Américas, edición de 1998. Vol. II, pp. 403-418.

⁹¹ La marginación de las localidades de México, 1995.

2.5 Planeación Nacional en Salud

Si el esquema conceptual es el preámbulo para la toma de decisiones, la planeación como componente de la estructura Estatal representa el substrato en donde se plasma dicho esquema. Hacer referencia a este componente es de vital importancia para mostrar que el acceso a la salud se diseña en la esfera de la política y de la planeación en un contexto nacional y democrático.

La planeación nacional en México tiene sus antecedentes en 1930 con la realización del “Primer Congreso Nacional de Planeación, cuyo resultado fue la Ley de Planeación General de la República, para constituirla se creó la Comisión Nacional de Planeación.”⁹² Posteriormente se instituye con la Ley General de Asentamientos Humanos de 1976 y con el Plan Nacional de Desarrollo de 1978. Las reformas al artículo 26 constitucional y a la Ley de Planeación aprobadas por el Congreso de la Unión en diciembre de 1982, sentaron las bases y las normas fundamentales del Sistema Nacional de Planeación Democrática, que se plantea como: a) “una de las siete tesis básicas de gobierno e instrumento que sirve para promover una política de desarrollo que refuerce las bases sociales del Estado; la viabilidad de nuestras instituciones; imprima transparencia a las acciones de gobierno y oriente la actividad económica para satisfacer las necesidades de la sociedad, a través de un desarrollo integral que defienda y promueva el empleo y combata la inflación y la carestía”, y b) “el conjunto de relaciones donde se vinculan dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal y municipal, y organismos de los sectores social y privado, y se identifican responsabilidades para la toma de decisiones de manera congruente y de común acuerdo; representa el compromiso de organizar las actividades de gobierno de manera racional y previsoras con el apoyo de una amplia participación popular.”⁹³

En cuanto al proceso de planeación en salud, el Sistema Nacional de Planeación Democrática adquiere el compromiso de establecer y consolidar al Sistema Nacional de Salud, el cual se integra por las dependencias y entidades de

⁹² Fuentes, A., *op. cit.*, p. 102.

⁹³ *Ibid.*, pp. 120-121.

la administración pública federal y local, los sectores social y privado prestatarios de servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. Derivados de dicha planeación se instituyen los Sistemas Estatales de Planeación Democrática que conjuntamente con los Sistemas Estatales de Salud y acorde con la soberanía de los estados y la descentralización de las actividades económicas y sociales, tienen como propósito contribuir a que sean las propias entidades federativas quienes planeen, administren, y organicen los servicios de salud en sus respectivas circunscripciones territoriales.

En nuestro país la salud ha sido considerada como materia de proyecto de desarrollo, por lo que forma parte predominante de la planeación nacional de desarrollo, la cual es definida como “la ordenación racional y sistemática de acciones que, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política y cultural, tiene como propósito la transformación de la realidad del país de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia constitución y la ley establecen.”⁹⁴

La planeación expuesta en términos que se refieren a la construcción de la estructura que permite la acción del Estado, como son la ordenación racional, tesis básica de gobierno, administración pública, descentralización y sistemas, no muestra relación inmediata ni directa con el acceso a la salud. Sin embargo, la planeación determina y repercute directamente en dicho acceso porque es el espacio en el que se diseñan los lineamientos que delimitan los criterios generales y específicos, estratégicos, programáticos, presupuestarios, sectoriales, regionales, etcétera, para alcanzar un objetivo determinado. Así también, de las políticas generales que formulan los programas nacionales de salud con objetivos, estrategias y líneas de acción que especifican las actividades que tienen que ejecutarse en el ámbito aplicativo.

⁹⁴ Cuadernos técnicos, Vol. 1, Núm. 2, p. 82.

2.5.1 Planes Nacionales de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo es elaborado por el ejecutivo nacional para la gestión del gobierno federal, es el documento al que deben sujetarse los programas de la administración pública federal, constituye el mandato constitucional e instrumento rector del Estado; establece los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional, rige la formulación de los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales de mediano y corto plazo y determina los instrumentos y responsables de su ejecución; representa la estructura general de los planes, objetivos, lineamientos, estrategias y líneas de acción, así como la vinculación más estrecha entre los instrumentos de programación anual con los presupuestos y con los planeamientos para el mediano plazo.⁹⁵

El carácter nacional se imprime en la elaboración de planes estatales y municipales de desarrollo. Los primeros son “instrumentos que vinculan al Sistema Nacional de Planeación Democrática y la planeación estatal en el marco del Convenio Único de Desarrollo, en el que cada entidad federativa, considerando sus características particulares, fija una estrategia de desarrollo específico, adecuándose siempre de manera congruente a los propósitos nacionales. Constituyen los documentos orientadores de la política económica y social de las entidades federativas,”⁹⁶ los segundos; en el nivel municipal son los “instrumentos que vinculan la planeación estatal a la planeación municipal y que fijan las prioridades y objetivos locales, y desagregan los contenidos de los planes estatales, correspondiendo su elaboración a las instancias de planeación de cada municipio.”⁹⁷ Estos planes adquieren gran importancia a partir de 1994, en relación con la estrategia de Municipios Saludables⁹⁸ en el ámbito de la salud pública, ya que invierten la planeación vertical estatal-municipal hacia la vinculación de prioridades locales en la planeación municipal y estatal.

⁹⁵ *Ibíd.*, p. 79.

⁹⁶ *Ibíd.*, p. 80.

⁹⁷ *Ídem.*

⁹⁸ Véase estrategia de Municipios Saludables en el siguiente capítulo.

2.5.2 Programas Nacionales de Salud

La programación nacional de salud se deriva de las políticas generales marcadas en los planes de desarrollo. En el periodo estudiado se han elaborado los siguientes: El Programa Sectorial, cuyo propósito es “elear el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud —preferentemente en el primer nivel de atención— y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un sistema nacional de salud racional y eficiente.”⁹⁹ El Programa Nacional de Seguridad y Solidaridad Social (1976-1982) del IMSS, dirigido a comunidades rurales; El Programa IMSS-Coplamar (1979) de solidaridad social por cooperación comunitaria, para prestar servicios médicos a población no derechohabiente en zonas rurales marginadas; Programa de Infraestructura, para zonas marginadas de las grandes ciudades (1981); El Plan Básico de Gobierno, que para efectos de salud destaca “el diseño de un sistema general de asistencia médica que diferencie los niveles de atención según su complejidad”¹⁰⁰; El Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982), en el cual “se establece una apertura programática para el subsector salud que considera la atención preventiva, la curativa, la capacitación de la población, el saneamiento y mejoramiento del ambiente, la formación y desarrollo de los recursos humanos y la producción de bienes”¹⁰¹; El Plan Global de Desarrollo (1980-1982), que destaca el “derecho a la salud” de todo ser humano y el campo de la salud como prioridad de la política gubernamental¹⁰² y; el Programa Nacional de Salud (1984-1988)¹⁰³ que entre sus objetivos destaca la atención médica, acciones preventivas, promoción de la salud, saneamiento básico y ambiental, planificación familiar, asistencia social y desarrollo familiar y comunitario.

Como segundo eslabón de la planeación nacional, el Programa Nacional de Salud es el instrumento normativo de mediano plazo del sector salud y del Sistema Nacional de Planeación Democrática que aterriza la planeación en el campo

⁹⁹ Cuadernos técnicos, Vol. 1, No. 6, SSA, p. 1.

¹⁰⁰ Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 307.

¹⁰¹ Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 313.

¹⁰² Véase objetivos en Ruiz Sánchez, *op. cit.*, pp. 314-315.

¹⁰³ Véase en Cuadernos técnicos, Vol. 1, No. 6, pp. 1-2.

aplicativo mediante la articulación de los propósitos de la política social, sectorial y regional, estrategias y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo con el diseño de políticas y formulación de programas¹⁰⁴ y proyectos estratégicos¹⁰⁵ y operativos. Integra los presupuestos¹⁰⁶ sectoriales e institucionales, define las estrategias y líneas de acción, fija los universos de acción y determina los logros a alcanzar en objetivos y metas medibles.

El aterrizaje operativo y el cumplimiento de metas implica un método de desarrollo secuencial de las actividades que comprende cuatro etapas¹⁰⁷ interrelacionadas: 1) Formulación; etapa en la que se presentan diagnósticos, se definen objetivos y prioridades, se determinan estrategias y políticas y se integran en el Plan Nacional de Desarrollo y en los programas a mediano plazo. 2) Instrumentación; en la que se afinan diagnósticos, se realizan análisis de coyunturas, se fijan metas, se asignan responsables y recursos, y se definen instrumentos. 3) Control; ésta se refiere al seguimiento y análisis de planes y programas a fin de detectar desviaciones y efectuar ajustes. 4) Evaluación, en la cual se cuantifican y valoran los resultados obtenidos en relación a los objetivos y metas programados. —Que en opinión de Julio Frenk—, en esta etapa se mide la

¹⁰⁴ Programa: “Es el conjunto de actividades que producen resultados homogéneos, cuantificables y significativos. Se expresa en un documento que pormenoriza su contenido y que señala las metas por alcanzarse, los plazos y los itinerarios a cumplirse, los recursos y los mecanismos administrativos necesarios para desarrollar las acciones y controlar su ejecución”. Programación: “la acción de elaborar planes, programas y proyectos, fijar metas cuantitativas a la actividad, destinar los recursos humanos y materiales necesarios, definir los métodos de trabajo, fijar la cantidad y calidad de los resultados y determinar la localización espacial y temporal de las obras y actividades”. Cuadernos Téc., *op.cit.*, pp. 1-2.

¹⁰⁵ Proyecto. Constituye la unidad básica de la programación-presupuestación. Es el conjunto de acciones destinadas a conseguir una o varias metas de subprogramas y programas del sector. Tales acciones consisten en la realización de obras físicas que se traducen en incremento de la formación de bienes de capital”. Véase en Cuadernos Técnicos de Planeación. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Vol. 1, No. 2, p. 108. Los proyectos estratégicos se ubican en los tres campos de acción definidos por la Ley General de Salud: atención médica, salud pública y asistencia social.

¹⁰⁶ Presupuesto. “Es el cálculo anticipado o pronóstico de los probables egresos e ingresos del Estado y otras corporaciones públicas para cumplir con los propósitos de un programa determinado, así como al monto de inversiones requerido para un periodo específico de tiempo. Es un instrumento de gobierno y administración a través del cual se elabora, aprueba y coordina la ejecución y evaluación del programa anual de inversiones”. Cuadernos Técnicos, *op.cit.*, pp. 88-89.

Presupuesto por programas. Técnica que tiende a disciplinar la acción y que muestra los diversos programas, subprogramas, actividades y acciones de cada unidad administrativa, sus costos y sus actividades concretas, clasificadas por programas de operación e inversión, que permiten analizar aquella acción en su conjunto. Se complementa con la explicitación de la meta a alcanzar tanto operativa como de resultados, las unidades de medida y las unidades responsables de consecución.

¹⁰⁷ Cuadernos técnicos, *op. cit.*, p. 81.

productividad entendida como “la relación entre insumos y productos expresada en unidades físicas, por ejemplo, número de consultas por médico o número de egresos por cama de hospital, se ocupa en medir el grado de alcance de los objetivos de estructura y proceso de los servicios y programas en cuanto a disponibilidad de infraestructura y equipo, de personal de salud, etcétera, y en cuantificar el impacto de estos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de salud, como por ejemplo: tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, incidencia de diarrea, prevalencia de hipertensión, etcétera.”¹⁰⁸

Para la percepción social, esta última etapa del proceso de planeación es considerada como la primera y única que determina el acceso a la salud en términos concretos, lo cual es válido, por un lado, en la medida que sus efectos recaen en el entorno operativo. Y por otro, de acuerdo con la reflexión que hace Monnier al respecto: “la concepción más tradicional de la evaluación, probablemente la más tosca, se centra en una cuestión muy elemental: ¿en qué medida ha producido el programa los efectos esperados?; en otras palabras, ¿correlacionan los efectos observados con los objetivos previstos? Este enfoque, que confronta los resultados con los objetivos iniciales del programa, se utiliza todavía hoy con una frecuencia alta. Un buen número de responsables consideran, sin duda erróneamente, que este tipo de evaluación, denominado *evaluación de impactos o de resultados*, cumple con su finalidad en la mayoría de los casos. El enfoque se apoya básicamente en la hipótesis de que existen objetivos claros, precisos y mensurables, con los que se relacionarían los efectos, susceptibles, a su vez, de ser medidos: objetivos-programas de acción-efectos”.¹⁰⁹

De esta forma, la evaluación del cumplimiento de metas y objetivos de los servicios y programas no garantiza el impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población como objetivo del sistema nacional. De ahí, que la percepción social resulta atinada, pues a pesar de la existencia e instrumentación de todo un proceso de planeación, al final la demanda no es satisfecha porque no está en relación con sus necesidades y expectativas.

¹⁰⁸ Frenk, Julio, *op. cit.*, p. 64.

¹⁰⁹ Monnier, Eric, *Evaluación de la acción de los poderes públicos*, Estudios de la Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992. p. 131.

2.6 La Administración Pública Como Componente Estructural

Teóricamente, la administración pública se define desde las siguientes dimensiones: en primer lugar, a partir de su vinculación con el Estado. Rafael Bañón expone que “el concepto de administración pública está estrechamente vinculado al concepto de Estado, en un sentido genérico y, de forma concreta, al sistema político de gobierno”¹¹⁰ por lo que adopta una postura de subordinación con respecto a la política; que sin embargo, —continúa el autor—, “pasa de ser mera variable dependiente en el plano conceptual y normativo, a tener propia actividad al margen de los mandatos legales. Se convierte de garantista de legalidad en creadora de legalidad en el plano reglamentario. Pero sobre todo se convierte en *productora*. La administración pasa a ser el empresario singular más importante de cualquier economía nacional en las sociedades industriales y a ser el mayor consumidor. Su función social es redistributiva, de protección de los ciudadanos marginales y de prestación de servicios.”¹¹¹ En una aproximación más específica, María del Carmen Pardo repara en el doble papel que desempeña la administración pública en relación con el sistema político: “es una especie de movimiento pendular en uno de cuyos extremos se establece una relación de subordinación al mandato político y en el otro aquélla funciona como elemento independiente dentro del sistema.”¹¹²

En segundo lugar, por su acción articulada con el gobierno. Wilson detalla que es “la parte más obvia del gobierno: es éste en acción; es el aspecto más visible del gobierno, el ejecutivo, el operativo; y es, por supuesto, tan antigua como él mismo.”¹¹³ Por su lado, Luis F. Aguilar argumenta en términos generales que “gobierno ejecutivo y administración pública son los momentos superiores, decisorios y directivos de la operación y funcionamiento del Estado republicano, pero no lo recubren ni lo agotan”.¹¹⁴ Al respecto, María del Carmen Pardo refuta que “los especialistas en administración pública tienden a justificarla como mero

¹¹⁰ Bañón, Rafael y Ernesto Carrillo, (comps.) *La nueva administración pública*, Alianza Universidad Textos, p. 33.

¹¹¹ *Ibíd.*, p. 35.

¹¹² Pardo, María del Carmen, *op.cit.*, pp. 21-22.

¹¹³ Citado en Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 33.

¹¹⁴ Aguilar, F. Luis, *La administración pública y el público ciudadano*.

instrumento del gobierno y de los intereses de una clase o grupo —lo que supone una relación de absoluta subordinación—, o a identificarla con procesos técnicos en los que, efectivamente, aparece como un elemento independiente con su propia manera de actuar y, por ende, con autonomía prácticamente absoluta.”¹¹⁵ Sugiere la propuesta de Lucien Nizard de analizar las “dimensiones” de la administración pública: la instrumental, “que se refiere a la administración como instrumento del poder político” o brazo ejecutor de éste. La representatividad de medios de intervención, que se refiere al grado de influencia en la legitimidad política del ejecutivo e incluso del legislativo de acuerdo a la calidad de su representatividad. Y la burocrática, ya que cada administración tiende a constituirse en organización burocrática.¹¹⁶

En tercer lugar, como proceso.¹¹⁷ La administración Pública Federal como el conjunto de órganos que auxilian al Ejecutivo Federal en la realización de la función administrativa, es responsable de las actividades de planeación, organización, dirección y control. Su objetivo se centra en la organización y se orienta hacia los recursos. Esta acepción, rompe la relación y subordinación de la administración pública como componente político y estructural del Estado, ya que cuenta con el apoyo de sus propios recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos, y de sus propios métodos y técnicas. Se vale de la aplicación de metodologías¹¹⁸ que se refieren a la disposición lógica de los pasos tendientes a conocer y resolver problemas administrativos, técnicos y operativos por medio de un análisis ordenado de sus componentes, y a la generación de procedimientos técnicos, médicos, administrativos y mixtos, que se aplican como la sucesión cronológica o secuencial de operaciones concatenadas con un método de ejecución, que realizadas por una o varias personas constituyen una unidad para realizar una función o un aspecto de ella.

¹¹⁵ Pardo, María del Carmen, *op.cit.*, pp. 22.

¹¹⁶ Véase en extenso, *Ibíd.*, pp. 23-27.

¹¹⁷ Molina, Rodríguez Juan Francisco, *Administración y gerencia*, Programa de actualización en salud pública y epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. 2004, diapositivas.

¹¹⁸ Cuadernos técnicos, Vol. 1 Núm. 2, p. 91.

Entre los procedimientos técnicos más importantes se pueden citar; la apertura programática que en términos de la administración federal, es la clasificación y ordenación de las tareas públicas mediante la definición de programas, actividades y proyectos que realiza una entidad pública, de acuerdo a criterios establecidos, para facilitar las tareas de programación y presupuesto. Responde a la necesidad de integrar con criterios congruentes y homogéneos las estructuras programáticas de las entidades y dependencias del Sector Público. La categoría programática, que comprende todos los niveles de acción del sector público en el proceso de programación, tales como función, subfunción, programa sectorial, programa especial, subprograma, actividad institucional, proyecto institucional y de inversión. Asimismo puede definirse como la clasificación funcional que pretende identificar por grandes grupos homogéneos las acciones que realiza el sector público en su conjunto, los niveles mencionados. El presupuesto, que es el cálculo anticipado o pronóstico de los probables egresos e ingresos del Estado y otras corporaciones públicas para cumplir con los propósitos de un programa determinado, así como el monto de inversiones requerido para un periodo específico de tiempo. Es un instrumento de gobierno y administración a través del cual se elabora, aprueba y coordina la ejecución y evaluación del programa anual de inversiones.

En referencia a esta dimensión de la administración pública, Rafael Bañón advierte que si “la justificación social del gasto público es la prestación de servicios, lo que hace la administración, la definición de las formas pierde importancia para dar paso a las técnicas organizativas que facilitan la consecución de fines. El énfasis de la administración pasa de ser el qué, el criterio del poder, a ser el producto, la acción hacia fuera. Se puede decir que se pasa de construir el concepto de administración alrededor de las estructuras y procedimientos a hacerlo sobre los objetivos y los métodos de alcanzarlos.”¹¹⁹ Apunta, el mismo autor, sobre la mayor significación en los modos de administrar y el papel de intermediario que desempeña la administración pública entre el gobierno y las demandas de los servicios públicos.

¹¹⁹ Bañón, Rafael, *op. cit.*, p. 35.

De manera concluyente, Luis F. Aguilar afirma que “en la visión aceptada de la administración pública, el gobierno, a través de sus organizaciones, programas y personal, es el administrador público universal que ofrece bienes y servicios a los ciudadanos que los consumen, acaso los reclaman y se quejan, pero jamás los producen y administran.”¹²⁰ Ricardo Uvalle destaca la responsabilidad de la administración pública en el mantenimiento del orden jurídico, político, social y cultural y por consiguiente le adjudica la función de preservar la sociedad y las instituciones públicas.¹²¹

2.6.1 La Administración Pública en el Campo de la Salud

La administración pública federal¹²² en nuestro país es un sistema de organización que define la Ley Orgánica de la Administración Pública federal. Se integra por la administración pública centralizada y por la administración pública paraestatal. En el nivel federal, se integra el sector salud bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con dos subsectores: 1) El administrativo, constituido por dos subsectores básicos: asistencia social compuesto por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil; y otros componentes como son el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, el Hospital General Dr. Manuel Gea González y un Patronato para la Asistencia Privada, y los institutos nacionales de salud. 2) El programático, que incluye “las entidades de la administración pública federal que prestan servicios de salud, destacando por su importancia los programas y funciones de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Departamento del Distrito Federal, así como los de otras entidades que proporcionan esos servicios a sus trabajadores.”¹²³

¹²⁰ Aguilar, Villanueva Luis F. *La Administración Pública y el Público Ciudadano*, p. 51.

¹²¹ Uvalle, Berrones Ricardo, *Las transformaciones del Estado y la administración pública en la sociedad contemporánea*, IAPEM, UAEM, México, 1998, p. 39.

¹²² Cuadernos técnicos, Vol. 1, No. 2, p. 6.

¹²³ Cuadernos técnicos, Vol. 1, No. 6, p. 13.

Al igual que la conceptualización y la planeación analizados con anterioridad, la estructura orgánico-administrativa tampoco interviene directamente en la interacción médico-paciente, entendida como el acceso a la salud. Sin embargo, es determinante en dicho acceso desde los ámbitos político y federal; ya que en ésta se instrumentan las políticas establecidas, lo que a su vez determina la implementación y operatividad de los servicios de salud. La responsabilidad de la estructura administrativa comprende desde la organización, control y vigilancia de los establecimientos de salud, la coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares, los recursos y servicios de salud en el país, la promoción de la formación de recursos humanos, así como la coordinación, evaluación y seguimiento de dichos servicios. Para ello, se apoya en una infraestructura que permite el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de salud y se estructura organizacionalmente en comisiones, comités y un consejo de salubridad general y se basa en manuales de organización y de procedimientos, en el establecimiento de convenios y coordinaciones, mecanismos, e informes de cuenta pública, entre otros.

2.7 Segunda Reforma del Sector Salud (1982-1988)

La segunda reforma instrumentada entre 1982 y 1988 ha sido llamada “el cambio estructural de la salud”, que consiste en dos cambios trascendentales: una renovación legislativa y una reforma sustantiva. La primera, inicia con la adición del derecho a la protección de la salud en el artículo 4º Constitucional —el cual se desarrolla en el capítulo siguiente—, la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 y de las leyes estatales de salud, reglamentos y normas técnicas. En la segunda, la transformación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Secretaría de Salud el 21 de enero de 1985, a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección en salud, se propone modernizar la estructura organizacional del sistema de salud, cumplir las funciones de coordinación del sector y encargarse de la normatividad, planeación, evaluación y supervisión de los servicios de salud. Con el objeto de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud y lograr el eficaz cumplimiento de programas del sector salud, se diseñan y ejecutan cinco estrategias instrumentales a nivel macro: la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad.

2.7.1 Sectorización Institucional

Debido al reconocimiento de la falta de acceso real a los servicios de salud de un alto porcentaje de la población y a una estructura administrativa rezagada que impide hacer efectivo el mandato constitucional del derecho a la protección de la salud, se establece la sectorización en salud como estrategia administrativa básica con el objetivo de consolidar la coordinación de los programas y actividades entre las instituciones integrantes del sector. Con la finalidad de evitar la duplicación de acciones y el aprovechamiento de los recursos en acciones conjuntas. Para ello, la Secretaría de Salubridad mantiene la coordinación programática central de todas las dependencias y entidades que prestan servicios de salud en torno a los programas sectoriales de corto y mediano plazos con base en políticas, sistemas y criterios homogéneos; con respeto, al mismo tiempo de la autonomía y estructura jurídico-administrativa de las entidades paraestatales.

2.7.2 Descentralización

La descentralización¹²⁴ de los servicios de salud aparece como una condición necesaria para mejorar el acceso, la adecuación de la respuesta social, la participación, la calidad, la sustentabilidad y la equidad desde el nivel central hasta el municipal. De acuerdo con Ruiz Massieu, “la descentralización en sentido estricto consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política y no se halla bajo el control

¹²⁴ El 30 de agosto de 1983 se publica el decreto presidencial por medio del cual el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. En este decreto se estableció que la descentralización de los servicios de salud se sujetaría a los lineamientos del Ejecutivo Federal y a las normas que la Secretaría de Programación y Presupuesto definiera en materia de desarrollo regional, así como los criterios para establecer la estructura de las distintas unidades administrativas. Las unidades centrales ejercerían facultades normativas y de control. La unidad de coordinación regional tendría facultades de enlace y apoyo a la operación regional y a las estrategias de descentralización, mientras que los servicios coordinados de salud en los estados serían de carácter operativo.

jerárquico del transmisor”, constituye una estrategia rectora del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y del Programa Sectorial de Salud, sirve de base a su vez para la implantación de otras estrategias con miras a la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

La primera etapa se implementó a partir de 1983 y la segunda en la década de los 90, con los objetivos de contribuir a un desarrollo regional armónico y equitativo acorde con las necesidades locales, lograr la efectiva distribución de facultades, atribuciones, funciones y recursos hacia los estados, acercar a los usuarios los servicios, propiciar la toma de decisiones en el sitio donde se presentan los problemas y fortalecer el federalismo reintegrando a la esfera local las facultades que le eran propias al suscribir el pacto federal.

Este proceso se caracteriza por su gradualidad, ya que, los estados se responsabilizaban de asumir sus funciones de acuerdo a sus capacidades, facultades y recursos. En la nueva Secretaría de salud, en su primera etapa se llevó a cabo solamente en 14 entidades federativas. La descentralización vincula las acciones públicas que lleva a cabo la autoridad local, así, el cuidado de la salud concebido como atención médica y salud pública requiere que se vinculen otras acciones manejadas fundamentalmente por los gobiernos de los estados, tales como la dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico. Las atribuciones y funciones que se transfieren se refirieron a la operación de los programas, la prestación de los servicios de salud y la vigilancia sanitaria con sus respectivos procesos de planeación, programación, presupuestación, instrumentación, supervisión y evaluación. De forma importante, la concertación en la regulación sobre enfermedades y riesgos a la salud específicos mediante la ordenación y ejecución de medidas de seguridad con sujeción a lo estipulado en las leyes y la normatividad. Así también, la coordinación de la participación de los sectores público, social y privado en los programas de prevención y control de enfermedades.

Al respecto, Oliva López apunta la denotación de neobeneficencia sanitaria como “el proceso de reorganización sanitaria y más específicamente la descentralización de los servicios de atención a población abierta juegan un papel

muy importante en esta transformación, por lo que las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad), se constituyen en la punta de lanza de esta estrategia de neobeneficencia sanitaria.”¹²⁵

2.7.3 Modernización Administrativa

Estrategia implementada por el gobierno federal “orientada a la transformación y racionalización de las estructuras, sistemas, normas, procedimientos y recursos que regulan o integran la administración pública a fin de mejorar la calidad y cobertura de los servicios públicos en beneficio de la población.”¹²⁶

Los objetivos de esta estrategia en los servicios de salud se centran en dos vertientes fundamentales: a) La referida a la reorganización estructural para que la modernización administrativa pueda ser efectiva. Para lo cual, recurre a los siguientes conceptos: “Sistema, que denota el área mayor a cargo de una autoridad superior y que incluye al menos una unidad administrativa con rango de dirección general o equivalente; Unidad administrativa, es la unidad menor de análisis y denota a las direcciones generales, órganos desconcentrados o unidades equivalentes, a cargo de un titular y cuya existencia está avalada por el reglamento interior o por un acuerdo del Secretario; Cuerpos colegiados, que se refieren a comités, comisiones o consejos usualmente a cargo de una autoridad superior integrados por los titulares de las unidades administrativas afines y que tienen por objeto la gestión administrativa de la Secretaría, y; Organigrama, que es la representación gráfica de delegación de responsabilidades a través de una estructura orgánica con niveles jerárquicos.”¹²⁷ b) Diferenciación administrativa. Que “implica la clasificación global de la estructura en sistemas sustanciales y adjetivos y la decantación de las unidades administrativas para la realización de las funciones rectoras de la política sanitaria y en la conducción del Sistema Nacional de

¹²⁵ López Arellano, Oliva, “El derecho a la salud y la reorganización de los sistemas de salud que atienden a la población no derechohabiente”, en Foro nacional: El Derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII Legislatura, México, julio, 1998, p. 30.

¹²⁶ Cuadernos técnicos, *op. cit.*, p. 65.

¹²⁷ Historia de la Salud, reseña histórica 1982-1988, Tomo I y II, Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud, pp. 55-56.

Salud.”¹²⁸ Así, se distinguen tres aspectos: la transformación global de la dependencia, la reordenación de sistemas y unidades administrativas y la conformación de una estructura administrativa idónea.

2.7.4 Coordinación Intersectorial

Tiene por propósito lograr la vinculación de las acciones del sector salud con las que llevan a cabo otros sectores cuando éstas incidan en los niveles de salud, sobre todo las relacionadas con ambiente, nutrición, formación de recursos humanos, investigación, asistencia social, control sanitario y producción, distribución y comercialización de los insumos esenciales para la salud.¹²⁹

2.7.5 Participación Comunitaria

La participación comunitaria se diseña como estrategia instrumental¹³⁰ del Programa de Mediano Plazo del Sector Salud y consiste en procurar que la comunidad constituya un complemento operativo de los programas, asignándole tareas comunitarias y de gestión de servicios con el fin de lograr un mejoramiento de sus niveles de salud. Se apoya a su vez en cuatro estrategias, que corresponden a la aplicación de los criterios asistenciales de acceso a la salud tanto de atención médica como de servicios de salud pública:

1. Atención primaria de la salud (1978).¹³¹ A partir de la definición de salud de la OMS, en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo como México, se instrumentó la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, por medio de la implementación a su vez de otra estrategia denominada “Atención Primaria de la Salud”, la cual se basa en servicios básicos de salud limitados a actividades de prevención, educación para la salud y participación comunitaria.¹³² Su implementación se entendió y aplicó en México como una infraestructura de

¹²⁸ *Ibíd.*, pp. 67-68.

¹²⁹ Véase líneas programáticas en Cuadernos técnicos, Vol. 1, No. 6, pp. 56-57.

¹³⁰ Véase líneas de acción en Cuadernos técnicos, *op. cit.*, p. 57.

¹³¹ Atención Primaria de Salud, OMS, Serie Salud para Todos, No. 1, Ginebra, 1978.

¹³² Servicios de atención de primero y segundo nivel, incluía consulta externa, atención materno-infantil, planificación familiar, inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles, educación para la salud, orientación nutricional y actividades de saneamiento básico.

recursos apenas suficientes en cantidad y calidad para proporcionar servicios de salud no precisamente básicos, sino más bien como mínimos o suficientes para población considerada prioritaria.

2. Promoción de la salud (1986). Definida como “el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”¹³³ Además de las acciones de educación para la salud y orientación nutricional, se extiende hacia la promoción del desarrollo comunitario, el control de los efectos nocivos del ambiente, salud ocupacional y salud mental y el fomento de la participación social en la planeación y desarrollo de los servicios de salud.¹³⁴ Este planteamiento corresponde a un concepto amplio de la salud, ya que las perspectivas en salud rebasan la asistencia y proyecta su acción hacia el mejoramiento de los determinantes de salud de los entornos físicos y sociales donde interactúan las personas. Implica necesariamente como requisitos el desarrollo de “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos económicos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.”¹³⁵ De acuerdo con estos lineamientos, la estrategia no se aplica en México como tal, y al igual que la atención primaria se desarrolla en el limitado círculo comunitario.

3. Extensión de cobertura (1985). Tiene como base la “participación de la comunidad para el autocuidado de la salud, cuyo elemento principal de operación es el auxiliar de salud, personaje de la comunidad que se capacita para vigilar la salud de los habitantes de su localidad y ser enlace con los servicios formales.”¹³⁶ Se aplica a través del Programa de Bienestar Social Rural “se amplió la cobertura de los programas básicos de planificación familiar, vacunación, prevención y control de enfermedades diarreicas y terapia de rehidratación oral, así como atención materno-infantil, a localidades de 500 a 2 mil 500 habitantes.”¹³⁷

¹³³ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, *Conferencia internacional sobre la promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de salud pública*, OMS-OPS, 1986, p. 3.

¹³⁴ Álvarez Larrauri, Selene, *Promoción de la salud: concepciones y consecuencias históricas, Antología I Promoción de la salud: una visión global*, Xalapa, Ver., 1994, p. 19.

¹³⁵ *Ibíd.*, p. 4

¹³⁶ Urbina, Manuel, coord., *op. cit.*, p. 687.

¹³⁷ Breve reseña, *op. cit.*

4. Ampliación de cobertura (1997). Al igual que la etapa anterior, esta ampliación se dirige a población rural e indígena mediante un paquete básico de servicios de salud, entendido como “un conjunto esencial de intervenciones de salud que deben otorgarse a esta población en respuesta a sus necesidades prioritarias. Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, a partir del manejo eficiente de los recursos y del combate a las principales causas de muerte y enfermedad”.^{138, 139} Se complementa con servicios de cirugía ambulatoria y rehabilitación en unidades móviles.

Prácticamente todas estas estrategias que se apoyan sustantivamente en la participación comunitaria mantienen los mismos criterios de prestación de servicios mínimos dirigidos a grupos de población prioritarios de zonas marginadas. Con el objetivo de que la comunidad se responsabilice de su propia salud, asignándole tareas difíciles de enfrentar, —pues como refiere Marcos Kaplan— “los sectores sociales en condiciones de pobreza y marginalidad, tanto rurales como urbanos, son cada vez más una mayoría de la población. Miembros de masas pobres, analfabetas o apenas alfabetizadas, carentes de información elemental sobre las cuestiones sanitarias, no pueden decidir por sí solas cuando están enfermas y necesitan ayuda, ni participar eficazmente en los esfuerzos de prevención.”¹⁴⁰

2.7.6 Municipios Saludables

Esta estrategia implementada en 1994, se define como aquella “en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios, trabajadores y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia.”¹⁴¹

¹³⁸ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, poder ejecutivo federal, p.18.

¹³⁹ Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. Secretaría de Salud, 1995. Paquete Básico de Servicios de Salud: 1) saneamiento básico familiar; 2) planificación familiar, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; 3) vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil; 4) inmunizaciones; 5) manejo de casos de diarrea en el hogar; 6) detección y control del cáncer cérvico-uterino; 7) tratamiento antiparasitario a las familias; 8) manejo de infecciones respiratorias agudas; 9) prevención y control de la tuberculosis pulmonar; 10) prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; 11) prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, y 12) capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

¹⁴⁰ Kaplan, Marcos, *op. cit.*, p. 43.

¹⁴¹ Sotelo, Juan Manuel y Fernando Rocabado, *Salud desde el municipio, Una estrategia de desarrollo*, OPS-OMS, Revista de salud pública de México, julio-agosto, 1994, Vol. 36, No. 4. México, p. 100.

A diferencia del ámbito comunitario, el municipal se muestra como una vía factible de acceso a la salud de la población. Debido a que constituye una entidad delimitada política, administrativa y geográficamente. Es el espacio, por tanto, en el que se generan los problemas de salud y donde se deben por atribución política buscar las soluciones a los problemas de salud locales. El presidente municipal es el personaje clave de esta estrategia —a diferencia del agente de salud—, debido a su liderazgo y autoridad política para convocar y coordinar a las diversas instancias políticas y sociales que concurren en el municipio, por lo que la estrategia contiene por propia naturaleza un alto contenido político que integra y revitaliza la acción interinstitucional y municipal. Tiene como requisito esencial generar la voluntad política multisectorial como fuerza motriz del proyecto de salud municipal. Constituye una estrategia factible, ya que se amolda a las características propias de cada municipio, se desarrolla en una estructura político-administrativa con recursos propios y responde a problemas de salud concretos. El papel que juega la Secretaría de Salud es de gestora de iniciativas y promotora de cambio de la percepción sobre la salud, con el fin de impulsarla a un primer plano de la política municipal —escenario idóneo para el diseño de políticas públicas para la salud—.

2.8 Criterios y Líneas de Acción que Orientan el Diseño de Políticas Asistenciales de Acceso a la Salud

La revisión y análisis de las dimensiones expuestas anteriormente permiten identificar que a pesar de los cambios administrativos-organizacionales que han implicado la primera y segunda reformas del sector, la planeación en salud en el modelo asistencial mantiene criterios predominantemente de índole estructural que orienta el diseño de políticas de acceso a la salud.

Como primer criterio se reconoce la pobreza. A la que Julio Frenk le da la connotación de principio según el cual la atención a la salud se destina a indigentes o a quienes carecen de recurso financiero, y se fundamenta en el interés político y la responsabilidad moral del Estado por ayudar a los grupos más necesitados de la sociedad. En contraste con este planteamiento, Mario L. Fuentes detalla que la

pobreza no es solamente la limitación de los ingresos sino también “el consecuente recorte de las posibilidades de acceso al mundo de los satisfactores”¹⁴², afirma también que “la pobreza instala también un abigarrado horizonte de prácticas, inercias y espacios simbólicos que la convierten en una forma cultural específica”,¹⁴³ lo cual impide que las políticas de salud aborden las causas que generan las problemáticas de salud y que las personas pobres aprovechen del todo la atención recibida. E incluso, Amartya Sen amplía todavía más esta idea y designa la “naturaleza política” de la pobreza, que no habilita a sus ciudadanos como “sujetos de bienestar”; “muestra que la pobreza y la desigualdad económica no son simples problemas de “abastecimiento” en el suministro de mercancías, dinero u otro tipo de satisfactores de índole material, sino que son la consecuencia de una “estructura política de derechos o atribuciones” que limita de raíz el acceso de las personas a esos rangos de consumo o circuitos económicos.”¹⁴⁴ Por consiguiente, no se trata solamente de personas y grupos “pobres”, sino de toda una forma de percibir y vivir su realidad.

Por su lado, Gilberto Rincón menciona que la base de la acción gubernamental se ha fincado en una concepción pobre del ciudadano y aún más pobre es el reconocimiento de su dignidad y sus derechos.¹⁴⁵ Así, los servicios de salud asignados a esta población están marcados también con la condición de “pobres servicios”. Una muestra de ello es el paquete básico de servicios de salud para la población abierta en extrema pobreza. Vale la pena hacer referencia a las palabras del economista Richard Titmuss: “los servicios para los pobres terminan siendo pobres servicios.”¹⁴⁶ Que de acuerdo con la lógica de la pobreza, lo que se pueda recibir del gobierno es una ganancia sin importar que satisfaga realmente sus necesidades. Esto pone en seria desventaja a este tipo de población ya que no se encuentra en una posición de seguridad para reclamar y exigir atención de calidad.

¹⁴² Fuentes, A., *op.cit.*, p. XXIX.

¹⁴³ *Ídem.*

¹⁴⁴ *Ibid.*, p.XXXI.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p.XXV.

¹⁴⁶ Citado en Frenk, Mora. *Salud y derechos, op, cit.*, p. 31.

Para las décadas de los ochenta y noventa, Oliva López señala que “en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre.”¹⁴⁷ Asimismo, es necesario considerar que aunque los pobres son más susceptibles de enfermar debido a sus precarias condiciones de vida, también los diferentes estratos de las clases medias enferman. Además, la atención proporcionada a estos “pobres” como “ayuda” contradice la “responsabilidad” del Estado para garantizar la atención de su salud.

El segundo criterio predominante es la vulnerabilidad. Como parte inherente de la pobreza, se considera vulnerables a “aquellos grupos o comunidades que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos para satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.”¹⁴⁸ Esta percepción está planteada en términos de riesgo, por lo que responsabiliza al individuo de su indefensión y le atribuye la incapacidad para satisfacer sus necesidades.

En contraste, Hernández Cuadra distingue los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: “mientras el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad sociales y exige respuestas en el nivel de la estructura.”¹⁴⁹ Esta aseveración cobra gran importancia a la luz de las diferentes problemáticas de cada uno de los grupos clasificados como vulnerables: recién nacidos y niños menores de un año, afectados principalmente por la malnutrición y ciertos factores ambientales adversos, que

¹⁴⁷ López Arellano, *op.cit.*, p. 36.

¹⁴⁸ Sección I: Dimensiones económicas y sociales. Capítulo 6: Protección y fomento de la salud humana. Introducción. Actualizado el 2.10.200. Departamento de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente. C/Donostia-San Sebastián, 1-01010 Vitoria–Gasteiz.

¹⁴⁹ Hernández, Cuadra, sm, y col. “*Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica, 1993-2000*”, en *Salud Pública de México*, Vol. 44, No. 6, noviembre-diciembre de 2002, p. 511.

mueren debido a traumatismos o asfixia durante el parto, infecciones respiratorias agudas, malnutrición, enfermedades diarreicas o transmisibles, en general eventos o enfermedades evitables; mujeres, que siguen careciendo de oportunidades de educación básica y de los medios para promover su salud, ejercer un control responsable de su función reproductora y mejorar su condición socio-económica; las poblaciones indígenas y sus comunidades que figuran de forma desproporcionada en las problemáticas del desempleo, carencia de vivienda adecuada y de servicios básicos de saneamiento.

Ante la incapacidad de dar respuesta a esta multiplicidad de problemáticas y en vista de que los pobres carecen de opciones reales de atención, las líneas de acción implementadas son básicamente tres: la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación comunitaria. La primera consiste esencialmente en pláticas y capacitación en contenidos de salud orientados hacia el “autocuidado” individual y familiar. Mientras que la segunda, se refiere a la promoción del mejoramiento de las condiciones de vida comunitaria en el entorno del saneamiento básico.

Con respecto a la tercera línea de acción, se tiene en primer lugar que la OMS y la OPS definen a la participación comunitaria como un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de sus comunidades, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y salud y los capacita para actuar consciente y constructivamente en su desarrollo. Sin embargo, la aplicación de este criterio se traduce en una exigencia injusta para la comunidad, ya que dicha capacitación tiene el propósito de que los individuos y la comunidad efectúen tareas que son competencia expresa de personal técnico, tales como la elaboración del diagnóstico de salud, la programación y ejecución de actividades, así como la movilización y utilización de sus propios recursos para aplicar medidas preventivas y de rehabilitación.

Con la asignación de estas actividades, se le adjudica a la comunidad la responsabilidad de emprender un ambicioso “proceso de desarrollo” para el cual no está preparada, pues, además de que la “asesoría técnica” es insuficiente en cantidad y calidad, no cuentan con los recursos necesarios ni suficientes para generar dicho proceso, que finalmente tampoco les corresponde emprender.

Cabe destacar que dicha participación recae primordialmente sobre las mujeres, ya que además de ser las encargadas del cuidado de sus familias, de los quehaceres cotidianos y las labores fuera de su hogar, y en muchos casos de jefaturar a sus familias debido a que los hombres emigran a trabajar hacia otros lugares, los programas de salud en los que se les involucra representan una carga más para ellas. Como es el caso de las trece acciones del paquete básico de atención que forman parte de los programas sustantivos y prioritarios de la Secretaría de Salud. Al respecto, María G. Arce de León¹⁵⁰ destaca la participación determinante de las mujeres madres de familia en la prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas; control de zoonosis, especialmente la rabia; enfermedades transmitidas por vector, como dengue y paludismo; mejoramiento del saneamiento básico, etcétera. En relación con el papel de las mujeres en los programas de salud, José Blanco señala que “se empezaba a manejar que además de primero, segundo y tercer nivel de atención, había un nivel cero, que es el nivel cero en la unidad familiar y la responsable del nivel cero es la madre, y por lo tanto entre las propuestas está la capacitación, el incremento de la capacitación de las niñas, porque en el futuro serán las responsables del nivel cero.”¹⁵¹

Para la magnitud de las necesidades de acceso a la salud de una nación y la multiplicidad de recursos que se despliegan para su atención, estos criterios configuran un marco muy limitado, ya que la cobertura de servicios no se extiende a la totalidad de los pobres, no garantiza la atención efectiva en términos de calidad y tampoco resuelve las problemáticas que provocan las enfermedades. Así, se conjuntan las precarias condiciones de vida, la cultura de la pobreza traducida en hábitos y costumbres contrarias al cuidado de la salud, los servicios de salud mínimos y de baja calidad con una población receptora sin parámetros de exigencia que cierra el círculo vicioso de la pobreza-enfermedad que caracteriza al modelo asistencial.

¹⁵⁰ Arce de León, María Guadalupe, “*Trascendencia de la participación social en los programas de salud*”, p. 332, en Foro nacional, *op.cit.*

¹⁵¹ Blanco, Gil José, “*Hegemonía de los organismos supranacionales en las reformas al sector salud*”, p. 75, en Foro nacional, *op. cit.*

Por otro lado, el mantenimiento de una infraestructura de salud asistencial resulta bastante cara en términos económicos y sociales, puesto que considera la atención a los necesitados como gasto y no como inversión en salud. No se establece como meta el acceso real y potencial a la salud de la población y se mantiene en el marco de riesgos y daños a la salud, por lo que no muestra variaciones sustanciales en la orientación de las líneas de acción que se refieren al saneamiento básico y protección del medio y al otorgamiento de servicios esenciales de salud que incluyen atención médica, actividades preventivas y de rehabilitación.

CAPÍTULO III. POLÍTICAS DE ACCESO AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD (1983)

En los dos capítulos anteriores se ha mencionado la dificultad de explicar el acceso a la salud en términos de su pleno ejercicio y que se debe en gran medida a la generalidad del concepto de salud que impide su ubicación concreta. En este capítulo dicha ambigüedad transita hacia una afortunada identificación y delimitación hacia la protección de la salud, en vista de la imposibilidad de mantener la salud indefinidamente, por el contrario, mantener su protección de forma constante si es factible. Para dicha protección, el diseño de políticas se vuelca sobre las formas concretas de intervención del Estado en dicho ejercicio, lo cual constituye otro avance trascendental de la salud en México, pues, rompe el paradigma de la atención asistencial a grupos vulnerables para dar paso hacia el acceso a la salud por derecho inalienable del ser humano y por derecho social demandado políticamente por una sociedad organizada en el contorno nacional y como respuesta a una presión internacional.

3.1 Antecedentes de los Derechos Humanos

La literatura revisada refiere la evolución de los derechos humanos en tres generaciones: a la primera la ubica como producto de las ideas filosóficas en las etapas previa y posterior a la Revolución Francesa, los derechos individuales o fundamentales garantizados por la Constitución —libertad, igualdad—, “los que imponen al Estado una *obligación de no hacer*, lo obligan a abstenerse de violarlos”, y los políticos o garantías sociales, que se refieren al reconocimiento y protección de los derechos por el orden jurídico positivo.^{151, 152} que fueron incluidos en las constituciones políticas de la mayoría de los países del mundo.

¹⁵¹ Zertuche, Muñoz Fernando, “*El derecho a la protección de la salud y las garantías sociales*”, p. 31, en Soberón, Acevedo, *op.cit.*

¹⁵² “Es preciso recordar que nuestra Ley Suprema conserva la denominación histórica de garantías constitucionales como equivalente a la de los derechos fundamentales consagrados en la misma

La segunda generación se origina en el plano internacional y en el contexto de la Segunda Guerra Mundial y se concretan con la fundación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). “Antes de la primera guerra mundial los derechos humanos eran reconocidos y protegidos exclusivamente a partir de los criterios y principios fijados por el derecho interno de cada Estado”¹⁵³, advierte Jorge Madrazo. Con la protección jurídica, a partir de la segunda posguerra se genera la obligatoriedad del derecho internacional, cuyo precedente es establecido por “el artículo 4° de la Constitución de la República Alemana de Weimar, del 11 de agosto de 1919, al reconocer expresamente la superioridad, así sea parcial, del derecho internacional sobre el interno y no sólo el de carácter convencional sino también el consuetudinario.”¹⁵⁴

La protección jurídica y particularmente procesal de los derechos humanos traspasa el ámbito interno y se proyecta en la esfera internacional, lo cual sienta las bases fundamentales de los derechos humanos: representa “el punto de partida y el incentivo más importante que ha tenido la humanidad para comprometerse a crear un foro internacional capaz de prevenir conflictos y de encontrar fórmulas de convivencia armónica entre los pueblos”¹⁵⁵, el establecimiento paulatino de disposiciones en las cartas constitucionales que otorgan a los pactos internacionales sobre derechos humanos un valor superior al de las leyes ordinarias y el reconocimiento de los organismos internacionales y regionales de protección de derechos humanos¹⁵⁶ y la convicción de que el respeto de los derechos fundamentales del hombre es una cuestión de interés general de la comunidad internacional. Se refiere a los llamados derechos económicos, sociales y culturales, que incluyen el derecho al trabajo, a la vivienda, a la salud y educación, entre otros, “que conllevan *obligaciones* de hacer para el Estado. El Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda darse, ejercerse.”¹⁵⁷

Carta Federal. El capítulo I del título primero de la propia Constitución se denomina de manera anacrónica: “De las garantías individuales”, en Fix-Zamudio, Héctor. *Protección jurídica de los derechos humanos. Estudios comparativos*, segunda edición, CNDH, México, 1999, p. 648.

¹⁵³ Madrazo, Jorge, *Temas y tópicos de derechos humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995, p. 9.

¹⁵⁴ Fix-Zamudio, Héctor, *Protección jurídica de los derechos humanos*, Estudios comparativos, 2° edición, CNDH, México, 1999, pp. 314-315.

¹⁵⁵ *Ídem*.

¹⁵⁶ *Op. cit.*, p. 317.

¹⁵⁷ Ruiz, Massieu José Francisco, “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, p. 71, en Soberón, *op. cit.*, pp. 69-79.

La inclusión de estos derechos representa una amplia cobertura de expectativas para los ciudadanos desde prácticamente todos los puntos de vista siempre y cuando se asegure su cumplimiento efectivo, pues el no cumplimiento de tan sólo uno de estos derechos sociales lesiona el equilibrio de su interacción y en consecuencia da lugar a la violación del conjunto de derechos humanos. Finalmente están los derechos de la tercera generación, que son los más recientes y abarcan los derechos de los pueblos al desarrollo, a la democracia, a la solidaridad y a un ambiente sano.

3.2 Marco Conceptual de los Derechos Humanos

Los derechos humanos se definen desde diferentes puntos de vista, aunque se apoyan en tres premisas fundamentales. La primera es el reconocimiento de la naturaleza humana de las personas. Por ello, se dice que son innatos o inherentes, todas las personas nacemos con derechos que nos pertenecen por nuestra condición de seres humanos. Su origen no es el Estado o las leyes, decretos o títulos, sino la propia naturaleza o dignidad de la persona humana. Por eso cuando una ley viola los derechos humanos se la considera nula, sin valor, porque va contra la misma naturaleza humana. De esta premisa se derivan las características de indivisibilidad, interdependencia, complementariedad y no jerarquibilidad. De ahí que los derechos humanos estén relacionados entre sí dotados cada uno del mismo grado de importancia, de tal forma que la negación de alguno de ellos pone en riesgo el disfrute pleno del individuo. Por ejemplo, el derecho a la educación no puede ejercerse con el potencial requerido si no se ejerce al mismo tiempo el derecho a la adecuada alimentación y a la protección a la salud, entre otros. Así, los derechos humanos se colocan en los planos individual y social, y se entienden como “el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada.”¹⁵⁸ La característica de integralidad de los derechos humanos implica que el Estado garantice las condiciones para que la sociedad en conjunto desarrolle sus potencialidades individuales, familiares y comunitarias.

¹⁵⁸ Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D. F. julio de 2001.

La segunda premisa es el reconocimiento jurídico de la garantía de tales prerrogativas constitucionales, orientadas a asegurar al ser humano su dignidad en su dimensión individual, social, material y espiritual. Por eso se los considera inalienables e intransferibles, lo que quiere decir que los derechos de las personas no son renunciables ni negociables, y el Estado no puede eliminarlos, limitarlos ni suspenderlos, salvo en casos excepcionales. Es obligación de las personas y del Estado respetar todos los derechos humanos contenidos en las leyes y también aquellos que no lo están aún, por ejemplo, el derecho a la objeción de conciencia — el derecho a no prestar el servicio militar por razones de creencias morales o religiosas— o el derecho a la propiedad colectiva de la tierra en el caso de las comunidades indígenas.

Y la tercera premisa desde la perspectiva del derecho internacional que reconoce a los derechos humanos como las prerrogativas que tiene la persona frente al Estado para impedir que éste interfiera en el ejercicio de ciertos derechos fundamentales, o para obtener de éste la satisfacción de ciertas necesidades básicas inherentes a todo ser humano. A este respecto, se le atribuyen a los derechos humanos las siguientes características: a) Acumulativos; imprescriptibles o irreversibles, la conquista y reconocimiento de nuevos derechos no caduca aún superadas las situaciones coyunturales que llevaron a reivindicarlos. b) Universales; todas las personas, mujeres, hombres, niños y niñas tienen dignidad y por tanto derechos, sin importar su raza, sexo, cultura, religión, nacionalidad o lugar donde vivan. c) Trascienden las fronteras nacionales, la comunidad internacional puede y debe intervenir cuando considere que un Estado está violando los derechos humanos de su población, sin que se considere violación a la soberanía, y d) Inviolables; las personas, los gobiernos y las políticas económicas y sociales deben regirse por el respeto a los derechos humanos. El derecho a la vida no puede ser violentado bajo ninguna circunstancia, como ocurre frecuentemente en la realidad, ni por la acción de fuerzas policiales o militares ni por las políticas económicas que condenan a la muerte por desnutrición o hambre a la población.

3.3 Vinculación Derechos Humanos y Salud

La vinculación de los derechos humanos y la salud recae en primera instancia en la figura del médico. Como ser humano es depositario de todos los derechos humanos inherentes, por ejercer la medicina es el profesional que entra en contacto directo tanto con el enfermo como con la violación de los derechos humanos mediante su atención a los daños físicos infringidos a otro ser humano y tiene el poder de dictaminar la certeza y gravedad de la violación, y en momentos de conflicto corre también el riesgo de que sus propios derechos humanos sean violentados, al mismo tiempo, adquiere derechos como profesionalista y como trabajador de salud institucional.

En cuanto a la vinculación de los derechos humanos con la salud pública vale la pena recurrir con exactitud al esquema elaborado por Jonathan Mann y Sofía Gruskin¹⁵⁹:



La primera relación se refiere al impacto potencial de las políticas, programas y prácticas de salud, en los derechos humanos. El reconocimiento de la complementariedad de los objetivos de la salud pública con las normas de los derechos humanos puede propiciar políticas en salud y programas más efectivos.

Esta relación muestra la vinculación de los derechos humanos con la salud pública, que de acuerdo con la OMS¹⁶⁰ abarca tres esferas de acción: a) violaciones de los derechos humanos que perjudican la salud —prácticas tradicionales nocivas, tortura, esclavitud y violencia contra las mujeres y los niños—, b) promoción de los derechos humanos a través del desarrollo sanitario —derecho a la participación, no discriminación, derecho a la información y derecho a la intimidad—, y c) reducción de la vulnerabilidad a la salud mediante la protección de los derechos humanos —salud y derechos humanos, derecho a la educación, derecho a la alimentación y nutrición y a la no discriminación—. Aunque a la salud pública no le corresponden

¹⁵⁹ Mann, J, S. Gruskin, M. Grodin and G. Annas, *Health and Human Rights: a reader*, publisher by routledge, 1999, citado en *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*, Flora Tristán, APRODEH y consorcio de investigación económica y social, Lima, 2002, p. 11.

¹⁶⁰ *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, OMS, No. 1, julio de 2002, p. 8.

atribuciones y competencias explícitas de derechos humanos, su influencia repercute inmediata y directamente sobre éstos y se maximiza si los tiene como marco referente, por ejemplo la información sobre los derechos del paciente que se coloca en consultorios, casas de salud u otras unidades médicas.

SALUD ← **DERECHOS HUMANOS**

La segunda relación expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o de todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud y el bienestar físico, mental y social del individuo. Esto es cierto en tiempos de paz, y también, por supuesto, en periodos de conflicto y de represión política extrema.

Asimismo, e inversamente, la acción de los derechos humanos repercute de modo inmediato y directo sobre la salud individual y pública aún sin proponérselo. Esta repercusión es bastante notoria cuando se trata de acontecimientos de represión y violencia extrema que alteran la paz social de un país. En el caso de México que a pesar de que no es un país bélico, si ocurren este tipo de acontecimientos. Para ilustrar con algunos ejemplos se pueden citar la matanza de Acteal, en los Altos de Chiapas en diciembre de 1997; los asesinatos y desapariciones de mujeres en Cd. Juárez, Chihuahua desde 1993; la incursión policiaca en San Salvador Atenco en el Estado de México en mayo del 2006 y la represión al movimiento de la Asamblea Popular de los Pueblos de Oaxaca (APPO) a finales del 2006.

Al margen de este tipo de acontecimientos también existen condiciones que generan una serie de efectos adversos en la salud. Tales como, la falta de oportunidades de empleo, educación y vivienda. E incluso riesgos como la drogadicción y el aborto, y fenómenos sociales como la violencia y la inseguridad que crean un clima de intranquilidad social y que atentan no sólo contra la salud sino contra la vida misma.

SALUD ↔ **DERECHOS HUMANOS**

La tercera relación se basa en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los derechos humanos es que actúan en sinergia. La promoción y la protección de la salud requieren esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los derechos humanos, necesita poner gran atención a la salud y a sus determinantes sociales.

La vinculación conceptual entre los derechos humanos y la salud es parte fundamental de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1946 declara que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.”

Al igual que la conceptualización de la salud, el derecho a la salud no se plantea aislado del conjunto de derechos sino en interdependencia, lo cual también supone obstáculos para su pleno ejercicio si se parte de que todos los derechos son fundamentales y es difícil pensar en tener una vida digna si no se disfruta de todos los derechos al mismo tiempo. De tal forma que violar cualquiera de ellos es atentar contra la dignidad humana, que se fundamenta en la igualdad y la libertad, tal como lo señala el artículo 1° de la Declaración Universal cuando establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.”

3.4 Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos en Salud

Los derechos humanos en salud se traducen en su defensa y promoción en el plano internacional gracias a instrumentos como declaraciones, convenios y decretos. El más importante de ellos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶¹ de las Naciones Unidas que en el artículo 22 establece que “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social...” y en el artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. Jorge Madrazo ha señalado que la pretensión de abarcar todos los derechos humanos posibles es lo

¹⁶¹ Declaración Universal de Derechos Humanos, Nueva York, 10 de diciembre de 1948, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 217 A (III) el 10 de diciembre de 1948, p. 31.

que le otorga a dichos instrumentos su carácter general y universal.¹⁶² Entre otras declaraciones internacionales¹⁶³ predominan las siguientes:

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, ratifica que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona y que todas las personas son iguales ante la ley y tienen los mismos derechos y deberes sin distinción de raza, sexo, idioma, credo.”

La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social,¹⁶⁴ en su artículo 4º consigna el logro de los más altos niveles de salud y la prestación de servicios de protección sanitaria para toda la población, de ser posible en forma gratuita.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶⁵ retoma el planteamiento de la estrategia de atención primaria a la salud —mencionada en el segundo capítulo—. Indica que toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocerla como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; y, educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud. Para procurar, en fin, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo que por sus condiciones de pobreza sea mayor su vulnerabilidad.

¹⁶² Madrazo, Jorge, *op. cit.*, p. 13.

¹⁶³ Tapia, Hernández Silverio, *Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1999, pp. 21-22.

¹⁶⁴ Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, OMS, Nueva York, 11 de diciembre de 1969. Aprobada mediante resolución 2542 (XXIV) por la Asamblea General de la ONU adoptada el 11 de diciembre de 1969.

¹⁶⁵ San Salvador, 17 de noviembre de 1988, adoptado por la Asamblea General de la OEA el 17 de noviembre de 1988.

El Derecho a la Constitución y Protección de la Familia¹⁶⁶, en el cual se privilegia al grupo materno-infantil, pues consiste en conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto y en garantizar a los niños una adecuada alimentación en la época de lactancia y durante la edad escolar.

El Derecho a la Protección a los Ancianos¹⁶⁷, consigna que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad, por lo que los Estados partes se comprometen a proporcionar instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella.

3.5 Grupos Prioritarios de Derechos Humanos en el Plano Internacional

El grupo materno-infantil ocupa el primer lugar entre los grupos considerados sujetos de prioridad, pues, son diversos los documentos que se refieren a este grupo bajo el enfoque de salud reproductiva y planificación familiar. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos.

En el documento Acción para el Siglo XXI “Salud y Derechos Reproductivos para Todos” se considera que la promoción del ejercicio de estos derechos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluidos la salud sexual y la planificación de la familia. Expone que este tipo de derechos son una respuesta a las necesidades de realización y desarrollo de los seres humanos, así como factores fundamentales del desarrollo: “Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva, y el derecho a adoptar decisiones

¹⁶⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, artículo 15, p. 305.

¹⁶⁷ Protocolo, *op. cit.*, artículo 17, p. 305.

sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.¹⁶⁸ Señala también la necesidad de un enfoque integrado de salud sexual orientado hacia el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, de servicios de salud reproductiva de calidad que incluya la planificación de la familia, la maternidad sin riesgo, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la adecuada nutrición en el periodo de embarazo. Respecto a la salud materna y maternidad sin riesgo, los adolescentes de ambos sexos son considerados también un grupo prioritario, y establece los derechos de éstos a recibir información y servicios de salud a fin de permitirles dirigir su vida sexual y reproductiva en forma responsable, con educación y asesoramiento para retrasar la actividad sexual prematura y el primer embarazo.

Al respecto, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social en su artículo 4° apunta que “Los padres tienen el derecho exclusivo a determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.” Y en relación con la familia, asienta que es “la unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos sus miembros, especialmente los niños y los jóvenes, debe ser ayudada y protegida para que pueda asumir plenamente sus responsabilidades en la comunidad...”¹⁶⁹

Este derecho a la salud reproductiva se plasma en el marco de la atención primaria de la salud, e incluye las siguientes actividades: Educación para la salud como información y asesoramiento sobre la sexualidad humana y la paternidad responsable, servicios de planificación de la familia de buena calidad (en atención prenatal, parto sin riesgo y atención postparto, incluida la lactancia materna). Prevención en el tratamiento de la infecundidad; complicaciones derivadas del embarazo, parto y aborto; tratamiento de infecciones del aparato reproductivo, de las enfermedades de transmisión sexual y de VIH-SIDA, los cánceres del sistema reproductivo y cáncer de mama. Y la atención propiamente dicha, especialmente en los embarazos de alto riesgo, la asistencia adecuada en el parto, la atención postparto y la atención del recién nacido.

¹⁶⁸ Acción para el siglo XXI salud y derechos reproductivos para todos, Conferencia internacional sobre Población y el Desarrollo, Family Care Internacional, Nueva York, octubre de 1994, p. 12.

¹⁶⁹ Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, p. 38.

Los derechos de los niños constituyen el segundo foco de interés dentro de los derechos humanos. En el binomio madre-hijo se sintetiza la protección de los derechos de las madres a proteger su salud y bienestar, especialmente de las mujeres embarazadas trabajadoras y madres de niños muy pequeños así como de aquellas cuyos salarios constituyen la única fuente de ingresos para atender las necesidades de la familia. En el caso de los niños, en los principios 4° y 5° de la Declaración de los Derechos del Niño¹⁷⁰ se consignan sus derechos a gozar de los beneficios de la seguridad social, a crecer y desarrollarse en buena salud, y a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados. En el caso del niño que se encuentre impedido física y mentalmente o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular. Con este fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluyendo atención prenatal y postnatal.

El tercer grupo en importancia es el de las personas con discapacidad e impedicia. La primera, de acuerdo con la OMS: “Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo”. Se clasifica en tres tipos: neuromotora (parálisis cerebral y distrofia músculo-esquelética); sensorial (problemas del lenguaje, sordera, debilidad visual y ceguera) y mental. Y la impedicia, que se refiere “a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.”¹⁷¹ Estas personas son discriminadas indirectamente porque los espacios públicos no cuentan con los dispositivos necesarios que les permita su desplazamiento en igualdad de circunstancias y porque los sistemas de enseñanza,

¹⁷⁰ Declaración de los Derechos del Niño, Nueva York, 20 de noviembre de 1959, aprobada mediante resolución 1386 (XIV), por la Asamblea General de la ONU, el 20 de noviembre de 1959, p. 34.

¹⁷¹ Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), 9 de diciembre de 1975, oficina del alto comisionado de las naciones unidas para los derechos humanos, Ginebra, Suiza, pp.1-2.

de salud, laboral y jurídico, entre otros están diseñados para personas con pleno uso de sus capacidades. La discriminación directa ocurre cuando se les ignora o se les trata como personas incapaces. No obstante, son sujetos de derechos como seres humanos y de derechos especiales como impedidos.

Como respuesta internacional a esta problemática se encuentran el Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas, y de la ONU las Normas Uniformes para la Igualdad de las Personas con Discapacidad y la Declaración de los Derechos de los Impedidos, la cual manifiesta en el punto 6° que “El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.”¹⁷² Asimismo, en la Declaración de Derechos del Retrasado Mental se pide la adopción de medidas nacionales e internacionales para la protección de los derechos de los retrasados mentales, que en su primer punto indica que “El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.”¹⁷³

3.6 Problemáticas de Salud Atendidas en el Plano Internacional

En el campo de los derechos a la salud la acción internacional se ocupa particularmente de dos tipos de problemáticas: la malnutrición y el SIDA.

En la Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición se menciona que “los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos. Los gobiernos deberían iniciar inmediatamente una lucha concertada más intensa contra la

¹⁷² *Ídem*. Ver en su totalidad los 13 derechos consignados.

¹⁷³ Declaración de Derechos del Retrasado Mental, proclamada por la asamblea general en su resolución 2856 (XXVI) de 20 de diciembre de 1971, oficina del alto comisionado para los derechos humanos, ONU, Ginebra, Suiza p. 1.

malnutrición crónica y las enfermedades por carencia que afectan a los grupos vulnerables y de ingresos más bajos. A fin de asegurar una adecuada nutrición para todos, los gobiernos deberían formular las políticas de alimentos y de nutrición adecuadas, integrándolas en planes de desarrollo socio-económico y agrícola de carácter general, que se basen en un conocimiento adecuado tanto de los recursos disponibles para la producción de alimentos como de los potenciales.”¹⁷⁴

La pandemia del SIDA, que apareció en los inicios de la década de los ochenta, es el padecimiento que ha cuestionado frontalmente tanto el derecho a la salud como de los derechos humanos. Cuadra Hernández señala que, por un lado, “la respuesta social en torno al tema se ha ido construyendo de formas diversas: desde el temor, aislamiento y muerte social de las personas que viven con el VIH/SIDA, situación que a su vez las hace más vulnerables a la violación de sus derechos humanos, hasta movilizaciones de grupos que han contribuido a la construcción de sistemas jurídicos para atender la necesidad de defensa ante la transmisión.”¹⁷⁵ Por otro lado, en el marco normativo, “las declaraciones sobre derechos humanos no tienen peso jurídico para los Estados que las suscriben, representan más bien una obligatoriedad moral. En cambio, los tratados, decretos y convenios, aceptados por los Estados, sí contienen obligaciones jurídicas que deberían estar incorporadas a las legislaciones internas de cada país.”¹⁷⁶ Su defensa está consignada entre otros¹⁷⁷ en los lineamientos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Éstos señalan que debe protegerse a todos los individuos y grupos de personas infectadas de la discriminación y violación de sus derechos mediante campañas basadas en el convencimiento y no en la coacción, así como proporcionarles cuidados médicos, medicamentos de bajo costo y servicios de apoyo. En el caso de las personas no infectadas, manifiestan la necesidad de reducir la difusión de la infección por el

¹⁷⁴ Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, Nueva York. Adoptada por la ONU mediante resolución 3348 (XXIX), el 16 de noviembre de 1974, p. 80.

¹⁷⁵ Hernández, Cuadra, sm, y col., *op. cit.*, p. 509.

¹⁷⁶ *Ídem.*

¹⁷⁷ Ver tratados y consultas internacionales que reconocen la importancia de los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA, 1998-1995, en Hernández Cuadra, *op. cit.*, p. 510.

VIH/SIDA por medio de información, educación y asesoramiento sobre los medios para prevenirlo. Los instrumentos analizados hacen un llamamiento a los gobiernos para que garanticen a sus ciudadanos la protección y el ejercicio de los derechos humanos fundamentales así como su aplicación a todos los aspectos de la prestación de servicios de salud.

3.7 Derecho Constitucional a la Protección de la Salud en México

Como se mencionó en el capítulo anterior, en 1983, se adiciona al artículo 4° constitucional el derecho a la protección de la salud, que reza de la siguiente manera: "Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso de los servicios de la salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución."¹⁷⁸ Marcos Kaplan estima que el Ejecutivo Federal fundamenta esta adición por las siguientes razones: "falta de alcance de la plena cobertura; manejo dispendioso de recursos y operación desarticulada; discriminación en la calidad de los servicios que varía radicalmente entre instituciones y entre regiones; no se ha establecido aun el sistema nacional de salud que responda a la demanda popular de una vida sana. Falta una vinculación adecuada entre los requerimientos de la salud y las instituciones de educación superior, y la distribución territorial de los profesionales formados por aquélla con frecuencia no se guía por criterios sociales. Las acciones de planificación familiar han sido insuficientes. La descoordinación entre dependencias y entidades públicas en el campo de la salud genera duplicidades, contradicciones, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de México y los mexicanos."¹⁷⁹

Esta descripción corresponde a las problemáticas generadas en la organización y funcionamiento del sistema de salud propio del modelo de salud asistencial que deja de lado al individuo como sujeto del derecho social de acceso a los servicios de salud y de exigir su cumplimiento. Por el contrario, el derecho a la protección de la salud con rango constitucional implica los siguientes cambios:

¹⁷⁸ Aprobada por el Congreso de la Unión y la mayoría de las legislaturas de los estados. Como lo dispone el artículo 135 constitucional, la reforma se publicó en el *Diario Oficial* del 3 de febrero de 1983. Rocha, Bandala, *op. cit.*, p. 120.

¹⁷⁹ Kaplan, Marcos, *op. cit.*, p. 52.

1. Edifica el sistema nacional de salud como resultado de la integración funcional y programática de recursos y actividades de las instituciones que la componen, tanto las que atienden a poblaciones abiertas (SSA, Departamento del Distrito Federal) como las de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, Secretaría de Hacienda, Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales, Compañía de Luz y Fuerza del Centro, y de los Institutos Nacionales de Salud y la asistencia social). 2. Establece la “coordinación de las instituciones públicas con las entidades de medicina privada, a partir y a través de la rectoría del Estado en un sistema de economía mixta, de las facultades de la autoridad sanitaria y de los instrumentos de inducción y concertación.”¹⁸⁰ 3. Regula las formas financieras de acceso a la atención médica, se determina por los criterios de solidaridad social y de equidad en el costo de los servicios sanitarios a cargo del usuario, de acuerdo con su situación socioeconómica. Al respecto, Julio Frenk indica que “la protección de la salud no implica el ofrecer todo para todos, pues no hay país que pueda afrontar esa carga económica. Es indispensable ponderar en qué consiste lo esencial que puede ofrecerse a todos, a fin de que disfruten razonablemente de buena salud. La propuesta de elaborar paquetes básicos de intervenciones es un avance en la dirección indicada.”^{181, 182} 4. Redistribuye y coordina las atribuciones en salubridad general entre los tres niveles de gobierno preservando al mismo tiempo las autonomías paraestatales.

También implica cambios significativos tanto en servidores públicos y prestadores de los servicios de salud como en los usuarios y sociedad en general, por las siguientes razones:

¹⁸⁰ Kaplan, Marcos, *op. cit.*, p. 62.

¹⁸¹ Frenk, Mora, *Salud y derechos, op. cit.*, pp. 22-23.

¹⁸² En esta etapa el paquete básico comprende nueve líneas de acción: a) educación para la salud, promoción del saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; b) prevención y control de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y accidentes; c) actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; d) atención materno-infantil y planificación familiar; e) salud mental; f) prevención y control de enfermedades buco-dentales; g) disponibilidad de medicamentos y otros insumos para la salud; h) promoción del mejoramiento de la nutrición; e i) asistencia social a grupos vulnerables.

1. Establece en primer lugar, la diferencia entre los conceptos de “salud” y “protección de la salud”. Mientras que el primero hace referencia a la condición saludable permanente sin considerar que el ser humano por su propia naturaleza está expuesto a enfermar y morir. El de “protección” por el contrario, se orienta tanto a la atención de los eventos específicos de enfermedad como al cuidado de las condiciones saludables, lo que permite al mismo tiempo la interacción de la salud con el derecho a la salud.

2. Constituye el cuarto salto conceptual en salud: **de la atención institucional a la salud hacia el derecho a la protección de la salud**, lo cual patentiza que tal protección es un derecho de todos los mexicanos y “una responsabilidad indisoluble del Estado, que dispondrá de los recursos necesarios para asegurar su protección”¹⁸³, puesto que es más factible proteger la salud que asegurarla de manera integral.

3. El “derecho a la protección de la salud” es más viable de proyectarse en términos de planeación sectorial, selección de parámetros y construcción de indicadores de expectativas y derechos a la salud, por lo que constituye un propósito factible de garantizar por parte del Estado, pues —como asevera José F. Ruiz— “proteger la salud en lugar de asegurar el goce de la salud es una postura programática mucho más sensata y viable.”¹⁸⁴

4. No se dispersa entre la variedad de satisfactores y derechos necesarios para obtener salud, al contrario, se ciñe al marco de la garantía de la protección por la vía del otorgamiento de los servicios de salud. Esto se observa en los artículos 2° y 3° de la Ley General de Salud, donde se consigna que tal protección se aplica mediante las siguientes líneas de acción: a) atención médica, que se circunscribe al individuo enfermo, b) educación, promoción y calidad de vida, con miras a concebir la salud como parte sustancial en la escala de valores de los individuos y la sociedad, y fomentar la responsabilidad en el autocuidado de la salud, c) prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes, invalidez, rehabilitación, y control sanitario, d) protección y asistencia social a grupos especiales sobre planificación familiar, adicciones, obesidad, diabetes,

¹⁸³ Izundegui, Rullan Amador, “*Sociedad igualitaria y derecho a la protección de la salud*”, p. 161, en Soberón, Acevedo, *op. cit.*

¹⁸⁴ Ruiz, Massieu, *op. cit.*, p. 73.

etcétera, d) investigación científica y tecnológica en salud —por ejemplo, investigación genómica—, y e) sanidad internacional. De esta forma, el acotamiento a la garantía de la protección de la salud, se impulsa también directamente como derecho humano y social.

3.8 Vinculación de Derechos Humanos con Políticas de Salud en México

Se encuentra una primera coincidencia entre los derechos humanos y las políticas de salud en México, con la identificación de valores y principios de salud que en la perspectiva de Julio Frenk¹⁸⁵ estos representan los fundamentos éticos que deben guiar a todo sistema de salud. Explica que la relación entre los derechos humanos y las políticas de salud expone dos grandes dimensiones de potenciales conflictos: 1. Las políticas y programas de salud pública pueden poner en riesgo ciertos derechos humanos, como los de privacidad. Tal es el caso de la política de planificación familiar, que aunque se dirige particularmente a las mujeres involucra aspectos muy íntimos de la pareja, como la decisión en el espaciamiento de los embarazos, el convencimiento del uso de métodos anticonceptivos, etcétera; y la no discriminación, que se presenta como una contradicción ya que por un lado la política de salud se proporciona bajo el criterio de priorización a grupos vulnerables que conforman la mayoría de la población, pero al mismo tiempo deja fuera o en segundo lugar a los no vulnerables. 2. Los problemas de responsabilidad profesional por impedia o negligencia constituyen una amenaza al derecho a la protección de la salud, y; 3. Los derechos humanos deben jugar un papel fundamental en la formulación de las políticas de salud y en particular en la definición de las bases para el acceso a los beneficios de la atención a la salud.

La formulación de estas políticas se basa en valores, —continúa el mismo autor— el primero que menciona es la inclusión social, que parte de la universalidad clásica, pero con una connotación novedosa y bastante precisa en el esquema de la universalidad modificada en cuanto al valor de la vida humana, pues le concede el mismo valor para todas las personas y plantea a la necesidad de

¹⁸⁵ Frenk, Mora, *Salud y derechos*, *op. cit.*, p. 27.

atención como único regulador del acceso a los servicios de salud, con trato semejante para los usuarios ante necesidades semejantes. Como segundo valor apunta la igualdad de oportunidades, lo que implica la ayuda que los servicios de salud deben brindar a cada generación que entre a la vida con las mismas oportunidades y se les asegure a todas un piso básico de atención, tal es el caso del programa prioritario Arranque Parejo en la Vida. El tercer valor consiste en la autonomía individual y familiar referida a la libertad que toda persona tiene para decidir lo que más le conviene, por lo que es necesario ejercer también el derecho al acceso a la información para tomar las mejores decisiones. De este valor se deriva el principio de pluralismo, el cual postula la libertad del usuario para elegir libremente al prestador de su preferencia, con la ventaja de generar una competencia saludable e incentivar un mejor desempeño y esfuerzo por satisfacer las demandas de los usuarios. Aplica principalmente al prestador primario, que es quien contacta en el primer nivel de atención y da seguimiento. Su presencia brinda la posibilidad del concurso de prestadores públicos y privados, lo cual tiene implicaciones trascendentes en el aspecto económico, pues, se orienta hacia la contención de los costos, y; en el aspecto de calidad, hacia la satisfacción de los usuarios. En relación con el papel del Estado, en el esquema de la universalidad clásica juega el papel de monopolizador de los servicios de salud, y en el de universalidad modificada se limita a asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios prioritarios. El último valor es la corresponsabilidad social, en éste, el autocuidado cobra también una nueva connotación, pues el cuidado individual trasciende hacia la responsabilidad de autocuidarse para no ser una carga social para los demás y al mismo tiempo deriva en el principio de solidaridad, que implica compartir la responsabilidad social y de cada ser humano por atender a las personas más vulnerables y propone la solidaridad de los sanos con los enfermos al contribuir a financiar su atención.

En este sentido, el autor también explica que la solidaridad se entiende como la base de los seguros médicos y, en especial, de la seguridad social. Estos principios se derivan y operacionalizan en el principio de la universalidad modificada con base a cinco criterios fundamentales que permiten recoger los

aspectos positivos de la selectividad: 1. El uso de la relación de costo-efectividad para decidir y garantizar los procedimientos y servicios que deben estar accesibles de manera universal. Tiene la ventaja de atacar la patología que más afecta a los pobres, lo que permite proporcionarles atención prioritaria sin necesidad de segregarlos o estigmatizarlos. Así, la universalidad modificada adquiere la característica de ofrecer “lo mejor para todos”. 2. La equidad como la igualdad de esfuerzo para tener acceso a los servicios. Dada una misma necesidad de salud, brinda la posibilidad de cobrar cuotas diferenciales, proporcionales a la capacidad de pago en el momento de la utilización de servicios o del prepago de primas de seguro. 3. La equidad, que adquiere la connotación de proporcionar la misma oportunidad de acceso a los servicios ante una misma necesidad de salud. Implica dar más atención a los que padecen una mayor carga, tanto en grupos sociales como en las diferentes zonas del país, por lo que permite el incremento de los niveles de salud totales y al mismo tiempo reducir la brecha entre los grupos sociales. 4. La calidad, en dos dimensiones: la técnica y la interpersonal, consistentes en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible y en lograr la mayor satisfacción posible por parte del usuario respetando su autonomía y sus preferencias. 5. La eficiencia, que consiste en alcanzar las metas de salud utilizando la menor cantidad posible de recursos o, en forma equivalente, alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles, por medio de dos tipos de eficiencia: a) en la asignación de los recursos, lo que quiere decir que el sistema ofrezca aquellos servicios con mejor relación de costo-efectividad y b) técnica, esto es, la capacidad de producirlos con el menor desperdicio de recursos.

De estos valores se deriva el principio de ciudadanía, por el cual la protección de la salud deja de ser un bien de consumo, un privilegio o un objeto de asistencia para convertirse en un derecho social. Tiene vigencia universal, al incluir a todos los residentes de un país bajo los únicos criterios de efectividad y los costos socialmente válidos para distribuir los servicios de salud y lograr el máximo bien común.

3.8.1 Grupos de Población Vulnerables

En nuestro país el grupo materno se ha considerado tradicionalmente como vulnerable, debido en primer lugar a su magnitud demográfica y social, en virtud de que la edad reproductiva puede comenzar desde los 10 años, aunque se intensifica de los 19 a los 35 de modo que las mayores demandas de atención a la salud de este grupo de población son básicamente de tipo gineco-obstétrico. En segundo lugar, por el costo social que representa, debido a que tanto los problemas de salud como la mortalidad materna afectan a toda la familia, principalmente por el abandono de los hijos que desencadena una serie de problemáticas —desintegración familiar, deserción escolar, mala alimentación, embarazo no deseado y aborto en adolescentes—, que de forma generalizada repercuten en un elevado costo social. Cabe mencionar también, los altos riesgos reproductivos, que surgen en las mujeres aún antes de nacer. Al respecto, Adda Alatorre,¹⁸⁶ explica que cuando la madre no tiene acceso a los satisfactores básicos —vivienda con agua potable y correcta eliminación de desechos, educación, control de embarazo, adecuada alimentación y nutrición— las deficiencias nutricionales se agravan por los propios procesos biológicos femeninos —menstruación, fecundidad temprana y recurrente, amamantamiento, etcétera—. La misma autora agrega a este listado la maternidad como fuente de reconocimiento social, que en el caso de las mujeres indígenas es buscada desde edades tempranas y de forma repetida, lo que les provoca embarazos de “alto riesgo”, ya que en el 57% de los casos se presentan complicaciones.

En correspondencia con esta línea de discurso, Gloria Careaga¹⁸⁷ se refiere a la desvalorización del género femenino por las vías de la dignificación del sacrificio y la baja autoestima que impiden a la mujer reconocer su derecho a cuidarse y a buscar atención cuando aparecen síntomas de peligro. Los valores generalmente asociados a las mujeres, como la maternidad, la fidelidad, la sensibilidad, refuerzan esta condición, ya que en su mayoría están vinculados a una condición de

¹⁸⁶ Alatorre, Wynter Edda, “La atención gineco-obstétrica en el marco de los derechos humanos”, en Memoria de la reunión, *op. cit.*, pp. 217-218.

¹⁸⁷ Careaga, Gloria, *Los derechos sexuales y reproductivos: elementos para el debate*, Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, p.199.

dedicación y servicio para el otro, que coloca a la mujer en una posición de subordinación. La propia Careaga advierte además sobre la condición de clase, ya que hay sectores que acumulan los efectos de una triple discriminación: la de ser pobres, la de ser mujeres y la de ser indígenas.

Otro rasgo de vulnerabilidad no menos importante ligada a las condiciones de vida y al entorno socio-cultural es la baja escolaridad. El limitado acceso de las mujeres a la educación trae como consecuencia que “las niñas pobres se convierten, a menudo, en mujeres y madres analfabetas o de escasa educación y parte de los grupos de población más pobres de la sociedad.”¹⁸⁸ Esta situación repercute drásticamente en la salud de los hijos pequeños, ya que se identifica una relación muy estrecha entre escolaridad y nivel de salud: a menor escolaridad de la madre mayores problemas de salud en los hijos.

En el campo de la medicina occidental, Edda Alatorre¹⁸⁹ hace notar que el equipo de salud tiene una formación académica biologicista que se enfoca a la curación de las alteraciones orgánicas de la mujer, y que el médico establece una relación de poder paternalista y de autoridad hacia quienes considera inferiores e ignorantes, además de cuestiones ajenas a la propia actividad médica como la deficiente ética profesional, sobrecarga de trabajo y en general el desconocimiento de las estructuras tradicionales para abordar la cosmovisión del proceso salud-enfermedad de la mujer. Asimismo, menciona que las políticas de salud reproductiva se centran en el proceso de reproducción de las mujeres y orientan las estrategias hacia la regulación de los índices de fecundidad, a partir de los cuales se fijan las opciones accesibles, la preparación técnica y los índices de eficiencia, por ejemplo las desarrolladas en la Ley de Población, que dirigen su atención a programas de planificación familiar y son evaluados a partir de índices demográficos.

En cuanto a factores institucionales, esta autora previene también sobre el deficiente presupuesto, falta de correspondencia entre la plantilla nominal y la red del personal, carencia de programas de estímulo y de educación continua para el

¹⁸⁸ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 84.

¹⁸⁹ Alatorre, Wynter, *op. cit.*, p. 226.

personal, políticas de hospital-escuela en las que la práctica-aprendizaje se realiza sobre los cuerpos de las mujeres, reglamentos rígidos que privilegian la organización institucional en detrimento de la comodidad de la paciente.

En relación con la investigación, Gloria Careaga advierte que tanto la tecnología reproductiva y genética como la experimentación de nuevos métodos anticonceptivos, son de interés prioritario para el Estado y la industria farmacéutica. Llama la atención que el embarazo precoz y el aborto continúan siendo problemas de salud pública a pesar de políticas y programas de planificación familiar para evitarlos, e inclusive, de la existencia y disponibilidad de opciones que brinda la gran diversidad de laboratorios y marcas. Cabe destacar que a pesar de la vulnerabilidad de este grupo materno, la salud institucional lo utiliza o aprovecha a su vez como prestador de servicios (Huirán, 1998): son instrumentadores directos de las estrategias de acción y vínculo principal entre las políticas y la población, “comúnmente ejercen un poder que les dan sus conocimientos; se entiende incluso su papel como agentes del cambio cultural: mediante lo que dicen, comunican a la población la visión *legítima* de las formas de conducir la vida sexual y reproductiva.”¹⁹⁰ Lo más grave de la vulnerabilidad de la mujer es el constante efecto multiplicador que contiene esta condición, pues también se transmite de generación en generación.

El grupo de las pacientes psiquiátricas también está incluido en el rango de vulnerabilidad. María del Carmen Elú¹⁹¹ revela la marginación que sufren estas pacientes por la misma sociedad que aprecia a sus miembros por el rendimiento económico que producen. Incluso, en los propios hospitales psiquiátricos que funcionan más como centros de reclusión que de rehabilitación. Debido a que además de sufrir en buena medida el abandono de sus familias y maltrato físico o sexual, reciben tratamientos que en casi todos los casos les provocan daños nerviosos devastadores por la administración de tranquilizantes y drogas psiquiátricas.

¹⁹⁰ Alatorre, Wynter, op. cit., p. 197.

¹⁹¹ Elú, María del Carmen, op. cit., p. 214.

3.8.2 Acciones de Derechos Humanos en Salud en México

Las acciones de derechos humanos en salud atribuidas a la Secretaría de Salud están a cargo de la Dirección General de Salud Reproductiva¹⁹² mediante la implementación de los siguientes programas de acción por grupos de población:

Arranque Parejo en la Vida. Está dirigido al grupo materno-infantil, puesto que la mortalidad materna y neonatal —muertes de menores de 28 días—, aunque muestran una tendencia descendente,¹⁹³ refleja una problemática de desigualdad ante el acceso a la protección de la salud que se refuerza por la falta de acceso a otros derechos socio-económicos y culturales. Los objetivos de este programa tienden hacia la cobertura universal y a condiciones igualitarias con calidad para las mujeres en las etapas de embarazo, parto y puerperio, inclusivamente a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, a fin de disminuir la mortalidad materna y neonatal. Los derechos que tiene la mujer a un embarazo saludable y los cuidados para su bebé son la atención médica, medidas preventivas e información. El ejercicio de estos derechos desarrolla la responsabilidad en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, fomentar la equidad, la libertad de expresión y ayudar a que ninguna persona sea violentada en su sexualidad.

Programa de Prevención y Atención a la Violencia. La acción de este programa tiende hacia la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, se apoya en los siguientes acuerdos internacionales: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Declaración del Milenio, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995), Informe

¹⁹² Programa de acción: "Arranque Parejo en la Vida", 1° edición, 2002, Secretaría de Salud.

¹⁹³ Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 bebés nacidos vivos registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68. Por otra parte, según cifras oficiales, la tasa de mortalidad neonatal (muertes de menores de 28 días por 1 000 NVR) presenta una tendencia descendente en el periodo 1990-2000, con tasas de 11.52 y 8.41, respectivamente, en programa de acción "Arranque parejo, *op.cit.*, p. 21.

de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995), Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General (Declaración final de Beijing + 5), Pekín + 5, Informe de México, Resumen de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA 25-27 de junio de 2001, Nueva Cork , NGASS), Consenso de México, Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), y la Convención sobre los derechos del niño.

En México también se ha instituido un marco jurídico para la atención a esta problemática, entre éstos se encuentran la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, los Criterios para la atención médica de la violencia familiar, las Leyes del Instituto Nacional de las Mujeres y para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, el Acuerdo Nacional por la Equidad entre Mujeres y Hombres y la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Estos derechos se entienden como el derecho de la población a disfrutar de la salud sexual y reproductiva, así como el derecho a su libre decisión y a la eliminación de cualquier forma de discriminación, coerción o violencia. Dada la tendencia al crecimiento de los jóvenes de entre 10 a 14 y de 15 a 19 años, es urgente que éstos conozcan en primera instancia que tienen derechos humanos que forman parte de sus garantías individuales y que deben ejercerlos, en segunda; que tienen derecho a ser informados debidamente sobre sus derechos sexuales y reproductivos —sexualidad saludable, prevención de embarazos no deseados, educación sexual objetiva e integral sobre infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos adecuados y su uso correcto—, incluyendo orientación y atención médica oportuna y confidencial principalmente en casos de abuso sexual y violencia intrafamiliar.

Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino.¹⁹⁴ Este padecimiento es la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más en nuestro país, así que el propósito de este programa es disminuir la mortalidad por esta causa. Para ello, se llevan a cabo acciones coordinadas de las instituciones del sector salud en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura.

Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Mamario.¹⁹⁵ El cáncer mamario constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de este mismo grupo de 25 años y más, lo que representa una verdadera inequidad de género e injusticia social, con mayor incidencia en las entidades federativas del norte del país. De ahí que haya quedado incluido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 como una de sus estrategias sustantivas con el propósito de disminuir la mortalidad por este tipo de neoplasia entre la población femenina.

Estos programas se refuerzan con la *Estrategia Línea de Vida*, dirigida a mujeres de 20 a 59 años, pero sobre todo a aquellas con signos y síntomas de climaterio y menopausia a partir de los 40 años. Se promueve entre éstas la actividad física y la prevención de accidentes, se les proporciona información y orientación sobre los riesgos por consumo de alcohol y tabaco, y particularmente sobre el cáncer cérvico-uterino y de mama. También se les involucra en la promoción de acciones preventivas, —detección, diagnóstico oportuno y tratamiento— relacionadas con la etapa post-reproductiva que se efectúan en las celebraciones conjuntas con organizaciones civiles en el Día Internacional de la Osteoporosis, de la menopausia y del cáncer de mama.

Como medida adicional de protección a este grupo de mujeres, se incorporaron en el catálogo de servicios esenciales de salud del Seguro Popular el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis, el tratamiento médico del síndrome de privación

¹⁹⁴ Programa de Acción: *Mujer y Salud*. Dirección General de Salud Reproductiva PROMSA, 1° edición, 2002, Secretaría de Salud.

¹⁹⁵ *Ídem*.

hormonal, el tamizaje para la detección oportuna del cáncer mamario y el diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas y cáncer cérvico-uterino *in situ*, lo cual representa una cobertura significativa ya que se estima que 45% de las mujeres de 40 años y más (6.5 millones) no cuentan con seguridad social.

Reforma psiquiátrica. Puesto que “la salud mental en el mundo es un problema cada vez más creciente hasta convertirse en una de las principales causas de morbilidad y discapacidad, con enormes costos económicos y sociales por la pérdida de años de vida saludable que provoca”,¹⁹⁶ la protección de los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos implica la práctica de políticas públicas que garanticen su acceso a servicios de la más alta calidad, sin discriminación, sin estigmas y con trato digno y pleno respeto a sus derechos humanos, para tales efectos, en la Secretaría de Salud se desarrolla el modelo de atención Miguel Hidalgo validado por la OPS por medio del Consejo Nacional de Salud Mental.

Conamed. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico se estableció en 1996 con la misión de fungir como un metaevaluador de los servicios y un tercero imparcial en la solución de controversias y el fomento de una nueva cultura para la salud con la definición de los siguientes objetivos: a) evitar la medicina defensiva y garantizar el derecho a la protección a la salud, instaurar una política preventiva del conflicto médico y ante la aparición del mismo, obtener la solución no litigiosa de controversias; b) coadyuvar con las instancias de procuración e impartición de justicia, con elementos de análisis especializado para la correcta interpretación del acto médico, y c) retroalimentar al sistema nacional de salud mediante recomendaciones para la mejoría de la calidad y la educación médica.

Para efectos del derecho a la protección de la salud, la Conamed representa el mecanismo que, por un lado, alerta al personal médico sobre su responsabilidad no solamente de proporcionar la atención solicitada sino además y prioritariamente de garantizar la atención con calidad y, por otro, coloca a los usuarios en la justa posición para exigir que se cumpla tal garantía. Ante la extendida difusión de los

¹⁹⁶ Gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, No. 27, octubre, 2004, p. 12.

derechos de los pacientes en las unidades de atención y la creciente recurrencia de usuarios a la Conamed, se han elaborado también cartas o decálogos de los derechos generales de las enfermeras, de los cirujanos dentistas, etcétera, dando lugar al desarrollo de la medicina defensiva, puesto que los médicos también tienen derechos inherentes como seres humanos y como profesionistas.

Conside. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA tiene como misión “definir, planear y coordinar las acciones necesarias, en un marco de consenso y descentralización de las dependencias del sector, instituciones privadas y organizaciones sociales, tendientes a prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA e ITS en la población general y grupos vulnerables, mediante la emisión de documentos normativos, capacitación, difusión e investigación.”¹⁹⁷

Para llevar a cabo esta misión establece los siguientes objetivos estratégicos: a) incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS; b) disminuir la transmisión sexual y sanguínea del VIH/SIDA en las poblaciones y entidades federativas más afectadas del país; c) interrumpir la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, asegurando el acceso a la información, a las pruebas de detección y tratamiento; d) garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud, y e) disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA en las personas y comunidades en un marco de respeto de los derechos humanos. Asimismo, implementa los programas de prevención sexual, prevención perinatal, prevención sanguínea, atención integral a las personas con el VIH/SIDA e ITS y mitigación del daño.

De la cruzada nacional por la calidad de la salud en 2001, se derivó el compromiso de establecer y difundir códigos de ética y cartas de derechos de los pacientes, de las personas adultas, de las personas con discapacidad, de los médicos, de los cirujanos dentistas, entre otros. Vale la pena transcribir el contenido de las tres primeras ya que expresan de manera integral su ejercicio:

¹⁹⁷ Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006, Secretaría de Salud, 2007, p. 2.

Derechos de los Pacientes¹⁹⁸: 1. El derecho a que se les respete su vida desde antes de su nacimiento. 2. El derecho de acceso a los servicios de salud. 3. El derecho a decidir o participar en las decisiones sobre su integridad, es decir, a ser considerado como un sujeto autónomo en sus decisiones. 4. El derecho a ser informado sobre su enfermedad. 5. El derecho a conocer la verdad sobre su enfermedad. 6. El derecho a que la información sobre su enfermedad se maneje confidencialmente. 7. El derecho a la libertad, en cuanto a que la norma hospitalaria no le prive de los beneficios de comunicarse o de ingresar o salir al exterior. 8. El derecho a que el manejo de su cuerpo sea tratado con intimidad, es decir, con pudor, así como a tener la privacidad que requiera de acuerdo a su propia enfermedad y tratamiento. 9. El derecho al trato digno. 10. El derecho a la mejor atención médica posible.

Derechos de las personas adultas. El 21 de junio de 2002 se expide el decreto por medio del cual se crea la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Aunque no existe como programa especial en la Secretaría de Salud, consigna las obligaciones de las instituciones públicas de salud de brindar servicios públicos integrales y de calidad:

Capítulo II, Artículo 5°, No. III De la Salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4° constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de ésta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado y atención de las personas adultas mayores.

¹⁹⁸ Citado en Roccati, Velázquez Mireille, "Los derechos humanos y la protección de la salud", en Foro nacional: El derecho a la protección de la salud, Cámara de Diputados LXII legislatura, México, julio, 1998, pp. 45-47.

Capítulo III, Artículo 18: Corresponde a las instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a los adultos mayores:

- I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la ley General de Salud;
- II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporaran medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;
- III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatría y la Gerontología;
- IV. Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis suministradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencia a grupos de autocuidado;
- V. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;
- VI. Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;
- VII. El apoyo a las unidades médicas y por organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;
- VIII. Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio;

IX. Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de adultos mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos: a) las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad, b) serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud generen, y; c) tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

Derechos de las personas con discapacidad. No ser víctimas de marginación o discriminación; desplazarse libremente en espacios públicos abiertos o cerrados; disfrutar de los servicios públicos en igualdad de circunstancias; desplazarse y tener libre acceso en el interior de espacios laborales, comerciales y recreativos; contar con espacios en el transporte público reservados para su uso y plenamente identificados; gozar de un trato amable, cortés y respetuoso de parte de la población en general.

3.8.3 Comisión Nacional de los Derechos Humanos

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos se crea el 6 de junio de 1990, “tiene entre sus facultades la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos amparados por el orden jurídico mexicano”¹⁹⁹ como “organismo constitucional autónomo”. Con ello, —indica Jorge Madrazo—²⁰⁰ nuestro país se convierte en parte de la corriente internacional de derechos humanos y libertades fundamentales que se ocupa de la tutela de los derechos fundamentales del individuo: el derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad y a la seguridad jurídica, incluyendo la protección de los grupos de la sociedad que por razones de condición socio-económica, edad, sexo, raza o marginalidad, están más expuestos a sufrir transgresiones en las esferas de sus derechos humanos.

¹⁹⁹ Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre 2003, CNDH, México, 2004, p. 5.

²⁰⁰ Madrazo, Jorge, “Discurso inaugural” p. 7, en Memoria de la reunión, *op.cit.*

Apunta también que el modelo del *ombudsman* se adapta al ámbito de las irregularidades del ejercicio cotidiano de la administración y los servicios públicos y así tutela el principio de legalidad como una garantía fundamental constitucionalmente reconocida, emite resoluciones que se denominan “recomendaciones” a las autoridades para cesar, reparar daños y castigar a los servidores públicos que cometen violaciones a los derechos humanos, aunque por su carácter de recomendaciones se requiere de la voluntad de quienes ejecutan la violación y de sus autoridades para su corrección.

La revisión de los informes de actividades de la CNDH 2002 y 2003 muestra los campos, programas y actividades de derechos humanos y salud que tiene a su cargo: destaca la creación del programa sobre VIH/SIDA, encaminado a la atención de quejas y al mejoramiento de las personas infectadas con este virus. Para ello, se aboca a la capacitación en el manejo de esta problemática en relación a prejuicios y modificación de conductas. Se vale de un equipo de trabajo compuesto por visitadores adjuntos que atienden cada queja desde su recepción hasta su conclusión, con lo que se pretende dar a los quejosos un tratamiento integral. Proclama, además que todas las personas deben saber que tienen derecho a la salud y a la educación para su autocuidado, pero también enfatiza en la obligación de proteger tanto su vida como la de los demás.

En cuanto a su intervención en hechos violatorios de salud, se ocupa de la atención de los problemas derivados por el abandono del paciente, la investigación científica ilegal en seres humanos, la negativa de atención médica, negativa o inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias del sector salud y en alto grado hacia la negligencia médica²⁰¹ por ser ésta última, una de las violaciones más graves del derecho a la salud, en la medida que un diagnóstico equivocado o una intervención fallida pueden ocasionar desde lesiones permanentes hasta la muerte del paciente. Mientras que la negativa de atención médica es reportada principalmente por internos de reclusorios, indigentes, discapacitados y enfermos de SIDA.

²⁰¹ Roccati, Velázquez, *op. cit.*, p. 57.

En 2003 la negativa o inadecuada prestación del servicio público y la negligencia médica ocuparon el 5° y 16° lugar respectivamente, dentro de los 20 hechos presuntamente violatorios que reporta la Comisión de Derechos Humanos.²⁰² En el área de Conciliaciones se presentan recomendaciones y propuestas conciliatorias con la Secretaría de Salud. Ese año, de 52 recomendaciones emitidas, 10 hechos violatorios correspondieron a dicha secretaría, los cuales son calificados de negligencia médica y solo uno por abandono del paciente.

Dadas las violaciones a los derechos humanos en comunidades indígenas en relación con la obtención del consentimiento libre e informado en la adopción de métodos de planificación familiar, violencia de género y derechos de las mujeres indígenas, explotación sexual comercial en la niñez indígena y migrante, la CNDH efectúa cursos sobre salud reproductiva por medio del Programa de Promoción, Estudio y Divulgación de los Derechos Humanos en los Pueblos Indígenas. En cuanto a los derechos de las personas discapacitadas, en el área de Asuntos Internacionales se incluyen como temas de agenda y se realizan actividades de intercambio y promoción en cooperación con instituciones multinacionales, nacionales y locales promotoras de los derechos humanos. En organización de eventos académicos relativos a la investigación y promoción en materia de derechos humanos, se realizan mesas redondas y de trabajo sobre VIH/SIDA y derechos humanos en México, salud y derechos humanos en el nuevo contexto nacional. Asimismo, en el Programa de Estudios Legislativos y Proyectos, las investigaciones se han encaminado hacia los derechos humanos de las personas con discapacidad y las personas adultas mayores.

²⁰² Según Informe de actividades de la CNDH de 2003, los 20 hechos presuntamente violatorios son en orden descendente por su magnitud: 1) ejercicio indebido del cargo, 2) negativa o inadecuada prestación del servicio público en materia de electricidad, 3) amenazas, 4) detención arbitraria, 5) negativa o inadecuada prestación del servicio público de salud, 6) negativa al derecho de petición, 7) cateos y visitas domiciliarias ilegales, 8) trato cruel y/o degradante, 9) dilación en el procedimiento administrativo, 10) imputación indebida de hechos, 11) irregular integración de averiguación previa, 12) robo, 13) retención ilegal, 14) violación del derecho de la integridad de los menores, 15) incumplimiento de prestaciones de seguridad social, 16) negligencia médica, 17) violación a los derechos de migrantes, 18) inexecución de resolución sentencia o laudo, 19) negativa o inadecuada prestación del servicio público en materia de educación y 20) incomunicación.

3.8.4 Derechos Humanos en Salud y ONG's

En el campo de los derechos humanos en salud la participación de la sociedad civil se ha traducido en el surgimiento de organizaciones ciudadanas conformadas principalmente por mujeres que han centrado sus propósitos en demandas sobre la eficiencia de las instituciones en el respeto a los derechos humanos en salud en las instancias gubernamentales. En la literatura revisada²⁰³ se advierten en forma generalizada los siguientes planteamientos:

Inconformidad ante las actuales políticas y programas gubernamentales de salud reproductiva con enfoque en la mujer como objeto de control de natalidad y como potencial procreadora de hijos sanos, y la preocupación ante la alta incidencia de cáncer cérvico-uterino y mamario, que siendo padecimientos evitables en gran medida, ocupan los primeros lugares de causa de muerte.

Se expone que la distribución desigual de autoridad y recursos en el interior de la unidad doméstica provoca la baja o nula capacidad de poder de la mujer desde su propio círculo familiar, a lo que se le suma la falta de educación, de trabajo remunerado o ínfimos ingresos, sin dejar de lado las malas condiciones de salud. Acerca de las políticas dirigidas a combatir la pobreza, Clara Jusidman y Vania de Almeida²⁰⁴ afirman que en el hogar como unidad de referencia se soslayan las desigualdades intradomésticas, lo que contribuye a que las mujeres sean las más pobres en sus propios hogares y por consiguiente de la población. Dicha condición se agrava al tratarse de hogares jefaturados por mujeres, que en combinación con la concentración de carencias incrementa la probabilidad de reproducción de la pobreza.

²⁰³ Muriedas, Pilar, "Salud y derechos humanos", Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, p. 239.

²⁰⁴ R. Chambers (1983) describe la llamada "trampa de la privación" para referirse a un problema más amplio que la pobreza. Señala que en esa trampa se interrelacionan cinco conjuntos de factores como una tela de araña de la cual resulta muy difícil de escapar. Los conjuntos son: la misma pobreza, la debilidad física, el aislamiento, la vulnerabilidad y la carencia de poder (*powerlessness*). La pobreza se refiere a la insuficiencia de ingreso (flujos en dinero o en bienes) y de riqueza (disponibilidad de activos), y es un fuerte determinante de los otros conjuntos. La debilidad física se relaciona con la falta de fuerzas, la desnutrición, la salud deficiente, la incapacidad física y la alta tasa de dependencia de los activos adultos, lo que frecuentemente se asocia directamente con la pobreza. El aislamiento considera la lejanía física, la carencia de educación, la ignorancia y la falta de acceso a servicios e información. La vulnerabilidad se relaciona con la tensión interna e externa y con el peligro de volverse más pobre y privado de todo, mientras que la falta de poder significa incapacidad y debilidad para enfrentarse a la explotación y a las demandas de los poderosos. Citado por Clara Jusidman y Vania de Almeida Tormin Salles, en "Privación y vulnerabilidad", en memoria de la reunión *op. cit.*

Paralelo a la pobreza de la mujer en el hogar, ésta sobreviene también de sus condiciones económicas y de trabajo. Los hogares que se encuentran encabezados por madres viudas, madres jóvenes solteras o abandonadas por la pareja poco después de dar a luz son especialmente vulnerables desde el punto de vista económico, ya que si trabajan lo hacen en empleos de bajos ingresos y sin prestaciones, generalmente por cuenta propia o en el servicio doméstico. Las autoras también hacen mención de la inestabilidad económica de las mujeres jornaleras, considerándola como uno de los problemas más graves del campo, pues la paga que reciben es por trabajo a destajo, temporal, por tarea o por día, muy por abajo de los salarios masculinos, no gozan de prestaciones de seguridad social y, peor aún, cuando no hay trabajo no tienen posibilidades de ingresos.

En el entorno social, las mujeres están sometidas a una situación de aislamiento, ya que las múltiples actividades que tienen que realizar para hacerse cargo de sus hijos, de su mantenimiento y de tareas domésticas les dificulta acudir a redes sociales —familiares, amistades, vecinos, etcétera— existentes en la búsqueda de ayuda o para participar en la construcción y mantenimiento de otros tipos de apoyo.

En referencia a las condiciones de salud de la mujer, se dejar ver que las madres jefas de familia no cuidan su propia salud porque concentran su atención en los niños con más bajos niveles nutricionales y en las niñas con bajo índice corporal. Al mismo tiempo, conviven con problemas de salud emocional —síndrome de sumisión y depresión— que guardan estrecha relación con el machismo y les niega el control sobre sus decisiones. Institucionalmente, no existen servicios adecuados de atención a la salud mental para poblaciones pobres. Aunque lo acostumbrado, es que la mujer no busca la atención ya sea por desconocimiento de la enfermedad o por desconfianza en los servicios de salud. Por consecuencia, el uso poco frecuente de medicinas preventivas no hace sino reforzar los mecanismos entre pobreza y salud mental.

Párrafo aparte merece el tema de la violación sexual. Naciones Unidas la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.”²⁰⁵ Por su parte, María A. Canto²⁰⁶ considera que la violación sexual es la agresión más lacerante, vil y de extrema violencia que provoca daño físico y mental, que implica tortura, humillación, impotencia y rabia ante la subordinación física, ideológica, política, legal y moral, con consecuencias sociales, físicas y psicológicas que marcan para toda la vida a quien ha sido víctima de un delito no considerado como grave en muchos de nuestros ordenamientos penales y civiles. La autora le imprime a la violencia sexual la connotación de “sobrediscriminación”, ya que, — explica— debido a su condición de género, la mujer corre el riesgo de padecerla independientemente de la etnia, edad o posición social que ocupe. No está de más mencionar el acoso y hostigamiento sexual en los ámbitos familiar, escolar y laboral, cuyo riesgo se incrementa en hospitales psiquiátricos y cárceles.

Ante estas demandas, las organizaciones no gubernamentales elaboran las siguientes propuestas. Como elemento básico de los derechos sexuales y reproductivos la consigna por una maternidad libre, voluntaria y responsable desde los aspectos relativos a la fertilidad hasta la concepción global de la salud reproductiva en un marco de acceso a los servicios con calidad y seguridad.

El reconocimiento de la responsabilidad de hombres y mujeres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, el respeto del ejercicio íntimo de la sexualidad y del placer sexual como derecho inherente de las personas independientemente de su orientación sexual. En general, la demanda de alternativas para evitar las consecuencias y muertes por practicar el aborto y en particular acciones en torno a su despenalización.

Para las mujeres no consideradas con el criterio de grupos de alto riesgo, pacientes y población en general, estas organizaciones demandan la difusión e información sobre métodos anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y en especial del SIDA, sobre todo el respeto a los derechos de las personas infectadas por el virus mediante campañas de contenidos educativos.

²⁰⁵ *Ídem.*

²⁰⁶ Canto, González María Amparo y Olimpia Flores Ortega, “*Los derechos humanos de las mujeres víctimas de delitos sexuales*”, en Memoria de la reunión, *op.cit.*, p. 154.

El registro de demandas incluye también la capacitación a jueces y agentes del ministerio público en materia de derechos humanos, salud reproductiva, sexualidad y perspectiva de género. Lo mismo que la creación de espacios de denuncias y quejas relacionadas con negligencias de los servidores del sector salud, públicos y privados y su vinculación con las autoridades competentes de salud y de la vigilancia, promoción y respeto de los derechos humanos.

Mención aparte, merece la demanda sobre la reconstrucción del significado de ser persona a partir de los derechos humanos inherentes, la participación de las mujeres en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a la población, y en general del involucramiento de la sociedad en la elaboración de estrategias de defensa de los derechos humanos en salud.

En cuanto a los derechos de los enfermos mentales, demandan la revisión exhaustiva a los hospitales psiquiátricos, tanto públicos como privados; la prohibición de tratamientos con electroconvulsiones; la prohibición de drogas altamente peligrosas como el Prozac 20 y el Ritalín (metilfinilato) para niños; el castigo a violadores con todo rigor de la ley; la utilización de tratamientos sin fármacos, y; que se introduzcan nuevas alternativas para su cuidado.

En vista de que la Ley General de Salud, en su Capítulo IV, artículo 50, señala que “para los efectos de [esta] ley se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiere y obtenga los que presten los sectores público, social y privado en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en [esta] ley y demás disposiciones aplicables”. Se hacen a la Comisión Nacional de Derechos Humanos las siguientes propuestas:

1. Cambiar el título de “Los Derechos Humanos de los Pacientes Hospitalizados”, por el de “Los Derechos Humanos de los Usuarios de Servicios de Salud.”
2. La apertura de espacios especiales para la atención de las mujeres que prefieran ser atendidas por profesionistas mujeres.
3. Información y entrega de cartilla sobre derechos humanos al paciente y a sus familiares/acompañantes, al momento de solicitar la atención médica, y que ésta contenga información sobre las instancias que pueden atender denuncias sobre atención deficiente, malos tratos, ofensas al pudor, negativa a proporcionar —si procede— recibos por honorarios

médicos, realización de procedimientos riesgosos sin que hayan sido autorizados por escrito previo análisis de la explicación dada por el médico sobre los beneficios y riesgos del procedimiento a seguir. 4. Vigilar el cumplimiento de los preceptos que marcan la Ley General de Salud sobre formación, capacitación y actualización de personal (capítulo III, título cuarto), la Ley General de Profesiones y los reglamentos de la materia para garantizar que la atención de la salud quede en manos de personal calificado y no de personal habilitado que proporciona atención barata y sin calidad.

Como se observa, estos planteamientos difundidos por las organizaciones no gubernamentales, se enfocan hacia las condiciones de indefensión de la mujer a partir de su etapa reproductiva, a cargo de hijos y en condiciones de pobreza. Aunque éstos son válidos por su magnitud pareciera que muestran una posición parcial y feminista, ya que para efectos de defensa de derechos humanos en salud, existen diferentes tipos de indefensión que persisten en otros grupos de mujeres cuyas problemáticas no son menos importantes. Sin ir más lejos, y en el marco de la integralidad de los derechos humanos las mujeres que no tienen hijos, generalmente tienen a su cargo la responsabilidad y cuidado de padres ancianos y no disponen de apoyos para ello ni de otro tipo de prestaciones de primera necesidad. La condición de soltería y sin hijos suele ocasionar el abuso desde el entorno familiar, pues además de hacerse cargo de ancianos, a menudo se les adjudica la tarea de cuidar a niños pequeños, entre otras responsabilidades. En el entorno social aún persiste la presión de la sociedad sobre las mujeres que viven solas y en los ámbitos laboral y económico éstas sufren la discriminación ante la preferencia de contratar a hombres y a padres de familia, y cuando éstas logran ser contratadas se ven obligadas a aceptar los salarios más bajos, e inclusive, y con tal de conservar un empleo, a menudo se ven obligadas a renunciar a la maternidad. Dichas condiciones, les ocasionan problemas de salud derivadas de la frustración y depresión que no se consideran prioritarios de salud pública. En el caso de las niñas, la indefensión se acentúa dramáticamente debido a que están expuestas totalmente a maltratos y a violación, inclusive, desde sus propios vínculos familiares, razón que las obliga, entre otras, a vivir fuera de sus hogares. Condición, que

además de la vulnerabilidad propia por su corta edad también enfrentan violencia física y emocional y en casos extremos el embarazo precoz, parto y puerperio sin atención médica.

Por tipo de ocupación y por área, incumbe también al campo de los derechos humanos en salud voltear hacia las mujeres que trabajan en las áreas urbanas. Por ejemplo, el elevado número de empleadas domésticas que en general trabajan por los sueldos más bajos y sin ningún tipo de seguridad social. Asimismo, las que trabajan en el sector servicios que son obligadas a estar de pie durante toda la jornada de trabajo, o la incipiente incursión de éstas en la industria de la construcción sin equipos de protección ni seguridad social.

También está el caso de mujeres que sí cuentan con redes sociales de apoyo, pero no con mecanismos efectivos de defensa. Por ejemplo, las mujeres que presentan alguna enfermedad como la epilepsia, aunque su número no representa gran magnitud, o de la tercera edad que tienen la necesidad de seguir trabajando ya sea por razones económicas o porque no pueden enfrentar su soledad. Las condiciones de trabajo en los centros laborales están redactadas en forma tan general que estos casos escapan a la normatividad, por lo cual, las redes sociales solamente cumplen un papel afectivo.

En relación a la población escolar, no se encontró ninguna demanda sobre la defensa de derechos humanos en salud para esta población. No obstante, el reconocimiento de severas deficiencias de limpieza en la mayoría de las instalaciones sanitarias y de agua potable para beber, lo que provoca graves padecimientos gastrointestinales en los escolares. Las malas condiciones de las instalaciones en general, y la venta de productos chatarra tanto en las cooperativas de las propias escuelas como fuera de ellas, conforman una problemática de salud escolar y salud pública, considerando que sucede habitualmente en todas las escuelas públicas e incluso suele ser común también en escuelas privadas.

No se encontró mención alguna sobre violación a derechos humanos en salud en el grupo masculino. Si el registro por violencia física y doméstica es mínimo en este grupo, por el contrario, enfrenta violaciones a su salud e integridad física por la falta de medidas de seguridad principalmente en ocupaciones de alto riesgo. Esta condición se refleja habitualmente a nivel de colectividades, entre otros: los

jornaleros agrícolas, —que incluyen a niños y niñas que desde muy corta edad trabajan al mismo ritmo que sus padres—, mineros, trabajadores de la construcción, que además de dedicarse a las actividades más riesgosas perciben salarios de sobrevivencia sin ningún tipo de seguridad. De forma generalizada, el hombre en la tercera edad presenta mayor vulnerabilidad por enfermedad crónica o por discapacidad y no cuenta con el mismo grado de apoyo familiar e institucional del que goza la mujer.

Otro tipo de violación a los derechos humanos en salud que no se le ha prestado mayor atención corresponde a colectividades o grupos de población que resultan dañados por efectos provocados en el ambiente. Para ejemplificar esta problemática se menciona el caso de la zona fronteriza. En esta zona existen maquiladoras, falta de seguridad industrial, escapes de gas clorhídrico y tiraderos de sustancias químicas²⁰⁷ que producen millones de toneladas de desechos tóxicos, contaminación por plomo, accidentes e intoxicaciones por cloruro de metileno e inadecuado almacenamiento de desechos tóxicos en detrimento del agua, aire y suelo. Estas condiciones repercuten muy seriamente en la salud de la población, como causantes de enfermedades, accidentes, huidas masivas por efectos de contaminación e incluso de muertes.

Con respecto al tema de la distribución desigual de autoridad y recursos en el hogar entre el hombre y la mujer, es necesario reconocer que la falta de poder de la mujer en su propio hogar no es privativo de las mujeres en condiciones de pobreza. Aunque en menor medida, esta problemática persiste en diferentes estratos de la población femenina, que si bien no acarrea deficientes condiciones económicas, si desencadenan problemas de salud emocional que son más difíciles de controlar y que violentan la armonía familiar, además de afectar seriamente la actividad laboral.

En lo que al problema de desnutrición se refiere, es necesario replantearlo como inadecuada nutrición, debido a los cambios de hábitos alimentarios y en general a los estilos de vida promovidos por la mercadotecnia y la publicidad, de tal forma que también las mujeres que no son pobres padecen de problemas derivados de la malnutrición, como la obesidad y las consecuentes enfermedades crónico-

²⁰⁷ Valadéz, Carmen, “Violación de los derechos humanos en la frontera norte: derechos a la salud y a un medio ambiente sano”, pp. 229- 230, en Memoria de la reunión, *op. cit.*

degenerativas. Vale la pena mencionar los problemas de salud que representan la anorexia y la bulimia principalmente en las adolescentes y los desórdenes nutricionales y rebotes de talla y peso en otros grupos de edad por el consumo de productos dietéticos que provoca el bombardeo publicitario de los medios de comunicación que trata de imponer un modelo físico de la mujer mexicana que no va de acuerdo con su estructura física y morfológica.

Con referencia a la demanda de capacitación de jueces y agentes del ministerio público sobre derechos humanos en salud, muestra una gran limitación si no se acompaña de la efectiva instrumentación de infraestructura, mecanismos y sanciones para garantizar el respeto y cumplimiento en la protección de éstos.

La demanda de participación de las mujeres en el diseño de políticas, se esfuma en la generalidad, pues la propuesta requiere en primer lugar, del conocimiento de la idiosincrasia y cosmovisión de los diferentes grupos de la población femenina en torno a los derechos humanos en salud, pues lo que pudiera significar una violación en algún grupo podría no serlo en otro; en segundo lugar, supone la identificación y construcción de las vías de acceso a dicha participación y en tercer término, de la capacitación y difusión para su pleno ejercicio.

La cuestión de la despenalización del aborto merece especial atención al consignarse como demanda. Los principales argumentos que se esgrimen se colocan en el plano individual proclamando el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo. Y en el social, la justificación de evitar el sufrimiento y privaciones de los niños no deseados por alguna causa.

El primero de éstos, reduce un problema de naturaleza estructural y de justicia social a la dimensión morfológica individual de la mujer y la obliga a cargar con secuelas físicas, psicológicas y emocionales. El segundo, por un lado, orilla a la mujer a aceptar la responsabilidad última de decidir sobre una vida, y de otro, da por hecho que no se puede evitar tal sufrimiento y que por tanto el aborto es la mejor opción. Lo que finalmente cuestiona el derecho de ambos seres humanos como sujetos de derechos individuales y sociales. Reafirma por el contrario, que representan una carga como demandantes de satisfactores.

Políticamente, la despenalización del aborto se decide en un debate legislativo (marzo de 2000) mediante el voto mayoritario en medio de un enfrentamiento de posturas políticas, ideológicas, religiosas y sociales. En vez de recurrir a las disciplinas con autoridad científica para consensuar el problema; como la medicina, la psicología, la educación, la sociología, y principalmente al sentir de la mujer pero en sentido genérico y no como representante de estratos de clases. Tal despenalización es cuestionable, en términos de la garantía en la satisfacción de las necesidades de los niños que si nacen, la reincidencia del aborto, y de la paternidad responsable. Coarta la posibilidad de actuar en el marco de los derechos humanos hacia la construcción de políticas públicas que protejan y garanticen la vida y supervivencia digna de ambos seres humanos madre e hijo.

Mientras que la conceptualización general de la salud se concreta en la práctica de la salud pública y se acota con el derecho a la protección a la salud, no sucede lo mismo con los derechos humanos, porque en el ser humano no se gradúa su esencia de humanidad. Al mismo tiempo, en virtud de que el ser humano vive en sociedad, tiene que ejercer sus derechos humanos en el marco de los derechos sociales. A partir de esta plataforma se puede “medir” el alcance, grosso modo, de la implementación de los derechos humanos y en salud. Esto significa, por un lado, la existencia de una concepción racional y de vanguardia sobre los derechos humanos en el plano mundial, se reconoce también la correspondencia entre problemáticas de derechos humanos en salud con la implementación de estructuras administrativas, marco legal y acciones programáticas respecto de las demandas sociales, pero dada la integralidad que implican los derechos humanos también deja ver múltiples vacíos —dado que no existen o no son suficientes— los mecanismos de control o vigilancia para su cumplimiento. De tal forma que los derechos humanos se ejercen a diferentes grados, en contraposición con su inherente integralidad.

Aunque el eje es el ser humano con derechos inherentes y sujeto de derechos sociales, se identifica que su ejercicio está supeditado a una infraestructura en la que predominan los criterios asistenciales de pobreza, vulnerabilidad e inclusión, a los que se le agrega el de victimización. De modo que la perspectiva de los derechos humanos en salud representa un desafío para el diseño de políticas de acceso a la salud, pues el componente de integralidad exige además el cumplimiento de los derechos sociales como respuesta a la demanda de una sociedad plural y participativa en un contexto democrático.

CAPÍTULO IV. MODELO DE GERENCIA PÚBLICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD (2001-2006)

En el período gubernamental 2001-2006 irrumpen abiertamente en el diseño de políticas institucionales de acceso a la salud conceptos, herramientas administrativas y metodologías cuantitativas propias de la gerencia privada. Por lo que es necesario conocer este modelo gerencial en los servicios de salud institucionales a partir de la identificación del esquema conceptual del neoliberalismo, la redefinición del Estado, el marco gerencial y ejemplos de su aplicación en unidades de salud.

4.1 Marco Conceptual del Neoliberalismo

De acuerdo a la perspectiva neoliberal la cuantiosa deuda externa de los países subdesarrollados se debe a la creciente intervención del estado en la economía nacional y en todas las actividades del sector público, sumado a las limitaciones impuestas por las enormes burocracias edificadas para su mantenimiento. En esta posición, el Estado intervencionista no tiene la capacidad para pagar su deuda ni para enfrentar las exigencias de la economía globalizada. Bertha Lerner, menciona que el neoliberalismo como estrategia económica “parte del supuesto de que las sociedades se desarrollarán a partir de un nuevo intercambio de mercancías, servicios y hombres; que se regirá bajo las leyes de la oferta y la demanda, en el marco de una competencia internacional y no de un mercado regulado.”²⁰⁸

Por su lado, Rocio Citlalli²⁰⁹ señala que el neoliberalismo supone al mercado externo como impulsor del desarrollo económico y el bienestar social. Lo que requiere la apertura de los sectores fundamentales y áreas estratégicas a los inversionistas privados con miras a la modernización integral de la administración

²⁰⁸ Lerner, Sigal Bertha, “*Globalización, neoliberalismo y política social*”, p.13, en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés, México, 1998.

²⁰⁹ Hernández, Oliva Rocio Citlalli. *Globalización y privatización: el sector público en México, 1982, 1999*, INAP, 2000, pp.146-160.

pública, a efecto de configurar un sector paraestatal más eficaz y eficiente que asegure la participación del sector privado en la producción de bienes y servicios. De esta forma, —continúa la autora— el neoliberalismo se proclama como un modelo abierto, desestatizado y centrado en las exportaciones manufactureras, como condición fundamental para mejorar la competitividad y lograr la incorporación al proyecto globalizador de manera “eficiente”.

Como estrategia económica de globalización orientada al mercado se acompaña de la apertura comercial, la privatización y liquidación de empresas estatales, la mayor flexibilidad en los salarios y en la organización del trabajo, incluyendo mayores estímulos a la inversión extranjera.

En este proceso, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) se desempeñan desde finales de la década de los setenta como los representantes de los intereses del capital financiero de las potencias occidentales y por tanto promotores de políticas monetaristas, estabilización de impuestos y programas de ajuste macroeconómico. Centrados en la austeridad y el repliegue estatal para eliminar el déficit del sector público, abatir la inflación y generar un superávit en la cuenta corriente de la balanza de pagos.

Mientras que el FMI recomienda a los países llevar a cabo “una reforma orientada al mercado” mediante sistemas de gestión y control macroeconómicos tales como la reducción del sector público, la privatización de la mayoría de las empresas públicas, reformas institucionales y jurídicas para asegurar la mayor participación al sector privado y la apertura comercial. Por su cuenta, el BM orienta sus créditos hacia cambios estructurales y privatización; en la siderurgia, la petroquímica, el sector bancario, puertos, caminos y ferrocarriles, los sectores agrícola y de salud, telecomunicaciones, transporte y energía, que constituyen los sectores de interés para el capital transnacional. Para acentuar la imposición del neoliberalismo, el Consenso de Washington, —concluye la autora—, dicta que las políticas económicas de los países fuertemente endeudados (subdesarrollados) deben orientarse hacia la disminución del Estado, la disciplina fiscal y la liberalización de la economía, en fin, aplicar la regla de oro “menos Estado y más mercado.”

4.1.1 Estado Neoliberal

La presión e imposición del capital financiero internacional en el proceso de globalización obliga al Estado en primer lugar a **redimensionarse** mediante la reducción de su tamaño, para lograr un nuevo balance entre los sectores público y privado a favor de éste último y reduciendo sus funciones “para dar cabida a las funciones y operaciones del capital privado, tanto nacional como internacional”²¹⁰ mediante un sistema de adelgazamiento y desmantelamiento del Estado social, en detrimento de las políticas sociales y del gasto público.

Al respecto, Luis Gómez afirma que “desmantelar los instrumentos de intervención estatal directa en la economía, y muy particularmente las políticas de bienestar social, para iniciar –afirman— una vuelta de 180 grados hacia la preeminencia de los mecanismos del mercado, incluyendo la apertura de servicios privados para cubrir la demanda de políticas de bienestar, así como la supresión de toda subvención.”²¹¹ Tal desmantelamiento se efectúa a través de mecanismos de ajuste económico que se introducen en el país subdesarrollado como una exigencia para el otorgamiento de nuevos créditos que permitan cubrir los vencimientos de deuda pendientes: la **privatización** que Carlos Vilas,²¹² define como una operación mercantil dirigida a la obtención de ganancia económica y la **desregulación de la economía**, que se deduce como la supresión de funciones públicas y/o de organismos e instituciones encargados de elaborar, aplicar o controlar las regulaciones al sector privado así como la abrogación de normas que regulan la actividad económica y limitan los excesos del capital.

En segundo lugar, el Estado se **reinventa**. Su estructura público-administrativa se modifica para dar paso a una nueva administración pública que dispone las estructuras administrativas y gubernamentales de la nación a favor de otras supranacionales, promueve la cultura del mercado —los valores de la competencia, la eficiencia y la productividad—. Le adjudica al sector público la función de asegurar que sea el sector privado el que proporcione los bienes y servicios a la

²¹⁰ Hernández, Oliva, *op. cit.*, p. 160.

²¹¹ Gómez, Luis E., *op. cit.*, p.11.

²¹² Vilas, Carlos M., “*De ambulancias, bomberos y policías*”, pp. 115-117, en *Las políticas sociales en México en los años noventa*, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés, 1998.

población, de tal forma, que el Estado se convierte en garante de las condiciones necesarias del “sistema de libre mercado. Para cumplir con estos propósitos el Estado modifica el marco jurídico y regulatorio en materia económica, comercial, fiscal, laboral, social e industrial a favor de la inversión extranjera y el libre mercado.”²¹³

En tercer lugar y a manera de balance **redefine su función social** puesto que diseña políticas y programas de asistencia social selectivas que dirige fundamentalmente a sectores y grupos más pobres y vulnerables de la población mediante la descentralización de la Política Social. Bertha Lerner²¹⁴ menciona que dicha descentralización tiene por objetivos que las entidades federativas controlen la política social con la meta de lograr una mayor equidad y combatir la pobreza, eliminar el autocontrol de la burocracia central y reducir sus privilegios. Al mismo tiempo, el fomentar la participación de la comunidad en el suministro de servicios sociales, en la creación de microempresas y en la construcción de infraestructura.

Por su parte, Carlos Vilas²¹⁵ atribuye a la política social un carácter compensatorio a los efectos negativos del ajuste macroeconómico, relaciona el mejoramiento social con la actividad empresarial, permite la subsistencia de mecanismos mínimos compensatorios y finalmente la concibe como la transición hacia el crecimiento, la generación de empleos y el aumento de los ingresos. Desde la perspectiva de Levcovitz “La política social quedo subordinada a la política macroeconómica caracterizada por la inestabilidad económica y social, la flexibilización laboral, aumento del desempleo y del subempleo, el crecimiento de la economía informal, el estancamiento del crecimiento económico, el incremento poblacional y una gobernabilidad débil, lo que trajo aparejado una marcada profundización de las disparidades en la distribución de ingresos y el consiguiente crecimiento de la pobreza y de la desigualdades.”²¹⁶

²¹³ Citado en Hernández Oliva, *op. cit.*, p. 74.

²¹⁴ Lerner, Sigal, *op. cit.*, pp. 28-29.

²¹⁵ Vilas, Carlos, *op. cit.*, pp. 116-117.

²¹⁶ Citado en Linares, Pérez Nivaldo, Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002, Tesis para obtener el grado de Doctor en ciencias en salud colectiva, UAM, México, 2006, p. 48.

En relación a la función del sector público en América Latina a partir de los ochenta, Rocio Citlalli Hernández²¹⁷, indica que dicho sector reapuntala su función como administrador de la pobreza, debido a la exigencia neoliberal de cumplir con programas mínimos asistenciales y paliativos de la pobreza. Puesto que en una economía de mercado el sector privado participa en la prestación de los servicios sociales, públicos y de infraestructura —en el caso de la educación y la salud—, también el mercado dicta y rige su acceso en función de la solvencia económica individual.

La garantía para la aplicación de las políticas neoliberales incluye la ampliación de los aparatos policiales y de seguridad militar para reprimir movimientos de protesta emanados de la sociedad. En contraparte, se utiliza la participación de los usuarios de los programas sociales en el área operativa de los programas para reducir costos. Finalmente, a la luz de la intervención desmedida del Estado como “Guardián y garante de los intereses globales del gran capital financiero internacional”²¹⁸ la misma autora, le atribuye al Estado la función de “rescatista” y facilitador” de los mercados.

En el caso específico del sector salud, en la región latinoamericana, Nivaldo Linares²¹⁹ refiere los profundos cuestionamientos en la política de salud y en la organización y desempeño de los sistemas —que en opinión de Langer y Nigenda— “entre los principales problemas de tipo organizacional del modelo público se encuentran: a) la inequidad y la falta de acceso universal a los servicios públicos; b) insuficiencia de recursos y desabasto; c) ineficiencia técnica; d) falta de normas técnico-administrativas; e) baja productividad; f) distribución inadecuada de los recursos humanos y crecimiento desarticulado de las unidades; g) saturación de las capacidades de atención de los hospitales; h) infraestructura deficiente; i) falta de equipo y de mantenimiento; j) demanda insatisfecha; k) deficiente calidad de los servicios; l) exceso de médicos en zonas urbanas e insuficiencia en zonas rurales; y m) preparación profesional inadecuada.”²²⁰

²¹⁷ Hernández, Oliva, *op. cit.*, pp. 98 y 100.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 204.

²¹⁹ Linares, Pérez, Nivaldo, *op. cit.*, p. 54.

²²⁰ Citado en Linares, *op. cit.*, p. 54.

Como respuesta generalizada y ante las presiones del Banco Mundial, en la década de los noventa se construyen consensos en la reestructuración de los servicios de atención a la salud y en una reunión internacional en las Américas, se define a la reforma del sector salud como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.”²²¹ Sin embargo, dicha reforma, constituye por un lado; la opción macroeconómica para la estabilización y ajuste de la economía y el debilitamiento del papel del Estado en la prestación de los servicios de salud a la población, y en contraparte; su fortalecimiento como regulador en la construcción de mercados gerenciados con la reestructuración del mix público-privado.

4.2 Antecedentes del Neoliberalismo en México

Luis E. Gómez, expresa que en la década de los ochenta se muestra una progresiva transformación del estado del bienestar en un estado emergente. “Se trata del paso de un estado social hacia un estado mínimo, entendido éste como un estado en situación de guerra, donde la política de desestructuración del proletariado como clase pasa por la instalación de dispositivos que tienden a la flexibilización de los sistemas productivos, la reducción en el número y participación de la clase trabajadora tradicional.”²²²

La creciente deuda externa nacional y de las empresas privadas después de 1972 y la necesidad de acceder a programas de renegociación de la deuda y al otorgamiento de nuevos créditos, sumadas a las presiones de los acreedores internacionales y el acelerado proceso de globalización, obligan al gobierno de México a aceptar los programas de ajuste recomendados por el FMI y el BM y su

²²¹ Urbina, Manuel, coord., *op. cit.*, p. 683. Citado anteriormente en el apartado 2.1.3 Reformas Estructurales.

²²² Gómez, Luis, *op. cit.*, p. 12.

adhesión al consenso de Washington desde el régimen de Miguel de la Madrid (1982-1987) que continúa con los regímenes de Carlos Salinas de Gortari (1988-1993) y Ernesto Zedillo (1994-1999).

Ambos organismos internacionales promovieron en los inicios del neoliberalismo en México dos estrategias: primero con Miguel de la Madrid el “cambio estructural” con el propósito de racionalizar la participación estatal impulsando y estimulando al sector privado y después la Reforma del Estado con Salinas y Zedillo con el supuesto de preparar al país para enfrentar los embates e imposiciones de la globalización con el objetivo de transformar al Estado en “un estado menos propietario y más modesto.”²²³

En opinión de Omar Guerrero, “desde 1982, México, junto con otros países, inician un proceso de cambio que se caracteriza por el desmantelamiento del Estado de bienestar y de su “reforma” hacia una organización funcional a la economía del mercado. Ese cambio se plasma en los procesos de desregulación, liberalización, desburocratización y “redimensionamiento” del Estado, pero cuyo emblema es la privatización.”²²⁴

Para Hira de Gortari y Alicia Ziccardi “En México, la crisis de 1982 fue de tal magnitud que obligó a formular medidas de política económica tendientes a reestructurar, profunda y radicalmente la base económica. Particularmente desde mediados de los ochenta, el Estado mexicano optó por la adopción de un modelo neoliberal que implicaba una drástica disminución de su participación en la economía, la venta de empresas estatales consideradas no estratégicas ni prioritarias, la reforma fiscal, la reprivatización de la banca nacionalizada en 1982, la reducción del gasto público y la apertura comercial en particular la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, así como los firmados con Chile, Venezuela, Colombia y Bolivia).”²²⁵

²²³ Hernández Oliva, *op. cit.*, p. 162.

²²⁴ Guerrero, Orozco Omar, “*Los gerentes públicos pintados por sí mismos*”, en *Convergencia* No. 36, septiembre-diciembre 2004, UAEM, México, p. 226.

²²⁵ Gortari, de Hira y Alicia Ziccardi, “*Instituciones y clientelas de la política social: un esbozo histórico, 1867-1994*”, p. 220, en *Las políticas sociales en México en los años noventa*, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés, 1998, pp. 201-234.

En 1986 México se integra al Acuerdo General de Tarifas Aduanales y Comercio (GATT) y en 1993 firma el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con Estados Unidos y Canadá, a partir de entonces promueve abiertamente la inversión extranjera directa (IED) y abre la economía hacia el mercado externo mediante acciones que integran el aparato productivo a los procesos de globalización e integración económica: suscribe Cartas de Intención y Convenios con el FMI con el compromiso de pagar puntualmente la deuda externa. Desmantela al sector público mediante los siguientes mecanismos: a) la *privatización*, con la cual liquida las entidades estratégicas prioritarias y rentables del sector público y con la venta de empresas medianas productoras de bienes de capital que representaban encadenamientos productivos estratégicos en la siderurgia, los energéticos, el petróleo y la petroquímica,²²⁶ b) la *liberalización* del sistema financiero que facilita la inversión extranjera directa, c) la *desregulación*, que suprime las funciones públicas regulatorias de las actividades económicas, d) la *desincorporación* o depuración de las estructuras y entidades del sector público para reducirlo a una mínima expresión, y; e) los *recortes gubernamentales*, que deterioran y descapitalizan a empresas e instituciones del país.

Instituye el PRONASOL (Programa Nacional de Solidaridad) y el PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación) como programas de beneficencia y combate a la pobreza. Hace modificaciones importantes a la Constitución a fin de permitir la participación de la inversión y la propiedad privadas nacional y extranjera en áreas de exclusividad estatal. “De hecho, entre 1982 y 1999 más del 90% del marco legal de México fue modificado para apoyar el libre mercado y la globalización según un análisis del Centro de Estudios Económicos del Sector Privado (CEESP).²²⁷

Da paso a la nueva administración pública con la apertura y privatización de áreas estratégicas del sector público como las telecomunicaciones, aerolíneas, carreteras, puertos, ferrocarriles, yacimientos minerales, siderurgia, energéticos, la banca, el campo, la infraestructura y la seguridad nacional.

²²⁶ Citado en Hernández Oliva, *op. cit.*, p. 178.

²²⁷ *Ibíd.*, p. 128.

Paralelamente a las presiones de la ideología neoliberal en la nueva administración pública se gesta una nueva élite gubernamental (la tecnoburocracia) posicionada en puestos clave de la administración pública federal, identificada con la privatización y el mercado externo y preparada académicamente en universidades extranjeras para introducir políticas neoliberales e implementar el nuevo modelo gerencial en el sector público. Con el argumento de la impostergable modernización, eficacia y eficiencia en las entidades del sector público ésta tecnoburocracia aplica mecanismos de ingeniería financiera tales como la “quiebra”, la liquidación de trabajadores y la desintegración o segmentación de las grandes corporaciones públicas, a fin de abrir los sectores estratégicos y prioritarios a la inversión privada extranjera en primer lugar y a la nacional en segundo lugar.

4.3 Innovación Gubernamental

Puesto que México es participante del proceso de globalización, la burocracia político-dirigente considera imperativo que México cuente con un gobierno capaz de compararse en términos de calidad a nivel mundial, lo cual implica, la puesta en marcha de procesos, estructuras, propuestas y acciones diferentes a las tradicionales, su integración a los planes, prioridades y propósitos nacionales y su alineación a un marco legal que facilite el logro de resultados a corto, mediano y largo plazo.

Aunque desde 1982 se inició la construcción de las bases de la gerencia pública en el sector público es hasta el periodo gubernamental 2000-2006 del presidente Vicente Fox cuando la gerencia privada hace su plena aparición en la administración pública federal con el establecimiento del Modelo INTRAGOB, que se percibe como una filosofía de gestión de la administración pública y con el objetivo fundamental de transformarla en un gobierno de clase mundial, de confiabilidad, transparencia, innovación y en general como una cultura de calidad en los procesos, productos y servicios.

Modelo INTRAGOB Gobierno de Clase Mundial.				
	Principios de Calidad en (dónde)	Valores de Calidad (con qué)	Criterios (para qué)	Agenda Presidencial de Buen Gobierno (cómo)
Política de Innovación y Calidad Gubernamental (qué)	<ul style="list-style-type: none"> ·Calidad en el servicio. ·Calidad de vida en el trabajo. ·Comunicación organizacional. ·Uso eficiente de recursos. ·Respeto al entorno. ·Integridad, transparencia y honestidad. ·Mediciones 	<ul style="list-style-type: none"> ·Liderazgo participativo ·Vocación de servicio ·Trabajo en equipo ·Orden y disciplina ·Reconocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ·Satisfacción del cliente y ciudadano. ·Desarrollo personal y capital intelectual. ·Administración de la información y de la tecnología. ·Impacto en la sociedad. ·Resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> ·Gobierno que cueste menos. ·Gobierno de calidad. ·Gobierno profesional. ·Gobierno digital. ·Gobierno con mejora regulatoria. ·Gobierno honesto y transparente.

Cuadro elaborado por la autora.

4.3.1 Política de Innovación y Calidad Gubernamental

Esta política constituye el *qué hacer* del Modelo Intragob, es también una reingeniería institucional que con la aplicación del “Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental” pretende dar valor agregado a lo que hace el gobierno y transformarlo en un aparato competitivo, innovador y eficaz que alcance los resultados planeados, reformar su orientación y capacidad de respuesta a las necesidades de la ciudadanía, crear una cultura de calidad y recuperar la confianza ciudadana.

4.3.2 Principios de Calidad

Dicho Modelo se sustenta en principios que determinan las áreas *donde* deben recaer las acciones de calidad. El primero, se refiere a la calidad en el servicio entendido como la optimización de los productos y servicios al menor costo. El segundo, a la calidad de vida en el trabajo bajo la consideración de que el servicio y los productos pueden obtener calidad, siempre y cuando se produzcan en un entorno de calidad de vida de los trabajadores o empleados en su centro de trabajo en medio de un clima laboral de respeto, orden y disciplina. En complemento con el anterior, el tercer principio se refiere a la comunicación organizacional ya que a

través de la comunicación interna y externa se difunden los planes, programas, proyectos, así como sus avances y resultados de manera abierta lo que genera el involucramiento de todo el personal que forma parte de la organización en los propósitos de la misma. El cuarto principio, se refiere al uso eficiente de recursos con la utilización de una administración racional responsable, efectiva, eficiente, íntegra y transparente de los recursos financieros, materiales y de capital humano. El quinto principio de respeto al entorno, se refiere a la conservación y mejoramiento del medio ambiente y al impulso del entorno cultural para fortalecer el desarrollo sustentable. El sexto, se refiere al área de integralidad, transparencia y honestidad que recae en la dignificación de la gestión pública y sus servidores como elemento fundamental de la democracia y el acceso a la información gubernamental de carácter público sobre el uso de los recursos y resultados de decisiones y acciones.

El dominio de estos principios de calidad es efectivo siempre y cuando sea susceptible del principio de mediciones para evaluar los avances de este Modelo INTRAGOB. Se utilizan indicadores de desempeño que muestran el comportamiento de los procesos; indicadores de efectividad para medir el funcionamiento de los sistemas de acuerdo con su diseño y los resultados esperados e; indicadores de eficiencia para medir el aprovechamiento de los recursos utilizados. Estos tres tipos de indicadores sirven de base para la aplicación del último principio de mejora continua.

4.3.3 Valores de Calidad

Estos valores especifican los *con qué* lograr la aplicación de los principios y se refieren al liderazgo participativo como compromiso de titulares de las dependencias y entidades de la administración pública federal en el impulso y facilitación del desarrollo de una cultura de calidad y con vocación de servicio sumado al trabajo en equipo entendido como una estructura organizacional que facilita la colaboración de todo el personal en las actividades diarias con el objeto de lograr el cumplimiento tanto de las políticas, reglamentos, procedimientos y metas institucionales como del logro de resultados con estándares competitivos a cambio de estímulos y motivación a su desarrollo personal y potencial profesional.

4.3.4 Criterios

Los criterios responden a los *para qué* de la calidad tanto en el servicio y el producto como en la política: en la primera es para colocar al cliente y ciudadano en el centro del diseño de los procesos y obtener su satisfacción generado al mismo tiempo las capacidades competitivas de los servidores públicos mediante el desarrollo personal y de capital humano. Y en la segunda, para elevar los niveles de eficacia y eficiencia de la administración pública y en el proceso de gobierno. Con el diseño de la planeación, la administración de la información y de la tecnología, la gestión y la mejora de procesos orientados hacia resultados y su impacto en la sociedad.

4.3.5 Agenda Presidencial de Buen Gobierno

En esta agenda considerada como un documento Vicente Fox asume el compromiso de la administración pública federal por superar las deficiencias y desafíos que enfrenta su gobierno. Describe la problemática, los objetivos planteados y las líneas estratégicas que deberán aplicar las dependencias y entidades que integran la APF para que logren una organización política y administrativa que haga uso racional y oportuno de sus recursos humanos y financieros. Concebida como proyecto de nación, en esta agenda Vicente Fox asume el compromiso de construir un gobierno a la vanguardia en las áreas de conocimiento con calidad, desarrollo humano y social, orden y respeto, en síntesis, un gobierno de clase mundial innovador y de calidad total. Desarrollada como un modelo a aplicar contiene seis líneas de acción para optimizar la gestión gubernamental:

1. Gobierno que cueste menos. Consiste en reducir el gasto que no agrega valor para ofrecer mayores beneficios a la sociedad; es decir, que haga más con menos y que proporcione mejores servicios con menos recursos mediante la incorporación de metas y prioridades en el presupuesto de egresos federales, la determinación de las mejores prácticas nacionales e internacionales, los estándares del gasto corriente y la definición de acciones e identificando duplicidades funcionales en unidades centrales y órganos desconcentrados. Como parte de esta línea de acción en la Secretaría de Salud se ha instrumentado la certificación en la

Norma ISO 9001:2000²²⁸ en unidades administrativas para evitar la duplicación de actividades en sus procesos y avanzar con ello en la iniciativa de un gobierno que cueste menos. A octubre de 2004 el Consejo de Salubridad General certificó a 546 unidades de atención médica en el país.²²⁹

2. Gobierno de calidad. En vista de que el enfoque de la calidad representa el rediseño de la Secretaría y por consiguiente el rompimiento de las estructuras habituales —excesivas cadenas de mando, complejas estructuras escalafonarias, etcétera—, orienta sus procesos directamente hacia el cliente. El gobierno de calidad tiene la finalidad de garantizar un gobierno de calidad total en los servicios que ofrece y que satisfaga o supere las expectativas de clientes y ciudadanos. En la Secretaría de Salud esta línea de acción es atribución de la Subsecretaría de Innovación y Calidad²³⁰ la cual instrumenta la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con el fin de mejorar el trato digno y la atención médica que reciben los usuarios y a brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. Desarrolla procesos, mecanismos y modelos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia orientados a la rendición de cuentas a los ciudadanos y a colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, y consolida el arbitraje médico como responsabilidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que desde 1996 tiene como objetivos fundamentales fomentar una cultura para la salud y garantizar el derecho a la protección a la salud.

Crea el programa del Aval Ciudadano,²³¹ que en el marco de la democratización de los servicios de salud brinda el espacio en cada una de las entidades federativas para la participación activa de la ciudadanía en el monitoreo de los indicadores de trato digno así como en los procesos de gestión y mejora de la calidad.

²²⁸ “La Organización Internacional de Estándares (ISO) aporta un sistema de ésta índole teniendo como origen la búsqueda de criterios comunes para el establecimiento y negociación de especificaciones de calidad entre clientes y proveedores en las normas referentes a los sistemas de aseguramiento de calidad, a través de las cuales se aseguran las exigencias del cliente”.

²²⁹ Gaceta de comunicación social interna de la Secretaría de Salud, No. 27, octubre, 2004, p.11.

²³⁰ Estructura de la Subsecretaría de Innovación y Calidad a febrero de 2004, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General de Información en Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Epidemiología, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

²³¹ <http://www.avalciudadano.gob.mx>

Introduce la telemedicina que como tecnología de la información representa una revolución en la atención de la salud, como dice Julio Frenk permite hacer una medicina más cercana, pues gracias a la Red Nacional de telemedicina es posible la conexión del centro de salud más pequeño en la comunidad más remota con los institutos Nacionales de Salud que se localizan en la Ciudad de México, los servicios de teleeducación y teleadministración posibilitan los cursos vía internet y el apoyo a diversos trámites como el abasto de medicamentos y la referencia de pacientes respectivamente, así también el Portal e-Salud proporciona educación para la salud e información sobre las instituciones especializadas de salud.

Diseña el Sistema Nacional de Monitoreo de Indicadores (INDICA) que gracias a su introducción es posible medir localmente los resultados de la prestación de los servicios para tomar decisiones a partir de datos objetivos y con ello implementar acciones de mejora utilizando las herramientas que promueve la cruzada nacional por la calidad, de esta manera, en materia de trato digno los resultados obtenidos son validados por organizaciones sociales independientes a través del aval ciudadano.

Instrumenta el programa Calidatel por medio del cual se reciben y da seguimiento a las opiniones de los usuarios lo que permite a los directivos de las unidades médicas mejorar sus procesos de atención en beneficio de los usuarios de los servicios de salud.

Se instituye el Modelo Nacional para la Calidad Total, con el objetivo de impulsar la competitividad de las organizaciones mexicanas y proyectarlas a ser de clase mundial, actúa como guía que define a cualquier organización como un sistema y como herramienta para realizar el diagnóstico de una organización o para evaluar su grado de madurez, lo que permite apreciar sus fortalezas y áreas de oportunidad al correlacionar tres dimensiones interdependientes: enfoque, implantación y resultados. Y como sistema de dirección permite provocar la evolución de la organización para lograr niveles de competitividad de clase mundial y para asegurar su permanencia y crecimiento sostenido.

Se instrumenta el Modelo de Gestión de Calidad, con el cual la Secretaría de Salud promueve las mejores prácticas en la prestación de servicios en el sector salud, para ello, instituye el Premio Nacional de Calidad como mecanismo para incentivar el desarrollo y madurez del modelo de gestión en las actividades sustantivas de la dependencia.

3. Gobierno Profesional. Tiene la finalidad de desarrollar un gobierno profesional capaz de atraer, motivar y retener al personal idóneo, así como capacitarlo y evaluarlo permanentemente para que el servicio público atienda de manera oportuna y eficaz a la ciudadanía. En la Secretaría de Salud, se registran las estructuras orgánicas de mandos medios y superiores en coordinación con la Secretaría de la Función Pública del Servicio Profesional de Carrera y se aplica la metodología de descripción, perfil y evaluación del puesto en la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Ha participado también en la conformación de un catálogo de competencias gerenciales y transversales y se han aplicado dos encuestas de clima laboral a fin de identificar áreas de fortaleza y de oportunidad relativas a la identificación con la institución y la disposición hacia el trabajo. La Dirección General de Recursos Humanos implementó la Ley del Servicio Profesional de Carrera y en el área de capacitación se imparten cursos a distancia por medios electrónicos.

Se capacitó a servidores públicos en los temas de servicio profesional de carrera, programas prioritarios de la secretaría de salud, calidad, habilidades gerenciales, desarrollo humano, inducción institucional y del área técnica-médica, se establecieron mejores sistemas de control, con base en el “Acuerdo por el que se establecen los lineamientos relativos al funcionamiento, organización y requerimientos de operación del sistema integral de administración financiera federal y sobre la aplicación de sanciones por conductas irregulares y calidad y transparencia a la gestión pública.

4. Gobierno digital. Con la aplicación de la digitalización la secretaría aprovecha al máximo las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, ya que al mismo tiempo transparenta la función pública y posibilita el acceso a servicios desde la utilización de sistemas de información y de administración de

relaciones con ciudadanos, potenciando de esta forma los procesos de atención ciudadana. El Portal de la Secretaría de Salud contribuye al cumplimiento de la Ley Federal de Transparencia y constituye un medio para que la ciudadanía ejerza su derecho a la información.

5. Gobierno desregulado. Tiene como meta un gobierno con mejora regulatoria que elimine el exceso de trámites y garantice a clientes, ciudadanos y servidores públicos la posibilidad de efectuar trámites con facilidad, seguridad y rapidez. En la secretaría se creó la normateca de la dependencia, se aseguró la simplificación del marco normativo interno y de atención al ciudadano a cargo de la Comisión de Mejora Regulatoria (COMERI) y se establecieron grupos de trabajo permanentes para analizar la normatividad relativa a tecnologías de la información, recursos materiales, financieros y humanos, entre otros. Se incorporaron prácticas que favorecen la simplificación regulatoria por medio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y se integró el inventario de requerimientos de información institucional.

6. Gobierno honesto y transparente.²³² Que propicia la recuperación de la confianza ciudadana en su gobierno mejorando tanto los macroprocesos del ejercicio presupuestal y de adquisiciones, como los procesos y simplificación de actividades en unidades administrativas.

Acorde con la estrategia de fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, estipulado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la aplicación de este modelo INTRAGOB tiende a fortalecer el alcance de las funciones de rectoría del Estado en la conducción de la política de salud —estatal, sectorial, intersectorial, territorial y de cooperación—; al mejoramiento de su capacidad regulatoria —en bienes y servicios, insumos, salud ambiental y control de la publicidad—, y; en materia de información —recopilación, normatividad, análisis y evaluación del desempeño—. ²³³

²³² <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpop/ABG/honesto.htm>

²³³ Estrategia 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001 2006, p. 128.

4.4 Marco Gerencial Aplicado a la administración pública y al Campo de la Salud

José Juan Sánchez, infiere que “el vocablo gerencia deriva de la voz latina *genere*, que significa dirigir, mandar, debido a que constituye la capacidad de ordenar.”²³⁴ Menciona también que “La gerencia es una noción que proviene del sector privado y que alude a su específica manera de obtener resultados para el mercado.”²³⁵ En concordancia, —para Peter Aucoin— “el gerencialismo es un campo de discurso destinado a ser aplicado en organizaciones del sector privado.”²³⁶ Por su lado, Peter Drucker hace referencia a tres tareas de la gerencia: “la dirección del negocio, la dirección de los gerentes y la dirección del trabajador, se pueden analizar, estudiar y valorar separadamente, sin embargo, cualquier decisión de la gerencia afecta a sus tres tareas y deben tomarse en cuenta las tres funciones.”²³⁷ Siendo la función de la “Dirección” uno de los elementos del proceso administrativo, el gerente es el recurso humano a quién se le adjudica la responsabilidad de administrar y dirigir la empresa.

La aparición de la gerencia en la administración pública —continúa José Juan Sánchez— se efectúa bajo el reconocimiento de que existen “fallas” del Estado y que la administración pública también enfrenta el problema entre agente y principal, toma fuerza, así, el paradigma de la eficiencia o del consumidor y “la necesidad de restablecer la primacía de los principios gerenciales sobre la burocracia”²³⁸ así mismo “busca alejar a los gerentes de la intromisión de los políticos.”²³⁹

La incorporación del marco gerencial en el sector público representa cambios drásticos. El primero de ellos, lo constituye el redimensionamiento de la administración pública: la “dirección gerencial” se aplica como dirección operativa en las dependencias gubernamentales. El segundo cambio, es la referencia que hace la gerencia pública —indica Blanca Olías— “al conjunto de actividades conducentes a obtener bienes o productos públicos que engloban tanto las

²³⁴ Sánchez, González José Juan, *Gestión pública y governance*, IAPEM, Edo. de México, p. 43

²³⁵ *Idem.*

²³⁶ Citado en Sánchez, González, *op. cit.*, p. 99.

²³⁷ Sánchez González, *op. cit.*, p. 43.

²³⁸ *Ibid.* p. 92.

²³⁹ *Idem.*

desarrolladas por la dirección como por los distintos niveles administrativos.”²⁴⁰ Lo cual conlleva a la implementación de técnicas y métodos, “con el fin de hacer más eficientes y eficaces las organizaciones públicas.”²⁴¹ El tercer cambio, es la separación de la política y la gestión administrativa, ya que el gerencialismo implica, que el gobierno utilice mecanismos de mercado para ofrecer servicios públicos y así conseguir el cumplimiento de las metas públicas y evitar las decisiones públicas en los programas gubernamentales, bajo la idea central de “dejar que los gerentes públicos gestionen.”²⁴² El cuarto cambio, se orienta más que al control sobre los procesos “lo que se hace”, hacia el “cómo se hace y qué se obtiene”. Y el quinto cambio, centra su atención en el ciudadano y por tanto impulsa nuevos mecanismos de participación social.

Así, la gerencia actúa como un sistema que articula todos los procesos de una organización y los gerentes actúan con visión sistémica para asegurar la coherencia e integración de la actividad empresarial dirigida hacia el logro de las metas.

4.4.1 El Enfoque al Cliente

La introducción de la perspectiva empresarial/gerencial proporciona conceptos y categorías de análisis novedosos en el campo de los servicios de salud. Tal es el caso de “usuario” y “paciente” que como sujetos de las acciones de salud pasan a segundo término y en su lugar, aparece el de “cliente” entendido como la entidad — persona, departamento u organización— que recibe el producto de un trabajo determinado. El cliente se clasifica en interno y externo. El primero, es el que recibe el resultado del trabajo de un proveedor que pertenece a la misma organización, por ejemplo en el área de la atención, el equipo médico —médico, enfermera, trabajadora social, promotor de la salud—, y en el área administrativa, los insumos de trabajo que proporciona el personal directivo al técnico o analista, de tal forma que el personal directivo actúa a su vez como proveedor interno.

²⁴⁰ Citado en *op. cit.*, p. 44.

²⁴¹ *Op. cit.*, p. 44.

²⁴² *Ibid.* p.142.

El cliente externo, por el contrario, es la persona que no pertenece a la organización que realiza el producto. No obstante, es su foco de atención en la medida que es el destinatario final del producto que realiza internamente dicha organización. Este cliente externo actúa al mismo tiempo como proveedor externo en el momento en que proporciona insumos a la organización con el fin de que ésta realice el producto solicitado con los requerimientos específicos. De tal forma, que todas las personas involucradas en el proceso de producción del producto, se desempeñan al mismo tiempo como clientes, procesadores y proveedores. En el ámbito aplicativo de la secretaría de salud los clientes son los pacientes y los usuarios o consumidores de servicios preventivos. En el ámbito normativo, las subsecretarías y direcciones generales de la misma secretaría, jefaturas estatales y todas las instituciones u organismos con los que mantiene concertación y coordinación.

En oposición al enfoque centrado en el producto, el enfoque al cliente toma en cuenta la opinión de los usuarios y consumidores para desarrollar sistemas organizacionales que diseñen, produzcan y ofrezcan bienes o servicios que satisfagan las expectativas de quienes los reciben. Para ello, se aplican instrumentos que identifican tanto los aspectos satisfactorios del producto para conservarlos como los no satisfactorios para trabajar en su mejoramiento. Los instrumentos de uso más frecuente son las encuestas (personales o telefónicas), entrevistas individuales, grupos focales y buzones para comentarios del público.

Todos ellos son complementarios y pueden ser aplicados por el personal de la organización siempre y cuando estén previamente capacitados y el proceso de evaluación haya sido cuidadosamente planeado. La importancia de conocer la opinión, las necesidades y las exigencias de los pacientes y los terceros pagadores (administradoras de seguros), radica en que los directivos de las organizaciones de salud los utilizan para elaborar planes que efectivamente orienten la realización de sus actividades y permita su avance en función de los cambios que afectan la provisión de los servicios de salud.

Si bien la gerencia se centra en el “cliente”, la gerencia pública se coloca en los servicios de salud y considera a las personas desde los diferentes papeles que desempeña en el sistema de salud y en la forma de establecer contacto con dicho sistema.

En primer lugar, destaca el papel de **pacientes**. Generalmente las personas establecen contacto directo con un sistema de salud como pacientes y son atendidos por los proveedores de los servicios de salud, esta interacción se desarrolla en el segmento de los servicios personales de salud.

En segundo lugar, las personas actúan como **consumidoras**. “Más a menudo, su contacto es como consumidores de medicamentos sin receta”, —en el caso de la automedicación—. Las personas “se comportan en formas tales que influyen en su salud, incluidas sus opciones para recurrir a los servicios de atención sanitaria y utilizarlos. El consumidor puede ser el paciente mismo, o alguien que actúa en su nombre, por ejemplo su madre, o simplemente una persona que toma decisiones sobre el régimen alimentario, el modo de vida y otros factores que determinan la salud.”²⁴³

En tercer lugar, como **clientes**. Lo cual extiende el ámbito de los derechos de los pacientes, pues además de recibir la atención solicitada, tienen derecho a que su opinión sea tomada en cuenta en las decisiones con respecto a su enfermedad, a evaluar la disponibilidad y la calidad del servicio que recibe, y finalmente a ejercer la libertad de elegir entre diferentes proveedores. Esta reorientación hacia el cliente le otorga a la persona doble poder; por un lado, por su posición como cliente en el mercado gracias a su capacidad financiera, y por otro, porque conserva su status de usuario de servicios de salud públicos. Convertir a los ciudadanos en clientes significa también dotarlos de relevancia y de poderes sobre los servicios que recibe (empowerment).²⁴⁴ Puesto que sus derechos en salud se extienden desde la información hasta la consulta, queja o reclamo, e inclusive hasta la apelación o compensación.

²⁴³ Informe sobre Salud en el Mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud, OMS, Ginebra, Suiza, 2000, p. 56.

²⁴⁴ Sánchez González, *op. cit.*, p. 64.

En cuarto lugar, las personas se desempeñan como **beneficiarias**. Todas aquellas que no solicitan atención médica, se benefician de los servicios no personales de salud proporcionados en el segmento de la salud pública. Es el caso de los servicios preventivos destinados a la población en general —protección contra riesgos sanitarios, campañas de vacunación, jornadas de salud, etcétera—.

En quinto lugar, el reconocimiento de que las personas son **contribuyentes**. Ya que participan en el financiamiento del sistema de salud por la vía del pago de impuestos, contribuciones a la seguridad social y por primas de seguros de salud. De tal forma, que antes de enfermar, las personas ya han pagado por su atención. E inclusive cuando éstas recurren a la automedicación también pagan impuesto y el proveedor del servicio de salud también cobra el impuesto correspondiente a la factura cuando es requerida.

En sexto lugar, como **terceros pagadores**. Éstos son las nuevas administradoras de servicios de salud, las aseguradoras y los bancos que pagan el servicio médico a terceros. Es importante considerar su participación en el sistema de salud, pues representan la tendencia de la organización de los servicios y porque su posición de libre competencia les permite la adopción de parámetros de calidad y su cumplimiento, que por otro lado, beneficia a sus asegurados.

Por último, en su carácter de **ciudadanos**. Lo cual sucede cuando las personas ejercen su derecho pleno y efectivo a la protección de su salud. Vale decir, que este derecho también conlleva implícitas obligaciones y responsabilidades en el cuidado de la salud individual y colectiva. Implica también la participación ciudadana en instancias y mecanismos de toma de decisiones, así, el papel de ciudadano posibilita en cierto grado su desempeño como rector del sistema de salud, —por ejemplo el programa de aval ciudadano de la secretaría de salud—.

Este reconocimiento de los diferentes papeles que juega el individuo en el sistema de salud cambia el balance de poder entre los consumidores y los proveedores como resultado de un cambio de énfasis desde la producción de los servicios: de una gestión pública centrada en la oferta, hacia una gestión que aspira a satisfacer las demandas de los ciudadanos. Según el Informe sobre Salud en el Mundo 2000, “las personas actúan como proveedores, consumidores,

contribuyentes y rectores del sistema de salud durante su vida laboral adulta”²⁴⁵ y que varios de estos papeles mencionados pueden combinarse en la misma persona. Se afirma también que las personas tienen que desempeñar todos estos papeles para que los beneficios potenciales alcancen exactamente a los pacientes y a las poblaciones y para que el sistema de salud funcione bien.

Esta reconceptualización de actores en el proceso gerencial de servicios de salud permite identificar el grado de acceso efectivo a la protección de la salud de las personas. En el mismo Informe se destaca la importancia de respetarlas como seres humanos a través del indicador del trato digno que comprende: respeto a su dignidad sin humillaciones ni degradaciones; carácter confidencial, que se refiere al derecho de la persona de decidir quién puede acceder a la información sobre su estado de salud, y; a la autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud, también subraya la importancia del ser humano como beneficiario del servicio de salud y no solamente como paciente.

Es posible medir este indicador de trato digno con la utilización de las siguientes variables: a) atención pronta; que se refiere a la atención inmediata en casos de urgencia y espera razonable en consulta normal, b) comodidades de calidad adecuada, como limpieza, espacio y servicio de comidas en el hospital, c) acceso a redes de apoyo social —familiares y amigos de los pacientes—, y; d) selección del proveedor o libertad para decidir y elegir al prestador del servicio de salud.

De esta forma, la capacidad de respuesta del sistema se analiza desde dos categorías: el respeto a los seres humanos como personas, que se traduce en gran medida en elementos subjetivos y juzgados principalmente por el paciente. Y desde la respuesta a pacientes y familiares en calidad de clientes del sistema de salud, con elementos más objetivos relacionados con la forma en que el sistema resuelve sus inquietudes. Un ejemplo de la aplicación de este indicador es la “Percepción de Trato Digno e Integración de Aval Ciudadano de Primer Nivel”, en los Servicios de Salud de Yucatán.²⁴⁶

²⁴⁵ Informe sobre, *op. cit.*, pp. 57-58.

²⁴⁶ Chi Herrera, Guadalupe y Luis Arjona Tamay, “Percepción de trato digno e integración del aval ciudadano de primer nivel”, Servicios de Salud de Yucatán, ponencia presentada en el 3° Foro nacional de innovación por la calidad en salud, marzo, 2005.

Antes de aplicar este indicador, los resultados del monitoreo de trato digno en el sistema INDICA²⁴⁷ no eran confiables debido a que no eran susceptibles de verificación y mejora a causa de la dispersión geográfica de las unidades, la falta de personal disponible que pudiera desplazarse con la frecuencia necesaria y la dificultad en la comunicación con población de lengua maya.

Por lo que establece como objetivo: La mejora del trato digno en las Unidades de Primer Nivel de los SSY (Servicios de Salud de Yucatán) con la medición objetiva y confiable de la percepción del usuario sobre trato digno mediante la gestión del aval ciudadano. La metodología aplicada consiste en diseñar la estrategia que comprenda la creación de enlaces de calidad jurisdiccionales, instalación de avales ciudadanos representantes de la comunidad en cada unidad médica, establecimiento de directrices para trabajar organizadamente, realización de monitoreo ininterrumpido en los diferentes turnos de trabajo, y finalmente el seguimiento y resolución a las sugerencias de mejora. Los resultados obtenidos revelan la amplitud de cobertura del aval ciudadano en el 100% de las unidades de salud, mayor confiabilidad de los resultados obtenidos en el monitoreo de trato digno, mejor comprensión de la información, y en forma coordinada —unidad de salud con el aval ciudadano—, la adopción de las sugerencias de mejora.

4.4.2 Producto, Servicio

Otro concepto de la gerencia privada aplicado en el área de la salud institucional es “producto” como el resultado de un proceso realizado para satisfacer las necesidades de los clientes. Puede ser un bien, información o un servicio que posee las siguientes características: a) tecnológicas; referidas a las cualidades del producto —tamaño, forma, color, peso, consumo de energía, durabilidad, etcétera—, y b) específicas de la atención; que tienen que ver directamente con la interrelación que se establece entre el cliente y el procesador —oportunidad, cortesía y apego a normas y procedimientos—.

²⁴⁷ Sistema Nacional de Indicadores de Salud. Herramienta de medición que facilita a través de la información, detectar áreas de oportunidad y mejora, mediante una correcta y oportuna toma de decisiones.

www.ssa-sin.gob.mx/calidadred/indica

Asimismo, el concepto “servicio” que es “cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra, esencialmente intangible, y que no tiene como resultado la propiedad de algo.”²⁴⁸ En tanto que “servicios a” se refiere a “todas aquellas actividades identificables, intangibles y que son el objeto principal de una operación que se concibe para proporcionar la satisfacción de necesidades de los consumidores.”²⁴⁹ La atención a la salud como servicio pretende el beneficio de los usuarios al procurar que estos preserven o recuperen su estado de salud. Dicho servicio como un bien o un producto intangible adquiere alta percepción por parte del cliente y se presenta como un proceso que atiende y escucha las necesidades del cliente/usuario. Consiste en una serie de actividades cuya finalidad es preservar, mejorar o corregir condiciones inherentes a los individuos, para promover su bienestar y óptimo funcionamiento biológico, psicológico y social. Comparte con otros servicios de salud las siguientes características:

Intangibilidad. Los servicios son experiencias, aunque es posible palpar objetos como un estetoscopio, una cama de hospital o el asiento de una sala de espera nadie puede “tocar” una consulta médica ni el hecho de practicar una cirugía. La producción y el consumo de los servicios son inseparables. A diferencia de los bienes que son producidos antes de que sean utilizados o consumidos por las personas que los adquieren, los servicios se producen en el mismo instante en que son ofrecidos a quienes los reciben. Una consecuencia obvia de esto es que los defectos en los bienes pueden ser detectados antes de que sean entregados a los consumidores. En cambio, los errores en la prestación de los servicios se detectan demasiado tarde cuando éstos ya fueron recibidos por los usuarios.

Heterogeneidad. Los servicios son heterogéneos, en especial aquellos en los que intervienen muchas personas. Esto significa que la prestación de un servicio puede variar de un proveedor a otro, de un usuario a otro y de un día a otro, aún cuando participe el mismo proveedor, el mismo usuario o ambos. De este modo, un mismo paciente puede ser atendido de manera distinta por diferentes médicos durante su estancia hospitalaria, e incluso puede recibir un trato desigual por parte del mismo médico si éste atraviesa por algún momento especial y no es capaz de abstraerse de ello.

²⁴⁸ Molina, Rodríguez Juan Francisco, *Marketing*, Programa de actualización en salud pública y epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. 2004, diapositivas.

²⁴⁹ *Ídem.*

La esencia del servicio en la atención médica es la relación entre el médico y el paciente, por lo que es fundamental la relación que se establece entre éstos. Tanto el médico como la enfermera necesitan profundizar en su contacto con el paciente con el fin de obtener información precisa que les permita formular un diagnóstico acertado. En los servicios de salud esta relación es más intensa por referirse a aspectos íntimos de la vida del paciente.

4.4.3 Proceso Gerencial en Salud

La Gerencia en salud “es un proceso dinámico y cambiante de conducción y organización de los recursos.”²⁵⁰ Requiere de un gerente con habilidades para percibir oportunamente situaciones y contingencias, con amplio conocimiento de la organización —recursos, procesos e insumos—, y con habilidades en las relaciones humanas, todo ello, para cumplir con la misión de la institución de salud. En virtud, de que generalmente el gerente de servicios de salud es un médico clínico, es apremiante su capacitación en administración y gerencia de servicios de salud, a fin de que obtenga las nuevas habilidades técnicas que le permitan a su vez, potenciar sus habilidades empíricas. El proceso gerencial se operacionaliza con la aplicación de los componentes que integran el modelo de las 4 “D”:

Diseño Organizacional. Kandwalla define el diseño organizacional como el orden más o menos permanente de las partes de un todo, es la red de órdenes y relaciones organizacionales duraderas y formalmente autorizadas.

Desarrollo Organizacional. Es un esfuerzo planificado de toda la organización y administrado desde la alta gerencia para aumentar la efectividad y bienestar de la organización por medio de intervenciones planificadas en los “procesos” de la entidad las cuales aplican los conocimientos de las ciencias del comportamiento. Estas intervenciones son el liderazgo entendido como la capacidad de influenciar y conducir hacia el logro de los objetivos de la institución, la motivación que brinda la posibilidad de satisfacción individual y estímulo al desempeño grupal para alcanzar las metas organizacionales, así como el trabajo en equipo, pues, la toma de decisiones en grupo se considera más legítima que las decisiones individuales.

²⁵⁰ Molina, Rodríguez Juan Francisco, *Administración y gerencia*, Programa de op. cit.

Desempeño Organizacional. “Es otro de los componentes que se utilizan dentro de los procesos gerenciales y que nos permiten contar con unidades de medida, que valoran el impacto de los servicios que ofrecen las unidades médicas” éstas son: la calidad de la atención médica como “el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos o bien la forma de buscar el mejor equilibrio entre la satisfacción del cliente interno, la institución y el cliente externo.” a) calidad técnica; que es la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente, b) calidad interpersonal; que alude a la relación humana que en el caso específico de los servicios de salud, se da en la relación médico-paciente, y; c) comodidades o medio ambiente; que se refiere a las condiciones ventilación, iluminación, etcétera, del lugar donde se da el proceso de atención o se proporciona algún servicio.

Dirección. Referida a las habilidades técnicas, empíricas, humanas y conceptuales necesarias para la conducción y funcionamiento de los servicios de salud, para lo cual el gerente desarrolla habilidades y destrezas para el manejo adecuado del poder y la política, la toma de decisiones, el análisis transaccional, comportamiento asertivo, manejo de conflictos, creatividad, negociación, concertación, etcétera. El directivo gerencial utiliza herramientas para la mejora de competencias que “Facilitan y establecen vínculos para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes personales, que son necesarias para poder desempeñar adecuadamente las tareas profesionales del directivo en su ámbito de desempeño laboral.”²⁵¹ Estas herramientas son: análisis de competencias, coaching, desarrollo de equipos efectivos, evaluación de 360°, Mipps y Wors, solución de conflictos y técnicas de negociación.

4.4.4 Herramientas Gerenciales

La connotación de los servicios de salud como empresa gerencial exige la utilización de herramientas para optimizar los recursos en cantidad, calidad, tiempo y eficacia. La Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de

²⁵¹ Herramientas gerenciales para los directivos de establecimientos de atención a la salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, http://dgplades.salud.gob.mx/hg_competencias.html

Salud proporciona estas herramientas a directivos o gerentes para facilitar la planeación, administración, dirección, control y evaluación de sus organizaciones y procesos, con la finalidad de impulsar la optimización de recursos y desarrollar una gestión eficiente con alto desempeño.²⁵²

4.4.4.1 planeación estratégica

Entre las herramientas gerenciales imprescindibles se encuentra la planeación estratégica que entendida como filosofía se refiere a las aportaciones de todo el personal, clientes y proveedores, enfocadas a mantener e incrementar el liderazgo en calidad y las estrategias de negocio, incluye la conjunción armónica entre los objetivos estratégicos, operativos, financieros y de calidad.²⁵³ En el ámbito institucional, se aplica como un proceso que establece “una visión institucional como sueño realizable de directivos, compartido por toda la comunidad, que permite centrar los recursos de la institución en los objetivos vitales que la impulsarán hacia su visión.”²⁵⁴ En opinión de José Juan Sánchez, responde al principio de gobierno previsor que anticipa los problemas, consensa antes de actuar y previene para evitar remediar.²⁵⁵

Francisco Molina,²⁵⁶ refiere el diseño de la planeación estratégica a partir de tres fases: 1. Pensamiento estratégico; entendido como “la coordinación de las mentes creativas en una perspectiva común que le permite a la empresa actuar sobre el futuro en una forma satisfactoria para todos los participantes”, se enfoca hacia los aspectos más intuitivos del proceso que permite la ejecución de la misión, visión y estrategia de la organización. 2. Planeación a largo plazo; fase diseñada

²⁵² Herramientas gerenciales para los directivos de establecimientos de atención a la salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, www.dgplades.salud.gob.mx/hg_mejora.html

²⁵³ “El sistema de planeación estratégica (*Con base en SECODAM, guía para la elaboración de planeación estratégica, UDA y guía de planeación estratégica, proyecto de la CFE, México, 2000.) es un proceso dinámico de reflexión y análisis para que las organizaciones realicen una introspección en una organización bajo una propuesta, con el fin de determinar el rumbo que se quiere, así como los elementos clave del quehacer institucional, los cuales son la misión, los valores, la visión y los objetivos estratégicos, que serán la razón de ser de la organización, evaluando permanentemente su desempeño, en función de las oportunidades y amenazas; además de las fortalezas y debilidades que le ofrece su entorno.” Martínez, Chávez Víctor Manuel, *Diagnóstico administrativo*, Procedimientos, procesos, reingeniería y benchmarking. Trillas, México, 2002, p. 253.

²⁵⁴ Molina, Rodríguez Juan Fco, *Pensamiento estratégico*, programa de, *op. cit.*

²⁵⁵ Sánchez, González, *op. cit.*, p. 107.

²⁵⁶ Molina, Rodríguez, *op. cit.*

para validar y activar la misión, la visión y la estrategia creadas durante la primera fase. Permite crear una ruta estratégica propia en un proceso que se ocupa del futuro y del presente, apoya la comunicación y planeación, reúne al equipo administrativo para transformar la misión, visión y la estrategia en resultados tangibles con miras a un futuro posicionamiento, y; 3. Planeación táctica, que se diseña con metodologías para llevar a cabo la misión y la visión de la organización.

Para ubicar su posicionamiento futuro recurre a la elaboración de un “plan o planes” donde se establecen las acciones, recursos necesarios, tiempos y resultados esperados. Y al “proceso”, que establece la participación continua de directivos y empleados en la ejecución de los planes. Los elementos de la planeación estratégica son los siguientes:

Misión. El éxito de la organización está determinado por la misión. Es la afirmación que describe el concepto de la empresa y su naturaleza. Expresa la razón de ser de la organización dando sentido social a sus actividades, en ellas se identifica con precisión a las personas o clientes que reciben los productos, menciona también las actividades que representan la esencia del trabajo que la organización realiza y bajo que principios y valores pretende funcionar.²⁵⁷ La misión se exhibe ante los clientes y constituye un estímulo para el personal de la organización. En el campo de la salud, tiene como substrato el propósito de la prestación de los servicios de salud.

Visión. Ésta es la representación de lo que se cree debe ser el futuro de la empresa. Exige el reconocimiento de la realidad actual y el objetivo del presente de la institución y su entorno. Clarifica los pasos para alcanzar la misión en todas las áreas de la organización y las proyecta a futuro. Tiene mayor factibilidad de modificación que la misión, por lo que puede ajustarse a circunstancias cambiantes del entorno. En asociación con la misión integra una fuente de motivación para el personal de la institución y es tan importante, que puede generar un cambio en la cultura organizacional siempre y cuando esté bien planteada y comunicada a todo el personal que integra la institución.

²⁵⁷ Gobierno inspirado por misiones. Las instituciones públicas tradicionales están dirigidas por las reglas y los procesos, no obstante, las organizaciones empresariales tienden a minimizar las reglas y ponen su enfoque en definir claramente su misión y objetivos.

Objetivos. Éstos evidencian la parte esencial del proceso de planeación, puesto que determinan la dirección y prioridades de la organización, son susceptibles de medirse y responden a un horizonte temporal.

Metas. Corresponden a la parte cuantitativa del objetivo, son medibles, específicas, temporales y alcanzables, por lo cual, permiten el análisis permanente de los avances. Se utilizan al mismo tiempo para reprogramar y como punto de partida en la elaboración de nuevos programas.

Valores. Son convicciones filosóficas que apoyan el cumplimiento de la misión de los administradores a cargo. Los hay definidos —ética, calidad y seguridad— y otros que varían en el tiempo —diversidad en productos/servicios y productividad—.

Estrategia. Ésta consigna la dirección hacia la que debe avanzar la institución, su fuerza impulsora y otros factores importantes que ayudan a determinar sus productos, servicios y cobertura futuros. Las estrategias se determinan de acuerdo con los objetivos de acción claramente definidos y los recursos requeridos. Para determinar una estrategia suelen plantearse dos preguntas: ¿Cómo podemos alcanzar la misión? y ¿Qué acciones hay que seguir?

Un ejemplo de planeación estratégica es el proyecto Gestión para el Cambio en una Institución de Salud. Una Propuesta Metodológica en el Hospital General de Zona No. 17.²⁵⁸ Cuyo diagnóstico situacional es el siguiente: En 2001 se realizó la evaluación de la cultura y el clima organizacional, los resultados dejan ver la prominencia de un liderazgo tradicional, comunicación ineficiente, trabajo en equipo y conocimiento de las actividades deficiente, capacidad física limitada y por consiguiente, falta de motivación del personal.

En la búsqueda de la solución a esta problemática se aplicaron los siguientes modelos de intervención: Nivel Estratégico; premio IMSS de calidad. Nivel Táctico; que se refiere a la relación estrecha entre la Gestión del Conocimiento que intenta formalizar y sistematizar los procesos de identificación, administración y control del mismo, y el capital intelectual, que representa los activos intangibles de una empresa —capital humano, capital estructural y capital relacional—. Nivel

²⁵⁸ Juárez Martínez, Luis Guillermo, ponencia presentada en el 3° Foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, marzo de 2005.

operativo; basado en la administración por valores, tiene que ver con el Estilo de Dirección, la habilidad y aptitud para lograr el involucramiento y compromiso de jefes y personal operativo en el logro de las metas propuestas por la organización.

El modelo resultante se integró con estas fases: Fase 1: Aclarar la misión, visión y valores —alta gerencia, líderes de la unidad, empleados, clientes y pacientes—. Fase 2: Comunicar las actividades del hospital con la utilización de reuniones, materiales de difusión, mecanismos de comunicación formal y prácticas informales. Fase 3: Alinear los valores en relación a: a) las prácticas diarias —individuales, de autoadministración y desarrollo, solución de problemas, toma de decisiones, de liderazgo y equipo, dinámica, procesos de grupo y formación de equipos de alto desempeño—, b) las prácticas organizacionales —administración y desarrollo estratégico, sistemas y procesos organizacionales y administración de recursos-barreras—, y c) las prácticas de recompensa y reconocimientos —mejoramiento continuo, revisión, reevaluación y acción continua—.

La Metodología aplicada consistió en la implementación de un sistema de administración y mejora de procesos —aseguramiento y mejora de procesos, sistema integral de calidad y satisfacción del cliente— y administración por calidad —planear, hacer, verificar y actuar—. La evaluación se realizó con la medición de los siguientes indicadores: porcentaje de ausentismo del personal, número de quejas recibidas por el servicio otorgado en los diferentes departamentos de la unidad, satisfacción por el servicio recibido, grado de avance en el cumplimiento de los planes estratégicos, grado de avance en los programas operativos, grado de satisfacción en usuarios y prestadores del servicio, grado de avance en el ejercicio presupuestal de la Unidad y porcentaje de abasto en el almacén de la Unidad

4.4.4.2 análisis estratégico (FODA)

En la planeación estratégica el análisis de asuntos críticos es una evaluación de los factores principales que se espera influyan en el cumplimiento de la misión, visión y la estrategia de la empresa o institución. El proceso se inicia con las evaluaciones del análisis FODA que significa fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Este análisis es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos

necesarios al proceso de planeación estratégica, proporciona la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora.

Las fortalezas son los puntos a favor con los que se cuenta para ganar mercado, tales como potencial humano, capacidad de proceso —instalaciones, equipo y sistemas—, productos, servicios y recursos financieros. Las debilidades, en cambio, se refieren a la falta de fuerza, si se tiene una limitación relacionada con el potencial humano, la capacidad de proceso o las finanzas, se pueden reforzar o tomar acciones para impedir su avance. Por otro lado, las oportunidades son los eventos o circunstancias que pueden tener un impacto positivo en el futuro de la empresa o institución. Las amenazas por el contrario, son eventos o circunstancias que pueden ocurrir en el mundo exterior y que por el contrario, pueden tener un impacto negativo en el futuro de la empresa o institución.

Un ejemplo de la aplicación de esta herramienta FODA es el proyecto “Diseño y Elaboración de Herramientas Administrativas para la Sistematización de las Intervenciones de Enfermería y para la Evaluación de la Calidad de Atención del Servicio de Enfermería”.²⁵⁹ Establece como propósito la elaboración de una guía sencilla y práctica para las intervenciones de enfermería que se realizan en los diez padecimientos más frecuentes que se atienden en cada servicio. Para ello, plantea el objetivo de sistematizar las intervenciones de enfermería para unificar y garantizar la atención que proporciona a los usuarios y evaluarla al mismo tiempo, conjugando las funciones asistencial y administrativa para la integración de herramientas que coadyuven a la gestión del cuidado con enfoque holístico, preventivo y de autocuidado de la población usuaria.

El método de intervención que aplica es la difusión y capacitación para el diseño de las Guías Clínicas de las Intervenciones de Enfermería y de Procedimientos. Con la finalidad de cumplir con la función asistencial recurre a flujogramas con algoritmos que contienen las fases del proceso de enfermería.

²⁵⁹ Licea Jiménez, Laura, Ma. del Rosario Ramírez Vistrain y Delia Espinosa Rioja, *Dirección de desarrollo de personal y organización*, México D. F. ponencia presentada en el 3° Foro nacional *op. cit.*

Para la elaboración de las guías de evaluación se diseñan cédulas para la medición de indicadores de eficacia, eficiencia y calidad, tomando como base el modelo de calidad de Avedis Donabedian: entrada, procesos, salida, estructura, procesos y resultado. En conclusión las Guías Clínicas ponen de manifiesto los conocimientos y el dominio metodológico del profesional de enfermería y se constituyen en importantes instrumentos que apoyan la gestión directiva, la medición y la evaluación de resultados en los que se ve privilegiado el cuidado de la enfermería como punto medular de la misión del servicio.

4.4.4.3 análisis comparativo (benchmarking)

Antonio Valls, define benchmarking como “el método continuo para medir productos, servicios, procesos y prácticas directivas propias frente a los de competidores más aventajados, o las empresas reconocidas por su liderazgo en aquello que se desee imitar.”²⁶⁰ En cuanto a su aplicación en el sector público, Finnigan considera que la guía de benchmarking empresarial beneficia “desde la educación a los laboratorios nacionales y desde los hospitales a la planeación y logística militar, tal como lo hará con aquellos que trabajan en la industria, desde la ingeniería hasta la manufactura y desde la planeación hasta los recursos humanos.”²⁶¹ Para que la sociedad cuente con elementos de comparación y para la toma de decisiones en políticas tanto de salud, como científicas, tecnológicas, de investigación, gestión de recursos, etcétera.

El benchmarking se concreta como proceso, —a decir del mismo autor—, en la medida que capitaliza sus propias fortalezas existentes, corrige las debilidades y compite en el mercado. Además de prácticas normales, incorpora lo mejor de lo mejor.²⁶² Como herramienta, el benchmarking amplía el acceso de cualquier organización a prácticas únicas de negocios, que abre nuevos horizontes en la planeación, establecimiento de objetivos, resolución de problemas, mejoramiento de los procesos laborales y reingeniería. Así, el primer objetivo del benchmarking —indica Antonio Valls— es evaluar un proceso, porque los resultados tienen que ser medidos, en razón de que el medir es la esencia del benchmarking.²⁶³

²⁶⁰ Valls Antonio, *Guía práctica del benchmarking, Cómo lograr el liderazgo en su empresa o unidad de negocio*, Gestión 2000, España, 1999, p. 20.

²⁶¹ Finnigan, Jerome P., *Guía de benchmarking empresarial*, Prentice hall hispanoamericana, S.A. México, 1997, p. XIV.

²⁶² Finnigan, Jerome, *op. cit.*, p. IX.

²⁶³ Valls Antonio, *op. cit.*, p. 5.

En el contexto de los servicios de salud, Carlos Garrocho explica que el benchmarking se ajusta como “un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejoras prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales.”²⁶⁴ Como estrategia de gestión de calidad, —continúa el mismo autor— el benchmarking “se dirige a garantizarla en tanto se oriente a proteger a los pacientes contra riesgos innecesarios y coadyuven a responder por la calidad de lo que los profesionales de la salud hacen. Es un sistema de comparación entre indicadores cuyo propósito es identificar las prácticas que en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor de entre todos los demás.”²⁶⁵

Un ejemplo de benchmarking e ingeniería es el programa ¿Por qué los Pacientes Esperan para Obtener Consulta?²⁶⁶ Aplicado en una unidad de atención primaria, arranca de la premisa que para lograr un excelente servicio se requiere de la implementación de un excelente proceso con la utilización de un *indicador de impulso*, obteniendo por consecuencia, un excelente resultado con el empleo de un *indicador de impacto* y con la convicción de que “Todo sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que obtiene.”

El problema es como proporcionar el servicio en unidades de atención primaria con oportunidad, por lo cual se propone estandarizar un proceso definido a personal competente y una estructura “*ad hoc*” para los usuarios y la institución. Se propone como objetivo identificar en el proceso de atención en consulta externa de una unidad de atención primaria los factores relacionados con la variación del tiempo de espera que puedan ser atendidos y estandarizados en un plan de mejora con la meta de < 30 minutos de tiempo de espera.

²⁶⁴ Garrocho, Carlos, *op. cit.*, p. 216.

²⁶⁵ Garrocho Carlos, *op. cit.*, p. 32.

²⁶⁶ Bejarano, Ramírez Verónica y Miguel A. Martínez Andrade, *Uso de herramientas de ingeniería para el análisis de las causas de tiempos de espera en consulta*, Departamento de calidad de los servicios de salud, Mexicali, BC., ponencia presentada en el 3° foro nacional *op. cit.*

El método utilizado es el estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional en un Centro de Salud de 6 núcleos básicos del 21 de abril al 9 de Mayo del 2003, por medio del monitoreo de arribos en 204 pacientes/usuarios y de 140 consultas. Se utilizaron como herramientas metodológicas el mapeo de procesos, diagrama de recorrido y análisis de colas modelo nacimiento/muerte (procesamiento de datos en software WinQSB®, Excell®). El resultado comparativo obtenido es la rapidez en tiempo de espera, los factores identificados son el número de estaciones, de personas, de formatos y distancia recorrida.

Otro ejemplo de la utilidad de esta herramienta se refiere al desempeño y la rendición de cuentas a nivel sistémico, institucional y estatal plasmado en los informes comparativos de Salud: México de los años 2001 al 2005²⁶⁷ que utilizan indicadores de desempeño. A nivel de unidades hospitalarias, el Observatorio del Desempeño Hospitalario (ODH),²⁶⁸ que bajo esta modalidad del benchmarking se orienta hacia la generación de evidencias para mejorar la gerencia de los servicios hospitalarios con la utilización de un sistema comparativo de evaluación de resultados entre 119 hospitales de la Secretaría de Salud. Se aplica en cuatro ámbitos: i) gerencia hospitalaria y sistemas de información, ii) eficiencia y efectividad clínica, iii) satisfacción de los pacientes y iv) desempeño financiero y de los recursos humanos.

Destaca su elaboración en el marco de la democratización de los servicios de salud en la medida que establece como propósitos el facilitar la gerencia de los servicios hospitalarios, al constituir una base para la toma de decisiones tanto de directivos y prestadores de servicios de las instituciones evaluadas como para otros niveles decisorios de la Secretaría de Salud, y constituir a la vez el insumo para medios de comunicación e información al servicio de legisladores, investigadores, usuarios y para la ciudadanía en general.

²⁶⁷ Salud: México, Información para la rendición de cuentas. México, Secretaría de Salud, de los años 2002 al 2005.

²⁶⁸ Observatorio del Desempeño Hospitalario, Propuesta, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, Secretaría de Salud Jalisco, Octubre de 2003, pp. 3-8. Véase también Observatorio del Desempeño Hospitalario 2003-2005.

4.4.4.4 Calidad

Jaime Varo expresa que “la calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o el servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa.”²⁶⁹ Señala también, que su objetivo fundamental como “filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor”.²⁷⁰

En el caso de su práctica en los servicios de salud, se entiende como el conjunto de características y atributos de los bienes o servicios que permiten determinar si cumplen o no una serie de requisitos de producción y si satisfacen a los usuarios. En el caso específico de la atención médica, —Avedis Donabedian expresa— que “es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud.”²⁷¹

Para tener una idea del manejo de este concepto en el campo de la salud, vale la pena recurrir a las formulaciones conceptuales²⁷² de este mismo autor, con respecto a las implicaciones y alcances de la calidad en el modelo industrial y en el modelo de atención de la salud. El primer modelo mantiene el enfoque al consumidor, es éste quién decide si el producto o servicio que recibe responde a sus necesidades y expectativas; los intercambios se dan entre clientes y proveedores; la eficiencia es altamente determinante debido a la influencia del mercado libre; mientras más alta sea la calidad se genera mayor ganancia; y se atribuye la calidad a alguna parte del sistema de producción. Mientras que en el segundo modelo, además de centrarse en la satisfacción del cliente —al igual que el anterior—, se valoran las preferencias del paciente tanto en el proceso como en el resultado; se produce una relación interpersonal compleja; existe capacidad para

²⁶⁹ Varo, Jaime, *et. al.*, *Gestión estratégica en la calidad en los servicios sanitarios*. Un modelo de gestión hospitalaria, Ed. Díaz de Santos, 1993, p. 1, google académico.

²⁷⁰ Ídem.

²⁷¹ Molina, Rodríguez, *Calidad*, Programa de, *op. cit.* retomado de *Calidad total para directivos de organizaciones de salud*, Qualimed y Clics.

²⁷² Donabedian, Avedis, *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*, Salud Pública de México, mayo-junio de 1993, Vol. 35, N0. 3, Conferencia Magistral, pp. 1-5.

educar al paciente, los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social que los responsabiliza por el bienestar individual y social; la calidad se orienta al balance entre costos y beneficios —puesto que si la calidad aumenta, también se incrementan los costos—; se orienta casi exclusivamente a todas las funciones estrechamente relacionadas con el cuidado clínico; y se le otorga mayor importancia al componente humano como el responsable del nivel de la calidad.

Un ejemplo de calidad en la atención a la salud, es el Programa de Implementación de Indicadores de Calidad en el Servicio de Enfermería²⁷³ en el Hospital Naval de Acapulco. Los indicadores que se consideraban antes de aplicar el enfoque de calidad en este hospital se relacionan a la suficiencia en términos numéricos: personal de enfermería, enfermeras en Salud Pública, % de cobertura de enfermeras en unidad familiar, enfermeras x médico, enfermeras x habitantes y enfermeras especialistas por habitantes. Para la aplicación del enfoque de calidad se implementan tres indicadores: vigilancia y control de venoclisis instalada, administración de medicamentos por vía oral y trato digno por parte del personal de enfermería.

El objetivo establecido es la comprobación del beneficio que se obtiene al utilizar tres indicadores para el aseguramiento de la calidad como herramienta para la mejora continua del servicio de enfermería. El método de intervención consistió en la medición (prueba piloto, 1ª, 2ª y 3ª medición), ingresos y encuestas. Se aplicó también el proceso de planear, hacer, actuar, y verificar. Las conclusiones apuntan hacia una mejora importante de los procesos y habilidades que incluyen la motivación del personal, mayor integración y trabajo en equipo, y la disposición para el cumplimiento oportuno de correcciones e implantación de otros indicadores de calidad.

²⁷³ Ibarias, Uribe Luis Alonso, *Programa de Implementación de Indicadores de Calidad en el Servicio de Enfermería*, Hospital Naval de Acapulco, ponencia presentada en el 3º Foro nacional, *op. cit.*

4.4.4.5 garantía de calidad

Para Jaime Varo, garantía o aseguramiento de la calidad “es la actividad que proporciona a los directivos y a todos los interesados la evidencia necesaria de que la gestión (función) de la calidad se está realizando adecuadamente.”²⁷⁴

Siguiendo con la lógica del análisis que hace Donabedian de los modelos industrial y de atención a la salud, el autor menciona las estrategias de garantía de calidad²⁷⁵ que emplean ambos modelos. En el primero de ellos, se establece una congruencia fundamental entre los objetivos e intereses de los trabajadores y de la administración. Se redefine la autoridad y la responsabilidad de los trabajadores como agentes de cambio, con lo cual ascienden a una posición estratégica en virtud de que conocen detalladamente las características de su trabajo y pueden tomar las medidas correctivas. Este proceso se acompaña de un cambio radical del potencial humano y motivacional por medio de educación continua y actualización de conocimientos, lo que proporciona a los trabajadores la oportunidad de monitorizar y ajustar su propio trabajo con las facilidades de interactuar en grupo para resolver problemáticas, lo que finalmente logra la cohesión social y el interés por la empresa. Por su parte, la gerencia se orienta a conducir, motivar, educar, escuchar y aprender en una estructura menos jerárquica y con más interconexiones interdepartamentales. Los métodos de garantía de calidad que utiliza consisten en la introducción de mejoras en el desarrollo del producto desde su diseño, el monitoreo continuo y la inspección terminal. Se basa en la estadística industrial como disciplina analítica.

Por el contrario, en el modelo de atención de la salud, —el mismo autor revela— que éste carece de visión multidisciplinaria a pesar del reconocimiento de que dicha atención lo es casi siempre, —persiste por tanto—, “la concentración extrema de poder en manos de los trabajadores clave, los médicos”²⁷⁶ lo cual impide el equilibrio armonioso entre la producción y la gerencia, es decir, entre médicos y directivos. Este modelo utiliza la evaluación tecnológica —que es insuficiente para mejorar la calidad— como método de la garantía de calidad y a la vigilancia epidemiológica como disciplina analítica.

²⁷⁴ Varo, Jaime, *op. cit.*, p. 19.

²⁷⁵ Donabedian, Avedis, *op. cit.*, pp. 7-8.

²⁷⁶ *Ibíd.*, p. 8.

4.4.4.6 Calidad total y control total de calidad

La calidad total —según Jaime Varo— es “el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mayor satisfacción del cliente al menor coste.”²⁷⁷

Los autores que han abordado el tema de la administración por calidad hacen referencia a por lo menos tres aspectos básicos de la calidad total (Treviño, Valle, Fierro y de la Loza, 1994): lo más importante es lograr la **satisfacción de los clientes** externos e internos, para lo ello, es esencial la participación de todos los miembros de la organización en donde el **impulso al trabajo en equipo** y el **liderazgo** del cuerpo directivo es determinante. Resulta también de primera necesidad la utilización de técnicas y herramientas para identificar, analizar y solucionar problemas y promover así el **mejoramiento continuo** de la calidad de los productos y procesos realizados por los diversos departamentos y equipos de trabajo dentro de la organización.

El control de la calidad a diferencia de la calidad total, “es un proceso de regulación a través del cual se mide la calidad real, se compara con los estándares y se actúa sobre las desviaciones. Sus objetivos son detectar las perturbaciones o fallos esporádicos, conocer la causa del cambio e implantar la acción correctora que restablezca la situación en los niveles indicados por el estándar.”²⁷⁸

En cuanto al control total de calidad, —Alfredo Acle, indica— que “es un concepto administrativo que busca de manera sistemática y con la participación organizada de todos los miembros de una empresa o de una organización, elevar consistente e integralmente la calidad de sus procesos, productos y servicios, previendo el error y haciendo un hábito de la mejora constante con el propósito central de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.”²⁷⁹ Para Kaouro Ishikawa, el control de calidad es “desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad.”²⁸⁰

²⁷⁷ Varo, Jaime, *op. cit.*, p. 20.

²⁷⁸ *Ibíd.*, p. 18.

²⁷⁹ Acle, Tomasini Alfredo, *Retos y riesgos de la calidad total*, editorial Grijalbo, México, 1994, p. 50.

²⁸⁰ Otero, M. Jaime, *Calidad en salud*, www.gerenciasalud.com/art53.htm

4.4.4.7 mejoramiento continuo

El mejoramiento continuo hace referencia a la calidad, es el resultado de la aplicación de un conjunto de acciones sistemáticas encaminadas a identificar los problemas que impiden tanto el cumplimiento de requisitos y especificaciones del producto, como el logro de la satisfacción de los clientes. El primero en concebir la idea de que la calidad debía ser mejorada de manera continua fue el Dr. W. A. Shewhart (Ishikawa, 1986), quien en la década de 1930 propuso la utilización de técnicas estadísticas para el control de la calidad. Para ello diseñó el gráfico de control, herramienta que permite identificar el momento en que la variación estadística rebasa los límites de aceptación de determinadas características del producto durante su fabricación.

Conviene recordar aquí los cuatro pasos para la mejora que resumen tanto la importancia del uso de las mediciones como del método para lograr el mejoramiento de la calidad: “No se puede mejorar lo que no se controla; no se puede controlar lo que no se mide; no se puede medir lo que no se define.”²⁸¹

Entre las herramientas de mejora continua para los directivos de establecimientos de atención a la salud se encuentran: administración de procesos, análisis de ciclo de servicio, análisis de flujo de pacientes, caminata (paciente simulado), concordar-discordar, definición de estándares, definición de indicadores, delegación eficiente de autoridad, encuestas a los usuarios, guía para visitas exitosas, juntas efectivas, juntas rápidas, modelo PDSA (planear-hacer-estudiar-actuar), proceso de mejora en el desempeño, Quality Fuction Deployment (QFD), Tabla de distribución de trabajo, tablero de casos y técnicas de presentación.²⁸²

En los servicios como productos, la calidad y la mejora continua se aplican específicamente en la oportunidad, cortesía y apego a las normas técnicas. Un caso concreto de dicha aplicación es el Programa de Mejora Continua de los Servicios de Enfermería²⁸³ en el Instituto de Cardiología Dr. Ignacio Chávez.

²⁸¹ Citado en Molina, Rodríguez, *Calidad*, Programa de, *op. cit.*

²⁸² Herramientas Gerenciales, *op. cit.*,

²⁸³ Juárez, *et. al.*, ponencia presentada en el 3º, Foro nacional *op. cit.*

Tiene como antecedentes la atención aleatoria y no programada, falta de indicadores, de parámetros de medición, de registro de incidencias por procedimientos mal realizados e insatisfacción del usuario interno y externo, por lo que se implementa un Modelo de Evaluación de la Calidad del Cuidado basado en la cultura de calidad, mejora continua, actitud, indicadores y parámetros de medición y monitoria periódica de indicadores de calidad.

El diseño y validación de indicadores se orientan hacia el fomento del liderazgo y la participación del personal en equipos de trabajo dirigidos al control de calidad de diversos procedimientos y a monitorizar el Índice de eficiencia. Se utiliza la metodología de planeación estratégica con metas dirigidas a mejorar la calidad de atención de los servicios de enfermería, capacitación de líderes e identificación de las áreas de oportunidad y selección de los procesos críticos.

Los indicadores propuestos incluyen la documentación y mejora del proceso, definición de variables críticas y auditorías de calidad, así como el manejo de instrumentos de evaluación. Los criterios de aplicación de la cédula de auditoría son el muestreo de los procesos realizados en un periodo de tiempo, 90% en procesos de alta frecuencia y 100% en procesos de baja frecuencia.

Para el análisis estadístico descriptivo se recurre a los índices de eficiencia por caso, de eficiencia por actividad, y de eficiencia global del proceso. IEG, representa el valor del indicador y refleja el nivel de calidad con el cual se está desarrollando el proceso. Permite a su vez, compararlo con los estándares establecidos y ubicar al procedimiento en el nivel de cumplimiento de calidad. Se establecen como niveles de cumplimiento: la excelencia, cuando el personal de enfermería realiza de manera secuencial todo el proceso (entre el 91 y el 100%). El de cumplimiento significativo, con la mayoría de los requisitos del proceso (entre el 85 y el 90%). El de cumplimiento parcial, con algunos requisitos del proceso (entre el 75 y el 84%). El de cumplimiento mínimo, con pocos de los requisitos del proceso (entre el 70 y el 74%), y el último, de no cumplimiento (por abajo del 70%).

De este proceso se desprende el plan de mejora continua con acciones para corregir desviaciones que comprende la difusión de los resultados, dar a conocer el proceso estandarizado y mostrar las metas y objetivos que se quieren alcanzar.

Otro ejemplo de mejora continua en la salud digno de mencionar por su extensión en el plano nacional es la “Detección de Eslabones Críticos en los procesos de Atención para la Prevención de Muertes Maternas.”²⁸⁴ En éste, se analiza cada caso de muerte materna como “Evento Centinela” para evaluar si hubo apego a los lineamientos y normas técnicas o incumplimiento por omisión, demora o falta de calidad durante la atención proporcionada a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las acciones de mejora a corto y mediano plazo se derivan de dicho análisis en particular y en el conjunto de los casos se realiza el análisis gerencial sobre los procesos organizacionales y funcionales críticos —suministro de medicamentos, disponibilidad de productos hemáticos, asignación de personal, mantenimiento de equipos y definición de flujos y protocolos de atención—, para identificar los que propician los incumplimientos y medir la frecuencia de éstos en eslabones críticos que se asocian a la mortalidad materna.

4.4.5 Administración por Calidad

La calidad no se introduce de forma aislada en los servicios de salud, sino que se implementa en el marco del Modelo de Calidad Intragob²⁸⁵ que es una política de carácter federal dirigida a la administración pública que involucra a dependencias y entidades, a servidores públicos y los servicios que proporcionan a la sociedad. Con la finalidad de establecer una cultura de calidad centrada en el quehacer gubernamental con énfasis en la mejora, la transparencia, la evaluación, la rendición de cuentas y el rediseño de los procesos y servicios dirigidos a la satisfacción de necesidades y expectativas ciudadanas.

Este esquema de calidad incorpora el concepto medular de satisfacción del cliente entendida “como la efectividad de los sistemas de las instituciones para conocer profundamente las necesidades de sus clientes externos e internos; satisfacer dichas necesidades y expectativas e incorporar los ciclos de mejora de los procesos internos y a los procesos, productos y servicios asociados, a través de

²⁸⁴ Núñez, Urquiza Rosa María y otros, *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*, 3ª versión, Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2005.

²⁸⁵ Modelo de Calidad INTRAGOB, Oficina de la presidencia para la innovación gubernamental, pp. 3-17.

la identificación de las necesidades de los ciudadanos y/o clientes y las acciones sistemáticas de medición de la calidad del servicio, así como la administración de la dependencia/entidad para brindar una respuesta y comunicación oportuna y confiable, enfocada a proporcionar valor agregado a sus clientes y a la sociedad.”²⁸⁶

Establece asimismo, los elementos que orientan la aplicación de la mejora continua, la innovación y competitividad:²⁸⁷ **Impacto en la sociedad** con el establecimiento de acciones legales, sociales y económicas concretas para promover la cultura de calidad con orientación a **resultados**. Siendo éste el valor creado por la dependencia o entidad, en términos de impacto cuantitativo y cualitativo en el crecimiento, rentabilidad, productividad, logro de objetivos y desempeño. Se considera el **capital humano** por el bagaje de conocimientos, habilidades y experiencias de los servidores públicos en los procesos y la efectividad de la cadena de valor que involucra tanto a servidores públicos como a la formación de grupos y equipos de trabajo. En complemento reconoce el gran valor del **capital intelectual** generado por la información y el conocimiento adquiridos durante la prestación de sus servicios. Para ello, se atiende de manera especial el **desarrollo del personal** mediante la capacitación individual y grupal sobre estrategias, enfoques y herramientas de mejoramiento de calidad, productividad, competitividad superación profesional y superación individual.

4.4.6 La Gestión Pública como Calidad

Desde el punto de vista teórico, —indica Alfredo Acle—, que la calidad es el elemento fundamental en el nuevo estilo de gestión de las organizaciones.²⁸⁸ En consecuencia, define a la gestión de la calidad como “el conjunto de caminos mediante los cuales se consigue la calidad incorporándolo al proceso de gestión, o al “management” que alude a dirección, gobierno y coordinación de actividades.”²⁸⁹ Con su práctica —continúa el mismo autor— se obtienen las siguientes ventajas: hacer las cosas bien desde la primera vez, dar al cliente lo que desea, se basa en

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 5.

²⁸⁷ *Ibid.*, pp.17-25.

²⁸⁸ Acle Tomasini, *op. cit.*, p. 179.

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 180

el sentido común, hacer solamente lo necesario, involucrar a todos los niveles de la organización, asegurar el espíritu de equipo, y lograr una alta motivación. De esta forma, la gestión de la calidad permite que la gerencia participe “en la definición, análisis y garantía de los bienes y servicios que produce para la sociedad.”²⁹⁰

En cuanto a las tendencias de la gestión de la calidad en salud, J. Saturno,²⁹¹ indica que éstas apuntan hacia las iniciativas del sistema de salud, hacia la calidad basada en evidencia, el énfasis en el papel del paciente/cliente/población, el desarrollo de incentivos para la calidad, el énfasis en la seguridad y en el diseño y gestión de procesos, en la globalización/internacionalización, a la investigación en estrategias para la mejora de la calidad, a la adaptación creciente de la tecnología electrónica/automatización, y a la adaptación a un cierto cambio de valores.

En la introducción de esta investigación se hace referencia a la percepción sobre la disponibilidad de recursos en relación con el acceso efectivo a la salud. A este respecto, el ámbito hospitalario ejemplifica claramente su cuestionamiento. La publicación *To err is human: building a safer health system*²⁹² aporta evidencias de la magnitud de eventos adversos que los pacientes sufren en los hospitales, los cuales provocan desde discapacidad hasta la muerte por la falta de aplicación de parámetros de calidad en sus protocolos. Aunque estos eventos se producen también en otros servicios de salud como en la consulta médica, farmacias, en clínicas privadas y hasta en los hogares de los pacientes, tales evidencias, han generado un movimiento de seguridad de los pacientes en donde ellos y sus familiares toman parte activa para la prevención de estos riesgos. En este sentido, el enfoque gerencial proporciona las herramientas de gestión de calidad y mejora continua en los servicios de salud. De ahí que la importancia de conocer dichas herramientas y metodologías, radica en que muestran una forma de cómo obtener servicios de calidad en el manejo de la enfermedad, al mismo tiempo que satisfacción y el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud.

²⁹⁰ *Íbid.*, p. 179.

²⁹¹ J. Saturno, Pedro, *Estado actual y prospectiva de la gestión de la calidad en salud*, profesor de salud pública, Universidad de Murcia, director de la maestría a distancia en gestión de la calidad en los servicios de salud, ponencia presentada en el 3° Foro nacional *op. cit.*

²⁹² Publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, en *Calidad de la atención: seguridad del paciente*, OMS, 55° asamblea mundial de salud, 23 de marzo de 2002.

El conocimiento del marco neoliberal y la identificación del incipiente enfoque gerencial en el campo de la salud, brinda la oportunidad de realizar un análisis comparativo entre el modelo asistencial (1943-2000) y el gerencial (2001-2006) en los marcos del sistema nacional de salud y el sistema de protección social en salud respectivamente, en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS COMPARATIVO CUALITATIVO ENTRE LOS MODELOS DE SALUD ASISTENCIAL Y EL GERENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD (1943-2006)

La tercera Reforma del Sector Salud en México abarca el periodo de 1995-2000, se le denomina también la tercera generación de reformas en México. A través del Programa de Reforma del Sector Salud del mismo periodo, concluye el proceso de descentralización de los servicios de salud que atienden a la población abierta y se extiende su cobertura a la población marginada en áreas rurales y urbanas. Por su parte, las instituciones de seguridad social facilitan la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal, lo cual redundará también en la ampliación de su cobertura.

En este periodo, se aborda el reconocimiento de que la enfermedad es un factor empobrecedor y que por lo tanto la falta de protección de la salud se debe a su vez a la falta de protección financiera. De ahí, la necesidad de solventarla en la esferas política, sistémica, familiar e individual.

En este marco de Reforma, a partir de 2001 inicia el proceso de diseño y formulación de políticas para la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que en conjunto con la protección contra riesgos sanitarios y daños a la salud y la protección social —preventiva— en salud, constituyen los tres pilares fundamentales de salud en México. El SPSS “implica garantizar la protección financiera de la población y eliminar las barreras financieras para el acceso de los servicios de salud, mediante el aseguramiento público en salud.”²⁹³ Este Sistema constituye el elemento clave para la creación e institucionalización del Seguro de Salud Familiar, lo cual da lugar también a la aparición de la libre elección del proveedor de salud por parte del cliente como un nuevo concepto en la salud institucional.

²⁹³ *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos.* Secretaría de Salud, Seguro Popular, 1° edición, 2005, p. 36.

En estos términos podría afirmarse que dicha institucionalización da lugar a un quinto salto conceptual: **del derecho a la protección de la salud hacia la protección financiera**. Al mismo tiempo, representa la ruptura *del paradigma asistencial y la adopción del modelo gerencial en los servicios del sector salud*. De tal forma, que la Reforma del Sector se configura como el puente entre el modelo de salud asistencial y el gerencial de los servicios de salud, lo que proporciona la oportunidad para analizarlos comparativa y cualitativamente en el contexto de los sistemas nacional de salud y de protección social en salud. Para ello, en este capítulo se incluyen los siguientes componentes: a) las tres grandes áreas conceptuales —salud, salud pública y sistema de salud—, b) esquema financiero, c) los procesos correspondientes a la planeación y programación, d) marco jurídico, e) la información y evaluación como herramientas administrativas y metodológicas, y para finalizar; f) recursos humanos, materiales y servicios.

5.1 Salud

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<ul style="list-style-type: none"> ·Necesidad humana universal ·Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. ·Resultado de condiciones de vida y trabajo ·Medio para la realización personal y colectiva ·Clave del desarrollo humano ·Desarrollo económico y social de la nación ·Derecho social encauzado por el Estado para potenciar a las personas para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. 	<ul style="list-style-type: none"> ·Objetivo social, garantía de acceso universal a servicios integrales de alta calidad. ·Satisfacción de necesidades de salud. ·Potencial estratégico, valor compartido. ·Componente central del capital humano. ·Respuesta a expectativas de la población. ·Responsabilidad de la administración pública. ·Lo público y lo privado. ·Objetivo de desarrollo y condición para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.

Cuadro elaborado por la autora.

En esta primera parte los esquemas de salud presentan una notoria diferencia. De un esquema asistencial muy extenso, que hace alusión al completo estado de salud como factor condicionante del desarrollo económico y social nacional, a partir del reducido espacio del paciente/usuario como beneficiario y sujeto de los programas de salud, hacia un esquema conceptual amplio en razón del acceso universal que imprime concretamente el “*que*” se desea lograr. El potencial estratégico y el capital

humano que actúan como “*los medios*” para lograr los objetivos. Y de manera significativa, los parámetros de calidad y satisfacción, que responden al “*cómo*” dar cumplimiento a dichos objetivos. Este esquema se ubica en la esfera de la responsabilidad administrativa que conjuga lo público y lo privado en la esfera social en la noción de desarrollo como resultante y condición para elevar el nivel de salud de la población y no como objetivo de proyecto nacional.

5.2 Salud Pública

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<ul style="list-style-type: none"> ·Salud pública ·Enfoque biológico ·Promoción comunitaria ·Campo interdisciplinario 	<ul style="list-style-type: none"> ·La nueva salud pública ·Enfoque social, estilos de vida ·Promoción de la participación social ·Campo multidisciplinario y respuesta social organizada

Cuadro elaborado por la autora.

La primera diferencia en este apartado, es que antes de la reforma la salud pública se basa en el enfoque biológico individual y preventivo en un entorno físico rural debido a la predominancia de las enfermedades infecciosas. Se ocupa, por consiguiente de la aplicación de acciones y actividades de promoción de la salud en el estrecho ámbito comunitario. Después de la reforma y con el declarado incremento y predominancia de las enfermedades crónico-degenerativas se transita hacia el enfoque social que fomenta el cambio de los estilos de vida y promueve la extensión de la participación social hacia el medio urbano.

En cuanto al campo inter y multidisciplinario, se refiere en ambos sistemas a la aplicación de las ciencias médico-biológicas y de la conducta en el tratamiento y estudio de los fenómenos de salud. Aunque después de la reforma el sistema de salud se enriquece con la aplicación de conocimientos de disciplinas ajenas a la medicina y la salud pública lo cual representa al mismo tiempo una respuesta social organizada a través del mencionado sistema.

5.3 Sistema de Salud

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<p style="text-align: center;">Universalidad Clásica</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Modelo vertical y segmentado ·Estado monopolizador y suministrador ·Ofrece “todo para todos” 	<p style="text-align: center;">Nuevo Universalismo</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Incluye en los beneficios del sistema a toda la población ·Estado regulador de servicios de salud ·Ofrece “lo mejor para todos”

Cuadro elaborado por la autora.

El soporte estructural del sistema de salud antes y después de la reforma muestra esquemas completamente opuestos. En el contexto de un Estado monopolizador y suministrador de los servicios de salud, impera la “universalidad clásica” como modelo vertical y segmentado que divide a la población en derechohabientes y población abierta.

Aunque ambos segmentos cuentan con su propia infraestructura de salud, el primero cuenta con los mecanismos que aseguran su funcionamiento. En el caso del segundo no existen tales mecanismos y la brecha entre estos dos tipos de población tiende a profundizarse más. Esta “universalidad clásica” que “ofrece todo para todos” al dirigir sus políticas y programas hacia grupos de población pobres con servicios de salud de baja calidad, contradictoriamente, termina negando el acceso a la salud tanto a su población objetivo como a la población en general.

Se requiere por tanto, de un modelo diferente que excluya tal verticalidad y segmentación. Para ello, en el Informe Salud en el Mundo 2000 se indica que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud, lo cual “implica una serie de criterios técnicos, éticos y políticos.”²⁹⁴ Se basa en la filosofía del “nuevo universalismo” que en comparación con la “universalidad clásica”, es un modelo universal, participativo y plural que consiste en la factibilidad de hacer llegar a toda la población servicios y atención en salud de alta calidad y ofrecer en estas condiciones “todo para todos”.

²⁹⁴ *Ibíd.*, p. 64.

Lo que implica la función de un Estado promotor y regulador de la multiplicidad de acciones institucionales, privadas y sociales dedicadas a proporcionar los servicios de salud.

5.3.1 Criterios

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<ul style="list-style-type: none"> ·Pobreza ·Vulnerabilidad ·Inclusión ·Prioridad social ·Participación Comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ·Pobreza ·Vulnerabilidad ·Universalidad ·Necesidad de atención ·Riesgos emergentes

Cuadro elaborado por la autora.

Al comparar los criterios se identifica la persistencia de la pobreza y la vulnerabilidad en ambos sistemas, que tal como se mencionó en el capítulo segundo mantienen el círculo de pobreza-enfermedad y fortalecen la modalidad asistencial ya que la acción médica y los efectos curativos de los medicamentos son rebasados por las malas condiciones de vida de la población por lo que representan al mismo tiempo la negación al acceso a la salud.

En cambio, la inclusión y prioridad social son sustituidas en el SPSS por la universalidad, aunque en ésta también persiste la atención a grupos de población considerados prioritarios debido a la magnitud de los problemas de salud que representan. Destacan los grupos de adultos mayores y de adolescentes, lo cual es una diferencia importante, en virtud de que tradicionalmente la atención se enfocaba a los grupos materno e infantil. También el criterio de necesidad de atención, es especialmente diferente si se considera que los individuos por su propia naturaleza humana son susceptibles de enfermar independientemente del grupo poblacional y de edad al que pertenezcan así como al perfil epidemiológico que presenten. Pues como se ha visto desde los albores de este nuevo milenio prevalece la concurrencia tanto de enfermedades consideradas de la pobreza como de la riqueza.

El hecho de que la participación comunitaria no aparece como criterio después de la reforma es una diferencia significativa ya que en el sistema universal no aparece la población como objeto y recurso de los programas de salud comunitarios. La atención a los riesgos emergentes en el SPSS aparece como criterio de vital importancia en vista de los fenómenos naturales derivados de las alteraciones ecológicas en el planeta que se han acentuado en estos inicios de siglo.

5.3.2 Propósitos

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud	
	Propósitos	Ejes de Acción ²⁹⁵
	<ul style="list-style-type: none"> ·Equidad: reducir la brecha entre los grupos sociales. ·Calidad técnica e interpersonal ·Eficiencia en la asignación de recursos y en la capacidad de producirlos 	<ul style="list-style-type: none"> ·Fortalecimiento de infraestructura y rectoría ·Protección social y acceso universal a los servicios. ·Prevención y promoción de la salud. ·Mejoramiento de la calidad. ·Formación de recursos humanos. ·Financiamiento ·Participación y control social
Círculo vicioso: pobreza- inadecuadas condiciones de saneamiento- enfermedad	Círculo virtuoso: servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad, mejores niveles de salud, mayor rendimiento escolar, mayor igualdad de oportunidades, mejor capital humano, mayor capital social, mayor productividad y competitividad, mayor desarrollo económico. ²⁹⁶	

Cuadro elaborado por la autora.

Antes de la reforma el sistema de salud no muestra propósitos susceptibles de medirse, en cambio el SPSS a juicio de Julio Frenk²⁹⁷ debe perseguir los siguientes: Equidad; entendida como la misma oportunidad de acceso a los servicios ante una misma necesidad de salud, independientemente del grupo social y zona del país al que pertenezca el individuo, con la finalidad de incrementar los niveles de salud totales, y reducir la brecha de desigualdad entre los grupos sociales. Calidad; a partir de la consideración de que el acceso a los servicios no es suficiente para resolver un problema de salud si no se asegura su calidad. La cual permite medir la

²⁹⁵ Informe sobre Salud en el Mundo 2000, *op. cit.*, p. 87.

²⁹⁶ Gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud Núm. 2, agosto 2002, p. 8.

²⁹⁷ Frenk, Mora, *Salud y derechos, op. cit.*, pp. 32-33.

efectividad de la atención y el mejoramiento de la salud en dos dimensiones: *la técnica*, que se refiere a la elección de la mejor estrategia médico-científica, y *la interpersonal*, encausada a la satisfacción del usuario respetando su autonomía y sus preferencias. De no asegurar la calidad —continúa el autor— el sistema corre el riesgo de gastar valiosos recursos sin lograr el efecto deseado. La introducción de la calidad en el campo de la salud con indicadores y métodos cuantitativos para medirla en los ámbitos médico y administrativo de la salud, representa una valiosa herramienta, puesto que al mismo tiempo introduce a los usuarios en la percepción de la calidad, e incluso, a la exigencia de altos parámetros de calidad.

Eficiencia; que consiste en lograr las metas de salud con la menor cantidad de recursos o de alcanzar los niveles más altos de salud con los recursos disponibles con la aplicación de la eficiencia en la asignación de los recursos en aquellos servicios con mejor relación de costo-efectividad. En complemento, la *eficiencia técnica*, que consiste en la producción de los servicios con el menor desperdicio de recursos. El informe sobre salud en el mundo 2000 destaca la relación entre la eficiencia con los recursos humanos, que en el marco del sistema de salud se consideran como capital humano y el insumo más importante conformado por los trabajadores clínicos y de salud pública. Expone también los ejes de acción para lograr estos propósitos; resalta el fortalecimiento de la infraestructura del sistema en cuanto a sus funciones esenciales y de salud pública; la evaluación de procesos y sus resultados; el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud; la protección social y acceso universal a los servicios; la reorientación hacia la prevención y la promoción; el mejoramiento de la calidad de la atención en relación con la formación de recursos humanos; el financiamiento y asignación de recursos eficientes y solidarios; y la participación y control social en el sistema.

Un propósito completamente opuesto entre ambos sistemas de salud lo configuran los círculos vicioso y virtuoso. Mientras que el primero se enmarca en el enfoque biológico-curativo donde predomina la relación sinérgica entre las enfermedades infecto-contagiosas, la desnutrición y las inadecuadas condiciones de saneamiento básico en áreas rurales —donde los grupos materno-infantil y preescolar son los más afectados—, que mantiene a los individuos y a las comunidades sumergidos en las mismas condiciones precarias de vida, de tal forma, que el planteamiento de contribuir al desarrollo económico y social de la nación en estas condiciones, resulta irracional.

Por el contrario, el segundo se amplía de manera considerable a la luz del “nuevo universalismo”, se enmarca en la protección de la salud por lo que se visualiza como un círculo productor de salud y generador de productividad y competitividad que armoniza con el desarrollo económico. Incluye valores como la equidad, parámetros de medición como la eficiencia y la calidad. En oposición a ponderar el desarrollo económico, considera el desarrollo del capital humano y social como condiciones para reducir la pobreza e incidir así en el desarrollo económico.

No obstante, conviene no perder de vista que el planteamiento de acceso universal y de calidad a la protección de la salud, no conduce directamente a tal desarrollo, pues, su instauración constituye solamente un factor incidente, debido a la supeditación de la interrelación de factores macroestructurales nacionales y globales.

5.3.3 Objetivos

Sistema Nacional de Salud		Sistema de Protección Social en Salud	
Objetivos	Indicadores	Objetivos	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> •Extensión de servicios. •Desarrollo demográfico •Apoyo a la población desprotegida e incapacitada. •Mejoramiento del ambiente. •Desarrollo de los recursos humanos. •Financiamiento de la industria nacional químico-farmacéutica 	<ul style="list-style-type: none"> •tasa de fecundidad •esperanza de vida •tasa de mortalidad general y por grupos •estadísticas vitales de morbimortalidad. 	Mejorar la salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> •EVISA •AVISA •Esperanza de vida al nacer •Supervivencia de menores de cinco años •Mortalidad de adultos
		Trato adecuado	<ul style="list-style-type: none"> •Trato digno •Autonomía •Confidencialidad •Atención pronta •Calidad y comodidad de los servicios generales •Acceso a redes de apoyo social.
		•Seguridad financiera	<ul style="list-style-type: none"> •Equidad •Calidad técnica e interpersonal •Protección financiera

Cuadro elaborado por la autora.

La comparación entre los objetivos antes y después de la reforma muestra diferencias esenciales. Antes de la reforma, éstos se orientan hacia cuestiones muy generales basadas en indicadores de estadísticas vitales, pero con el riesgo del subregistro y hacia el desarrollo demográfico que no le corresponde propiamente a la salud pública. En contraste, el SPSS se orienta hacia objetivos puntuales factibles de medición como son:

1. Mejorar la salud de la población. En el Informe de Salud 2000,²⁹⁸ se expone que el sistema de salud puede lograr el mejoramiento aplicando la equidad horizontal y vertical a todos los que tienen la misma necesidad sanitaria con la misma preferencia, a fin de reducir las desigualdades en materia de salud. Este objetivo se mide mediante los indicadores EVISA (esperanza de vida saludable), AVISA (años de vida saludable), esperanza de vida al nacer, supervivencia de los menores de cinco años y mortalidad de adultos, 2. Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud. Puesto que el estado de enfermedad mina la capacidad del paciente para controlar sucesos que amenazan su dignidad, este objetivo se mide mediante los indicadores de i) trato digno; como persona y como paciente sujeto de derechos; ii) autonomía, que supone la elección del proveedor de la atención o la clínica de primer contacto; iii) confidencialidad, con respecto a su enfermedad; iv) atención pronta en consulta o intervención quirúrgica, v) calidad y comodidad de los servicios generales durante su estancia hospitalaria, y; vi) acceso a redes de apoyo social durante la misma tanto para los paciente como para sus familiares.

2. Garantizar seguridad financiera en materia de salud. Objetivo que también se consigna en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Se refiere al aseguramiento de la justicia en el financiamiento en materia de salud, lo cual se traduce en equidad, calidad y protección financiera, bajo el supuesto de que la enfermedad en hogares de ingresos medios los precipita hacia la ruina económica.

²⁹⁸ Informe, *op. cit.*, p. 62.

Mientras que a las personas más vulnerables las arroja hacia la pobreza extrema, y éstas últimas pierden su salud e incluso la vida por no tener los recursos financieros para su atención. Al respecto, indica Julio Frenk que “existe información que demuestra que aun en presencia de estas condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero.”²⁹⁹ A primera vista pareciera que los términos garantía de acceso, calidad y satisfacción de necesidades no tuvieran nada que ver con la salud, sin embargo, están estrechamente relacionados con el grado de acceso a la protección a la salud, asimismo enriquecen el enfoque curativo al incentivar la calidad de vida y la capacidad de satisfacer las expectativas de la población. Sin embargo, desde otra posición, pareciera que este objetivo puntualiza que la protección a la salud depende o es equivalente a la protección financiera, en tales casos, ¿cómo quedan las personas que no pueden protegerse financieramente? Están condenadas a ser tratadas con los mismos criterios pobres del modelo asistencial y a no ser consideradas como ciudadanas, por tanto, impedidas para ejercer su derecho a tal protección. Pasa por alto, además, las contribuciones de la ciudadanía en general que se destinan o deberían destinarse para el pago de dicha protección.

²⁹⁹ *Ibíd.*, p. 27.

5.4 Esquema Financiero

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud				
	Gasto Público en Salud ³⁰⁰ como porcentaje del producto interno bruto 2004: 3.0				
“Presupuestación burocrática” Asignación presupuestal estatal por el gobierno federal.	“Presupuestación democrática” se basa en la demanda				
	Seguros Públicos		Aportadores		
<ul style="list-style-type: none"> •Cuota de recuperación •52 % de gasto de bolsillo³⁰¹ •Pago de bolsillo para compra de medicamentos •46 % prepago privado •2 % gasto público. <p>Gastos catastróficos:³⁰²</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 a 3 millones de hogares gastan 30 % o más de su ingreso al año en salud. ▪ Algunos gobiernos locales asignan a los servicios estatales de salud 535 veces más recursos que otras entidades federativas. ▪ Cada vez más recursos destinados al pago de nómina, y menos a inversión. 	Seguro de Enfermedades y maternidad del IMSS, para los asalariados del sector privado formal de la economía. Apartado A del artículo 123 Constitucional.	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social) ³⁰³	
	2. Seguro médico del ISSSTE para los trabajadores del sector público de la economía. Apartado B del artículo 123 Constitucional.	Empleado	Gobierno Federal , Estado Nacional		
	3. Seguro Popular de Salud para los no asalariados, trabajadores del sector informal de la economía, autoempleados, desempleados y sus familiares.	Familia	Gobierno Estatal ³⁰⁴	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social) ³⁰⁵
	Bienes Públicos ³⁰⁶ de la Salud	Presupuesto de la Secretaría de Salud Federal			
Servicios de Salud a la Persona ³⁰⁷	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC).				
	Con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Se constituye con 8 % de la suma de la cuota social, las aportaciones solidarias federal y estatal, y aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales.				

Cuadro elaborado por la autora, se retoma el cuadro de la Nueva Arquitectura Financiera del Sector Salud Mexicano, en Estrategia de Evaluación. Sistema Nacional de Protección en Salud, 2005.

³⁰⁰ 5ª Informe de labores, 1ª de septiembre de 2005, p. 323.

³⁰¹ En el Estudio de cuentas nacionales de salud, realizado por la Fundación Mexicana para la Salud, se cuantifica la magnitud del gasto privado en salud y se rompe el mito de que el gasto en salud en México era eminentemente público.

³⁰² Son aquellos gastos en salud superiores a 30% de la capacidad de pago, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto en alimentación.

³⁰³ Cubre aportación de aseguramiento de cada ciudadano, 1.5 veces la cuota social procedente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33)

³⁰⁴ Cubren aportación solidaria 0.5 veces la cuota social.

³⁰⁵ Busca generar mayor equidad financiera entre instituciones, y la asignación presupuestal sobre la base de las familias afiliadas, pretende producir mayor equidad geográfica. La asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al SP.

³⁰⁶ “aquellos bienes o servicios que presentan dos características fundamentales: i) no rivalidad en el consumo, cuando la cantidad disponible del bien no se agota cuando lo consume un individuo o grupos de individuos, y ii) no exclusividad, cuando el consumo del bien por parte de una persona no excluye la posibilidad de que otras personas también lo consuman. p.32 P.e. tareas vinculadas con la rectoría del sector: regulación sanitaria, información y evaluación. Asimismo, la generación de conocimiento derivado de la investigación y los servicios de salud dirigidos a colectividades como: vigilancia epidemiológica, salud ambiental, atención a desastres y control de vectores. Véase en Sistema de protección social en salud, pp. 32 y 41.

³⁰⁷ “se brindan cuando la persona se presenta en la unidad de atención solicitando espontánea o explícitamente la prestación del servicio. La atención médica comprende servicios otorgados principalmente mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente”

Antes de la reforma, el financiamiento en salud de la “población abierta” se basaba en el gasto personal dividido en gasto de bolsillo (52%) y prepago privado (46%) ambos factores se reconocen como riesgos de empobrecimiento al enfrentar gastos catastróficos en salud. Julio Frenk indica que “principalmente a las familias de bajos ingresos; entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen por destinar más de la tercera parte de su ingreso a la compra de medicamentos y consultas. Otra proporción de familias pospone e incluso ni siquiera solicita la atención por los gastos catastróficos que les representa, riesgo que es diez veces mayor en la población más pobre”³⁰⁸ y que afecta sobre todo a los hogares de bajos ingresos.

En el contexto de la economía de mercado el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, se consigna que el sistema de salud se orienta hacia este tipo de economía y que el Estado debe disminuir su intervención en la economía nacional e incorporar la participación del sector privado: “Las políticas y estrategias sanitarias han de abarcar la prestación de servicios y el financiamiento por el sector privado, además del financiamiento y las actividades por parte del Estado. Sólo así pueden los sistemas de salud en su conjunto orientarse hacia la consecución de metas de interés público.”³⁰⁹

Identifica en el modelo asistencial cinco desequilibrios “que tienen implicaciones relevantes desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: a) bajo nivel de inversión; b) origen ineficiente de los recursos para financiar la salud, debido al predominio del gasto de bolsillo; c) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; d) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y e) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.”³¹⁰ Por lo que la esencia de la tercera reforma consiste en transformar la estructura financiera del sector para que gradualmente todos los mexicanos cuenten con seguridad social, que sean derechohabientes con prerrogativas sociales perfectamente definidas por un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud: IMSS, ISSSTE y SP. Los dos primeros conservan su universo tradicional —asalariados del sector privado formal

³⁰⁸ De acuerdo con estudios del Instituto de Salud Pública de México.

³⁰⁹ Informe, *op. cit.*, p.xvii.

³¹⁰ Sistema de protección, *op. cit.*, p. 19.

de la economía y los trabajadores del sector público— y el tercero extiende su universo de manera significativa hacia la población no asalariada, trabajadores del sector informal de la economía, autoempleados, desempleados y sus familiares que integran un universo de 45 millones de personas que representan el 57.8 %³¹¹ del total de la población del país que no estaba asegurada por ninguna institución de seguridad social.

El SP constituye la instrumentalización operativa del SPSS destinado a cubrir a 48 millones de mexicanos en los que se encuentran los grupos de población más pobres, con los objetivos de brindar protección financiera a población sin seguridad social, crear una cultura de prepago en sus afiliados y disminuir el empobrecimiento de las familias. Éste permite que las personas y sus familias adquieran una póliza cuyas aportaciones anticipadas sustituyen a las tradicionales cuotas de recuperación; se afilien voluntariamente con aportaciones de acuerdo a su capacidad de pago; que adquieran la capacidad de movilidad de un seguro a otro de acuerdo a su situación laboral, ocupacional y de ingresos, que utilicen las instalaciones y recursos de los tres seguros públicos como prestadores de servicios, aunque el seguro titular cubra los costos del servicio, y; por consiguiente, ejercer igualitaria e incluyentemente el derecho a la protección de la salud.

Con estas características, Julio Frenk, señala que la operación del SP no debe verse como un programa sino “como vehículo financiero que financia la contratación de médicos, el equipamiento y nuevas instalaciones” que al final de siete años a partir de su funcionamiento se espera un sistema que habrá superado la segmentación financiera y la cobertura universal.³¹² La reforma financiera parte de la premisa de reorganizar y redistribuir los recursos ejercidos actualmente en los diversos ramos del gasto público federal en salud para población no asegurada, bajo una nueva lógica que canalice específicamente los recursos destinados a la prestación de servicios de salud preventivos y de atención médica conforme a las necesidades reales de la población.

³¹¹ Censo de población y vivienda 2000.

³¹² “*Nueva arquitectura financiera del sector salud mexicano, estrategia de evaluación*” en Sistema de protección, *op. cit.*

Cabe señalar, que esta reforma financiera al igual que el enfoque asistencial se basa predominantemente en el modelo médico-curativo, sin embargo, su alcance se proyecta hacia la ordenación de las asignaciones actuales de presupuesto. La corrección gradual de los desequilibrios financieros rompe el paradigma de la atención asistencial por una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica y establece una relación de corresponsabilidad tanto entre los órdenes de gobierno, como entre éstos y la ciudadanía. Parte del supuesto de que la interacción diseñada de estas proyecciones dan forma y contenido al ejercicio del derecho a la protección de la salud de los asegurados. Su fundamento se plasma en la estrategia No. 5 planteada en el PRONASA: brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud, en particular en la línea de acción 5.1 Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular.

5.5 Planeación y Programación

Sistema Nacional de Salud ³¹³		Sistema de Protección Social en Salud
Planes de Desarrollo y Programas Nacionales de Salud	<ul style="list-style-type: none"> •Combate a la pobreza extrema •Desigualdad en las oportunidades para los grupos más pobres •Vulnerabilidad. 	Democratización de la atención de la salud <ul style="list-style-type: none"> •Reducir la pobreza •Reducir la desigualdad •Universalidad
Universos	<ul style="list-style-type: none"> •Universo de 40 millones de personas. •Grupos sociales específicos, que representan a 10 millones de mexicanos que carecen de acceso regular a servicios de salud (1995). 	48 millones de personas en 7 años, 50% población no asalariada: <ul style="list-style-type: none"> 1° grupo; productores del campo 2° grupo; trabajadores por cuenta propia de la ciudad, pequeños comerciantes, profesionistas, personas que cobran por honorarios o comisiones, personas que están fuera del mercado de trabajo, amas de casa, estudiantes y personas con discapacidad permanente. 3° grupo; desempleados. 4° grupo; los informales, tianguistas y ambulantes.
		PRONASA 2001-2006
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar el nivel de salud de los mexicanos. •Tendencia a la cobertura total •Servicios básicos 	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar la salud de los mexicanos •Abatir las desigualdades en salud •Garantizar un trato adecuado. •Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud. •Fortalecer el sistema de salud. •Reforma financiera

Cuadro elaborado por la autora.

³¹³ Salud Pública de México, Vol., 46, No. 6, noviembre-diciembre de 2004.

En el PND 2001-2006 al igual que los planes nacionales anteriores predominan los criterios de pobreza, vulnerabilidad y rezago de población no asegurada que se concentra en los municipios de alta marginalidad en los estados del sur y en general los 63 grupos indígenas del país. En el Informe sobre Salud en el Mundo 2000 se consigna que “los pobres son también los que menos se benefician de la capacidad de respuesta del sistema: reciben un trato menos digno, ven restringida la gama de proveedores y obtienen servicios de peor calidad”³¹⁴ por lo que sus políticas se dirigen a atenuarla con la inclusión prioritaria de grupos de población vulnerables.

Aunque también en dicho plan se incluyen principios considerados determinantes en la implementación del SPSS. El primero es “la universalidad” que consiste en proporcionar cobertura a todos los mexicanos y mexicanas sin hacer distinciones entre grupos de población. Se sustenta a su vez en el principio de la democratización de la salud plasmada en el actual PRONASA, a partir del reconocimiento de que el mejoramiento de la salud de los mexicanos depende de la democratización de su atención, entendida como “la creación de las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita.”³¹⁵

La cobertura del universo constituye otra determinante para la Reforma porque muestra que de 40 millones de personas consideradas como población abierta, solamente se cubría un universo potencial de 10 millones integrados por los grupos de población en pobreza y extrema pobreza. La cobertura insuficiente se intensifica con servicios pobres, así que no existe un real acceso ni a los servicios de salud ni a la protección y mucho menos a la salud.

Por el contrario, en el SPSS el universo a cubrir es de 48 millones de personas, por supuesto que el total de población estimado en 2003 (97 483 412) es mayor que en 1995 (94.7 millones) pero calcula una cobertura gradual a 7 años. Al 30 de junio de 2005 el número de familias afiliadas es de 2, 071,512 en 32 entidades incorporadas.³¹⁶

³¹⁴ Informe sobre, *op. cit.*, p. xvii.

³¹⁵ Programa Nacional de Salud.

³¹⁶ Véase beneficios observados en *Sistema de protección, op. cit.*, p. 89.

En cuanto a la programación nacional en salud tradicionalmente se han planteado como objetivos el mejoramiento del estado de salud y la cobertura total, contradictoriamente con la aplicación de criterios de inclusión y la prestación de servicios básicos al mismo tiempo. En cambio en la programación vertida en el PRONASA 2001-2006 se mantienen como objetivos el mejoramiento de la salud y el abatimiento de las desigualdades, pero orientados hacia el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva en la procuración y acrecentamiento de sus medios de vida y los ubica en el contexto del fortalecimiento del sistema de salud a través del trato digno y el financiamiento como indicadores relacionados directamente con la garantía del acceso efectivo, por lo que presentan mayor factibilidad de incidir en el mejoramiento de las condiciones de salud.

5.6 Marco Jurídico

Sistema Nacional de Salud		Sistema de Protección Social en Salud ³¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> •Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. •Derecho a la Protección a la Salud (1983) •Ley de Planeación •Ley Orgánica de la Administración Pública Federal •Legislación sanitaria •Ley General de Salud •Reglamento Interior de la SSA 		<ul style="list-style-type: none"> •Decreto de Reforma a la Ley General de Salud (abril de 2003) •Adición del Título Tercero bis, que incluye 10 capítulos 41 artículos. •Modificación de los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la LGS. •21 artículos transitorios, que establecen la gradualidad de la implantación del SPSS. •Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Diario Oficial del día lunes 19 de enero de 2004.
		<ul style="list-style-type: none"> •Reglamentos en materia financiera y organizacional: •Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. (5 de abril de 2004). •Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS). (7 de julio de 2004). •Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (27 de febrero de 2004).
		Acuerdo por el que se Establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos del 28 de Abril de 2004.
Población derechohabiente	<ul style="list-style-type: none"> •Ley del IMSS³¹⁸ •Ley del ISSSTE 	<ul style="list-style-type: none"> •Ley del IMSS³¹⁹ •Ley del ISSSTE³²⁰ <p style="text-align: right;"><i>Cuadro elaborado por la autora.</i></p>

³¹⁷ Véase Aportes normativos en el ejercicio del derecho de la salud, 2001-2006, en Secretaría de Salud, memoria documental y Sistema de protección social, *op. cit.*

³¹⁸ Ley del Seguro Social de 1997: por cada persona afiliada, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9 % del salarios mínimo general anual del Distrito que se ajusta periódicamente según la inflación. Actualmente la cuota equivale aproximadamente a 2 400 pesos por cotizante por año.

³¹⁹ La Ley del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) establece como derechohabientes a: 1) la esposa, o a falta de ésta, la mujer con quien el trabajador o pensionista ha vivido como si lo fuera durante los cinco años anteriores o con la que tuviese hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio; 2) del mismo modo el esposo de la asegurada o pensionada, o a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y que reúnan los mismos requisitos del punto anterior; 3) hijos menores de 16 años; 4) los hijos cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta cuanto no desaparezca la incapacidad o hasta la edad de 25 años cuando

A pesar de la transición de la salud como asistencia hacia la protección de la salud como derecho consignado en el artículo 4° constitucional en 1983, y la existencia de toda una base legislativa con rango de leyes, como son la Ley de Planeación, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud, así como la Legislación sanitaria y un Reglamento Interior de la SSA; no se instrumenta una infraestructura jurídica para hacer efectiva la aplicabilidad de este derecho a la protección de la “población abierta” localizada generalmente en el medio rural. Dicha infraestructura tiene lugar hasta que se decreta la Reforma a la Ley General de Salud en abril de 2003 y la publicación de su reglamento en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo del mismo año. Con esta base el 5 de abril de 2004 se reforma, adiciona y da vida al Sistema de Protección Social en Salud mediante el cual se convierte en Ley el Seguro Popular en vigor desde el 1° de enero de 2004. Esta reforma a la Ley General de Salud constituye el marco legal³²¹ indispensable para operacionalizar el derecho constitucional a la protección a la salud, pues, permite su ejercicio universal independientemente de la situación laboral, nivel de ingreso y estado previo de salud, ésta conformado por decretos, lineamientos, acuerdos y convenios publicados en el Diario Oficial de la Federación, complementados por reglamentos en materia financiera y organizacional.

realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional; el padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste o dependan económicamente del asegurado o pensionado.” Ley publicada el 19 de diciembre de 2001. Citado en Síntesis Ejecutiva. No. 12 Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de protección social en salud. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, 2004, p.4.

³²⁰ “La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) establece que se consideran familiares derechohabientes a: 1) la esposa, o a falta de ésta, la mujer con quién el trabajador o pensionista ha vivido como si lo fuera durante los cinco años anteriores o con la que tuviese hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio; 2) los hijos menores de 18 años, de ambos o de sólo uno de los cónyuges, siempre que dependan económicamente de ellos; 3) los hijos solteros mayores de dieciocho años, hasta la edad de 25, previa comprobación de que están realizando estudios de nivel medio o superior y que no tengan un trabajo remunerado; 4) los hijos mayores de 18 años incapacitados física o psíquicamente, que no puedan trabajar; 5) esposo o concubinario de la trabajadora o pensionista siempre que fuese mayor de 55 años, o esté incapacitado física o psíquicamente y dependa económicamente de ella y 6) los ascendientes siempre que dependan económicamente del trabajador pensionista. Ley publicada el 12 de diciembre de 1998, citado en síntesis ejecutiva. No.12 Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de protección social en salud, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, 2004, p. 4.

³²¹ Véase en *Sistema de protección*, anexos legales, *op. cit.*, pp. 173-242.

Por el contrario, para la población derechohabiente —trabajadores vinculados al sector formal de la economía y los trabajadores al servicio del Estado— localizados principalmente en áreas urbanas, si existe la infraestructura legislativa para ejercer el derecho a la salud y a la seguridad social estipulados en la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

5.7 Información

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
	Sistema Nacional de Información en Salud. SINAIS ³²²
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema desintegrado • Sistemas paralelos • Heterogéneo en sus registros • Personal no capacitado • Acceso limitado y vertical • No confiable • No oportuno • Sin detección de necesidades de información • Excesivo centralismo • Sin información del sector privado • Se desconoce su utilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema único, integrado, moderno, confiable, oportuno, dinámico. • Administra datos, información, conocimientos • Mide equidad, calidad, protección financiera • Orienta hacia la gestión • Respalda los objetivos del PRONASA • Integra a la medicina privada • Enfatiza en el acceso, difusión, uso y utilización de la información • Respalda procesos de toma de decisiones, niveles de rectoría, gestión de programas, de servicios, y la población en general • Permite la comparación nacional e internacional • Estimula la participación ciudadana <p style="text-align: center;">Sistemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud (SAEH) • Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) • Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) • Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). • Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); genera información de los servicios de salud en sus diferentes niveles técnico-administrativos, respaldada por un paquete automatizado (SUAVE) para la captura, concentración y análisis de la información obtenida. • Sistema Único de Información de Laboratorio (SUILAB). • Sistemas Especiales • Sistema de Cuentas Nacionales <p style="text-align: center;">Subsistemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información de población y cobertura • Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) • Información en Prestación de Servicios Ambulatorios y Hospitalarios: Análisis dinámico de la información (Cubos) • Información sobre Hechos Vitales • Expediente Clínico Electrónico (SIGHO)

Cuadro elaborado por la autora.

³²² Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006 (SINAIS) primera edición, 2002, Secretaría de Salud.

En el SPSS, la información adquiere cambios significativos, la OMS señala que “El camino a la salud se comunica a través de la información” así ésta se perfila como una vía de acceso a la salud a partir de la demanda de información y conocimiento científico, fidedigno y oportuno para participar y tomar decisiones con respecto a la salud en los planos individual, familiar, y político-administrativo.

El primer cambio esencial es que a diferencia de un sistema desintegrado con registros heterogéneos a cargo de personal no siempre con capacitación especializada, después de la reforma la información se establece como un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)³²³ integrado a su vez por sistemas y subsistemas con la característica relevante de administración de datos y conocimientos a cargo de personal especializado.

El segundo, radica en que se constituye como una infraestructura cuyo alcance es el proceso de gestión desde la colección y captura de datos, la generación de información, hasta su difusión y utilización, por los diferentes actores y usuarios del sistema de salud como por la sociedad en general, contrariamente al excesivo centralismo que no cubre en su totalidad al sector salud así como el acceso limitado y vertical a la información.

El tercer cambio, es el paso de un sistema que funcionaba sin detección de necesidades de información, sin confiabilidad ni oportunidad y con el desconocimiento de su utilidad, hacia un sistema que se apoya en fuentes de información claves para el periodo 2000-2005, como son los registros de mortalidad de INEGI, los egresos hospitalarios del IMSS, las proyecciones poblacionales de CONAPO, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2006, así como también en herramientas para el análisis de costo-efectividad que proporciona la OMS.

Aunque a partir de 1985 la secretaría de salud establece el sistema de encuestas nacionales de salud constituido por estadísticas sobre población, daños a la salud, recursos para la prestación de servicios, riesgos a la salud e insumos, después de la reforma “mediante la implantación de un Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS) ha sido posible identificar y medir el flujo de recursos tomando en cuenta su origen y los diferentes fondos, instituciones o niveles de gobierno hacia los cuales dichos recursos se destinan.”³²⁴

³²³ Véase definición, objetivos, instituciones que aportan información demográfica y niveles de resolución, en Programa de Acción: sistema nacional de información en salud 2001-2006, primera edición, 2002, Secretaría de Salud.

³²⁴ *Sistema de Protección, op. cit.*, p. 19.

Otro ejemplo es la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2002, que revela “que los hogares ubicados en el décil más bajo de ingresos dedican, en pagos directos, alrededor de 6.8% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del décil de mayores ingresos dedican a este rubro 2.2% de su ingreso familiar”.³²⁵

El último cambio, es que representa el núcleo de prácticamente todas las actividades de la planeación en salud, desde la programación y presupuestación. En materia de análisis y diseño de la agenda de políticas públicas determina la toma de decisiones, justifica la gestión de programas y servicios e incluso de su calidad depende a su vez la calidad de la evaluación ya que ésta procesa los datos que la información le proporciona.

5.8 Evaluación

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<ul style="list-style-type: none"> •Cuarta etapa del Proceso de planeación del desarrollo. •Cuantificación y valoración. •Medición de producción, metas operativas y objetivos. •Indicadores simples 	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud: •Desempeño •Efectividad •Eficacia •Rendición de cuentas: •Decisiones •Asignación de recursos •Impacto

Cuadro elaborado por la autora.

El proceso de evaluación en el SPSS también adquiere connotaciones diferentes en comparación con la evaluación asistencial en el ámbito de la administración pública. María del Carmen Pardo, menciona que a la evaluación “se le identificó como una tarea esencial postergada siempre en nuestra cultura administrativa: la evaluación de programas gubernamentales para que sirviera de insumo a nuevos ejercicios de planeación.”³²⁶

³²⁵ *Ibíd.*, p. 20.

³²⁶ Pardo, María del Carmen, *op. cit.*, p.147.

En el caso de la secretaría de salud antes de la reforma, la evaluación se diseñaba como la última fase del proceso de planeación para aplicar la medición de la producción en cuanto a cumplimiento de objetivos y metas operativas de acuerdo a indicadores simples como son: tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, incidencia de diarrea, prevalencia de hipertensión y de diabetes mellitus, y utilizar los resultados obtenidos para elaborar la reprogramación de metas. Se apoyaba también en actividades de supervisión en los niveles estatal y jurisdiccional, y con el seguimiento de los programas y proyectos locales con visitas a los centros de atención comunitarios.

Cabe mencionar que este modelo de evaluación era factible porque se destinaba una partida presupuestal suficiente para enfrentar los gastos que implicaba la supervisión directa del nivel central quién ejercía la normatividad y el control, ya que, antes de 1984 no se había iniciado todavía la descentralización de los servicios de salud.

En el SPSS la evaluación se orienta hacia el desempeño y la rendición de cuentas.³²⁷ Con respecto a la primera, es una función básica de la fase de control del proceso administrativo a partir del cual se buscan elementos objetivos que apoyen la planeación, la toma de decisiones y la gestión administrativa. Tiene las finalidades de determinar en qué medida se están cumpliendo los objetivos intermedios del sistema evaluando los programas y servicios de salud, en los cuales se identifican las formas precisas en que interactúan los distintos niveles de servicios relacionados con la salud y de evaluar los objetivos últimos de los sistemas de salud, lo que le permite al sector determinar en qué medida se está cumpliendo con la misión de proporcionar salud a los mexicanos y facilitar la toma de decisiones en materia de políticas y de gerencia.

³²⁷ Véase indicadores, valores estándar, objetivos y metas, fuentes de información y etapas de un proceso evaluación, en Seminario de evaluación del desempeño del sistema de salud, Introducción a la evaluación de los sistemas de salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Chiapas, México, 1-5 de diciembre de 2003.

Para fines de evaluación de una dimensión social como lo es el campo de la salud, se requiere de un enfoque a resultados y productos en el marco de un proceso de planeación estratégica que comprenda también la evaluación desde las percepciones de los pacientes y consumidores de servicios de salud de acuerdo con sus expectativas y necesidades.

En el informe en salud 2000 se asienta a la evaluación en los niveles de sistema de salud, desempeño del sistema, indicadores, programas y servicios de salud, y políticas de gobierno. En el primero, la evaluación consiste en determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos de buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (logros) y comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr con los mismos recursos (desempeño). “Relacionando de esta forma los resultados con los logros mínimo y máximo previstos y con el uso de recursos económicos se define el indicador general del *desempeño* del sistema: un buen desempeño significa apartarse del logro mínimo y acercarse al máximo. En términos económicos, el desempeño viene a medir la eficiencia: un sistema de salud eficiente logra mucho en relación con los recursos de que dispone. Por el contrario, un sistema ineficiente desperdicia recursos, aun cuando logre un alto nivel de salud, capacidad de respuesta y equidad.”³²⁸

Los indicadores³²⁹ como parte indispensable en el diseño de las políticas están contruidos con características muy precisas en concordancia conceptual y metodológica de la perspectiva gerencial. Aportan precisión en la medición de procesos y resultados. Los indicadores para evaluar el desempeño del sistema nacional de salud y de los sistemas estatales de salud son la esperanza de vida saludable; los índices de desigualdad en salud, trato adecuado, desigualdad en trato adecuado, e índice de protección financiera.³³⁰

³²⁸ *Informe sobre salud, op. cit.*, p. 47.

³²⁹ Véase definiciones, función, características, clasificación, y tipos de indicadores, en seminario de evaluación, *op. cit.*

³³⁰ Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2001-2006. SSA, México, 2002, p.17.

La evaluación como política de gobierno; —se continua en el Informe— “la responsabilidad última del desempeño global del sistema de salud de un país incumbe al gobierno, que a su vez debe recabar la participación de todos los sectores de la sociedad en la rectoría de dicho sistema.”³³¹

La evaluación orientada hacia la rendición de cuentas está estipulada en el PRONASA como “el proceso a través del cual las instituciones de gobierno dan a conocer a los ciudadanos las decisiones que toman durante el ejercicio de sus funciones, la forma en que asignan los recursos disponibles y el impacto que ambos procesos tienen en la vida de los municipios, los estados o el país en su conjunto.”³³² Se concreta en informes al Congreso de la Unión y por el seguimiento de los Consejos de Salubridad General y Nacional de Salud, de la Asamblea Nacional de Salud y del Consejo Ciudadano de Seguimiento.

Finalmente, en el marco de la democratización de la salud, la rendición de cuentas se establece como la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas sobre los avances programáticos y la utilización de los recursos. Tal rendición representa una respuesta a las demandas ciudadanas y el reconocimiento de la ciudadanía como principal beneficiario del sistema de salud

El PRONASA considera, asimismo, la puesta en marcha de un esquema de evaluación con énfasis en los resultados de carácter comparativo y de aplicación en las dimensiones municipal, estatal y nacional. Se pretende su utilización para el ajuste permanente de políticas y programas de salud, para ello, establece la aplicación de indicadores agregados —calidad de los servicios y grado de protección financiera de los ciudadanos—, para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud de la población. E indicadores de metas intermedias —procesos y recursos— para medir el desempeño de los programas y servicios.

En este marco conceptual, el propósito fundamental de la evaluación del SPSS es medir el desempeño gerencial y el impacto para ajustar, rediseñar y contribuir a la rendición de cuentas, de manera especial la provisión de evidencias sobre la eficiencia del cumplimiento de los objetivos.

³³¹ Informe sobre Salud, *op. cit.*, p.xvii.

³³² Programa Nacional de Salud, p. 157.

5.8.1 Modelo de Evaluación Integral³³³

Dominios:	<ul style="list-style-type: none"> •Seguimiento y supervisión. •Evaluación indirecta y externa.
Características	<ul style="list-style-type: none"> •Normativa •Dinámica Participativa
Componentes para evaluación externa	Indicadores
Financiero	
Gerencial	<ul style="list-style-type: none"> •Proceso de afiliación y pago de cuotas familiares. •Proceso de acceso y utilización de servicios. •Calidad de la atención. •Abasto de medicamentos y surtimiento de recetas. Satisfacción de los usuarios.
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> •Condiciones de salud. •Trato a usuarios. •Protección financiera.

Cuadro elaborado por la autora.

Al igual que en el modelo asistencial, la evaluación se apoya en el seguimiento y la supervisión para identificar desviaciones, corregirlas o adecuarlas, e incluso se establecen como obligación del SPSS.³³⁴ La diferencia radica en que en éste último, la evaluación se diseña como *modelo de evaluación*³³⁵ diseñado científicamente, basado en la utilización de métodos de evaluación cuantitativos y de herramientas metodológicas. Por ejemplo, la muestra censal del XII Censo de Población y Vivienda de 2000, Encuestas Nacionales de Salud, Cuentas Nacionales de Salud, Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED 2002-2003) incluyendo registros y análisis de flujos financieros lo cual permite el diseño de políticas a partir de un “sustrato de evidencias”, estudios y análisis cuantitativos.

³³³ Análisis del modelo de evaluación integral e indicadores propuestos para cada componente de la evaluación externa, en Sistema de protección social en salud, *op. cit.*, pp. 95-98 y 167-168 respectivamente.

³³⁴ Reglas de Operación del SPSS, Diario Oficial, 4 de julio de 2003.

³³⁵ Capítulo VII. De la evaluación integral del sistema, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, Publicado en el diario oficial de la federación el 5 de abril de 2004.

Se enfoca al funcionamiento del sistema de forma integral, mide el alcance eficiente de objetivos y metas, se orienta hacia resultados para la adecuación de estrategias, definición de políticas y a la rendición de cuentas. Debido a sus características de normatividad, dinámica y participativa, se desarrolla en el marco de métodos, criterios, procesos y acciones homogéneos, que permite su adecuación a los requerimientos de cambio, e involucra tanto a los niveles de decisión como a los aplicativos, e inclusive a la población. Se enfoca también a asegurar el funcionamiento del SP a través de la evaluación de indicadores de seguimiento, indirecta y externa.³³⁶

Este modelo se complementa con dos mecanismos que corresponden a la implementación: la acreditación y la certificación de unidades de atención médica. Sin embargo, vale la pena mencionarlos como parte de la evaluación porque “están diseñados en la LGS para fortalecer la oferta de servicios del SPSS. “Tienen el objetivo de evaluar la capacidad de las unidades para prestar servicios médicos. La diferencia conceptual entre ambos mecanismos es que la acreditación evalúa la capacidad para brindar todos los servicios cubiertos por el SPSS mientras que la certificación evalúa la capacidad para brindar todos los servicios que la unidad ofrece, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el SPSS.”³³⁷

³³⁶ Véase, Evaluación del seguro popular en salud, en su fase inicial en sistema de protección, *op. cit.*, pp. 28-29.

³³⁷ Sistema de protección, *op. cit.*, p. 74. La operación de estos mecanismos corresponden a la etapa de implementación, se mencionan solamente para efectos de identificación de componentes para el diseño de la política. Véase criterios de acreditación de unidades, en el manual para la acreditación de la capacidad, seguridad y calidad en establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud.

5.9 Recursos Humanos y Materiales

Sistema Nacional de Salud ³³⁸		Sistema de Protección Social en Salud ³³⁹	
Población total (1995)	62 991,640	Población total (2000)	97,483,412
Población potencial	44 079,568	Población potencial	50,000,000
Población usuaria	30 916,448	Familias afiliadas	2,071,512
•Recursos humanos: •Unidades médicas 15,525 •Personal médico 119,434 •Personal paramédico 72,574 •Servs. Aux. de Diag. y Trat. 10,443 •Personal administrativo 31,728 •Otro personal 27,768		Recursos humanos: Médicos: 1.9 (incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes de las instituciones del sector público.	
•Recursos materiales: •Camas censables 36,514 •Camas no censables 39,161		Recursos materiales: •Camas censables 0.72 (por 1000 habitantes) •Camas no censables	
		•Plan maestro de infraestructura ³⁴⁰ •Plan maestro de equipamiento •Plan maestro de inversión en recursos humanos	

Cuadro elaborado por la autora.

El componente de recursos humanos y físicos corresponde a la etapa de implementación, sin embargo, es primordial analizar los recursos en cantidad y características en relación a la población total estimada en el país, a la cobertura establecida y a la demanda de los usuarios o afiliados según sea el caso sistema de salud nacional o Seguro Popular. Cabe advertir que la elaboración e interpretación de este cuadro es un ejercicio de comparación grosso modo entre población total, potencial y usuaria de la secretaría de salud a manera de mostrar las diferencias de cobertura del sistema nacional y el SP.

³³⁸ Recursos y Servicios. Boletín de información estadística, No, 15, vol, I, Secretaría de Salud, 1995.

³³⁹ 5ª Informe de labores, *op. cit.*, p. 317.

³⁴⁰ Sistema de protección, *op. cit.*, pp.71-75.

En comparación con el total de población del año 2000 y la población potencial del mismo año, la diferencia es de 47 483 412 habitantes, la cual deja ver que mientras el sistema de salud cubría un universo del 70% de la población, el SP cubre el 51%. En relación a la diferencia de la población total con la usuaria en 1995, es de 32 075 192 habitantes, que representa el 49% de habitantes que si ingresan al sistema. En comparación con la diferencia de la población total del año 2000 con los habitantes afiliados al SP (calculando un promedio de cinco miembros de la familia arroja una cantidad de 10 357 560 habitantes) es de 87 125 852 habitantes que representa el 89% que no están protegidos por el SP.

Si bien se mencionó en la introducción que la existencia de recursos no es determinante en el acceso a la salud, el SPSS y particularmente el funcionamiento del SP requiere de recursos diseñados arquitectónica y operativamente para optimizar su utilización. En el PRONASA 2001-2006 se establece como estrategia el diseño de planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud para optimizar los recursos existentes y extender el acceso a los servicios de salud mediante la vinculación de la planeación e inversión en infraestructura. El plan maestro de infraestructura se instrumenta como un mecanismo de fortalecimiento de la oferta con sistemas regionales de atención de alta especialidad contemplados en un modelo de atención a la salud con unidades de especialidades médicas interconectadas por las telecomunicaciones y redes de prestación médica, el cual se complementa con los planes de equipamiento y de inversión de recursos humanos.

5.10 Recursos y Servicios

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud ³⁴¹
<ul style="list-style-type: none"> •Paquete Básico de Servicios de Salud³⁴² •Saneamiento Básico Familiar. •Planificación Familiar. •Atención Prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido •Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil •Inmunizaciones •Manejo de casos de diarrea en el hogar •Detección y control del cáncer cérvico-uterino •Tratamiento antiparasitario a las familias •Manejo de infecciones respiratorias agudas •Prevención y control de la tuberculosis pulmonar •Prevención y control de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. •Prevención de Accidentes y Manejo Inicial de Lesiones. •Capacitación Comunitaria para el Autocuidado de la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Catálogo de Servicios Esenciales del Sistema de Protección Social en Salud (CASES) •Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO) <p style="text-align: center;">Servicios esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Atención ambulatoria y en hospitales generales •Servicios de alto costo •Hospitales de especialidad •Atención médica: <ul style="list-style-type: none"> • consultas • consultas de especialización • hospitalización • intervenciones preventivas • cirugías • exámenes anuales preventivos
Cuadro Básico de Medicamentos para Unidades de Primer Nivel de Atención: 71 claves ³⁴³	Cuadro de medicamentos: 172 claves ³⁴⁴

Cuadro elaborado por la autora.

Antes de la reforma se destinaba a la “población abierta” el paquete básico de 13 servicios de los cuales seis correspondían a actividades de educación para la salud, seis a prevención y sólo una a atención médica, las cuales correspondían al limitado ámbito comunitario en el contexto de la atención primaria por lo que el impacto significativo se debía a las acciones de inmunización correspondientes a la aplicación del esquema de vacunación en el grupo infantil.

Por el contrario, el SP brinda un Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) con 154 intervenciones médicas que cubren el 95% de demanda en unidades de atención ambulatoria y centros de salud, así como el 70% en hospitales generales. El cuadro de medicamentos del SPSS se incrementó a 172 claves diferentes y 168 medicamentos asociados al paquete.

³⁴¹ Sistema de Protección, *op. cit.*, pp.105-149.

³⁴² Modelo de atención a la salud para población abierta, Secretaría de Salud, 1995.

³⁴³ Programa de reforma del sector salud 1995-2000, poder ejecutivo federal, pp. 79-81.

³⁴⁴ 5º Informe de Labores, *op. cit.*, p. 60.

El Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad (CASSCO) no forma parte del SP aunque si lo complementa, contiene 58 intervenciones dirigidas a la comunidad y a la población en general. A diferencia del saneamiento básico y participación comunitaria de la atención primaria en salud antes de la reforma, incluye además de las actividades de servicios a la comunidad la “regulación, control y vigilancia sanitaria que son el reflejo operativo de la protección a la salud contra riesgos sanitarios y daños a la salud.”³⁴⁵

La tercera Reforma del sector salud y el redimensionamiento tanto del Estado como de la administración pública, aparecen como procesos condicionantes. Responde a la voluntad política de un gobierno con visión empresarial que logra aterrizar los lineamientos políticos en el aparato administrativo e introduce el enfoque gerencial con novedosos mecanismos en un campo salvaguardado tradicional y celosamente por la normatividad sanitarista y la medicina clínica a través del consenso político y social respaldado por el despliegue de un extenso marco jurídico. Esta Reforma, expone un cambio trascendente en cuanto a la forma de percibir al individuo, en virtud de que se basa y se justifica en aras del respeto al derecho a la protección de la salud. Rompe el paradigma de la asistencia, de la accesibilidad geográfica y de la disponibilidad de los recursos médico-curativos como determinantes en el acceso a la salud. Aunque contradictoriamente, posiciona en su lugar al factor financiero como el determinante de dicho acceso. Así, la llamada tercera reforma de salud instituye a la reestructuración financiera como el motor del sistema de salud.

³⁴⁵ Sistema de protección, op. cit., 2005, pp. 80-82.

CAPÍTULO VI. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN UN ESTADO ESTRATEGICO

La explicación sobre el acceso a la salud mediante criterios asistenciales del Estado de bienestar, bajo la perspectiva de los derechos humanos y por las estrategias de economía de mercado del Estado neoliberal, en México, —en estos inicios del siglo XXI—, rebasan indiscutiblemente el área estricta de la medicina y del sector salud. Por lo que es necesario abordar dicha explicación a partir de una nueva forma de dirección de la sociedad, sustentada en un marco teórico y de acción estratégica propios para enfrentar entre otros desafíos, el del acceso a la salud. Así, se presencia el tránsito teórico-práctico del gobierno neoliberal hacia la gobernación por un Estado estratégico, en cuya dirección, el enfoque de políticas públicas constituye una herramienta analítica y metodológica.

Para tal efecto, en este último capítulo se expone el marco teórico sobre la gobernanza, la Nueva Gestión Pública y el Estado Estratégico. A manera de propuesta el enfoque de políticas públicas y el análisis de políticas, y finalmente se elabora un análisis metodológico de las políticas de salud del periodo que comprende esta investigación (1943-2006).

6.1 Gobernanza

Además del enfoque del Estado mínimo neoliberal privatizador y de economía de mercado de finales de la década de los sesenta, surgen otras perspectivas teóricas³⁴⁶ que cuestionan el papel del Estado como conductor, coordinador, arbitro y promotor de bienestar y seguridad social a partir de la etapa de crisis nacional en que se sumergen los Estados sociales y autoritarios latinoamericanos.

³⁴⁶ Aguilar, Villanueva Luis F., *Gobernanza y gestión pública*, FCE, México, 2007, pp. 35-136.

Tales perspectivas, propugnan que tal crisis se produce en distintas esferas. En la económica; debido al estancamiento y recesión causadas por el agotamiento del modelo económico desarrollista. En la política; por el colapsamiento del sistema político, popular, corporativo y autoritario. Y en la administrativa; que expone la incompetencia financiera y normativa del gobierno. Que por último, en conjunto impactan en la esfera social, pues el círculo vicioso creado por la desconfianza social, la falta de legitimidad política, y de manera significativa los daños y el empobrecimiento sufrido por la población que provocan la caída del consenso social y muestran las evidencias de la ineficacia del gobierno para gobernar a la sociedad. A partir de estos razonamientos, los argumentos que sostienen dichos enfoques teóricos giran en torno a “descubrimientos” conceptuales y prácticos:

El primero de éstos deja al descubierto que el gobierno ya no posee el control de las variables del bienestar y la prosperidad. Pierde la capacidad de cumplir con los objetivos y metas de bienestar y seguridad social, particularmente de dirigir a la sociedad mediante mando, puesto que la acción práctica de gobernar rebasa sus capacidades, recursos y actores propios. E inclusive, se argumenta que teóricamente la capacidad directiva del gobierno no depende exclusivamente de poderes con amplia autonomía e intervención directa. Por consiguiente, el segundo descubrimiento es que para contar con una dirección social exitosa de la sociedad es necesario reconocer en primer lugar, la existencia de variados y múltiples actores extragubernamentales locales, nacionales y transnacionales. Con las características comunes de independencia económica y social del gobierno, que ostentan la capacidad de oposición y ejecución y que son poseedores del control de las variables clave del bienestar y la prosperidad social. Dicha independencia se extiende hasta la posesión de poder, competencias y recursos —financieros, científicos, tecnológicos, informativos, intelectuales, etcétera—, que son los generadores del crecimiento económico y del desarrollo social. En segundo lugar, el reconocimiento de que participan activamente en la implementación de políticas y en la provisión de servicios públicos mediante la incorporación de mecanismos de mercado y de participación de la sociedad.

De acuerdo a estos “descubrimientos” se deduce que el modo directivo de gobernar tiene que modificarse. Lo cual da lugar al nacimiento del enfoque y concepto de gobernación, con el convencimiento de que la dirección de la sociedad implica el tránsito del mando, el control y la subordinación hacia la negociación y coordinación de las interacciones, de las jerarquías a las redes y de la gestión gubernamental hacia la prestación de los servicios públicos por redes interorganizacionales y autoorganizadas. Dicho tránsito conforma un nuevo modo directivo: la gobernación reticular o por redes (networkgovernance), la gobernanza por redes interorganizacionales, en donde estas interdependencias o interacciones son el eje de acción en tanto que ningún actor social cuenta con la totalidad de los recursos para resolver problemas complejos dinámicos y diversificados lo que impide la dominación de alguno sobre los demás.

Ante estos descubrimientos y reconocimientos, los gobiernos latinoamericanos aplican medidas correctivas de liberalización política, financiera y administrativa para salir de la crisis. En lo político; cancelación de organismos y programas públicos inútiles y onerosos, democratización de los regímenes de formato autoritario dando paso a la pluralidad política y al surgimiento de poderes públicos autónomos, mediante la descentralización de políticas que permite a los gobiernos locales ampliar sus márgenes de independencia respecto del gobierno central y la liberalización de la opinión pública, de lo que resulta la explosión de organizaciones civiles independientes. En lo administrativo; inicia la prestación de algunos servicios públicos mediante proveedores y prestadores externos. En lo económico; la liberalización de los mercados y la privatización de activos estatales importantes, hacia la reducción del personal gubernamental, la promoción de comunidades económicas y políticas transnacionales, además del impulso de tratados de libre comercio con países circunvecinos. En lo social; el fomento y regulación de la organización privada y social gubernamentalmente independiente.

Con estas medidas se afinaron las modificaciones del perfil de la sociedad nacional y de la economía mundial con actores y escenarios diferentes al gobierno. Se rompe el paradigma de lo público y lo privado y aparece el área social con la misma jerarquía y peso tanto en la decisión y elaboración de la agenda de gobierno

como en la formulación e implementación de las políticas. De esta forma, se “rehace” el concepto y la práctica del gobierno como un nuevo equilibrio en las relaciones entre el Estado, el mercado y la organización social, en fin, se configura un nuevo proceso organizativo directivo de la sociedad: la “nueva gobernanza” como la transición de “un Estado unitario hacia un régimen diferenciado” (differentiated polity) que se caracteriza por la dispersión y fragmentación del poder central entre actores más independientes, autorreferidos, autónomos, vinculados con actores globales.

La “nueva gobernanza” concibe a la dirección de la sociedad como *proceso estructurado institucional y técnicamente* que articula las instituciones con las prácticas políticas y con los procedimientos técnicos del análisis y de la gestión. Como *proceso social de decisión corresponsable de los objetivos de la convivencia* y como *proceso o conjunto de acciones mediante el cual el gobierno dirige o conduce a la sociedad*, en donde la dirección de la sociedad implica la definición de objetivos comunes, la aceptación social suficiente de los mismos, la participación directa o indirecta de la colectividad en su ejecución y la coordinación de las múltiples acciones de los actores sociales para posibilitar y/o asegurar su realización.

El enfoque de gobernanza es un modo de gobernar que consiste en la reordenación en la relación entre Estado, mercado y ciudadanos, en un formato de menor intervencionismo estatal y de mayor liberación de los intercambios entre los diversos actores, la gobernación toma la forma de “dirección indirecta” (indirect management), gobierno limitado y con capacidad directiva reducida, que coexiste con el poder fragmentado entre los diversos nodos de la red involucrada en la atención de los problemas públicos, establece equilibrios cambiantes y pactados según las circunstancias, materias y políticas. Mantiene su injerencia complementaria en los asuntos públicos y los problemas sociales importantes como una “sociedad de organizaciones”.

Salamon reconceptualiza este nuevo modo de gobernar como “la nueva generación” y explica claramente porque se trata de gobernación y no de gobierno: “porque en la formulación de las políticas públicas y en la prestación de los servicios

públicos participan más actores que el gobierno” y porque –continúa el autor– “en el futuro la esencia del proceso de solución de problemas será más probablemente de naturaleza colaboradora, dado que la atención a los problemas públicos y la realización de los objetivos públicos dependerá, no sólo del gobierno sino de un buen número de otros actores autorizados.”³⁴⁷

No obstante, en este enfoque el gobierno se mantiene como la instancia fundamental en la dirección de la sociedad principalmente en la provisión de los bienes públicos, la seguridad pública y en la atención a poblaciones vulnerables y como el único actor con representatividad y autoridad democrática de la sociedad, que diversifica su papel como emprendedor, facilitador, mediador, negociador, árbitro de conflictos, formulador de reglas, asesor técnico, contratista de servicios, socio en proyectos, evaluador de la acción de los diversos actores e inclusive, gestor de redes.³⁴⁸

6.1.1 Nueva Gestión Pública

Luis F. Aguilar, expone la Nueva Gestión Pública como el proceso esencial para el desarrollo de la gobernanza. Aunque la crisis nacional de los Estados desarrolladores se generó en las esferas política, económica y administrativa, es en el ámbito operativo de esta última donde se materializa la ineficiencia e incapacidad directiva, financiera, organizativa y técnica del gobierno, ya que expone la forma de operar del sistema político y que responsabiliza a las burocracias por los daños sociales que recaen en los ciudadanos por su incumplimiento de los objetivos y metas sociales.

³⁴⁷ Salamon, (2002: 8) citado en Aguilar, *op. cit.* pp.119-120.

³⁴⁸ Vale la pena citar como un ejemplo concreto de red en el sector salud la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud iniciada en 2001 en la que participan las siguientes instancias: Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina, Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Odontología, Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería, Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación Mexicana de Hospitales Privados, Sociedad Mexicana de la Atención a la Salud, Comisión Nacional de Arbitraje médico, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud y la Comisión Interinstitucional de Enfermería.

Sin embargo, —prosigue el mismo autor— la mitigación a estos daños no se buscó en primera instancia en la AP ni en el ámbito social, se pensó primordialmente en la necesidad de un cambio en las relaciones entre el Estado y la sociedad política, económica y civil, esto es, en una reforma de Estado pero focalizada en una reforma administrativa dada la vinculación entre la política y la administración. Ambas reformas tienen como finalidad reconstruir la legitimidad y eficacia del poder público como resultado de procesos democráticos en la región latinoamericana.

La primera reforma administrativa se dirige hacia el redimensionamiento del Estado, que consiste en reducir su tamaño y particularmente el de su aparato administrativo; en consecuencia, también en la reducción del ámbito de su intervención en la economía, que incluye la reducción del número de organismos y gasto de programas gubernamentales, el recorte de personal, la inducción hacia la eficiencia económica en la operación administrativa, y la privatización de empresas públicas.

Esta primera generación de reformas prioriza la dimensión financiera de la crisis del Estado y se orienta al mercado para buscar el ajuste financiero y fiscal, la estabilización de la economía, la apertura comercial y liberalización de la economía. Y en la práctica, con el fin de restablecer una rigurosa dirección financiera para aumentar los ingresos del Estado y disminuir los egresos innecesarios con la utilización eficaz y eficiente de los recursos públicos.

Christopher Hood (1989) conceptúa estos cambios organizativos, directivos y operativos ocurridos en el sector público en la década de los ochenta como la nueva gestión pública (New Public Management), con un carácter y alcance estrictamente administrativo gerencial, y la define como “el cambio de las normas, las estructuras organizacionales y los patrones directivos y operativos del gobierno, que por sus propósitos, modos o resultados se orienta hacia formas posburocráticas de organización, dirección y operación, con el fin de elevar la eficiencia, la calidad y la responsabilidad de la acción pública.”³⁴⁹ En la NGP se da el paso de la eficiencia económica a la eficacia social o pública, cuyo eje central es el ciudadano como

³⁴⁹ Citado en Aguilar, Villanueva, *op. cit.*, p. 144.

cliente y consumidor, para lo cual introduce formas de dirección de calidad con normas y estándares del servicio con referencia directa a las expectativas y percepción crítica de los ciudadanos.

La aplicación del planteamiento conceptual de la NGP, requiere de una segunda generación posfinanciera de las reformas, para ello se introducen las siguientes técnicas y herramientas gerenciales estratégicas:

La planeación y presupuestación por resultados y gestión por objetivos con énfasis en la maximización económica. Los sistemas de calidad estructurados por cadenas de valor como procesos entre proveedores-productores-clientes dirigidas a satisfacer las expectativas del cliente externo e interno y a “generar valor” mediante procesos de gestión de calidad, mejora continua, reingeniería y círculos de calidad. Evaluación del desempeño; con metas de productividad, estándares de servicio e indicadores de resultados con sistemas de información y medición del trabajo y de impacto social. Gestión de servicios; que integra los atributos y funciones de un producto con el servicio para generar valor al cliente y para sostener la ventaja competitiva o la excelencia de la organización en su campo de actividad o negocio. Gestión del entorno; centrada en la visión de la organización sobre las expectativas y satisfacción de los clientes, atenta a la dinámica de los competidores, a las capacidades de los proveedores y a las contingencias de los entornos económicos-sociales-políticos, que influyen cada vez más en el modo de operar de las organizaciones y en su supervivencia. Por último, en la gestión de competencias/conocimiento; puesto que a raíz de los requerimientos de la gestión estratégica y de calidad, la revalorización de las competencias de las personas como capital intelectual es el recurso clave para la productividad-competitividad-rentabilidad tanto de las organizaciones y la generación de valor para los consumidores y ciudadanos, como de la excelencia de los productos-resultados.

6.2 Estado Estratégico

Por su lado, Luis Gómez³⁵⁰ hace referencia a la etapa inicial del agotamiento y transformación de la globalización y de la economía neoliberal como parte de las sucesivas formas de la *sociedad de la complejidad*, la cual, menciona, se articula en diversos niveles y sistemas a tres tipos de sociedades: a) la *sociedad de la comunicación*, que constituye la revolución de las telecomunicaciones con fines informativos y de instrumento de control político y social, b) la *sociedad de la información*, en donde ésta adquiere la forma de informatocracia que maneja y procesa todo tipo de información estratégica y traspasa el ámbito administrativo, por lo que adquiere importancia estratégica en los juegos de poder del Estado y de la sociedad, y c) la *sociedad del conocimiento*, centrada en la producción del saber, basada en comunicación eficaz e información validada y certificada.

La sociedad de la complejidad —prosigue el mismo autor—, comprende también al conjunto de las relaciones armónicas y conflictuales que se producen entre los diversos sectores y actores económicos, políticos y sociales que integran la vida y la reproducción de dichas sociedades, incluyendo la convivencia y connivencia activa y recíprocamente influyente de la tradición con la innovación. Este perfil viabiliza la actuación de un Estado Estratégico con una visión de desarrollo que proporciona la oportunidad de establecer nuevos dispositivos que permitan la interacción dinámica entre una sociedad civil que se presenta como actor decididamente activo y los productores de bienes y servicios.

Si bien, la gobernanza es el aporte conceptual que designa el modo de dirigir a la sociedad por gobernación y el enfoque de políticas públicas el aporte analítico y metodológico de ésta, considero pertinente citar en su totalidad la Matriz San Lugo³⁵¹ que en referencia al Estado Estratégico muestra los espacios estructurales y de procesos políticos, institucionales, administrativos, jurídicos y sociales, susceptibles de crear redes y de establecer vínculos valorativos entre escenarios y actores sujetos de gobernación.

³⁵⁰ Gómez, Luis E. *et. al.* Hacia la sociedad del conocimiento, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2007, pp. 4-48.

³⁵¹ Gómez, Luis E. 2005.

MATRIZ SAN LUGO				
	Principios Valorativos	Instrumentos	Programas Estratégicos	Actores
RECURSOS	Transparencia Rendición de cuentas Accesibilidad a la información “Austeridad Republicana” Viabilidad	Administración Pública efectiva Fiscalía social. Supervisión social Consultas temáticas Ahorro productivo Investigación e innovación	Política fiscal activa Presupuesto participativo Inversión pública y privada Gasto público y social Recursos naturales y estratégicos	Gobierno democrático o Ciudadanía Partidos/opinión pública Servicio público profesional Empresas públicas, mixtas y privadas
REFORMAS JURÍDICAS	Legitimidad y legalidad Equidad, género, diversidad Corresponsabilidad Derechos humanos	Consejos Económicos y Sociales Planeación Estratégica Democrática y vinculatoria	Reforma del Estado Fortalecimiento de las instituciones Seguridad Pública, certeza jurídica, confianza	Iniciativas legítimas Poderes legislativos Poder judicial
POLÍTICAS TERRITORIALES	Regionalización/localización Sustentabilidad	Descentralización administrativa Operativa y de decisiones Empleo y org. del trabajo	Desarrollo territorial, urbano/rural Ecología y medio ambiente Grandes proyectos Estratégicos y territoriales	Org. de prod. ° Gestión G.R.L.C °° O.E.R.L
POLÍTICAS POBLACIONALES	Calidad de vida Sectores, grupos, comunidades Autonomías	Participación Ciudadana Sociedad civil organizada Gobiernos autónomos	Programas sustantivos Educación, salud, desarrollo soc. Vivienda, crédito	Instituciones ad hoc Niños, jóvenes, mujeres, Gpos. vul., indígenas, mayores

° Gestión global, regional, local y comunitaria

°° Organizaciones económicas, regionales y locales

Partes resaltadas por la autora.

Así, gobernanza y Estado Estratégico representan una vasta concepción facilitadora de interacción regulada de los diferentes actores políticos, económicos, institucionales y sociales, en los procesos de producción, distribución y consumo de los servicios de salud y bienestar como un bien común individual, social y como

meta de un proyecto nacional. Para fines del diseño de políticas de acceso a la salud, se pueden retomar de esta matriz como ejes transversales los siguientes: 1. La reforma del estado que da cabida a una reforma estructural de salud en contraposición con las reformas organizacionales efectuadas. 2. Mecanismos eficientes y efectivos de administración pública que soporten los procesos y garanticen los resultados. 3. Los principios valorativos que resultan primordiales dada la multiplicidad de escenarios y actores interactuantes, entre éstos, la transparencia, rendición de cuentas y el acceso a la información impresos no solamente en informes institucionales elaborados en especial para tomadores de decisiones, proveedores y clientes externos, sino también para proveedores internos. 4. La participación activa ciudadana y de la sociedad civil organizada en la búsqueda del ejercicio del derecho a la protección de la salud como parte inherente de los derechos humanos y sociales. 5. El género y la diversidad como substratos insustituibles de equidad y justicia, así como la calidad de vida como inversión de una aspiración política y social que rebasa a la protección presupuestada como gasto público.

6.3 Análisis de Políticas

William Dunn³⁵² indica que el análisis de políticas es una disciplina científico-social que sigue una metodología científica para estudiar la racionalidad de la toma de decisiones, las que finalmente permiten el diseño de las políticas. Para Carlos Ruíz³⁵³ es un instrumento que permite analizar el proceso social; las relaciones entre individuos o grupos y su participación en la sociedad. Indica también, que lo esencial del análisis de políticas se refiere a la viabilidad, factibilidad, coherencia y posibilidad de las políticas. En cuanto a las políticas, menciona que dicho análisis, desarrolla conocimiento relevante para la formulación e implementación de políticas públicas, lo cual permite diseñar tantas políticas públicas de acuerdo a la multiplicidad de necesidades existentes. Desde la perspectiva de Luis F. Aguilar “es una estrategia de solución de problemas o de realización de objetivos, que procede

³⁵² Citado en Ruíz, Sánchez, *op. cit.*, p. 127.

³⁵³ Ruíz Sánchez, *op. cit.*, p. 143.

estrictamente según criterios racionales de eficiencia técnica y eficiencia económica³⁵⁴ Desde el punto de vista disciplinar, —sostiene el mismo autor— que la cuestión y el concepto de gobernanza comenzó a tomar forma en el contexto del análisis de las políticas públicas con el propósito cognoscitivo de mejora analítica y operativa las decisiones directivas del gobierno.³⁵⁵ Por lo que su contribución en la construcción del concepto de gobernación/gobernanza es determinante “al ser la primera disciplina en señalar que la acción directiva del gobierno no era objeto de estudio de ninguna disciplina, por lo que debía ser tematizada, problematizada, y había que estudiar sistemáticamente la hechura del proceso directivo (policydecisionmaking), sus sujetos, fases, operaciones, instrumentos, resultados, estilos o patrones.”³⁵⁶ Así también, en revelar el proceso ineficaz e ineficiente de la implementación de las políticas que arrojaba resultados diferentes a los planeados.

En cuanto a la práctica, el aporte del análisis de políticas también es definitivo ya que su ámbito de acción es la vida asociada con carácter cooperativo, dialógico y de colaboración necesario para la producción de consensos sociales en materias de interés público entre las diversas fuerzas políticas y sociales para participar en la formación de la agenda de gobierno y en la dirección social compartida. Razón por la cual, se aplica en una vasta extensión de macroescenarios: presiones internacionales, en los tres órdenes de gobierno, en el ámbito de las atribuciones administrativas, y en la dinámica del mercado de los servicios públicos. Aplicación que aterriza en la sociedad organizada y en la familia, que en el concepto de “redes de política” (policy networks) la decisión y desarrollo de las políticas públicas adquieren un sentido posgubernamental. En opinión de R. Mayntz, el análisis de políticas rompe “el paradigma fundamental: la elaboración de las políticas como acción de gobierno y la implementación como acción de las agencias públicas.”³⁵⁷

³⁵⁴ Aguilar, Villanueva, Luis F., *La hechura de las políticas*, Antología, Miguel Ángel Porrúa, México, 2000, p. 44.

³⁵⁵ Aguilar Villanueva, *Gobernanza*, *op. cit.*, p. 101.

³⁵⁶ *Ibíd.*, p. 103.

³⁵⁷ Citado en Aguilar Villanueva, *Gobernanza*, *op. cit.*, p. 104.

6.3.1 Análisis de Políticas Públicas de Salud

El análisis de políticas en el campo de la salud permite identificar y analizar los diferentes componentes que concurren en el diseño de políticas de salud desde una perspectiva científica, social, política y administrativa a partir del referente de la salud sin irrumpir en el riguroso campo de la medicina. A nivel micro puede influir para que el paciente/ciudadano se convierta en el primer eslabón en el proceso de diseño y planeación de las políticas de salud.

Tiene la capacidad de romper el paradigma curativo-asistencial porque su referente de análisis no se centra en la enfermedad y puede abordar el diseño de políticas de acceso a la salud como un proceso político y social, puesto que las interacciones entre gobierno y sociedad ocurren en las áreas que determinan las condiciones de salud tales como las políticas de bienestar social; la prestación de servicios públicos; la protección ambiental; la economía; que muestra la dinámica de la incorporación al mercado de trabajo con los índices de empleo e ingresos; la demográfica, que muestra el aumento en la participación de adolescentes y adultos mayores en la estructura poblacional y el acelerado proceso de urbanización; la educación, que desarrolla capacidades y habilidades individuales y colectivas para interactuar con los prestadores de servicios médicos; la cultural, que permite a las políticas públicas saludables incidir en los universos específicos del indigenismo, género, religión, costumbres, organización social, etcétera; la salud y la epidemiología que muestran el incremento de enfermedades cada vez más complejas y costosas como principales causas de muerte y discapacidad, y; la política, que muestra la creciente demanda por la defensa de los derechos humanos y el acceso a protección de la salud.

Tiene cabida en los espacios de la prevención, la modificación de determinantes y el mejoramiento de la calidad de vida, incluyendo, los diferentes tipos de organización familiar actuales y la independencia funcional de las personas. Presenta una gran factibilidad por la vía de la estrategia de municipios saludables en vista de la amplia cobertura que representa la reforma al artículo 115 constitucional³⁵⁸ que le atribuye al ayuntamiento el carácter de célula autónoma

³⁵⁸ Iniciativa aprobada y publicada en el Diario Oficial el 3 de febrero de 1983. Véase en *Gobierno y administración municipal en México*, Secretaría de Gobernación, Centro Nacional de Desarrollo Municipal, 1993, pp. 80-88.

económica y política de fortalecimiento del federalismo. Particularmente en el área de salud, establece la coordinación inter y extra sectorial a fin de consolidar los Sistemas Estatales y Nacional de Salud. En cuanto a las acciones locales, tiene a su cargo los servicios públicos que se relacionan directamente con determinantes de la salud-enfermedad: “a) agua potable y alcantarillado, b) alumbrado público, c) limpia, d) mercados y centrales de abasto, e) panteones, f) rastros, g) calles, parques y jardines, h) seguridad pública y tránsito, i) los demás que las legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas de los Municipios, así como su capacidad administrativa y financiera.”³⁵⁹ Estas acciones locales y municipales favorecen la vinculación con el desarrollo estatal y nacional, puesto que es posible ubicar las problemáticas como complemento a los lineamientos generales de política e involucrar a todos los actores sociales en la solución de los problemas públicos.

Así, el impulso de políticas saludables coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de los tres órdenes de gobierno y de los sectores público, privado y social que a diferencia del enfoque curativo y preventivo de los modelos analizados, la orientación de las políticas públicas saludables puede generar el enfoque de impacto, y pasar de la calidad de vida individual hacia “la calidad de vida de la sociedad.”³⁶⁰

6.3.2 Análisis Metodológico de Políticas Públicas de Salud

En este apartado se aplica la metodología del análisis de políticas en los períodos de 1943 a 2000 del SNS y de 2000 a 2006 con el SPSS con la finalidad de mostrar el campo específico del diseño de las políticas de salud y también que dada la existencia de diversos escenarios y actores que concurren en el proceso de la gobernanza este campo puede extender sus redes de acción de acuerdo con las múltiples necesidades del sector.

³⁵⁹ *Ibid.*, p. 73.

³⁶⁰ Uvalle, Berrones Ricardo, *Las transformaciones del Estado y la administración pública en la sociedad contemporánea*, IAPEM, UAEM, 1998, México, p. 20.

6.3.2.1 problemática

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
<ul style="list-style-type: none"> · Predominio de enfermedades infecto-contagiosas · Desnutrición · Falta de recursos · Tránsito y coexistencia con las enfermedades crónico-degenerativas. · Rezago en salud · Políticas que no miden impacto · Falta de identificación de los factores determinantes en el acceso a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> · Rezago en salud de población con menores ingresos económicos. · Riesgos emergentes asociados a la industrialización y a la urbanización. · Cambios en los estilos de vida · Incremento de población de jóvenes · Incremento de mujeres de 25 años o más · Envejecimiento de la población · Incremento en el número de personas con incapacidad

Cuadro elaborado por la autora.

Antes de la tercera reforma la problemática que enfrentaba el sistema en un primer periodo refleja las características del círculo vicioso de la pobreza, el predominio de enfermedades infecto-contagiosas en sinergia con la desnutrición, y la insuficiencia de recursos para satisfacer la demanda de atención.

En un segundo periodo el tránsito y coexistencia de las enfermedades infecto-contagiosas y las crónico-degenerativas (diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis y diferentes tipos de cáncer), no se tiene como propósito identificar los determinantes en el acceso a la salud ni actuar sobre éstos, y la implementación de políticas asistenciales que no miden impacto, en cambio, mantienen las condiciones de rezago en salud.

En los inicios de dicha reforma se reconoce la agudización de tal rezago en la población con menores ingresos económicos y la prevalencia de riesgos emergentes asociados a la industrialización y a la urbanización que generan la adopción de nuevos estilos de vida adversos para la salud como el consumo de grasas y productos industrializados, el sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad y la depresión; la contaminación por la actividad industrial y los vehículos automotores que además producen condiciones estresantes en las ciudades; el creciente aumento de adicciones, suicidios, accidentes, embarazo precoz, aborto, estrés y depresión, que son el reflejo de la problemática generada por el narcotráfico, delincuencia, inseguridad y la violencia intrafamiliar, entre otras causas.

La insuficiente capacidad instalada de las instituciones de salud y la falta de medicamentos e insumos básicos en hospitales y centros de salud e incluso en atención de urgencias para responder oportuna y satisfactoriamente a la creciente demanda de atención.

La dinámica demográfica que ha generado cambios drásticos en la pirámide poblacional: en la población infantil se proyecta para el primer tercio del incipiente siglo XXI menor población pero con alto riesgo de desnutrición y padecimientos asociados a la pobreza.

Antes de la reforma, el grupo considerado prioritariamente vulnerable era el materno-infantil. Actualmente el grupo de población adolescente y joven entre de 15 a 24 años que en el año 2005 ascendía a 21.0 millones, alcanzará su máximo histórico de 21.5 millones en el año 2011³⁶¹ presenta la más alta vulnerabilidad debido a las crisis e insatisfacción de las necesidades básicas familiares y por encontrarse en etapa formativa con insuficientes o nulas oportunidades educativas. En la etapa laboral se enfrentan a la imposibilidad de colocarse en un empleo u ocupación remunerativa o a su explotación con salarios ínfimos que frenan su desarrollo físico e intelectual, frustran sus aspiraciones y coartan sus expectativas de vida. Con tal vulnerabilidad es el grupo más expuesto a riesgos de accidentes, de contraer adicciones y de ser sujetos de violencia, y por encontrarse también en su etapa reproductiva a contraer enfermedades transmisibles de contacto sexual.

En la publicación *La Experiencia Mexicana en Salud Pública*³⁶² se muestran las siguientes proyecciones por grupos de edad: el de mujeres de 25 años y más que en el año 2000 ascendió a cerca de 23.9 millones y se proyecta que para el período 2000-2006 crecerá en 4.48 millones, lo cual representa la necesidad de atender el incremento cada vez mayor de las enfermedades crónico-degenerativas que incluyen de manera importante los procesos neoplásicos ya que el cáncer ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general en este grupo y el cáncer cérvico-uterino y el mamario constituyen la primera y segunda causas de mortalidad por neoplasias malignas respectivamente. Contradictoriamente, éste es uno de los principales problemas en salud que afecta particularmente a las poblaciones con mayor desarrollo socioeconómico pero que está sucediendo en México.

³⁶¹ CONAPO, 11 de julio día mundial de la población, carpeta informativa 2005, p. 3.

³⁶² Urbina, Manuel, coord., *op. cit.*, p. 679.

En el grupo de 40 años y más, se estima que hay 14.5 millones que representan el 27% de la población total de mujeres que con una esperanza de vida de 77.9 años, y en hombres de 73, significa que una vida más larga está expuesta a una mayor carga de enfermedades y de discapacidad asociada a éstas, el problema se agudiza si se considera que el 45% de este grupo (6.5 millones) no cuentan con seguridad social.

En cuanto al grupo de población llamado de la “tercera edad” de 60 años a más, enfrenta serios obstáculos para atender su salud, ya que, sus padecimientos se derivan de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes, con mayor número de eventos de enfermedad debido al incremento de la esperanza de vida, cuya atención requiere de una infraestructura no disponible y de elevados gastos financieros tanto personales, familiares e institucionales. Según cifras de CONAPO, en 2005 la población de adultos mayores representa el 7.7 por ciento de la población y estima su ascenso al 28 por ciento en 2050³⁶³. Para este mismo año, se calcula también el incremento de la esperanza de vida a 81.3 años. Ambos incrementos proyectan una población de 30 millones de personas con alto grado de dependencia y de demandas sociales.

En lo que se refiere a la discapacidad, INEGI³⁶⁴ estima entre 10 y 12 millones de personas impedidas por algún tipo de discapacidad: motriz, visual, auditiva, mental y del lenguaje. En las tres primeras el número de personas se eleva a 814 mil, 467 mil y 281 mil respectivamente y se concentran en población adulta y anciana. En cuanto a las dos últimas se calcula que existen 290 mil y 87 mil personas discapacitadas concentradas en población menor de 30 años. En el año 2000 esta población incapacitada representa el 10 por ciento de la población total y su progresivo incremento implica grandes esfuerzos para lograr su acceso a la protección de su atención si se considera la naturaleza de cada discapacidad: por nacimiento, enfermedad o vejez, así como por el medio rural o urbano en que habitan, el sexo y la edad productiva o improductiva. CONAPO, por su parte, indica que la discapacidad agudiza los problemas del envejecimiento ya que ésta se incrementa a partir de los 45 años y se multiplica a partir de los 70 años.

³⁶³ CONAPO, *op. cit.*, p. 3.

³⁶⁴ <http://cuentame.inegi.gob.mx-discapacidad> en México.

6.3.2.2 tipos de políticas

<p style="text-align: center;">Política Políticas Política gubernamental Política social Política de salud Políticas de salud del gobierno Políticas públicas Políticas públicas saludables</p>
--

Cuadro elaborado por la autora

El diseño de políticas de acceso a la salud se concreta en una base conceptual tipológica que justifica y refuerza su aplicación. De ahí que sea indispensable identificar los diferentes tipos de políticas.

Política. En términos de planeación, política se define como “la decisión previa, encaminada a cumplir con alguna decisión de carácter político, que constituye una guía de carácter general que orienta la actuación de los integrantes de una institución con funciones determinadas para el logro del objetivo. Se expresan generalmente a través de lineamientos generales y constituyen el marco de conducción para instrumentar las estrategias.”³⁶⁵

Políticas. En opinión de Carlos Ruíz, el proceso fundamental de un gobierno consiste en tomar decisiones para mantener el dominio político y la dirección administrativa sobre la sociedad, en otras palabras, gobernarla. Para lograr esto requiere elaborar políticas aplicables a la solución de los problemas públicos. Ruiz precisa que las políticas (*policies*)³⁶⁶ son: a) un medio para ejercer el poder; b) instrumentos para ejercer ese poder en lo cotidiano; c) instrumentos del gobierno que se elaboran para reconciliar demandas a problemas sociales conflictivos, que intentan estimular la participación comunitaria en la solución de los mismos; d) legitiman y fortalecen al Estado, por medio del dominio y de la dirección que ejerce la administración pública; e) decisiones para corporizar las acciones del Estado y hacer administración pública, f) una manera habitual de gobernar.

Política gubernamental. Si gobierno es, en palabras de Luis F. Aguilar “por definición y función, la instancia que registra y procesa las demandas sociales, procede a producir la oferta, la ajusta y la corrige constantemente al ritmo de las

³⁶⁵ Cuadernos técnicos, *op. cit.*, p. 84.

³⁶⁶ Ruiz, Sánchez, *Las políticas, op. cit.*, pp. 3 y 72.

exigencias, expectativas y problemas de su sociedad.”³⁶⁷ Según Carlos Ruíz, Política gubernamental, se refiere “a un todo, es decir, a todas aquellas líneas de acción que propone o efectúa el gobierno, que podrán ser, por una parte, políticas sectoriales, secretariales o institucionales, y por otra, políticas regionales, estatales o municipales”³⁶⁸

Política social. Este tipo de política es diseñada por el Estado en sentido estricto como políticas de seguridad social con el propósito de restablecer las bases que permitan fortalecer y avanzar en la mejoría de los niveles de vida de la población objetivo ya sea prioritaria o focalizada para mitigar o compensar los efectos negativos de la crisis económica. En el marco de la planeación, en este tipo de políticas “se definen los objetivos de empleo y distribución del ingreso; se plantean asimismo los propósitos y las líneas de acción correspondientes en los renglones de las necesidades básicas fundamentales: educación, alimentación, salud, medio ambiente y desarrollo urbano y vivienda”³⁶⁹ entre otros.

Políticas públicas. A diferencia del carácter de lineamiento general y a largo plazo de una política, Omar Guerrero se refiere a las políticas públicas como “prácticas gubernamentales de excepción o contingencia y complementa con la percepción de Fred M. Frohok, como patrones de acción que actúan dentro del marco general de los programas de gobierno, pero que resuelven conflictos y proveen incentivos de cooperación a corto plazo. Así pues, son actos específicos de gobierno instrumentados dentro de una práctica general.”³⁷⁰ Desde la perspectiva de Pedro Moreno, este tipo de políticas “son un fenómeno en donde convergen actores estatales, gubernamentales y sociales en relación a una determinada cuestión o problema, que podemos considerar como pública. [...] son conjuntos de toma de posición, decisión, prevención de acción de ese grupo de actores que se interesan por determinada situación en particular. De tal forma, que esas interacciones conforman cadenas o instancias de negociación de conflictos y se constituyen en

³⁶⁷ Aguilar, Villanueva Luis F. La administración pública y el público ciudadano, p. 51.

³⁶⁸ Ruíz, Sánchez, *Las políticas*, op. cit., p. 75.

³⁶⁹ Cuadernos técnicos, op. cit., p. 88.

³⁷⁰ Guerrero, O. Omar, “Políticas públicas: ¿una resurrección de la ciencia política?”, en revista teoría y praxis, Monterrey, N. L., Vol. II y IV, No. 11, 12 y 13, marzo, 1990, pp. 41-44.

verdaderos foros de solución a problemas.”³⁷¹ Puesto que responden a un interés ciudadano y a un debate de actores con el mismo nivel determinado por el tipo de régimen político-administrativo prevaleciente.

Política de salud. Como sugiere Marcos Kaplan, la trascendencia de la esfera política en la salud radica en que “la salud es cada vez más, al mismo tiempo, objeto de decisiones y actividades políticas; motivación, finalidad y resultado deseado de la acción política; elemento constitutivo de ella, uso de la salud para los procesos políticos. La política general o sectorial puede ser, ya obstáculo, o estímulo, para el desarrollo de las condiciones sanitarias.”³⁷² En el PRONASA se menciona la permeabilidad de las políticas en todo el sistema de salud. En primera instancia, se encuentran las políticas que definen las condiciones de salud consideradas como necesidades a ser atendidas legítimamente por el sistema de salud. En segundo lugar, las políticas que fijan las normas de producción de los servicios, incluyendo su contenido tecnológico, su nivel de calidad y las reglas de acceso que determinan el grado de equidad. Y en tercer lugar, en un sentido restringido determina la forma en que se utilizan realmente los recursos que una comunidad dispone para atender su salud. Asimismo, refiere que la existencia de políticas “que guían la movilización de recursos financieros, la formación de recursos humanos y el desarrollo de recursos materiales incluyendo la infraestructura física. En todos los casos, el Estado con el mayor o menor concurso de la sociedad civil, según sea el nivel de democracia, establece prioridades entre los distintos tipos de necesidades, servicios y recursos. De la forma en que tales prioridades se fijan, depende, en gran medida, la configuración y la efectividad del sistema de salud.”³⁷³

En tanto, la política de salud del gobierno³⁷⁴ está orientada a: consagrar el derecho a la protección de la salud como garantía social; distribuir responsabilidades y recursos entre los tres niveles de gobierno y para dar cumplimiento a ese magno compromiso; ordenar esas responsabilidades y

³⁷¹ Moreno, Salazar Pedro, ¿Qué son las políticas públicas?, Prospectiva, año 4, No.12, marzo, 1999, p. 8.

³⁷² Kaplan, Marcos, *op. cit.*, pp. 57-58.

³⁷³ Programa Nacional de Salud, 2001-2006, p. 68.

³⁷⁴ Cuadernos técnicos, Vol 1, No. 2, *op. cit.*, pp. 84-85.

recursos, bajo la acción coordinadora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Al respecto, Carlos Ruiz afirma que, al igual que la planeación, las políticas constituyen una vertiente mediante la cual la actividad del gobierno particulariza la generalidad del Estado, “que en condiciones de contingencia y alta incertidumbre instrumentan las decisiones del gobierno para llevar a cabo determinadas actividades tendientes a la solución de algunos problemas identificados, o a la satisfacción de ciertas demandas sociales urgentes.”³⁷⁵

Políticas públicas saludables. Carlos Álvarez, afirma que la idea clave de este concepto es el de la intencionalidad: “sólo se entiende por política pública saludable aquella que deliberadamente trata de obtener beneficios en salud.”³⁷⁶ Para fines de salud municipal estas políticas representan el soporte político, legal, presupuestal y administrativo emanado y aplicado en el ámbito municipal con el propósito de promover el bienestar y la salud. Los espacios específicos de estas políticas son la prevención, la modificación de determinantes, el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas. Sin embargo, en el contexto de gobernanza, este concepto revela tantos escenarios como problemáticas y recursos existentes para su aplicación en otros espacios ajenos al campo de la salud que inciden directamente en la salud.

6.3.2.3 modelos de política pública y arenas de poder

Sistema Nacional de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
Distributiva	<ul style="list-style-type: none"> · Regulatoria · Redistributiva

Cuadro elaborado por la autora.

³⁷⁵ Ruiz, Sánchez, *op. cit.*, p. 2.

³⁷⁶ Álvarez-Dardet, Carlos, Las bases de la promoción de la salud, Departamento de salud pública, Universidad de Alicante, p. 10, <http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html>

Conforme a la clasificación de las políticas y arenas de poder desarrollada por Theodore J. Lowi³⁷⁷ antes de la reforma en el campo de la salud el modelo de política predominante es distributiva aplicada por el Estado Benefactor, en la cual los recursos y los universos de atención están desagregados en tres subsectores: i) instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, servicios médicos de Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina; ii) Secretaría de Salud, Programa IMSS-Solidaridad, e Instituto Nacional Indigenista; y iii) el subsector privado, cada uno de estos como unidades independientes con su propia red de unidades de atención que integran al mismo tiempo un sistema segmentado. Se desenvuelve en una arena de poder pacífica en donde las unidades políticas primarias son los individuos beneficiarios de campañas sanitarias y programas de extensión de cobertura, los recursos públicos se dividen pero existen relaciones de apoyo mutuo en una estructura política estable y centralizada en la que solamente el poder ejecutivo y las cúpulas directivas ejercen la toma de decisiones orientadas por una política social.

Por el contrario, con el SPSS, tiene lugar en primera instancia la política regulatoria, la cual, —en opinión de López Arellano— “...la intervención distributiva del Estado se transformó modificando sustancialmente el carácter de la política social a través de dos estrategias diferentes pero complementarias: la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios de salud que supone una mayor rentabilidad económica reguladas a través de las fuerzas oligopólicas del mercado y la profundización de la acción selectiva del Estado a través de programas particulares como el combate a la pobreza extrema.”³⁷⁸ Puesto que las decisiones son tomadas sectorialmente, se le deja al Estado la función de diseñar y ejecutar la regulación sanitaria. Se despliega en una arena de conflicto y negociación en la cual la unidad política es el grupo de intereses exclusivos y contrapuestos de grupo, y que se ven obligados a coaliciones y/o transacciones de recíproca concesión, de la cual se derivan afectados que no pueden comprar los servicios de salud y los beneficiados que obtienen ganancias económicas con la

³⁷⁷ Aguilar, Villanueva, La hechura, *op. cit.*, pp. 32-33.

³⁷⁸ Citado en Linares, Pérez, *op. cit.* p. 50.

venta de dichos servicios en el marco de una ley regulatoria del sector, en una estructura de poder pluralista, inestable y descentralizada, donde el poder legislativo ejerce su poder de decisión.

En cuanto a la política redistributiva, Lowi refiere que “las categorías afectadas por su impacto son cercanas a las clases sociales. Son, burdamente hablando, los propietarios y los desposeídos, los que tienen y los que no tienen, la burguesía y el proletariado. El objetivo que persigue la política redistributiva no es el uso de la propiedad sino la propiedad misma, no un trato igual sino igual propiedad, no el comportamiento sino la existencia misma. [...] La naturaleza de una política redistributiva no se determina por el resultado de la discusión acerca de si y qué tanto fue redistributiva una política. El factor determinante son las expectativas sobre la redistribución posible y lo amenazante que puede llegar a ser.”³⁷⁹

Se despliega, por tanto, en la arena más frontalmente conflictiva donde la unidad política primaria es la asociación, y las diversas asociaciones que juegan en esta arena establecen relaciones entre sus cúpulas conforme a sus afinidades ideológicas y de clase, en una estructura de poder de élites en conflicto y una estructura política estable que permite y regula este juego conflictivo, por consiguiente el ejecutivo y el legislativo en conjunto con las cúpulas organizacionales tanto de los organismos internacionales (Banco de México, Banco Interamericano, OMS, OPS), como del mercado de servicios de salud y las organizaciones y asociaciones sociales, políticas e inclusive sindicales, que ejercen la toma de decisiones como una instancia centralizada directiva con normas y reglas determinadas por ellos mismos debido a que poseen liderazgos permanentes con poderes de ejecución y decisión. En esta arena no juegan los intereses de sectores de población carentes de liderazgo y de poder, por lo que este tipo de política afecta seriamente a los grupos desprotegidos y los mantiene rezagados de los beneficios y como sujetos de políticas focalizadas y asistenciales.

³⁷⁹ Citado en Aguilar, Villanueva, *op. cit.* p. 103.

6.3.2.4 escenarios tendenciales

- La salud como mercancía
- División entre asegurados y no asegurados
- Focalización y asistencia a población pobre
- Incremento en costos de medicamentos
- Incremento de la automedicación
- Fortalecimiento del sector privado en salud

Cuadro elaborado por la autora.

Sí bien la instauración del SPSS trae aparejada una novedosa estructura conceptual, metodológica y tecnológica al campo de la salud, también se identifica que a partir de la creación del SP y en vista de su gradual implementación, la salud es declarada como mercancía o producto que se obtiene como compra en un mercado de ofertantes. Tal declaración tiene serias implicaciones, en primer lugar; el criterio de pobreza que da lugar a la división entre pobres y ricos desaparece para dar paso al aseguramiento y por consiguiente a la división entre asegurados y no asegurados, de ahí, que entonces la reforma estructural tiene como propósito la atención a los asegurados. Aunque está planeado el aseguramiento gradual, mientras existan no asegurados, significa, que todavía existe “población abierta” y entonces persiste la segmentación del sistema.

El criterio de inclusión social se cambia por el del universalismo que contradictoriamente no ofrece todo para todos, es universal en el sentido de que el mercado está abierto a todos sin distingo pero de acuerdo a sus posibilidades de pago. Además, entre los mismos asegurados también se marcan diferencias en el tipo y rango de enfermedades atendidas y el acceso a los medicamentos según el monto financiero desembolsado. Para efectos de la garantía del acceso a la protección de la salud, entendida no solamente como la atención médica sino del acceso a la tecnología más avanzada, esta situación no acentúa dramáticamente las diferencias, simplemente los no asegurados están fuera del sistema automáticamente porque ni siquiera pueden llegar a los servicios de salud. La brecha de la desigualdad desaparece y da paso a la división tajante entre quienes compran salud y los que no lo hacen, lo cual implica que los primeros gozan de atención y medicamentos y en general de los recursos que los no asegurados no

utilizan, son sujetos de trato digno y de atención de calidad, por esta vía ejercen el derecho a la protección de su salud, el derecho de seleccionar a su proveedor, de exigir y denunciar. Quién puede asegurarse para curar sus enfermedades, a menudo también tiene acceso a otro tipo de recursos que influyen en estilos de vida para mejorar la calidad de la misma.

Por el contrario, los no asegurados constituyen la población que ni siquiera tiene las posibilidades de ingresar al sistema, dejan para los asegurados los recursos disponibles que ellos no utilizan, continúan sin referentes de calidad, por consiguiente no ejercen el derecho a proteger su salud. Le adjudica al individuo y a la familia la completa responsabilidad por sus procesos de salud-enfermedad al identificar al factor financiero como el determinante en el acceso a la salud desde la estructura individual y familiar, es decir; si el individuo no recurre a la atención médica y no se compra medicamentos, es que no tiene dinero, si cae en la ruina o en la pobreza extrema es porque no prevé gastos médicos, si no tiene acceso al sistema de aseguramiento, es porque no compra seguro. Pero no hace mención de las causas que provocan la falta de capacidad adquisitiva de las familias; como la falta de empleo, de ingreso bien remunerado, de incentivación económica para la producción, etcétera y que el porcentaje del producto interno bruto asignado a salud en el país es de apenas el 3%, mientras que la OMS recomienda destinar para este gasto entre el 7% y el 8%. Por supuesto, que una reforma de salud no tiene como propósito resolver estas causales, pero, entonces el planteamiento tendría que efectuarse desde la estructura económica y sus consecuencias en la economía familiar que le impiden destinar recurso financiero para atender y cuidar su salud. La protección financiera se plantea entonces desde el plano de la decisión individual y la afiliación familiar como condición para que el sistema de aseguramiento funcione.

La democratización de la salud se plantea en el marco del sistema de salud y no en el contexto de la democratización. En vista, de que las familias que ingresan al sistema ejercen su derecho de elección de proveedor, a exigir trato digno y con calidad, de intervenir en mecanismos de participación y evaluación ciudadana, de pedir cuentas y hasta de denunciar sin salirse de los márgenes organizativos del sistema. Por el contrario, las familias que no lo hacen no viven tales condiciones de

democracia, la elección del proveedor y sus ventajas de exigencia y denuncia pierden sentido, puesto que los estratos más pobres recurren a los recursos curativos domésticos y de la medicina tradicional, por ello, no tienen motivos ni para evaluar la medicina institucional. Tampoco se puede beneficiar de la rendición de cuentas de algo que no forma parte determinante en su vida ya que ni siquiera tiene acceso a los medios necesarios para acceder a dicha rendición, y de hacerlo ¿de qué le serviría?

En contraparte, el sector privado tiende a fortalecerse tanto en la financiación como en la prestación de los servicios de salud, con una gran variedad de opciones, como proveedores de salud y de bienestar, unidades de atención —consultorios, clínicas, hospitales—, laboratorios, y aseguradoras con esquemas de prepago autorizados y reglamentados bajo el nombre de Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES).³⁸⁰ No obstante, a menudo los seguros médicos y la atención médica privada distan mucho de garantizar la calidad de la atención al paciente a pesar de las considerables sumas que cobran, a decir de Martha Schteingart “el negocio de la vida y la muerte no respeta sentimientos, y aplica su cruel y desconsiderado criterio mercantil en los peores momentos que puede atravesar un ser humano.”³⁸¹

Ante la incapacidad del pago de seguros médicos, es altamente previsible el incremento de la peligrosa automedicación, pues el abuso y la mala administración de los medicamentos provocan iatrogenia³⁸² y el aumento de la resistencia de los agentes que provocan las enfermedades. Además de aumentar el gasto debido a la proliferación de diversas alternativas de salud y a la extensiva e indiscriminada publicidad en medios masivos de comunicación sobre recursos que alivian padecimientos sin la intervención del médico ni estudios de laboratorio, a menudo sin el control estricto de las autoridades sanitarias, así como de la aparición de

³⁸⁰ Los seguros privados (actuariales) de salud funcionan en base a contratos y cuentas individuales. El monto de las primas de cada afiliado determina los beneficios que él puede recibir y se calcula según el nivel de riesgo (edad, sexo, patologías y otros). A mayor riesgo mayor cotización. La cobertura que se puede lograr depende, por lo tanto, de la capacidad de pagar la cotización correspondiente a los riesgos. La cotización debe cubrir, además, los gastos administrativos, los de mercadeo y en las empresas con fines de lucro, las ganancias esperadas. Los contratos expresan los “planes” o “paquetes” de servicios y beneficios pactados. Son parte del sistema financiero. Ver en Glosario para entender, *op. cit.*

³⁸¹ Schteingart, Martha, La jornada, 15 de mayo de 2004, p. 44.

³⁸² Producción de efectos nocivos debidos a la actuación médica. Véase en diccionarios.com

medicamentos genéricos y similares que publicitan su ventaja económica. Raúl E. Molina,³⁸³ indica que de 1995 a la fecha el costo de los medicamentos en México se ha incrementado en un 400 por ciento, con lo que el país se coloca en el sexto lugar debajo de países potencialmente económicos como Japón, Estados Unidos, Canadá, Alemania y Reino Unido. La población ya está acostumbrada a los precios altos y lo percibe como normal, en general no tiene puntos de comparación con otros países, ni de referencia de precios justos. Simplemente si puede, los compra sin cuestionar, si no puede, tampoco cuestiona. Al respecto, Nivaldo Linares³⁸⁴ indica que la reforma del sector salud ha dejado fuera el tema de los medicamentos a pesar de las evidencias de serios problemas con el registro, prescripción, entrega y utilización de éstos, así como por las presiones ejercidas por la industria químico-farmacéutica para alargar las patentes. De esta forma los grupos y estratos de población en ruina económica y pobreza extrema se reapuntalan como foco prioritario de programas **asistenciales** institucionales, y de manera destacada de programas de **beneficencia** social de asociaciones civiles no lucrativas y de grupos importantes de la iniciativa privada, por ejemplo las televisoras, que despojan a las personas de su calidad de ciudadanos para exigir y ejercer su derecho a la salud, a cambio de ventajas económicas por raiting, deducciones de impuestos, etcétera.

6.3.2.5 actores supranacionales

Actores	Sistema de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
	Influencia en el proceso	
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Dicta los marcos conceptuales de los sistemas de salud, métodos y herramientas analíticas.	
Oficina Panamericana de la Salud (OPS)	Da seguimiento a los procesos en la región de las Américas.	
Banco Mundial (BM)		Financian la reforma
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)		Imponen la política de mercado

Cuadro elaborado por la autora.

³⁸³ Raúl Enrique Molina Salazar, investigador del Departamento de economía de la UAM Iztapalapa." El Financiero, 1 de marzo de 2007, p. 24.

³⁸⁴ Linares, Pérez, *op. cit.*, p. 73.

En el escenario mundial y regional latinoamericano permanece la presencia de la OMS y de la OPS, actores que desde el plano internacional y regional respectivamente han dictado los lineamientos conceptuales-organizacionales de los sistemas de salud desde 1920 con el Informe Dawson, en 1978 con la Declaración Alma-Ata, en 1986 con la Carta de Ottawa, en 1987 con los sistemas locales de salud, en 1988 con la Carta de Adelaida, en 1991 con la Carta de Sunsvall, en 1997 con la Declaración de Yakarta, y en el año 2000 con el Informe de la Salud en el Mundo, donde difunde la iniciativa y la metodología de la protección financiera, así como la aplicación del enfoque gerencial en la salud y la reforma financiera del sector. En cuanto a la función de la OPS en este tercer milenio, Manuel Urbina y col.³⁸⁵ advierten que ésta propone la construcción de esquemas de seguridad social con cobertura universal, protección social en todos los niveles de atención, eficientar los presupuestos del sector, la creación de fondos nacionales de salud y de carteras de servicios que respondan a iguales necesidades de salud y finalmente que el Estado se transforme en asegurador único de los servicios de salud, lo cual es de dudosa probabilidad, en medio de un arena conflictiva en que se desenvuelve el SPSS.

En cuanto a los efectos del papel del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, Nivaldo Linares,³⁸⁶ revela que en virtud del proceso de globalización se han suplantado a las instituciones nacionales en su reto por enfrentar las transformaciones de sus propios sistemas de salud, al adjudicarle a la reforma sanitaria matices económicos, e imponer una política de mercado en la salud, asimismo, le atribuye el financiamiento de la reforma sectorial mexicana al estilo neoliberal de 1995-2002 al Banco Mundial. Por su parte, Decsi Arévalo y Oscar Rodríguez,³⁸⁷ sostienen que el Banco Mundial además de asumir el liderazgo en el análisis y provisión de directrices políticas para el sector salud, en 1987 publica el documento “Una Agenda de Reforma” que a diferencia de los planteamientos de la Declaración de Alma Ata en 1978 en relación a la política de salud para todos en el

³⁸⁵ Urbina, Manuel, coord., *op. cit.*, p. 688.

³⁸⁶ Linares, Pérez, *op. cit.*, p. 49.

³⁸⁷ Arévalo, Hernández Decsi y Oscar Rodríguez Salazar, *Economía política de la reforma a la seguridad social en Colombia, entre la protección y el ajuste económico*, XXIV Internacional Congress of the Latin American Studies Association, LASA, 2003, p. 8.

año 2000, imprime el pensamiento neoliberal. A partir del cual, se establece la creación y fortalecimiento de mecanismos de aseguramiento privado y público y en contraparte la focalización de grupos vulnerables.

6.3.2.6 actores destinatarios

Actores	Sistema de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
	influencia en el proceso	
Paciente/usuario	· Participación pasiva	· Participación activa
Familias	· Destinatarios de la política y acciones	· Destinatarios de la política y acciones
Consumidor/cliente		· Compra servicios de salud y medicamentos.
Ciudadano		· Ejerce derechos y obligaciones en relación a la salud.
Contribuyente		· Paga impuestos para financiar la salud

Cuadro elaborado por la autora.

En el sistema de salud el paciente y/o usuario tiene una participación pasiva. Entra en contacto con el sistema de salud a través del primer nivel de atención como beneficiario y depositario de los programas de salud, forma parte del universo de metas programáticas a alcanzar y paga cuotas de recuperación. En el SPSS, su participación es activa, puesto que en primer lugar, toma la decisión de optar por dicho sistema, procede a la afiliación de su familia, y entra en contacto con el sistema a través del seguro popular con la libre decisión en cuanto a su renovación y elección de su proveedor.

Con la irrupción de la economía de mercado en el campo de la salud los destinatarios adquieren nuevas connotaciones: a) la de consumidor que compra atención médica, medicamentos y otros servicios según su capacidad de pago, b) la de cliente, por la cual el individuo adquiere el derecho a elegir y exigir calidad; y, c) de ciudadano que ejerce derechos como individuo y como parte de la colectividad en relación a la salud; desde la toma de decisiones, exigir apelación y compensación por negligencia médica, su demanda de atención influye en la agenda sectorial y califica la calidad del servicio obtenido, d) de contribuyente, con el reconocimiento de que el papel de contribuyente conlleva la obligación de pagar impuestos para financiar el gasto en salud.

6.3.2.7 actores de salud institucional

Actores	Sistema de Salud	Sistema de Protección Social en Salud
Secretaría de Salud	Rectoría del sector salud	
Servicios Estatales de Salud (SESA)	* Ejecución y control de los servicios de salud	* Rectoría de los servicios de salud
Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)		* Instrumenta la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo
Consejo Nacional de Salud	* Coordinador federal	Coordinador territorial de las políticas de salud Agrupa a los servicios estatales de salud.
Consejo de Salubridad General	Formula las políticas de salud en el contexto del sector salud	* Define las políticas de salud de la administración pública federal.
Consejo Nacional de Protección en Salud (CNPSS)		* Representa a las distintas autoridades del sistema nacional de salud.
Sindicato Nacional de Trabajadores de la SS	* Negocia la permanencia del sindicato como agrupación nacional y de las condiciones generales de trabajo para los agremiados.	

Cuadro elaborado por la autora.

Antes y después de la reforma, la secretaría de salud participa en el proceso como rectora del sistema nacional, destacan las funciones de coordinación de los diferentes actores e instituciones públicas y privadas, federales o estatales; la conducción de las políticas nacionales; la elaboración de la legislación y la vigilancia de su cumplimiento; es responsable también de la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM).

En el ámbito estatal, los Servicios Estatales de Salud (SESA) estaban encargados de la ejecución y control de los servicios de salud de acuerdo a lineamientos y normatividad formulados en el nivel central. Después, debido a la descentralización y la reforma del sector además de ser responsables de la operación, coordinación y supervisión, evalúan particularmente el funcionamiento del seguro popular.

Dos instancias de suma importancia por su carácter federal, sectorial y técnica son el Consejo Nacional de Salud que es el responsable de la coordinación federal para la planeación, programación, cooperación técnica y evaluación de los servicios de salud, y el Consejo de Salubridad General, encargado de la formulación de las

políticas del sector en la administración pública federal, proporcionar opiniones y sugerencias al ejecutivo federal en relación al mejoramiento de la eficiencia del sistema nacional de salud y al logro del cumplimiento de los objetivos sectoriales de salud. En el SPSS es responsable de la definición de las enfermedades, tratamientos y medicamentos que habrán de ser considerados para la cobertura del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

La creación del SPSS y en particular el funcionamiento del SP genera la participación de nuevos actores orgánico-funcionales: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) que se ocupa de la instrumentalización de la política de protección social y la elaboración del plan estratégico de desarrollo en salud. Y del Consejo Nacional de Protección en Salud (CNPSS)³⁸⁸ que es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y colegiado consultivo, que representa a las distintas autoridades del sistema nacional de salud, coordina y vigila la operación del Sistema, opina sobre el financiamiento, propone medidas para su mejoramiento y acuerda la creación de grupos de trabajo para temas que considere necesarios.

Un actor que pasa prácticamente inadvertido tanto en las memorias como en la literatura revisada sobre políticas de salud es el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, cuya función principal es la negociación de la permanencia del sindicato como agrupación nacional y la defensa de las condiciones generales de trabajo para sus agremiados. Sin embargo, es un actor institucional de gran peso ya que representa en dicha secretaría a 190 mil agremiados en el plano nacional y porque constituyen la infraestructura de recursos humanos que sostiene las políticas y ejecutan las acciones delineadas en el diseño de las políticas.

³⁸⁸ Reglamento interno publicado en el DOF el 27 de febrero de 2004.

6.3.2.8 actores legislativos y sectoriales

Actores	Sistema de Salud	SPSS
Gobierno Federal	· Dirige y establece los planes, políticas y programas nacionales de salud.	· Regula al sector.
Poder ejecutivo		· Envía iniciativa de reforma a la Ley General de Salud
Cámara de senadores		· Aprueba la iniciativa de reforma, con 92% del voto a favor.
Cámara de diputados		· Aprueba la iniciativa modificada y adiciona un artículo transitorio, con el 73% del voto a favor, el 29 de abril.
Secretaría de Hacienda	Asigna el presupuesto público en salud y autoriza el incremento del gasto	
IMSS	· Cobertura a asalariados del sector privado	
		· Amplia su cobertura hacia afiliados del SP
ISSSTE	· Cobertura a trabajadores al servicio del Estado	
		· Amplia su cobertura hacia afiliados del SP
Programa IMSS-Oportunidades	· Brinda servicios en áreas rurales e indígenas	

Cuadro elaborado por la autora.

En el sistema nacional, el gobierno establece las políticas, planes y programas nacionales de salud. Con el SPSS, en su papel de regulador del sector, establece la legislación, selecciona prioridades y metas, suministra el apoyo técnico, coordina, supervisa, evalúa y delimita las funciones y facultades de operación del REPSS y cubre aportación de aseguramiento de cada ciudadano, 1.5 veces la cuota social procedente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33). El papel del poder ejecutivo es determinante en la reestructuración del sector, ya que es el portador de la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, y firma el decreto por el que se expide la reforma. En este proceso de reestructuración, a las cámaras de diputados y senadores les corresponde aprobar la iniciativa modificada y la adición del artículo transitorio, con el 73% y el 92% del voto a favor respectivamente.

Por su parte, la secretaría de salud pasa a desempeñar las funciones de monitoreo, evaluación del desempeño y regulación del sistema de salud. A la Secretaría de Hacienda le corresponde la asignación del gasto en salud y el financiamiento de su incremento.

El papel que juegan el IMSS y el ISSSTE en el sector, además de cubrir a los asalariados del sector privado y a los trabajadores al servicio del Estado, respectivamente, de acuerdo con el diseño arquitectónico del SPSS extienden su cobertura hacia familias afiliadas al SP mediante una red de servicios. Por su parte, el Programa IMSS-Oportunidades³⁸⁹ continúa en ambos sistemas brindando atención de primer y segundo nivel a población indígena y campesina de localidades marginadas rurales en condiciones de pobreza o extrema pobreza.

6.3.2.9 actores civiles

-Organizaciones no gubernamentales
-Fundaciones

Cuadro elaborado por la autora.

Las organizaciones civiles personifican actores relevantes en nuestro país, tan solo en el directorio nacional de organizaciones de la sociedad civil con acciones hacia las mujeres³⁹⁰ se calcula la existencia de más de 7 500 organizaciones de las cuales, 172 se dedican a la prestación de servicios y atención de la salud, e inclusive al mejoramiento de las condiciones de vida de grupos de población focalizados. Aunque se concentran en el distrito federal, se extienden a 28 entidades federativas. Así también, señala la existencia de 16 fundaciones y tres redes. Desempeñan el papel de la asistencia mediante la focalización y la asistencia social asignado por el neoliberalismo como parte de la economía de mercado de los servicios de salud. Se ocupan prioritariamente de la atención a grupos de población de escasos recursos como indígenas, niñas y niños abusados sexualmente, mujeres víctimas de la violencia doméstica y sexual, niños y jóvenes con problemas

³⁸⁹ Véase coordinación del SPSS con el programa IMSS-oportunidades en el artículo décimo sexto transitorio del decreto de reforma a la LGS de 2003.

³⁹⁰ Directorio nacional de organizaciones de la sociedad civil con acciones hacia las mujeres, Instituto Nacional de las Mujeres, México, 2006.

de adicción, ancianos, madres solteras, y discapacitados, a quienes se les brinda la posibilidad de recurrir a refugios temporales, albergues, y casas-hogar con asistencia alimentaria.

Sus actividades abarcan la capacitación por medio de talleres, seminarios, conferencias, foros, teatro-conferencias, promoción, fomento, y difusión de contenidos educativos. La prevención se centra en el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, aborto, adicciones, alcoholismo y fármaco-dependencia. La orientación se dirige particularmente al grupo materno-infantil sobre salud reproductiva, planificación familiar, control prenatal, lactancia materna, nutrición, y capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos. En relación con la atención médica, se ocupa principalmente del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, cérvico-uterino y leucemia, incluyen también actividades de atención psicológica y psiquiátrica, rehabilitación de depresiones profundas y maltrato psicoemocional. En menor medida, también se encontraron actividades de tanatología.

CONCLUSIONES

La revisión y el análisis de los modelos de salud asistencial, de derechos humanos en salud y el gerencial en los servicios de salud, desarrollados en esta investigación, permitió la identificación de criterios estructurales y conceptuales, dimensiones y percepciones que han determinado el diseño y los procesos de las políticas de acceso a la salud en el periodo comprendido de 1943 a 2006 en México. Lo cual deja ver al mismo tiempo que el acceso a la salud es una categoría conceptual que lejos de explicarse en el acotado espacio de la atención médica, se diseña en los ámbitos de las políticas públicas y de la toma de decisiones, por lo que es necesario para su estudio y abordaje recurrir a las siguientes consideraciones:

1. Estructuralmente; se identifica en primera instancia al Estado benefactor e interventor altamente centralista como la instancia rectora en el diseño de políticas de acceso a la salud primeramente en los periodos de 1934-1976 en el seno de los modelos de desarrollo de sustitución de importaciones y de desarrollo estabilizador. Posteriormente en el periodo correspondiente de 1985 a la fecha con el declarado modelo de economía de mercado externo y su proceso de globalización mundial en el que redefine sus funciones como Estado mínimo, incentivador y regulador de la economía de mercado. A pesar de las diferencias sustanciales entre los modelos de salud asistencial y gerencial la acción del Estado se mantiene en el marco de políticas asistenciales dirigidas a grupos de población llámense vulnerables, prioritarios o focalizados.

En segunda instancia, se distingue la presencia de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de Salud encargadas de dictar las políticas sanitarias internacionales y adecuarlas a las estructuras internas de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Posteriormente, su desplazamiento por el Fondo Monetario Internacional y el Banco de México encargados de asegurar el mantenimiento y extensión de la economía de mercado en estos países.

Las tres reformas del sector salud constituyen cambios de tipo estructural en el marco de los procesos de planeación y administración del sistema de salud. Si bien estos procesos son componentes estructurales, políticos y técnicos, con carácter nacional y legal en la prestación de los servicios de salud, no actúan en correspondencia a la evolución y prospectiva de las condiciones de vida y las necesidades de protección de salud de la población, por lo que el criterio de rezago permanece latente. Constituyen asimismo, cambios de tipo organizacional, sistémico y hospitalario. Particularmente, en la tercera reforma, ya que operan cambios drásticos en la estructura funcional de los servicios de salud debido a la instrumentación del aseguramiento.

Independientemente del modelo que se trate —asistencial, derechos humanos a la salud o gerencial—, se identifica al factor financiero como un primer determinante en el acceso a la salud. De tal forma que el análisis y la terminología financiera —inversión, impuestos, contribuciones, subsidios, primas federales y estatales, aportaciones solidarias, cuotas de recuperación, contribuciones individuales o seguros familiares, análisis de costo-efectividad, etcétera— se antepone al glosario propio de la salud e incluso a las necesidades y demandas de atención. Sucede lo mismo en los planos individual y familiar, puesto que dichas necesidades implican ineludiblemente un costo financiero que siempre recae en primera instancia en gastos de su bolsillo independientemente del tipo de atención al que recurran —domésticas, públicas o privadas—.

Por lo que no se encuentra justificación al argumento de que la población no protege su salud porque no tiene capacidad financiera. La tiene porque gasta en un sinnúmero de opciones para atender su enfermedad y lo hace por diferentes vías. En el caso de la población en extrema pobreza, simplemente, no gasta en su protección, y no puede empobrecerse más allá de lo extremo. Considero, por el contrario, que la capacidad financiera hay que buscarla en el tipo de esquemas de financiamiento y el grado de racionalidad y transparencia en su manejo.

Por otra parte, la característica democrática de la salud no se puede concretar cuando se presentan las opciones entre pagar menos, pagar más, recibir asistencia, o no recibir nada. Esta condición coloca al derecho de la protección a la salud en términos de gradualidad de acuerdo a la capacidad financiera, pasa por alto el derecho inherente de seres humanos y como sujetos de derechos sociales.

Se identifica la participación de la sociedad en la atención de problemas de desprotección en salud y defensa de derechos humanos a escala focalizada en forma de organizaciones civiles, fundaciones y redes no lucrativas de carácter filantrópico y humanitario, cuya participación se orienta a la asistencia de: niños abandonados y en situación de calle, adolescentes embarazadas, adultos mayores abandonados, ancianos asilados, enfermos desahuciados y mujeres en situación de violencia, entre otros. Sin embargo, también puede reconocerse que dicha participación contribuye a eximir al Estado y al gobierno de esa responsabilidad en vista de que las causas que generan este tipo de grupos se siguen reproduciendo. Así mismo, destaca que su participación se orienta a la asistencia, la promoción, la capacitación y asesoría, pero no desde la plataforma de la defensa de los derechos sociales y la construcción de propuestas para que el Estado cubra estos escenarios que le corresponden.

2. Conceptualmente; el acceso a la salud no se explica a partir de factores aislados como el geográfico, cultural, financiero, etcétera, puesto que es un proceso concertado con la salud-enfermedad que se produce en los seres humanos, que como tales poseen derechos inherentes y sociales lo cual conlleva implicaciones políticas, económicas y sociales.

A lo largo del periodo estudiado se identifican saltos conceptuales en la forma de acceder a la salud, en una primera etapa: de la caridad hacia la beneficencia, de la beneficencia hacia la asistencia social, de la asistencia hacia la atención a la salud institucional. Y en una segunda etapa: la conjugación de la atención institucional con el derecho a la protección a la salud, y finalmente, con la protección financiera. A pesar de las implicaciones trascendentales de estos cambios y de la persistencia de políticas de combate a la pobreza, la desigualdad e inequidad en salud lejos de superarse se declara abiertamente entre los que si tienen capacidad de acceso a la protección a la salud y los que no la tienen.

Tanto el planteamiento de la salud, como de los derechos humanos esgrimen una posición de integralidad que implica dos planos completamente opuestos; el cumplimiento de su ejercicio o su violación. Debido a que los derechos humanos y en salud son parte inherente de los derechos sociales, si se viola uno de ellos se violan todos, de acuerdo a esta lógica, las personas seguirán enfermando y muriendo mientras no ejerzan los derechos sociales en su conjunto. Se trata de un marco conceptual muy general, pero susceptible de aterrizarlo mediante el derecho a la protección de la salud, de tal forma que dicha integralidad no se muestra como obstáculo del ejercicio gradual de dichos derechos.

A pesar de la aplicación del esquema gerencial que es novedoso en el sistema de salud, se identifica que las políticas se diseñan a partir del enfoque médico-curativo, lo cual se evidencia en primer lugar, por el impulso extraordinario de la infraestructura que comprende la construcción, ampliación, equipamiento, suministro de medicamentos y certificación de unidades de atención. En segundo lugar, por la asignación financiera, por ejemplo, en 2005 del gasto total en salud, se destina el 37.4 por ciento a la atención curativa en hospitales. En tercer lugar, destaca la formación de recursos humanos en medicina de alta especialidad en los institutos nacionales de salud y el fortalecimiento de la enfermería. Esto es justificable, debido al incremento de enfermedades y tratamientos que requieren de atención especializada y de alta tecnología, pero, se trata de un ámbito delimitado perfectamente para curar la enfermedad con atención médica, equipos, medicamentos, etcétera. Sin embargo, no todos los problemas de salud pueden ser resueltos en el ámbito de la curación debido a la estrecha relación de la enfermedad con las condiciones de vida, por lo que este enfoque continua generando el círculo enfermedad-pobreza característico del modelo asistencial.

Por el contrario, no se considera la evidencia de la concurrencia determinante de recursos humanos no médicos en el campo de la salud, se le mantiene relegado de estímulos ya que las valoraciones se enfocan a indicadores relacionados con la productividad de consultas y cirugías, así como en la disponibilidad de médicos y enfermeras por lo que los estímulos importantes se destinan a investigadores en

biomédica, epidemiología clínica y de servicios de salud, aglutinados en el sistema nacional de investigadores. Asimismo, el plan maestro de inversión en recursos humanos se enfoca en el desarrollo de las capacidades médicas y de enfermería. Incluso, a nivel del Informe de la OCDE, se recomienda el fomento de la productividad de personal médico la vinculación de la remuneración con metas de calidad y eficiencia y la revisión de contratos laborales que afecten las ganancias en eficiencia.

Vale la pena mencionar el comentario del Dr. Julio Frenk en relación a la reunión de economistas de altísimo nivel como una de las más grandes inversiones de la secretaría de salud, lo que permitió “sentarnos a la mesa con Hacienda y hablar de tú a tú” para la instrumentación del SP. De igual manera, la participación de éstos para la evaluación económica es imprescindible tanto para el análisis costo-efectividad de las intervenciones para la salud, como para la toma de decisiones y planeación de las políticas de salud. Resalta también la participación de abogados que proporcionan atención especializada médico-jurídica en la CONAMED. A pesar de estas evidencias, no se ha diagnosticado la disponibilidad, productividad, salarios, etcétera, de personal no médico ni paramédico, que también tiene alto nivel de competencia y que la aplicación de sus conocimientos son vitales en las diferentes áreas de la salud, entre otras: en riesgos sanitarios, ingeniería médica, informática y telemedicina, en procesos administrativos, gerenciales y de finanzas, análisis políticos, económicos, estadísticos y de actuaría.

Tanto en el plano internacional como en el nacional persiste la vulnerabilidad como criterio en el diseño de acceso a salud, el cual, resulta obsoleto porque no resuelve los problemas de salud de los vulnerables y abandona a los que no lo son en un proceso de vulnerabilización. Este criterio, requiere de una nueva connotación, puesto que, no solamente es vulnerable quién carece de la satisfacción de las necesidades básicas como alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, vivienda digna y atención médica, ya que, éstas se extienden considerablemente hacia otras esferas de necesidades como de empleos, ingresos decorosos, seguridad pública, e inclusive hacia las esferas emocionales y de expectativas personales. No se limita a grupos que viven en la

pobreza, a regiones marginadas o simplemente a individuos que no conocen sobre el derecho a la salud, pues cualquier área y ámbito genera a sus propios grupos de vulnerables.

Sucede lo mismo en lo que se refiere a los conceptos de salud y derechos humanos, que en relación con la mujer, se le identifica como foco prioritario de su atención lo cual es muy importante por el efecto multiplicador que genera, familiar y socialmente. Sin embargo, no se actúa sobre las condiciones de desprotección en los ámbitos donde se desenvuelve lo que dificulta y hasta imposibilitan su ejercicio. Tampoco se considera la existencia de patrones culturales diferentes entre los grupos de mujeres en especial a lo que se refiere al matrimonio y la maternidad. Por ejemplo, en el caso de las mujeres indígenas la maternidad se explica cómo su razón de ser y en mujeres intelectuales o trabajadoras de una ciudad ésta adquiere otros significados. Por lo que en las estrategias de acceso a la salud deben considerarse dichos patrones para abordar de manera adecuada la concientización de las mujeres sobre sus derechos. En estas condiciones, el tratamiento de los derechos humanos en salud en la mujer actúa todavía más como vulnerabilizante, puesto que, la enfrenta sola a la lucha por ejercerlos.

El derecho a la protección de la salud como un derecho humano elemental y social se tutela desde la defensa y sanción a las violaciones en salud, entre las que destacan la negativa o inadecuada prestación del servicio público de salud y la negligencia médica, así también desde la promoción y difusión de contenidos sobre derechos humanos, sin embargo, se deja de lado el fecundo espacio de la prevención orientada a la identificación y construcción de vías para prevenir no solamente este tipo de violaciones, sino en un espectro mucho más amplio.

El derecho a la salud se explica en relación al conjunto de los derechos sociales, al igual que sucede con la salud —binomio salud-derechos humanos—. Sin embargo, la explicación del acceso a la salud desde la perspectiva de los derechos humanos no es posible solamente desde el referente de la enfermedad, por lo que tal perspectiva constituye una plataforma extraordinaria para el diseño de políticas de acceso a la protección de la salud, puesto que ya establecida su integralidad o el *¿qué hacer?*, el paso siguiente es la búsqueda del *¿cómo?* identificar o construir las vías para ejercer su cumplimiento.

3. En relación a los procesos; cabe destacar que independientemente de que el enfoque gerencial ha sido introducido en el campo de la salud como contribución al aseguramiento del funcionamiento de una economía de mercado de servicios de salud interno y externo, es de vital importancia el reconocimiento de que dada la magnitud de las necesidades, carencias y retos a enfrentar, es imperativo pensar y conceptualizar la salud de manera diferente —**como protección de la salud**—, lo que implica actuar de manera diferente —**con políticas y criterios de calidad de los servicios y satisfacción del paciente**—, y; la aplicación de herramientas y metodologías diferentes —**herramientas gerenciales**—. La incipiente aplicación de este tipo de herramientas en la salud institucional muestra que es factible romper el paradigma de los “**pobres servicios**” del modelo asistencial, ya que sus procesos se sustentan en indicadores de calidad y se orientan a resultados para lo cual utiliza metodologías de evaluación que miden impacto del desempeño al igual que en la empresa privada. Y puesto que se identifica la relación primordial del acceso a la salud con la atención médica, el segmento de los servicios personales de salud es espacio idóneo para la aplicación de este enfoque debido a los altos parámetros de calidad que requiere. Aunque también, representa una importante fuente y materia de análisis a considerar a fin de diseñar su aplicación no solamente en la normatividad, sino también en los procesos de gestión que aterricen en el segmento de la salud pública, lo cual, es factible mediante el diseño de políticas públicas saludables que brinda la posibilidad de superar la concepción de la salud como paliativo de las condiciones de vida para transitar hacia el mejoramiento y conservación de la salud, y por consiguiente al acceso efectivo de su protección.

El acceso a la salud desde el conocimiento de los derechos humanos por medio de la difusión e información es una vía importante por su cobertura masiva. Sin embargo, no basta si no se acompaña de soportes aplicativos funcionales, de lo contrario, el conocimiento lejos de resolver problemas de violación de derechos, propicia conflicto al no poder defenderlos ante procedimientos establecidos legalmente que no se corresponden con el ejercicio de los derechos a la salud. Por

ejemplo, en las ciudades las condiciones generales de trabajo de las oficinas gubernamentales y el reglamento del ISSSTE, no incluyen licencias de cuidados maternos para hijos mayores de seis años, y para el cuidado de adolescentes enfermos tienen que recurrir a otro tipo de prestaciones. También es común, la falta de apoyo para mujeres con embarazo de alto riesgo e inclusive, el caso de mujeres que desempeñan puestos de confianza que se enfrentan a la disyuntiva de elegir entre los cuidados de su embarazo o la atención a sus responsabilidades laborales.

Dada la integralidad de los derechos humanos, la vasta problemática que enfrenta la salud y la multiplicidad de factores transgresores a dichos derechos, es contradictorio que la CNDH cuente con la recomendación como único instrumento para hacer respetar los derechos humanos, puesto que su resultado depende de la autoridad y capacidad al emitirla y de la buena voluntad de los transgresores. Su intervención acotada principalmente al ámbito de la violación y planteada como “un ejercicio cívico” de colaboración para la corrección de conductas o actitudes, restringe en forma considerable los numerosos espacios donde podría actuar.

En vista del incuestionable establecimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, los ciudadanos lo ejercen a través del cumplimiento de las obligaciones de las autoridades encargadas de la prestación de los servicios de salud. Por lo que es necesario el establecimiento de mecanismos de respeto a éstos y de obligatoriedad para su ejercicio efectivo, de lo contrario, la consigna constitucional pierde efecto. Y puesto que la protección de la salud es un mandato constitucional, su ejercicio no está en función de la construcción de nuevas infraestructuras administrativas, porque segmentan y dividen a la población en estratos que si las aprovechan y en otros que ni siquiera las utiliza, además de consumir importantes recursos financieros. Por el contrario, tal ejercicio depende de mecanismos rectores de carácter normativo, obligatorio y sancionable en toda la extensión de la administración pública federal que logren penetrar en todos los ámbitos donde se desenvuelve el ser humano, desde el familiar, escolar, laboral, etcétera.

El escenario tendencial más sobresaliente es que la desigualdad no se profundiza, más bien se declara entre quienes ejercen el derecho a alimentarse adecuadamente, a habitar una vivienda digna, a educarse, a proteger su salud, a conseguir empleo e ingreso decoroso, y a conservar calidad y estilos de vida saludables, —lo que podría entenderse como un círculo virtuoso—. Y entre quienes, por el contrario, no tienen posibilidades de ejercer dignamente el primero, y difícilmente pueden acceder al ejercicio de todos los demás derechos —cerrando por el contrario un círculo vicioso—. El caso de los jóvenes ilustra tal desigualdad, pues, si no están bien alimentados, su rendimiento académico es bajo, lo que condiciona su acceso a la educación superior, si no estudian no tienen acceso a los servicios de salud de la seguridad social y menos o nulas oportunidades de empleo, por consiguiente no cuentan con ingresos ni con posibilidades de realización personal, lo que los coloca en posición de riesgo de contraer conductas adversas a su salud.

Como conclusión final, en vista de que los modelos asistencial, de derechos humanos en salud y el gerencial exponen serias limitaciones en cuanto a universalidad y cobertura potencial ó en términos de equidad social y financiera ó bien de alta calidad en el acceso a la salud de la población, el diseño de políticas de acceso a la salud requiere de romper con paradigmas en virtud de que los procesos de salud-enfermedad muestran una evolución constante y universal.

Así también, en virtud de que la denotación de “protección” otorgada a la salud rebasa el campo restringido del sector salud, deja en descubierto la posibilidad del diseño de políticas de acceso a la salud desde un Estado Estratégico bajo el enfoque de la gobernanza, cuyo modo de dirección política y social aporta múltiples escenarios y actores de participación. Y dado que, la multiplicidad de problemáticas generadoras de enfermedades y riesgos, el enfoque de políticas públicas en salud permite conjugar las acciones asistenciales con el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud con calidad gerencial, en un esquema de convivencia política y social para mantener vigente el tema del acceso a la salud en la agenda de gobierno como pilar prioritario de desarrollo social y nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Acle Tomasini, Alfredo, *Retos y riesgos de la calidad total*, editorial Grijalbo, México, 1994.
- Aguilar F. Luis, *La administración pública y el público ciudadano*.
- Aguilar, Villanueva Luis F., *Gobernanza y gestión pública*, FCE, 1º, reimpresión, México, 2007.
- Alatorre Wynter, Edda, "La atención gineco-obstétrica en el marco de los derechos humanos", en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 217-228.
- Alvarez Larrauri, Selene, *Promoción de la salud y: Concepciones y consecuencias históricas*, antología 1 promoción de la salud: una visión global, Xalapa, Ver. 1994.
- Álvarez Vita, Juan, *El derecho al desarrollo*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos e Instituto Peruano de Derechos Humanos, ed. Cusco, 1988.
- Ávila de Gutiérrez, Carmen, "Derechos Fundamentales de las Pacientes Psiquiátricas", en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995, pp. 209-216.
- Arce de León, María Guadalupe, "Paquete Básico de Servicios de Salud: estrategia fundamental", en foro nacional, El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 333-334.
- Arce de León, María Guadalupe, "Trascendencia de la Participación Social en los Programas de Salud", en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp.331-332.
- Arévalo, Hernández Decsi y Oscar Rodríguez Salazar, *Economía política de la reforma a la seguridad social en Colombia, entre la protección y el ajuste económico*, XXIV International Congress of the Latin American Studies Association, LASA, 2003.
- Blanco Gil, José, "Hegemonía de los Organismos Supranacionales en las Reformas al Sector Salud", en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp.75-80.
- Canto, María Amparo González y Olimpia Flores Ortiga, "Los derechos humanos de las mujeres víctimas de delitos sexuales", en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 141-151.

- Careaga, Gloria, “*Los Derechos Sexuales y Reproductivos: elementos para el debate*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp.195-202.
- Díaz, Alfaro Salomón, “*Derecho constitucional a la protección de la salud*” en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.
- Donabedian, Avedis, *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*, conferencia magistral, Salud Pública de México, mayo-junio de 1993, Vol. 35, No. 3.
- Elú, María del Carmen, “*Hacia una maternidad sin riesgos*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 203-209.
- Finnigan, Jerome P., *Guía de benchmarking empresarial*, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., México, 1997.
- Fix-Zamudio, Héctor, *Protección jurídica de los derechos humanos*, estudios comparativos, 2ª edición, CNDH, México, 1999.
- Frenk, Mora Julio, Ana Luisa Liguori, Jaime Sepúlveda Amor, *Salud y Derechos Humanos*, perspectivas en salud pública No. 22, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor., México, 1995.
- Frenk, Mora Julio, *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*, FCE, México, D. F. 1993.
- Fuentes, Álcala Mario Luis, “*Prólogo de Gilberto Rincón Gallardo, Cap. I, La asistencia social en México. De la época prehispánica a 1976*”, en La asistencia social en México, historia y perspectivas, México, 1999, ed. Paideia, pp. XV-XLIII.
- Garrocho, Carlos, *Análisis Socio-espacial de los Servicios de Salud*, El Colegio Mexiquense, DIF, Estado de México, 1995.
- Gómez, Luis E., *La Sombra de los Gozos*, modernidad y crisis del Estado de bienestar, Universidad Autónoma de Baja California, México, 1993.
- Gómez, Luis E. et. al. *Hacia la Sociedad del conocimiento*, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2007.
- Gortari, de Hira y Alicia Ziccardi, “*Instituciones y Clientelas de la Política Social: un esbozo histórico, 1867-1994*”, en Las políticas sociales en México en los años noventa. UNAM, FLACSO y Plaza y Valdés, 1998, pp. 201-234.
- Guerrero, Orozco Omar, “*Los Gerentes Públicos Pintados por Sí Mismos*”, en Convergencia UAEM, México, No. 36, septiembre-diciembre, 2004.

- Guerrero, Orozco Omar, "*Políticas públicas: ¿una resurrección de la ciencia política?*" Revista teoría y praxis, Monterrey, N. L., Vol. II Y IV, No. 11, 12 y 13, marzo, 1990.
- Graus, Arnoldo, "*Grupos vulnerables*", en Frenk, Mora Julio, Ana Luisa Liguori, Jaime Sepúlveda Amor, Salud y derechos humanos. Perspectivas en salud pública, No. 22, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. México, 1995.
- Hernández, Cuadra., SM y Col., "*Los derechos humanos en las normas sobre el VIH/SIDA en México y Centroamérica 1993-2000*", en Salud Pública de México, Vol. 44, No. 6, noviembre-diciembre de 2002.
- Hernández, Oliva Rocío Citlalli, *Globalización y privatización: el sector público en México, 1982-1999*, INAP, México, 2001.
- Izundegui, Rullan Amador, "*Sociedad igualitaria y derecho a la protección de la salud*", en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983
- Jusidman, Clara, y Vania de Almeida Tormin Salles, "*Privación y vulnerabilidad: las mujeres en la pobreza*", en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, Grupo interdisciplinario de mujer, trabajo y pobreza, México, 1995, pp. 239-245.
- Kaplan, Marcos, "*El Derecho a la protección de la salud y el Estado social de derecho*", en Soberón, Acevedo Guillermo, y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, pp. 37-65.
- Laurell, Asa Cristina, "*El Derecho a la salud y la reforma de la seguridad social*", en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 29-35.
- Laguna, García José, "*Las perspectivas del derecho mexicano a la protección de la salud*", en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.
- Lerner, Sigal Bertha, "*Globalización, neoliberalismo y política social*", en Las políticas sociales de México en los años noventa, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés, México, 1998.
- Linares, Pérez Nivaldo, "*Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002*", Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, UAM, México, 2006.
- López Arellano, Oliva, "*El derecho a la salud y la reorganización de los sistemas de salud que atienden a la población no derechohabiente*", en foro nacional: el derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 37-42.
- Madrazo, Jorge, *Temas y tópicos de derechos humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995.
- Madrazo, Jorge, "*Discurso Inaugural*", en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995.

- Martínez, Chávez Víctor Manuel, *Diagnóstico administrativo*, Ed. Trillas. México, 2002.
- Monnier, Eric, *Evaluación de la acción de los poderes públicos*, estudios de la hacienda pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992.
- Muñoz de Alba, Medrano Marcia, “*El derecho a la salud: contenidos técnicos y prospectivos*”, en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp., 45-47.
- Muñozcano, Dolores Skidmore, “*Análisis del código penal en relación con los delitos de violación sexual, desde una perspectiva sociológica*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995.
- Muriedas, Pilar, “*Salud y Derechos Humanos*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 235-237.
- Nuñez, Urquiza Rosa María y otros, *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*, 3° versión, Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2005.
- Pardo María del Carmen, *La modernización administrativa en México*, El Colegio de México, 1ª edición 1991, 1ª impresión, México, 1995.
- Reyes, Heróles Federico, *Política y administración a través de la idea de vida*, INAP, México, 1983.
- Roccati, Velásquez Mireille, “*Los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud*”, en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, Cámara de Diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 45-47.
- Rodríguez, de Arizmendi Graciela, “*Responsabilidades ciudadanas y responsabilidades de la sociedad frente al derecho a la protección de la salud*”, en Soberón, Acevedo Guillermo, y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, pp. 145-155.
- Rocha, Bandala Juan Francisco, “*La evolución del derecho sanitario y el derecho a la protección de la salud*”, en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.
- Ruíz, Massieu José Francisco, “*El contenido programático de la constitución y el Nuevo Derecho a la protección de la Salud*”, en Soberón Acevedo Guillermo y otros, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, pp.69-79.
- Ruíz, Sánchez Carlos, *Las políticas de salud en el estado mexicano (1917-1997). Un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México*, Tesis doctoral en Administración Pública, México, 2001.

- Sánchez González, José Juan, *Gestión pública y governance*, México, Instituto de Administración Pública del Edo. de México, A.C., mención honorífica del premio IAPEM 2001.
- Soberón, Acevedo Guillermo, y otros, *Derecho constitucional a la protección de la salud*. Miguel Angel Porrúa, México, 1983.
- Sotelo Juan, Manuel y Fernando Rocabado, “*Salud desde el Municipio. Una Estrategia de Desarrollo*” en revista de Salud Pública de México, julio-agosto, 1994, Vol. 36, No. 4.
- Tapia, Hernández Silverio, *Principales declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por México*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1999.
- Urbina, Manuel, coord., *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para la tercer milenio*, FCE, 1ª edición, México, 2006.
- Uvalle, Berrones Ricardo, *Las transformaciones del Estado y la administración pública en la sociedad contemporánea*, IAPEM, UAEM, Edo. de México, 1998.
- Valadéz, Carmen, “*La violación de los Derechos humanos en la frontera norte: derechos a la salud y a un medio ambiente sano*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 229-234.
- Valadéz, Diego, “*El derecho a la protección de la salud*”, en Soberón, Acevedo Guillermo y otros, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, pp. 93-111.
- Valls, Antonio, *Guía práctica del benchmarking*, cómo lograr el liderazgo en su empresa o unidad de negocio, gestión 2000, España, 1999, p. 20.
- Vilas Carlos M., “*De ambulancias, bomberos y policías*”, en Las políticas sociales de México en los años noventa, UNAM, FLACSO y Plaza y Valdés, México, 1998, pp. 111-141.
- Yamin, Alicia, Mario Ríos y Raquel Hurtado, “*Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*”, universidad de Columbia, APRODEH, Flora Tristán y consorcio de investigación económica y social, Lima, julio 2002.
- Yllan, Rondero Bárbara y Sonia Araujo Osorio, “*Los alcances victimógenos de la violencia intrafamiliar y sexual*”, en Memoria de la reunión nacional sobre derechos humanos de la mujer, CNDH, México, 1995, pp. 79-84.
- Zeballos, Zelada José Luis, “*El derecho a la salud. Fortalecimiento del rol regulador del estado en los procesos de reforma*”, en foro nacional: El derecho a la protección de la salud, cámara de diputados LVII legislatura, México, julio, 1998, pp. 61-66.
- Zertuche, Muñoz Fernando, “*El derecho a la protección de la salud y las garantías sociales*”, en Soberón, Acevedo Guillermo, y otros, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

PONENCIAS

- Bejarano, Ramírez Verónica y Miguel A. Martínez Andrade, *Uso de herramientas de ingeniería para el análisis de las causas de tiempos de espera en consulta*, Departamento de calidad de los servicios de salud, Mexicali, BC., ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo de 2005.
- Chi, Herrera Guadalupe y Luis Arjona Tamayo, *Percepción de trato digno e integración de aval ciudadano de primer nivel*, servicios de salud de Yucatán, ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo de 2005.
- J. Saturno, Pedro, *Estado actual y prospectiva de la gestión de la calidad en salud*, profesor de Salud Pública, Universidad de Murcia, director de la maestría a distancia en gestión de la calidad en los servicios de salud, ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo 2005.
- Ibarias, Uribe Luis Alonso, *Programa de implementación de indicadores de calidad en el servicios de enfermería*, hospital naval de Acapulco, ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo 2005.
- Licea Jiménez, Laura y Ma. del Rosario Ramírez Vistrain, Delia Espinosa Rioja, *Dirección de desarrollo de personal y organización*, México D. F., ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo, 2005.
- Juárez, Martínez Luis Guillermo, *"Gestión para el cambio en una institución de salud. Una propuesta metodológica"*, Hospital General de Zona No. 17, ponencia presentada en el 3° foro Nacional por la Calidad en Salud, México, D. F. marzo, 2005.
- Juárez, et. al., *Programa de mejora continua de los servicios de enfermería*, Instituto de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, ponencia presentada en el 3° foro nacional de innovación por la calidad en salud, México, D. F., marzo, 2005.
- Soberón, Acevedo Guillermo, *La reforma de la salud en México*, ponencia, México, 2001.

PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS

Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos Para Todos, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Family Care Internacional, El Cairo 1994.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud, diario oficial 15 de marzo de 2002.

Atención Primaria de Salud, OMS, Serie Salud para Todos, No. 1, Ginebra, 1978.

Afirmación del relator especial de Naciones Unidas en su informe sobre la realización de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1992.

Breve reseña histórica de la Secretaría de Salud, a los cincuenta años de su creación, México, 1993.

Calidad de la Atención: seguridad del paciente, OMS, 55° asamblea mundial de salud, OMS, marzo de 2002.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: hacia un nuevo concepto de salud pública, OPS, 1986.

Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. 1, No. 2, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984.

Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. 1, No. 6, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1984.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D. F., julio de 2001.

CONAPO, 11 de julio día mundial de la población, carpeta informativa 2005.

Directorio nacional de organizaciones de la sociedad civil con acciones hacia las mujeres, Instituto Nacional de las Mujeres, México, febrero de 2006.

Declaración de Alma Atta, OMS-UNICEF, URSS, 1978.

Declaración de los Derechos del Niño, Nueva York, 20 de noviembre de 1959, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1959.

Declaración de los Derechos de los Impedidos, Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 9 de diciembre de 1975, oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, Ginebra Suiza.

Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, OMS, Nueva York, 11 de diciembre de 1969.

Declaración Universal de Derechos Humanos, Nueva York, 10 de diciembre de 1948, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 217 A (III) el 10 de diciembre de 1948.

Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición.

Decreto de reforma a la Ley General de Salud, Abril de 2003.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, México, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París, Secretaría de Salud 2005.

Foro, Programa Nacional de Salud 1984-1988, capítulo 5, objetivos generales, DOF, 23 de agosto de 1984.

Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, Family Care Internacional, Nueva York, NY, octubre 1994.

Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud, No. 27, octubre 2004.

Gerencia en los Servicios de Salud. Programa de Actualización, Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

Gobierno y administración municipal en México, Secretaría de Gobernación, Centro Nacional de Desarrollo Municipal, 1993.

Glosario para entender la reforma de la salud, Términos usados en planificación y programación de la atención de la salud.

Historia de la Salud, reseña histórica 1982-1988, Tomo I y II, Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud.

Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2003, CNDH, México, 2004, p. 5.

Informe sobre Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, OMS, Ginebra, Suiza, 2000.

Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006, Secretaría de Salud, 2007, p.2.

Informe de Labores, 5º, del 1º de septiembre de 2005, p. 323.

Innovación y Calidad, foro global sobre reinención del gobierno, política digital, NEXOS, México, 2003.

La Salud en la Reforma del Estado Hacia un Sistema un Sistema Universal de Salud, México, D. F. 2002.

La Salud en las Américas, OPS, 1998, Volumen II.

Las personas con discapacidad en México y sus características, comunicado de prensa, Aguascalientes, Ags., 8 de diciembre de 2004, No. 173/2004, INEGI.

Libro del cincuentenario, Secretaría de Salud 1943-1993, México, 1993, Jaime Sepúlveda Amor, coordinador.

- Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, Secretaría de Salud, 1995.
- Modelo de Calidad INTRAGOB, oficina de la presidencia para la innovación gubernamental.
- Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental, México, presidencia de la república.
- Observatorio del Desempeño Hospitalario, propuesta DGED, Subsecretaría de innovación y calidad, Secretaría de Salud, Secretaría de Salud de Jalisco, octubre de 2003.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2000-2006.
- Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño, 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2002.
- Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida", 1º edición, 2002, Secretaría de Salud.
- Programa de Acción: Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, 1º edición, 2002, Secretaría de Salud.
- Programa de Actualización en Salud Pública, epidemiología, INSP, Cuernavaca, Mor., 2004, *Administración y gerencia*, diapositivas, Molina, Rodríguez Juan Francisco.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud.
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, poder ejecutivo federal.
- Protocolo Adicional a La Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10, adoptado por la asamblea general de la Organización de los Estados Americanos el 17 de noviembre de 1988, San Salvador.
- Prospectiva, año 4, No.12, marzo, 1999. Moreno, Salazar Pedro, ¿Qué son las políticas públicas?
- Recursos y Servicios, boletín de información estadística, No. 15, Vol., I, Secretaría de Salud, 1995.
- Reglas de Operación del SPSS, diario oficial, 4 de julio de 2003.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el diario oficial de la federación el 5 de abril de 2004.
- Salud: México 2003, Información para la Rendición de Cuentas, Secretaría de Salud, primera edición, 2004.

Seminario de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud, Introducción a la evaluación de los sistemas de salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Chiapas, México, 1-5 de diciembre de 2003.

Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Secretaría de Salud, Seguro Popular, 1° edición, 2005.

Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, 1° edición, 2002, Secretaría de Salud.

Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos, OMS, No. 1, julio de 2002, Programa de acción: Mujer y salud, PROMSA, 1° edición, 2002, Secretaría de Salud.

REFERENCIAS DE PÁGINAS DE INTERNET

www.medicos-municipales.org.ar/repor0999.htm - Laurell, Asa Cristina, *Lo último que nos abandona es la esperanza*, reportaje de mundo hospitalario.

www.promoción.salud.gob.mx - *Modelo Operativo de Promoción de la Salud*. Versión 1.0, p. 24

www.salud.gob.mx - Dirección General de Información en Salud.

www.mujierysalud.gob.mx - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa Mujer y Salud.

www.generoysaludreproductiva.gob.mx - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, glosario de términos.

www.dgplades.salud.gob.mx - *Herramientas Gerenciales para los Directivos de Establecimientos de Atención a la salud*. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

www.insp.mx/2005/propues-ext.pdf - Hernández, Ávila Mauricio, *Reforzar la excelencia e impulsar la relevancia en salud pública*, Una propuesta para la consolidación institucional, INSP, 2005.

www.avalciudadano.gob.mx – Aval Ciudadano.

www.guiadeenfermeria.com/saludpublica/prevencion - Álvarez-Dardet, Carlos, *Las bases de la promoción de la salud*, departamento de salud pública, Universidad de Alicante, p. 10. cuentame.inegi.gob.mx -discapacidad en México.www.ssa-sin.gob.mx/calidadred/indica - Sistema INDICAGoogle académico. Varo, Jaime, *et. al., Gestión estratégica en la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Ed. Díaz de Santos, 1993, p. 1.

REFERENCIAS PERIODÍSTICAS

Raúl Enrique Molina Salazar, investigador del Departamento de economía de la UAM Iztapalapa, El Financiero, 1 de marzo de 2007.

Schteingart, Martha, La jornada, 15 de mayo de 2004, p. 44.

FÉ DE ERRATAS

Página 1, cuarto renglón, dice: ...dan lugar una división...

Debe decir: ...dan lugar **a** una división...

Página 14, cita No. 13, dice: ...de 1 a 5 años, de 15 a 65 años...

Debe decir: ...de 1 a 5 años, **de 6 a 14 años**, de 15 a 65 años...

Página 29, 1° renglón, dice: ...Secretaría de Salubridad y Asistencia...

Debe decir: ...Secretaría de **Asistencia Pública**...

Página 46, cita No. 98, dice: ...en el siguiente capítulo...

Debe decir: ...**en el punto 2.7.6 en la página 60.**

Página 56, tercer párrafo, 9° renglón, dice: ...se refirieren a ...

Debe decir: ...se **refieren** a ...

Página 99, cita No. 204, 10° renglón, dice: ...interna e externa....

Debe decir: ...interna **y** externa...

Página 130, último párrafo, 2° renglón,

dice: ...respeto a los seres humanos como personas...

Debe decir: ...**respeto a las personas como seres humanos**...

Página 146, 2° párrafo, 4° renglón, dice: ...para lo ello...

Debe decir: ...para ello...

Página 217, antepenúltimo renglón, dice: ...Banco de México...

Debe decir: ...Banco **Mundial**...