

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

FACULTAD DE PLANEACION URBANA Y REGIONAL

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

“Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad Social Única”

Tesis que para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales presenta:

M.S.P. Luis Gabriel Montes de Oca Lemus

Director de Tesis

Dr. en A.P. Julio Cesar Olvera García

Toluca, México Septiembre 2015

## POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

“Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad Social Única”

## Índice de contenido

	pág.
INTRODUCCIÓN	7
1: Política Pública y Salud	11
1.1. Sobre la idea y construcción de una política pública	11
1.2. Políticas públicas en salud	25
1.3. Políticas para la implementación de una política en Salud	30
1.3.1. ¿La salud es un problema político?	32
1.3.2. Incrementalismo en políticas de salud	38
1.3.3. Política de aplicación política	43
2: Políticas Públicas en Salud del siglo XX	45
2.1 Primera reforma mundial de las políticas públicas en salud	45
2.1.1. El eje de la promoción de la salud	52
2.2. El conocimiento de políticas públicas en salud y la participación social	56
2.3. Descentralización y desconcentración en servicios de salud	64
3: Evolución histórica, interpretación y resultados de los sistemas de salud en México	73
3.1. Una visión histórica del actuar del médico mexicana y la evolución de la medicina en México	73
3.1.1. La herbolaria y su fusión	76
3.1.2. Los hospitales	82
3.1.3. Los hospitales y el quirófano:	83
3.1.4. Impacto final: sincretismo directo y sincretismo inverso	91
3.2. Evolución histórica de la seguridad social en México	95
3.2.1. Época Prehispánica	96
3.2.2. Época Colonial	97
3.2.3. La Independencia	101
3.2.4. El Estado Institucional	102

3.3. Hablando de salud	107
3.3.1. El modelo médico de la salud y la enfermedad	110
3.3.2. Sincretismo de la Salud	116
3.3.3. La salud como atributo y/o relación	119
3.4. Panorama epidemiológico de la salud	126
3.5. Una visión específica de la salud en México	134
3.5.1 Atención Primaria de la Salud	138
3.5.2. ¿Dónde se encuentra México?	148
3.6. Instauración de un sistema de salud	158
3.6.1. Interpretación del fenómeno salud-enfermedad	162
3.6.2. Determinantes sociales de la salud-enfermedad	164
3.6.3. El fenómeno salud-enfermedad y las clases sociales (Patología de los pobres)	166
3.6.4. Población, Salud y Economía	169
3.6.5. La salud como factor de desarrollo	176
3.6.6. Hábitos para la salud	179
3.7. Sistema de salud en México	181
4: Reflexiones con una propuesta	191
5: Conclusiones	201
Bibliografía	212

## Resumen

La cobertura universal en México es sinónimo de protección social en salud. El garantizar efectivamente y con calidad al derecho a la protección de la salud a más de 120 millones de personas en México, independientemente de su condición social o estatus laboral, depende de la construcción de un Sistema de Salud eficiente y eficaz. El sistema de salud mexicano está compuesto por la Secretaría de Salud (rectora del sector y prestador de servicios), la seguridad social laboral pública, y el sector privado. El proceso de reforma para universalizar la cobertura y separar las funciones regulación-financiamiento-prestación de servicios inicia en 1995 pero continua inacabada y problemática. Este trabajo analiza y crítica los modelos y las reformas en salud. Se presenta una discusión conceptual sobre la transición de una seguridad social a una atención integral de la salud como derecho universal de la sociedad mexicana. Se describen modelos sociales de salud que llevaron a los cambios en los modelos de atención en salud, documentando las reformas que se desprenden de documentos oficiales y la literatura sobre el tema, que incluye artículos científicos y otras publicaciones disponibles. La propuesta final corresponde al análisis de un sistema de salud universal único en el que todo el sistema de salud debe estar integrado como uno solo para tener un servicio de salud mexicano equitativo, justo y accesible a la población. Se requieren cambios que incluyan medidas sistémicas para consolidar la reorganización del sistema de salud por funciones, con una propuesta específica para una cobertura universal única de salud en México.

## Summary

Universal coverage in Mexico is synonymous with social protection in health. To ensure effectively the quality and the right to health protection to more than 120 million people in Mexico, regardless of their employment status or social condition, depends on the construction of an efficient and effective health system. The Mexican health system is composed of the Ministry of Health (governing the sector and service provider), public social security work, and the private sector. The process of reform to provide universal coverage and separate the functions regulation-financing-delivery service started in 1995 but it remains incomplete and problematic. This paper critically analyzes models and health reforms. A conceptual discussion is made of the transition from a social security to a comprehensive health care as a universal right of Mexican society. Social models of health led to changes in health care models, the reforms acknowledged from official documents and literature on the subject, including scientific articles and other publications. The final proposal corresponds to the analysis of a single universal health system in which all the health system must be integrated as one to have a Mexican health service equitable, fair and accessible to the population. Systemic changes include consolidating the reorganization of the health system functions with a specific proposal; to have single universal health coverage in Mexico.

## INTRODUCCIÓN

Para la realización de este trabajo se propuso como objetivo general, el analizar las políticas públicas en salud que dieron origen al Modelo actual de Salud, encontrando pros y contras para explicar la necesidad de una alternativa que sea más viable y efectiva para la población de México. Lo anterior por medio de la identificación y análisis de los cambios al Modelo de Salud con base en las políticas públicas en el Sistema de Salud Mundial y de México.

El estudio es, documental, descriptivo, exploratorio y explicativo, a través de una línea de investigación de la administración y políticas públicas. Por medio de la revisión documental, se analizó una parte del sector público específicamente el área de la salud, describiendo los diferentes grupos de actores que inciden en el proceso de elaboración de políticas públicas en salud; la investigación se llevó a cabo a través de la análisis, síntesis y evaluación documental de información relacionada con la historia y evolución de la medicina, las políticas públicas, las políticas públicas en salud y de los modelos de salud propuestos.

Se hace una revisión general, entendiendo como se hacen las políticas públicas, a través de una integración de pensamientos de diversos autores para una comprensión específica de su razón de ser; continuamos con la revisión de las políticas públicas en salud, haciendo una recopilación de propuestas de actores involucrados, encontrando una posible explicación de su actuar en la elaboración de estas políticas las cuales tienen mucha injerencia en el futuro y progreso de un país para sobresalir en este ambiente globalizador en que se encuentra el mundo actualmente; en seguida, hacemos un recorrido por las etapas de la medicina como elemento esencial para el desarrollo y evolución de los pueblos a lo largo de la historia, así como de los modelos de atención implementados; para finalmente proponer una nueva alternativa en la atención a la salud en México que pudiera hacer este servicio más justo, equitativo, igualitario, seguro, satisfactorio y de calidad suficiente para la población.

La democracia, como marco de referencia para la participación ciudadana en salud, es una condicionante política de las prácticas sociales que nutren a la salud pública y la misma salud del individuo. Un proceso socialmente legitimado, es condición y resultado de una democracia efectiva y de políticas públicas que responden adecuadamente a las necesidades de salud de las poblaciones. En esencia, estos aspectos se refieren a las características del proceso y a una democratización del poder (empoderamiento ciudadano) que le conferirá legitimidad y actuación pública. A través del reconocimiento y la aplicación de valores como justicia, equidad, igualdad, calidad, seguridad, etc., socialmente aceptables y los valores conexos a la salud asignados por la sociedad se obtiene la salud pública. Este esfuerzo requiere de normas legales y de su cumplimiento por parte de la sociedad, propios de un “Estado de Derecho”.

Teóricamente, todos los seres humanos son iguales, pero en la práctica esto no es verdad. Este es un hecho real que tiene que aceptarse sin discusión posible. El punto importante aquí es cómo tratar de reducir lo más posible estas desigualdades biológicas y sociales, que de hecho se presentan; pero muchas son resultado de condiciones sociales que pueden cambiarse. Por ejemplo, si la educación y la salud se brindaran en igual medida, cantidad, calidad e intensidad, a todas las personas, sin ningún distingo, lo que se hace es superar las diferencias naturales biológicas, que muchas veces se reflejan en el campo social, dando origen a extremas desigualdades humanas las cuales pueden atenuarse, proporcionando a todos las mismas circunstancias básicas ambientales, culturales y sociales.

La medicina existe desde que surge el hombre. Inicialmente no se diferenció de la magia, la superstición y la religión, la enfermedad se consideraba un castigo para quien había cometido faltas y pecados. A partir de que la iglesia cristiana estableció su predominio y ejerció su poder para imponer su hegemonía filosófica, la ciencia sufrió un enorme atraso que restringió la práctica preventiva de los médicos. Esto obligó a la medicina a dejar la acción terapéutica en lo que ordenaban los preceptos eclesiásticos.

La aparición del renacimiento fue la energía intelectual que permitió a la humanidad liberar el pensamiento y utilizar la razón. Comienza una lucha del ser humano por encontrar su camino, comienza la separación de la ciencia de la religión, para pasar a una medicina más racional y con un manejo metodológico.

En el Nuevo Mundo la medicina mexicana tiene una integración mítico-religiosa, los médicos tenían diversas “especialidades” y se les denominaba Ticitl. El tratamiento médico se basaba en la polaridad frío-calor estrechamente vinculado al tema del equilibrio humano y se entendía que la polaridad comprendía todo el cosmos. Se consideraba que un medicamento o hierba poseía varias acciones e indicaciones y no tenían un solo uso específico.

El diagnóstico de las enfermedades en la medicina europea, española e indígena estaba basado en un interrogatorio amplio, en donde se analizaban todos los elementos que la historia clínica actual comprende incluyendo hábitos personales y características del hábitat, entre los mexicanos, los mismos tópicos estaban envueltos en la magia, donde los dioses eran los principales actores.

En relación al tratamiento este se orientaba en tres direcciones: Médico, quirúrgico y dietético, manejando los contrarios (alopatía), los semejantes (homeopatía) y farmacoterapia (herbolaria) que incluía predominantemente los recursos de la naturaleza.

Lo anterior puede ser considerado como uno de los primeros sistemas de salud implementados en el mundo, en Europa y Mesoamérica los médicos atendían a la población siguiendo determinadas normas y lineamientos sociales impuestos por las castas dominantes político religiosas que indicaban el establecimiento de las políticas.

En la actualidad el presentar información y datos sobre la situación de salud, implica hablar de desigualdades, inequidades, inseguridad, injusticias, insatisfacción e insuficiencia en servicios, lo cual tiene que determinar las acciones tendientes a variar

el pensamiento y orientaciones sobre los factores determinantes y causales de salud o enfermedad y la posterior implementación de políticas de salud mejores.

La intervención de personal de salud para establecer estrategias de acción política para la salud puede definir, desarrollar y apoyar políticas, que permitan el empoderamiento local, la actuación sobre la pobreza, la distribución equitativa de la riqueza, protección del medio ambiente; la defensa de la salud debe ser tarea de todos, debe responder a demandas reales de atención a la salud y a la transparencia y apertura del sistema de salud.

Entender el conflicto entre la problemática específica y el poder político como elementos intrínsecos para la formulación de políticas en salud es comprender los orígenes y metas de las primeras políticas y programas en salud. Para determinar el cumplimiento de una nueva política se requiere que se presente una mejora respecto a la política anterior, o sobre otras políticas implementadas, si las intervenciones iniciales propician momentos positivos o repercusiones negativas no intencionales. La evaluación de una política, representa condiciones y comportamiento político, puede ser más válida y valiosa para los responsables políticos en la búsqueda de una mejor salud pública.

Un ejemplo claro de lo antes mencionado es, la descentralización de los servicios de salud; el cambio de las estructuras caducas y añejas que venían aquejando los servicios de salud haciéndolos a su vez ineficientes en su cobertura y calidad empieza a quedar en el pasado. La directriz por descentralizar los servicios de salud en México fue por una tendencia mundial, ya que, este proceso no salió directamente de los observaciones y criterios del gobierno federal, sino que en todas influyeron, las reformas emprendidas en otras latitudes y alentadas por organismos internacionales, en la campaña mundial "Salud para Todos en el año 2000" donde, se vio que a pesar de todos los esfuerzos por parte del gobierno federal no se logro llegar a las metas propuestas por los organismos internacionales de salud.

## **1. Política Pública y Salud**

En este capítulo se hace una reflexión sobre el proceso del diseño y puesta en marcha de políticas públicas en general y posteriormente políticas públicas en salud; tomando en consideración que a partir de finales de los años setentas del siglo pasado, se han estado multiplicando en toda la región latinoamericana los programas y proyectos para poblaciones vulnerables, programas y proyectos que procuran responder a un conjunto de problemas que se presentan incluso en los países cuyos niveles socioeconómicos son más elevados. México vive graves problemas de pobreza, analfabetismo, transición epidemiológica, inseguridad, violencia y criminalidad que impactan en los más diversos aspectos de la vida nacional especialmente en el sector salud. La sociedad y los gobiernos en sus tres niveles se encuentran preocupados y ocupados en superar esta etapa, y alcanzar la equidad y la justicia en democracia.

Concluimos en que una política pública es un conjunto organizado y estructurado de acciones, que buscan generar situaciones, bienes y servicios públicos para satisfacer las demandas de los ciudadanos, transformar condiciones de vida, modificar comportamientos, generar valores o actitudes que se correspondan con la ley, la moral y la cultura propios de una comunidad. En este sentido toda política pública debe responder a los problemas de injusticia, inequidad, desigualdad, inseguridad, insatisfacción e insuficiencia en salud que afectan a una comunidad, entendiendo éstos como problemas públicos, que como tal demandan una intervención desde el espacio público. Esta debe tener los criterios orientadores para guiar el accionar de las autoridades, dar a conocer el horizonte estratégico de las estrategias y acciones que se diseñan e implementan.

### **1.1 SOBRE LA IDEA Y CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA**

Muchos de los estudios políticos que se han realizado a lo largo del tiempo se han centrado en el estudio del poder y sus manifestaciones. La noción de política pública,

analiza y discute sobre la sociedad y el desarrollo. No es casual, que haya surgido en el contexto de la crisis del estado benefactor y que se haya integrado al debate para vislumbrar y definir el nuevo papel del estado en las economías de libre mercado. El significado que una sociedad asigna al estado y el grado de confianza que tenga en las instituciones, se reflejan en el valor y la confianza que tengan en las políticas públicas.

La idea de “un problema” significa por lo general que la gente piensa que algo está mal en el mundo. Por lo que esto nos puede facilitar el ordenamiento de prioridades o inclusive la organización de una agenda, sin embargo, no tiene que ser exclusivamente el punto de vista que debemos tomar en cuenta, porque en ocasiones se tiende a exagerar al extremo las problemáticas por la poca información disponible.

La “información” es el conocimiento que afecta a las creencias existentes de la gente, ya que es una aportación y modifica por lo tanto el anterior concepto que se tenía sobre algo, es necesaria para tres propósitos principales: Evaluar la naturaleza y la extensión de los problemas. Evaluar las características particulares de la situación concreta de la política que se pretende estudiar, y evaluar las políticas que por lo menos algunas personas han pensado que funcionarían bien en situaciones aparentemente similares a la suya.

Una vez definido el problema hay que pensar en las “alternativas”, “opciones de política”, o “cursos de acción”, las diferentes “estrategias de intervención para solucionar o mitigar el problema.” No es necesario conocer las causas de un problema para solucionarlo. Sin embargo, un buen esquema causal suele ser muy útil para sugerir posibles “puntos de intervención”. Para el argumento de cualquier política se usan más dos líneas discursivas, la analítica y la evaluativa, La primera es todo lo referente a los hechos y proyecciones imparciales de las consecuencias, la segunda es todo lo relativo a los juicios de valor.

La política (policy) es la ciencia y el arte de gobernar y se establece como la organización y administración de un Estado en sus asuntos e intereses. Es un

comportamiento propositivo, intencional, planeado, no un simplemente reactivo de causalidad. Se mueve a través de la decisión de alcanzar nuevos objetivos o metas por medio de ciertas estrategias considerándose como una acción con sentido. Es un proceso, que involucra todo un conjunto complejo de tomadores de decisiones y operativos que se involucran para alcanzar propuestas viables en beneficio de una población o estructura organizacional. Las política se clasifica en regulatorias, distributivas y redistributivas. También es considerada como una lucha por el poder en función de intereses y ventajas que se pueden dar precisamente por la elaboración de ciertas políticas, finalmente es el resultado de enfrentamientos y compromisos, de competiciones y coaliciones de conflictos y transacciones convenientes (Aguilar, 1996).

El término politics proviene del griego politikós y que habla principalmente de las acciones del ciudadano cuando interviene en los asuntos de carácter público por medio de su opinión, su voto, o de cualquier otro modo que manifiesta algún viso de participación en la sociedad; por lo tanto cuando nos referimos a politics estamos en realidad refiriéndonos a lo político, a una dimensión política en general, a un sistema político o a sus componentes.

Para un entendimiento más adecuado de su significado es importante hacer la siguiente división: policy análisis (análisis político es el buscar la mejor política pública en términos de eficiencia, eficacia y equidad) y policy-making study (el estudio de la elaboración de las políticas públicas) integrándose de manera positiva para describir, clasificar y explicar el patrón de decisión y operación con el que procede un sistema político administrativo dado o un gobierno particular en las políticas públicas.

En la tradición anglosajona existen dos términos diferentes, politics y policy, que el español recoge en un solo término: política. En el castellano se encuentran tres diferentes significados de la palabra política. En primer lugar, el ámbito de gobierno y de la sociedad humana; segundo, actividad de organización y lucha por el control del poder; y, tercero, propósito y/o acción de un gobierno manifestada como estrategias, proyectos y programas.

“Policy”, se encuentra traducida como “políticas” se remonta al entorno comercial del imperio bizantino, “apodeisis”, que en su momento designaba la póliza o garantía que legitimaba la forma de proceder frente a los acuerdos y convenios mercantiles; con este significado fue traducido al italiano como póliza; la ciencia política ha retomado esto como policy, con significados diferentes, que incluyen los siguientes: la toma de decisiones; los diferentes sectores de acción estatal (educación, trabajo, salud); los propósitos y programas de un gobierno; el conjunto de principios o plan de acción que guía la toma de decisiones actuales y futuras en un aspecto específico; o bien, aquellas reglas de conducta que gobiernan una organización, una comunidad, una provincia o un país.

Los elementos de los cuales se compone una política son: principios sobre los cuales se fundamenta la política para su orientación (la ideología o fundamentación); instrumentos a través de los cuales se ejecuta (atributos sobre la regulación, financiamiento, y mecanismos de otorgamiento) y las acciones principales que se llevan a cabo de acuerdo con los elementos propuestos. Para diseñar una estrategia es necesaria la colaboración de un conjunto de individuos que interactúen y negocien, estirando y aflojando en las propuestas y acuerdos para la obtención de una política pública que logre beneficios convergentes a todos los involucrados.

Ahora bien, las políticas públicas (public policies) se han definido desde la corriente institucionalista como las políticas que elaboran los personajes gubernamentales y oficiales, y que están enfocadas hacia la utilidad común. Las políticas públicas pueden asumir la forma de acto jurídico (leyes, decretos, resoluciones), de planes, programas o declaraciones. Desafortunadamente no siempre son explícitas y pueden ser en ocasiones difícil identificarlas como realidades perceptibles o expresiones formales, pues incluyen lo que los gobiernos hacen, dejan de hacer o dicen que harán. Aún cuando la corriente institucionalista ha aportado elementos importantes para el análisis de políticas gubernamentales, se presentan dos problemas: para empezar las decisiones que se implementan no siempre son asumidas por organismos estatales. En

seguida, las características de la globalización donde existe un poder creciente de grupos financieros privados, aún por encima de las decisiones de los estados - nación.

La noción de lo que es público es también controversial y evoca lo que tiene un interés especial para los miembros del grupo o población. Así, las políticas públicas son establecidas como las pautas que dicta el Estado, que se exigen al colectivo como una manera de proceder frente a un asunto específico, que en determinado momento se considera de interés público.

Lo público viene siendo un adjetivo notorio, patente, visto o salido del común del pueblo o sociedad. Aquello referido a las políticas, decisiones y acciones de las autoridades estatales, en cualquier par de coordenadas espacio-temporales. Aunaremos el concepto de bienestar público como complemento, y decimos que puede ser precisado como el conjunto de bienes privados y públicos, menos el conjunto de males privados y públicos, que los miembros de una sociedad producen y consumen (Rabotnikoff, 1993).

El poder social lleva implícito en su accionar política y políticas públicas, si consideramos que la política es un concepto amplio, relacionado con lo que pudiera ser el poder en general, las políticas públicas tendrían su correspondencia como soluciones específicas de la manera de manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas. Se ha visto que las políticas públicas no son el fin en sí, sino, el medio para dar respuesta, por lo cual se desprende que en el centro del concepto se encuentra la problemática que se quiere resolver, o sea, la presencia de un problema público.<sup>1</sup>

Para que cualquier situación problemática asuma la categoría de problema público requiere, como primer paso, ser socialmente reconocida, haber sido sometida a un

---

<sup>1</sup> El concepto de lo público ha sido ligado antagónicamente al de lo privado, considerándose lo primero como lo que no corresponde a lo segundo, o inversamente. Ya desde el siglo XIX, John Stuart Mill, definía lo privado como lo que no perjudica a otros. Acogiéndose al antagonismo entre lo público y lo privado, podríamos definir lo público como lo que afecta a los demás, lo que es de interés común o colectivo, diferenciándose de lo privado, donde el interés individual es lo que prima. Así, se podría definir un problema público como una situación que afecta negativamente el bienestar de la población. Dentro de la concepción de los problemas públicos se contempla la imposibilidad del individuo o los conglomerados para resolver este por sus propios medios, siendo necesaria la intervención del Estado para su resolución.

proceso de problematización colectiva. En otras palabras, el problema público es una construcción y reconocimiento social, marcado por el contexto donde se presenta, ya que se ve afectado por intereses sociales, económicos, políticos, ideológicos, tecnológicos, administrativos, sociales, ambientales, entre otros. En este sentido, se observa que los problemas públicos varían entre países, e incluso, de un gobierno a otro. En este aspecto los medios de comunicación juegan un papel importante en el reconocimiento, o no, de las problemáticas sociales.

El reconocimiento del problema también está determinado por su magnitud (cantidad de población afectada), severidad, letalidad y grado de impacto que genera.

Ante la presencia de un problema público, cuya resolución es el objetivo de las políticas públicas, se desencadena un abanico de posibilidades de acción para hacerle frente. Una política implica una postura, la cual, una vez articulada, contribuye a constituir o entender un contexto en el cual se toma una sucesión de decisiones, las cuales a su vez reflejan y asignan valores, Al encontrarse con una multiplicidad de asuntos de interés colectivo, y con diversas miradas a cada uno, se requiere, adicionalmente a la postura, una serie de decisiones relacionadas con la selección de metas y medios en una situación o contexto específico. Estas decisiones configuran las intenciones u objetivos que conforman la agenda pública e implican, adicionalmente, las no-decisiones. Las políticas no resultan de una sola decisión, sino que entrañan una red de decisiones. Estas decisiones pueden ser explícitas o implícitas, encarnadas en normas o en un conjunto de éstas. Una decisión implica considerar los medios y recursos para darle solidez, viabilidad y factibilidad a la política.

La definición tiene una condición preponderante con referente a ciertas características de gran importancia de las políticas públicas:

- Se establece a las políticas públicas un carácter específico, diferenciándolas de las recomendaciones o las buenas intenciones, son observancias obligatorias en su cumplimiento para ciudadanos y gobernantes.

- El Estado reconoce la importancia de la formulación y gestión de las políticas públicas.
- El objeto o ámbito de acción es específico y da lugar a acciones claras y definidas.
- el objetivo de la política pública deben ser del interés público con compromisos colectivos.<sup>2</sup>

Las políticas públicas son el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. Estas son clasificadas en cuatro grupos, de acuerdo a la forma en que se ejerce la coerción, a saber: a. distributivas, que conceden un permiso o una autorización; b. redistributivas, dan ciertas ventajas y beneficios a grupos; c. constitutivas, definen medidas sobre las leyes y el poder; y d. reglamentarias, restringen las libertades individuales en beneficio del interés común (Meny y Thoenig 1992).

Frente a la responsabilidad de la formulación y ejecución de las políticas públicas, el estado, como garante del poder político o representante del bien común y del servicio a la sociedad, es el encargado de dar respuesta a los problemas públicos a través de las políticas. Estas políticas implican sucesivas tomas de posición del estado frente a cuestiones socialmente problematizadas. Por tanto, el Estado se legitima a través de las políticas públicas y es, a su vez, el instrumento de éstas para su desarrollo.<sup>3</sup>

Sin embargo, a pesar del papel protagónico del estado, se deben articular otros actores para mejorar la efectividad de las políticas públicas, convirtiéndose estas en una red de decisiones tomadas por numerosos actores: individuos, instituciones, partidos políticos y grupos comunitarios. Vista de esta manera, la política pública se constituye en un

---

<sup>2</sup> Más allá de las intenciones, una política pública es una secuencia de decisiones y acciones puestas en marcha con la intención de solucionar un problema en un contexto específico. Aunque, idealmente, las políticas públicas deberían ser acciones para mejorar la condición humana y el ambiente, transformando el entorno y mejorando la distribución de los recursos y la riqueza, no siempre encaman este propósito, siendo más bien acciones simbólicas (hacer creer que se actúa o que se va a actuar), inflexiones (no aptas para el contexto), programas rutinarios (repetición de acciones sin evaluación ni debate) o la no-acción, que un gobierno asume para mantener el status quo.

<sup>3</sup> Dye (2008) enfatiza “la política pública como una acción de gobierno, es lo que un gobierno escoge hacer o no hacer”.

proceso de construcción y mediación social entre el estado y los diferentes actores de la sociedad (Vargas, 1999).

En el análisis de las políticas públicas se pueden considerar como actores protagónicos a los llamados agentes críticos:

- Patrocinadores, formuladores de políticas y responsables políticos.
- Directores de programas, gestores y profesionales.
- Destinatarios directos e indirectos.
- Otros que actúan como referentes: profesionales y responsables de políticas similares, científicas sociales y expertos.
- Las instituciones internacionales y transnacionales que intervienen en el diseño y aplicación de políticas públicas nacionales.

La presencia de esta gama de actores en el desarrollo de una política pública introduce el necesario reconocimiento de que se trata de un proceso de interacción, debate y fabricación colectiva, o sea, una construcción sociopolítica. Las políticas públicas implican un acto de poder de quienes lo detentan, materializando sus intereses sobre los del colectivo; sin embargo, la situación ideal es que esta construcción parta desde la base, que sea la comunidad misma la que priorice sus problemas de forma democrática y participe en la elaboración e implementación de soluciones. En esta vía, las actividades, iniciativas y conocimiento científico de actores no gubernamentales pueden influir y dar soporte técnico-científico y social, aunque esto no constituye, en sí mismo, una política pública.<sup>4</sup> (Parsons, 2007)

Toda política incorpora una teoría de causa y efecto, es decir, una teoría del cambio social que guía su contenido junto con las estrategias para su implementación. Sin embargo, se requiere considerar que los problemas sociales son multicausales y una

---

<sup>4</sup> Por ejemplo, las soluciones propuestas por el sector salud para reducir la incidencia del cáncer no se pueden llamar política pública, pero sí son la base para que el gobierno ponga en marcha una política pública de prevención del cáncer. Otro aspecto, que se debe resaltar, es que los objetivos de la política pública dependen del entorno donde es formulada. El carácter fundamental del entorno es expresado por Parsons (2007) quien afirma que las políticas públicas no son más que la consecuencia del momento histórico y del entorno cultural, sociopolítico y económico.

relación simple de causa-efecto podría dejar de lado factores importantes a tener en cuenta, como la red de actores, acciones e interacciones que involucra, y la multiplicidad de factores que la influyen. A su vez, implican un proceso dinámico que requiere constantes ajustes, de acuerdo con los cambios del contexto y del problema que se aborda, que por su complejidad es difícil de aprehender, analizar y comprender adicionalmente, la política pública conlleva el proceso mediante el cual el gobierno y la sociedad establecen actividades y asignan recursos<sup>5</sup> (Lahera, 2004).

Así, las políticas públicas son las acciones de gobierno que busca cómo dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad, que a la vez se pueden vislumbrar como el uso estratégico de los recursos para aliviar los problemas nacionales, se consideran también como el ámbito privilegiado de realización del “pacto” entre Estado y sociedad. Cabe resaltar que no todo es asunto público y de lo público no todo se convierte en política, actualmente los asuntos públicos están siendo atendidos solamente y únicamente por el gobierno dirigidos a tener una influencia determinada sobre la vida de las poblaciones. Desafortunadamente muchas veces no se sabe si esta influencia es de índole positiva o negativa, en ocasiones el bienestar se ve cuestionado en una política restrictiva, aunque la mayoría de las políticas públicas tienen un impacto directo en el bienestar de la población. Al generarse una propuesta inmediatamente surgen los actores, donde unos apoyan y otros se oponen; naciendo así la necesidad de negociar y realizar acuerdos. Las políticas públicas tienen también que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios. Proponen reglas y acciones tendientes a resolver y dar respuesta a necesidades, intereses y orientaciones políticas de grupos y personas que integran una sociedad (Pallares, 1988).

La participación ciudadana en distintos momentos, es una de las maneras de contar con políticas públicas socialmente relevantes. La construcción de alianzas con organizaciones de los sectores público y privado origina que cada uno manifieste su

---

<sup>5</sup> Las políticas públicas son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular.

postura y en un momento dado puedan aportar para la realización de la propuesta, así cuando se implemente la política, todos serán afectados de manera positiva o negativa, a final de cuentas, la política pública busca obligar o restringir que la gente haga cosas que, de otro modo, no haría. Esto origina que se refuerce el cambio de conducta de individuos marcando directrices sociales. Las políticas públicas constituyen uno de los instrumentos socialmente disponibles para atender las necesidades de la población, son el medio para la resolución de los problemas sociales, todo gobierno busca la solución ante los inconvenientes de la ciudadanía, es la manera en que el gobierno interactúa con diferentes actores para buscar soluciones a las necesidades existentes (Roth, 2003).

Las políticas públicas pueden revertir, potenciar o inhibir la capacidad de que otros mecanismos permitan alcanzar el bienestar individual y colectivo.<sup>6</sup> Resuelven problemas, promueven integración social; problemas de racismo o inequidad, aun cuando se puede beneficiar a unos y perjudicar a otros, se debe tener en mente a la mayoría que es quien decide en una democracia, sin menospreciar claro está, a las minorías. También podemos decir que las políticas públicas no siempre son tan públicas, ni responden a las necesidades de las poblaciones a quienes están supuestamente dirigidas. Suele suceder que se hacen diseños inoperantes por no existir la debida organización, planeación o programación cometiendo errores que se transmiten en la política final y al momento de implementarla surgen deficiencias. Las políticas públicas son motivo de contienda entre grupos políticos, civiles, organizaciones no gubernamentales y diversos integrantes de una sociedad inteligente o interesados, con intereses y agendas particulares, por lo cual lo público en la mayoría de las ocasiones depende de que tan capaces sean los políticos de integrar políticas que validen las demandas de los grupos en cuestión, para dar respuestas satisfactorias a los respectivos intereses y agendas. Siempre existirán las preferencias grupales y personales que en ocasiones predominan lo que perjudica, obstaculiza y daña a la clara visión del concepto de lo público que debería ser el elemento principal del bienestar

---

<sup>6</sup> Una política pública de empleo, de vivienda o de educación, puede debilitar o fortalecer comunidades y familias, así como potenciar o inhibir la realización personal de los individuos mediante el trabajo o el estudio.

social. Si las Políticas públicas han de responder a las necesidades de las personas, es necesario que éstas se lleven a cabo en función de, al menos, los criterios de oportunidad, calidad y transparencia. Para lograr esto se necesita la participación integra de todos los actores y a su vez la preocupación final hacia la sociedad. En los regímenes democráticos, los ciudadanos pueden participar y lograr el impulso de las políticas públicas que beneficien a la mayoría. El desafío de las organizaciones sociales no gubernamentales es contribuir a transmitir las necesidades de la población.<sup>7</sup>

La mayoría de las ocasiones las agendas políticas son el resultado de demandas y presiones y no un proceso racional de evaluación de necesidades, valores y objetivos. Cada una de las organizaciones o grupos de interés plantea su propia agenda dependiendo de sus prioridades e intereses, esperando que de esto surja una interacción de las mismas para encontrar similitudes atractivas que beneficien a los actores conciliando componendas con otros que se encuentren involucrados. El poner un tema en la agenda pública significa llevar a cabo una etapa de negociación entre los poderes para generar acuerdos y permanecer con el poder. En este sentido en ocasiones los problemas no se definen como debe ser con estudios o investigación profunda de las necesidades a fin de ir concretando el tema en específico al cual se tiene que enfocar la agenda pública.

Los tres grandes momentos del proceso son La formulación de las políticas, la implementación o su proceso de aplicación práctica y la evaluación de su rendimiento (Aguilar, 1993).

Cuando se trata de medir el impacto que podría tener la política pública al momento de su implementación, reacciones, grupos en contra y a favor, etc. Para lograr o intuir los posibles escenarios, se requiere una gran visión política. La previsión dará un mayor

---

<sup>7</sup> Las políticas públicas producto de decisiones exclusivas de los gobiernos no representan los intereses y puntos de vista de la sociedad. Reafirmando el predominio de uno de los actores sobre otro, protegiendo siempre sus intereses, lo que lleva solamente a una alta probabilidad de fracaso en la implementación de las mismas. Las políticas públicas son una herramienta importante, no solo instrumental o práctica (servicios de salud para toda la población), sino para promover principios éticos donde toda la población tiene los mismos derechos al trabajo, educación o salud, independientemente de sus creencias.

índice de seguridad, así como el aumento en las probabilidades de éxito de la política que se quiere impulsar. El establecer características genéricas del futuro para la creación de un ámbito determinado, una vez hecho un análisis conciso del tema que se quiere tratar, se pasa a establecer objetivos, los cuales serán resueltos en el transcurso de la política pública, éstos pueden definirse en base al tiempo en el cual se establecen los resultados a fin de ir viendo que se vayan cumpliendo. Al seleccionar la opción más viable conforme a estudios realizados y a un previo análisis plural, se identifican los objetivos, aunque también pudiera existir la posibilidad de la persona, institución que solicita una política pública en específico ya tenga la situación concreta bien definida, para posteriormente lograr su implementación es aquí donde esperamos resultados de todo aquello planeado en el papel (Pallares, 1988).

Algunos de los elementos que pueden mejorar una política antes de su implementación y después al realizar sus correcciones: existe la oportunidad, para que las personas accedan a los servicios que necesitan, cuando las necesitan y no, luego de meses de espera como ocurre en los sistemas de salud pública; o a cambio de largos viajes, como ocurre muchas veces en las unidades rurales o a cambio de un voto, como en muchos programas de asistencia social, para que exista una mayor agilidad en los resultados esperados en las políticas públicas, la gente requiere ver que sus necesidades están siendo satisfechas. En el aspecto de la calidad, las personas tienen derecho a acceder a servicios que efectivamente atiendan sus necesidades en la manera más adecuada, técnica y humana. El hecho que una política sea implementada no quiere decir que ésta conlleve calidad. Generar apaga fuegos como comúnmente sucede en la hechura de una política para salir del paso, solamente traen mayores problemas en el futuro, es por esto que se necesitan instrumentos que realmente contribuyan al desarrollo humano y social. Otro elemento importante, es la transparencia, que las políticas públicas sean claras y aplicadas por igual, sin preferencias, a toda la población a la que va dirigida y no a un grupo específico, que puede por diversas circunstancias tener mayor peso específico que los otros, predominando así sus intereses y agenda, logrando de esta manera una política hecha a la medida de ese grupo y con un perjuicio grande para los demás. Por último la

apropiación social significa la resolución de problemas concretos para la transformación de la realidad, se requiere que las políticas públicas sean congruentes a las necesidades, ya que en ocasiones se instrumentan aquellas de difícil acceso y sabiendo de antemano que no van a funcionar. Se llega a dar también que al querer resolver cierto problema, por intentar argumentarlo demasiado se termina generando otros sin plantear ninguna solución.

Una política pública se puede modificar cuando ya no responde a las necesidades de la sociedad, también cuando se requiere una actualización o reforma de la misma, cuando los actores predominantes consideran que ya no responde a sus intereses o la propia población va impulsando aquellos cambios. Los acuerdos sociales respecto a las políticas no se alcanzan de una vez y para siempre, la incorporación de nuevos temas en la agenda pública es una de las razones para que este bienestar tenga que ser renegociado. Para modificar una política pública, debe ser a través de formas en las cuales el tema a proponer sea impulsado por uno de los actores y sea de sumo interés para ser puesto en la agenda pública. También se puede despertar el interés público o gubernamental a través de estudios previos los cuales reflejen la problemática existente y ésta a su vez sea conocida por la sociedad. (Muller 2002)

En ocasiones, debido a los múltiples intereses que cada uno de los actores tienen, se forma una parálisis ante la posible implementación de la política o de su correcto funcionamiento. La sociedad civil organizada cuenta con suficiente experiencia y reflexión como para poder articular una estrategia con fundamentos éticos y políticos.

En la actualidad siguen existiendo políticas que no son aterrizadas a la realidad. Esto genera apatía ante cualquier iniciativa política o por el contrario una reacción sin fundamentos. La manera como los gobiernos deciden y desarrollan sus políticas públicas, su proceso, patrón y estilo de decisión y operación, han quedado sin investigación sistemática, la política se ve orillada a situaciones del momento, sin fundamentos académicos, sin estudio, más bien de manera intuitiva. El proceso de decisión y puesta en práctica de las políticas no ocupa un lugar central, la estructura

económica, el conflicto de las clases, los grupos de interés, el comportamiento del entorno social o cultural del sistema político, son los factores más vistos para qué los gobiernos decidían la manera en que actúan.

Una política viable no debe violar los derechos constitucionales, estatutarios o de la ley común. A veces vale la pena arriesgarse con una política que podría ser juzgada como ilegal, una política viable debe ser políticamente aceptable, o al menos no inaceptable. La inaceptabilidad política es una combinación de dos cosas: “demasiada” oposición y/o “muy poco” apoyo algunas ideas de políticas que pueden parecer muy buenas en teoría, fallan a menudo en el momento de su implementación real, una opción de política, por lo tanto, debe ser lo suficientemente sólida para que, aunque el proceso de implementación no sea fácil, los resultados de la política sean satisfactorios (Medellín, 2004).

Para determinar los resultados existen tres grandes dificultades. Primero, “la política” tiene que ver con el futuro, no con el pasado o el presente. Segundo, la “Proyección de los resultados” es otra manera de decir “sea realista”. Hacer “política”, por consiguiente, impone una carga moral más pesada que lo que mucha gente estaría dispuesta a aceptar. Los analistas también deben preocuparse por las “consecuencias no previstas”.<sup>8</sup>

Sin la proyección de los resultados no es posible confrontar ni ponderar. Cómo se quiere comparar algo si no se tienen los resultados, no se puede hacer un análisis costo–beneficio sin tener este elemento tan importante, aclarando que los resultados tienen que ser verídicos y con la mayor exactitud posible a fin de tener los efectos

---

<sup>8</sup> Algunos efectos secundarios no deseables pero anticipables, que ocurren en programas públicos son:

- El “riesgo moral”, que la gente se responsabilice por las consecuencias de sus acciones. En ocasiones la política pública no llega a implementarse de manera correcta, debido a que las personas no comprometen de manera plena al desarrollo de la acción o actividad.
- La “sobre-regulación” en los campos por mencionar algunos: salud y la seguridad.
- Los “buscadores de renta” distorsionan el programa en su provecho. Lo que queremos decir con esto, es respecto a aquellos impulsores de la política pública que olvidan la relación de equilibrio que debe predominar entre los diferentes actores participantes, ya que si uno de éstos se quiere beneficiar particularmente, hay gran probabilidad que la política no cumpla su objetivo original.

deseados un error común al comparar distintas ponderaciones es hacerlo en términos de alternativas y no de resultados esperados.

La sociedad es un espacio cada vez más complejo, tenemos que existe un enriquecimiento acelerado de algunos lo cual conlleva con un empobrecimiento y quebrantamiento de otros, en este sentido las políticas públicas se han convertido en el centro del debate, donde se hacen criticas por los más diversos analistas expertos en el tema que ven en ellas solo la expresión de un ancestral conflicto de intereses, el cual en la mayoría de los casos ha encontrado soluciones de manera unilateral por medio de los grupos económicos más poderosos y, a la vez, defendida por otros como el único reducto de la sociedad donde puede ser posible la respuesta a las inequidades e injusticias (Martínez, 2000).

## **1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD**

Las reformas del sector salud dadas en las últimas dos décadas, en el ámbito nacional e internacional, han generado cambios sustanciales en las políticas y los sistemas de salud. Las estrategias de formulación, implementación y evaluación de los resultados e impacto son complejas y su estudio requiere perspectivas teóricas y metodológicas amplias, que permitan visualizar todos los aspectos que se involucran en las políticas públicas.

La toma de decisiones se encuentra estrechamente relacionada con la noción de políticas, ya que esta no se refiere a decisiones aisladas sino que está íntimamente a una serie de actividades relacionadas con una determinación que llega a afectar a toda la población y a tener consecuencias ya sean intencionales y no intencionales sobre los que se tiene la aplicabilidad de dicha política<sup>9</sup> (Milio, 1996).

---

<sup>9</sup>Milio (1996) define las políticas como directrices para modificar aquello que ocurriría en caso de no intervenir, y que se expresan en la asignación y distribución de los recursos. En el momento en que se inicia la aplicación de las políticas estas definen un estilo de actuar de la población en contra de otras formas alternativas, se manifiesta una nueva intención de comportamiento y limita las oportunidades de acción,

Las políticas públicas son más que un factor específico para el bienestar y salud, se incorporan a la vida cotidiana y determinan el rango de opciones en que las instituciones y los individuos deben actuar. El compromiso de este tipo de políticas ven más allá del simple hecho de ser una normatividad ya que se establecen por sobre las decisiones personales, sobre el acceso a los recursos y sobre el ambiente, al ser uno de los factores más influyentes sobre la recuperación y mantenimiento de la salud humana, con la característica de que a menudo pueden ser intervenidas más fácilmente que el entorno ambiental, el código genético o el mismo estilo de vida. Muchas políticas públicas pueden afectar la salud, directa o indirectamente y su análisis ha dado origen a dos conceptos diferentes aunque relacionados entre sí: las Políticas Públicas de Salud y las Políticas Públicas Saludables.

La literatura se refiere a una política de salud como al curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria; frecuentemente las publicaciones se refieran a ellas como políticas sectoriales pero, la salud no depende solo de los servicios médicos y éstos suelen afectarse también por acciones e intenciones de otros agentes como el sector público, privado y organizaciones no gubernamentales voluntarias.

En el sentido amplio, una política pública saludable se ocupa entonces, tanto de los efectos del ambiente y las condiciones socioeconómicas sobre la salud, como de la provisión de asistencia sanitaria. Una política pública saludable podría definirse como toda política, generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir en la población los factores de riesgos a enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables.<sup>10</sup> (Hancock, 1982)

---

derivando por consecuencia que las políticas pueden o no ser generadas por el Estado o particulares y su influencia puede estar restringida a una parte de la población, sin afectar necesariamente al resto de la sociedad.

<sup>10</sup> Hancock (1982) acuñó el término Política Pública Saludable (Healthy Public Policy) con la intención de estimular el pensamiento sobre los demás determinantes de la salud y no solo sobre las políticas dirigidas a generar o mantener sistemas de atención médica, sino ampliando el concepto a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la

Las políticas de salud son aquellas directrices emanadas de uno o de varios actores públicos, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no sólo favorable sino desfavorablemente.<sup>11</sup> El analista no solo debe describirlas sino de valorar su beneficio y también su perjuicio, teniendo en consideración que las políticas de salud no son públicas por ser del estado sino por afectar los intereses colectivos. Si se considera la salud como un bien de interés público, toda política de salud es por sí misma una política pública de salud, dicho carácter va ligado al reconocimiento que cada sociedad haga de la salud como bien de interés público.

Se hace determinante la participación real y comprometida del estado, más en estos días cuando se debe hacer lo correcto en salud, se ha visto y percibido que las necesidades son comunes tanto regionales, nacionales y mundiales; se requieren de acuerdos concretos y precisos para la aplicación de las soluciones; desafortunadamente hay pugnas entre el actual paradigma económico y la situación social pero, si lo vemos de otra manera, a lo largo de la historia este tipo de intereses siempre ha existido y con todo no se le ha dado solución a las problemáticas sociales; porque no darle la oportunidad a los gobiernos para trabajar en beneficio de las poblaciones a las cuales representan y no solamente a intereses económicos de unos cuantos.

Esto se puede lograr sin mayores gastos en el erario, solo agregar un poco para el desarrollo de políticas públicas de salud que capaciten a la gente, que creen ambientes de apoyo y fortalezca la acción comunitaria, basándose en el desarrollo de habilidades personales y en la defensa de la salud, supone un reto para.....los individuos..... así como para la dimensión estatal, al asegurarla (Ashton y Seymour, 1992).

---

gente y modificar sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en su salud. Si pretenden ser exitosas, las Política Pública Saludable deben aumentar la gama de opciones para que la población pueda tomar las mejores decisiones y al menor costo económico y personal.

<sup>11</sup> Pero, debemos tomar en consideración que si restringimos la noción de Política de Salud solo a aquellas políticas que promueven la salud estaríamos dejando de lado las grandes decisiones sobre el consumo de tabaco, la contaminación industrial y la reducción de los ingresos de los trabajadores.

Dicho enfoque restablece la integralidad del individuo con el entorno ambiental, el ser humano y su estado de salud se encuentran circunscritos por un complejo entorno socioeconómico y biofísico, con los cuales se tiene interacción permanente razón por la cual es necesario la creación de políticas en salud que contengan múltiples acciones, donde destaquen las propuestas positivas; la actual situación sanitaria con todas las causas y determinantes que conocemos del ambiente, la producción y las relaciones sociales, requieren de un cambio de 180 grados, cuando los problemas son de mayores dimensiones.<sup>12</sup>

Es importante promocionar la salud individual (lo biológico) pero también el nivel organizacional (los servicios de salud promocionales y preventivos) pero por sobre todo las acciones macro sociales que rodean al individuo. Los gobiernos y organismos internacionales deben trabajar más en propuestas reales en relación a los problemas estructurales (desempleo, educación, agricultura, distribución de alimentos, protección del medio ambiente, explotación de recursos y otros grandes efectos sobre los componentes del bienestar), la población debe hacer seguimiento puntual a todos estos aspectos, demandando la orientación adecuada de su manejo en favor de la salud.

Otro concepto clave es el de análisis de políticas públicas de salud. En español, el término “análisis” tiene en la actualidad por lo menos siete significados diferentes; en sus acepciones más generales, el término nos remite a la distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos, o al examen que se hace de cualquier realidad susceptible de estudio intelectual; sin embargo, el término se aplica también a procedimientos técnicos en el campo de las diferentes disciplinas. Por eso no debe extrañarnos que no exista uno sino múltiples enfoques de lo que es un análisis de políticas públicas de salud dichos enfoques responden a las condiciones del

---

<sup>12</sup> Según Asthon y Seymour (1992) se han especificado las necesidades para un nuevo paradigma, “una alternativa sana que respete la integridad humana y social y el medio ambiente mundial como parte de una estrategia para una regeneración social y económica basada en dar poder a la población”. Se requiere actuar en diferentes frentes, no es solo la educación de la gente; hay fuerzas de mayor influjo sobre la salud: ¿Quiénes son los interesados en la violencia? ¿El consumo de cancerígenos es una determinación individual? Estas respuestas no parecen estar en las responsabilidades individuales.

analista, en especial a su intencionalidad consciente o no, su estructura axiológica, su repertorio metodológico y al contexto en que se realiza el análisis.

A menudo, las expresiones análisis de políticas, investigación de políticas y evaluación de políticas se utilizan también como equivalentes. Desde el punto de vista práctico esta diferencia puede ser poco importante ya que las tres actividades suelen entremezclarse. Sin embargo, la epistemología, la metodología de la investigación y la administración, han insistido en la diferenciación de estos conceptos y de sus alcances.

La investigación en políticas públicas de salud se refiere al conjunto de procedimientos dirigidos a generar conocimiento nuevo en el campo de aquella experiencia que la masa crítica considera en el momento como política pública de salud, y cuya validez se ajuste a los criterios con los que dicha masa valora el conocimiento. En un sentido similar, la evaluación de políticas públicas en salud se refiere a la valoración de alguno de los aspectos de la política considerados dignos de atención por el analista; dicha valoración es siempre una comparación con un patrón convencionalmente adoptado. Las técnicas de evaluación e investigación suelen integrarse cuando la valoración de alguno de los aspectos de la política demanda información que aún no está disponible y que debe ser generada para proceder a la comparación.

Otro aspecto importante se refiere al desarrollo que ha tenido el análisis de políticas públicas de salud en el mundo, existe un interés creciente, no solo desde la perspectiva de la salud pública sino desde otras disciplinas. Entre 1950 y 70 predominó la concepción de que la política social, estrechamente relacionadas con la planeación, podían ser asumidas por consenso y eran responsabilidad de los Estados del Bienestar; dentro de las preocupaciones de la política social de entonces, la salud jugaba un papel prioritario y su atención se entendía desde los servicios médicos curativos. Los análisis de políticas públicas de salud concedían en consecuencia una gran importancia a los perfiles epidemiológicos. A partir de los 70, el neoliberalismo atacó duramente las

instituciones de los estados “bienestaristas” y puso en entredicho la capacidad de las burocracias estatales para resolver las necesidades colectivas.<sup>13</sup> (González, 1998)

A partir de los 80, los análisis de políticas públicas de salud se centraron entonces en el debate ideológico de quién debía responder por la salud y en la pertinencia y utilidad de una normatividad. Por la misma época, la expansión de los mercados de servicios desplazó el interés de los analistas hacia las intervenciones en salud y la forma de organizar los servicios; las cuestiones fundamentales fueron entonces de tipo económico (quién debe responsabilizarse de los costos) y posteriormente ético (qué tan justo es el nuevo modelo). Después de una apertura hacia concepciones más integrales de la salud, los análisis de políticas públicas de salud volvieron a centrarse en los sistemas de servicios y en la forma de organizarlos como mercados. Paralelamente, al interior de la salud pública se venía reconociendo progresivamente que, salvo los determinantes genéticos, la salud de la población obedece más a factores sociales, ambientales y propios del estilo de vida de las personas que al sector de los servicios de salud; este presupuesto que podría haber constituido un argumento a favor del desarrollo de políticas públicas para enfrentar integralmente los determinantes de la salud, reforzó el interés por la eficiencia de los servicios médicos y la necesidad de racionalizarlos (Gómez, 2004).

### **1.3 POLÍTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA EN SALUD**

La política juega un papel crítico en los asuntos de la salud. Hay que hacer un análisis político de las políticas de salud, que van desde el tratamiento de una simple herida hasta la contención de la más peligrosa de las enfermedades, las reformas en salud deben enfocarse a ser siempre preventivas y no necesariamente curativas. Los problemas de salud deben entrar en una agenda política. Las percepciones con

---

<sup>13</sup> En las dos décadas siguientes, los estados se retiraron progresivamente de los dominios del bienestar, incluyendo la salud y su papel cambió de proveedor a regulador de mercados. Los servicios de salud dejaron de ser servicios públicos protegidos para convertirse en mercancías expuestas a la influencia de la oferta y la demanda.

respecto a la gravedad del problema, la responsabilidad del problema, y las poblaciones afectadas son algunos de los parámetros de influencia para definir las respuestas gubernamentales.

Es necesario hacer un análisis sobre cómo la racionalidad limitada de los actores inmersos en la toma de decisiones, instituciones políticas fragmentadas, resistencia al cambio por los intereses creados y las limitaciones financieras por lo general conducen a los líderes políticos a adoptar cambios políticos graduales en lugar de reformas integrales de impacto inmediatas, incluso cuando se trata de graves problemas de salud pública.<sup>14</sup> Es importante examinar los desafíos que enfrentan los funcionarios y dependencias responsables de la implementación y la administración de las políticas de salud. Los profesionales de la salud no siempre entienden la dimensión política de una política de salud pero pueden llevar a cabo más y mejores investigaciones y evaluaciones en salud, se anticipan mejor a las oportunidades y a las limitaciones de la acción gubernamental, apoyando al diseño de políticas y programas más eficaces.

La esencia de la salud pública, a los ojos de la mayoría de los investigadores y profesionales, es una lucha para comprender las causas y consecuencias de la enfermedad, discapacidad y la muerte. Muchas de las veces surge una lucha aún mayor, cuando los políticos tratan de entender esta manera de pensar, para convertir el conocimiento en acción para el bienestar social. La ciencia puede encontrar soluciones a los problemas de salud pública, pero es la política la que puede convertir estas soluciones en realidad.<sup>15</sup>

La política juega un papel crítico en los asuntos de salud, es el centro sobre el cual los ciudadanos y los actores gubernamentales de los asuntos políticos reconocen y delimitan los problemas con las condiciones y las políticas sociales existentes para

---

<sup>14</sup> Existen ciertas condiciones bajo las cuales ocurren cambios a gran escala de política sanitaria, centradas en el desarrollo de políticas y el papel de los emprendedores políticos en aprovechar oportunidades para la innovación.

<sup>15</sup> Cuando decimos que “las políticas se deciden por análisis, significa que la investigación de las diversas acciones posibles ha revelado razones para elegir una directiva sobre los demás. “Cuando decimos que la política determina la política en lugar del análisis, nos referimos a que la política se establece por las diversas formas en que personas ejercen el control, influencia o poder sobre los demás” (Lindblom, ).

facilitar las intervenciones en salud pública pero, desgraciadamente no en todas, originando nuevos retos para la implementación de políticas. Es indispensable que los profesionales de la salud pública se involucren y comprendan las dimensiones políticas de los problemas y las soluciones propuestas, ya sea que se encuentren laborando en una instancia gubernamental, en grupos de no gubernamentales, en investigación, o en la industria de la salud; este conocimiento ayuda a los tomadores de decisiones anticipar mejor las limitaciones a corto plazo y las oportunidades a largo plazo para el cambio.

### **1.3.1 ¿La salud es un problema político?**

La salud pública involucra necesariamente a la acción gubernamental para la producción de resultados; previniendo lesiones y enfermedades o promoviendo la salud donde el individuo está limitado o no puede realizarlo por sí mismo. Una política reafirma el vínculo común entre los miembros de la comunidad: la sociedad organizada es la instancia que vigila y mantiene los bienes comunes; salud, bienestar y seguridad, donde sus miembros se integran al bienestar de la comunidad como un todo. La salud pública se logra a través de acciones colectivas, no por medio del esfuerzo individual (Gostin, 2000).

Existen muchas razones por las que la salud de los individuos y de la población en general, no es un asunto privado sino una cuestión política. En primer lugar, las acciones individuales e institucionales a menudo producen efectos colaterales significantes, efectos que los economistas llaman externalidades, algunas de los cuales son beneficiosas y algunas perjudiciales. Para compensar las externalidades asociadas a las acciones individuales, como pueden ser el tabaquismo, vacunación, conducir en estado de embriaguez y prácticas sexuales, se requiere de decisiones políticas sobre cómo y cuándo imponer restricciones a las libertades individuales o intereses

comerciales.<sup>16</sup>En segundo lugar, los ciudadanos buscan que el gobierno identifique y satisfaga una variedad de factores físicos, económicos y necesidades psicológicas que van más allá de los medios de supervivencia. La ciudadanía puede apoyar ciertos "bienes de interés general" a ser distribuidos a beneficiarios tengan o no la capacidad de pagar por estos bienes.<sup>17</sup>

En tercer lugar, la protección de la salud implica juicios morales que adquieren legitimidad a través del debate y la resolución política (Leichter, 2003; Morone, 2008).<sup>18</sup>

Cuarto, una población y fuerza de trabajo sana son vitales para el crecimiento económico y el orden social.<sup>19</sup>

Estas justificaciones de la acción pública han producido leyes y políticas en salud dirigidas a equilibrar los poderes y deberes legales del Estado para asegurar las condiciones de las personas para estar sanas, y las limitaciones al poder del Estado para restringir la autonomía, la privacidad, la libertad, la propiedad, o cualquier otra protección legal de los intereses de los individuos para la protección o promoción de la salud de la comunidad (Gostin, 2000).

La conversión de las condiciones de salud en problemas políticos, se produce cuando las personas reconocen que sus necesidades y deseos personales son compartidos con otros lo que origina que esta necesidad se socialice, lo cual la convierte en una demanda a través de la opinión pública, surgiendo posteriormente un movimiento social con movilización de grupos de interés, teniendo una exigencia hacia los funcionarios

---

<sup>16</sup> Desde el punto de vista de John Stuart Mill (1970), este sería el único principio que justifica las políticas en salud pública: "El único propósito para la cual el poder se puede ejercer legítimamente sobre cualquier miembro de una sociedad civil, en contra de su voluntad, es para evitar daño a los demás. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es suficiente...".

<sup>17</sup> Estos bienes de interés, como la educación primaria y secundaria, cuidados médicos los pobres y ancianos y asistencia alimentaria, requieren de decisiones políticas para definir su alcance y contenido, la elegibilidad de recibirlos, y la fuente de ingresos para la compra de ellos o proporcionarlos directamente.

<sup>18</sup> Durante años se tenía la necesidad de ofrecer agujas limpias a los usuarios de drogas inyectables para evitar enfermedades transmisibles, hoy en día lo nuevo es la financiación de la investigación de células madre, apoyo a los usos médicos de la marihuana, asegurar el acceso a la anticoncepción y el aborto, y la legalización del suicidio asistido son algunas de las cuestiones morales que son disputadas en la contienda política (Leichter, 2003; Morone, 2008).

<sup>19</sup> Amenazas como el sida, influenza o incluso el bioterrorismo no son solo problemas de salud sino, se convierten en temas de seguridad nacional y por lo tanto se convierten en una fuente potencial de inestabilidad política ( Osterholm, 2005).

públicos para que presten atención a sus preocupaciones. El cómo y si se responde por parte del gobierno, depende en gran medida del proceso de identificación y definición del problema.

Los problemas son identificados y definidos a través de una variedad de mecanismos, algunos de manera rutinaria y otros impredecibles “el debate político inicia cuando existen respuestas deficientes a necesidades originados por crisis, por previsión, o comparación entre sectores o dependencias” (Walker, 1981: 75-96). Las respuestas deficientes pueden ser evidentes incluso por simple observación o puede establecerse a través de indicadores estadísticos, investigación científica, o evaluación de programas existentes.

La principal influencia sobre investigación de políticas públicas en servicios de salud puede ser a través de su papel en la "documentación" de problemáticas, información estadística, estimación de uso de la atención a la salud, sus costos y la calidad.<sup>20</sup>

Sin embargo, los números por sí solos no son suficientes para priorizar un problema en la agenda gubernamental.<sup>21</sup> Las Estadísticas y/o resultados de la investigación y su análisis pueden ser usadas ya sea para incrementar el conocimiento o como arma, porque las decisiones se basan en el conocimiento ordinario y la interacción social.

Para la mayoría de los problemas de salud, uno de los principales impedimentos para su establecimiento dentro de la agenda pública, es la necesidad de que exista una vinculación que lo haga resaltar como una amenaza científica, y que esta amenaza sea socialmente creíble. Muchos de las situaciones de salud pública llaman la atención desproporcionada en relación con su impacto epidemiológico, ya que la percepción del riesgo y la preocupación depende de otros factores, “...como el grado de conciencia pública, la incertidumbre sobre la exposición al riesgo, si el riesgo es personal, que tan

---

<sup>20</sup> Un ejemplo es el informe del año 2000 del Instituto de Medicina de Estados Unidos, sobre seguridad hospitalaria del paciente, el cual concluyó que los errores médicos en los hospitales eran responsables de hasta 98.000 muertes al año, siendo más vidas perdidas que en accidentes de vehículos de motor, cáncer de mama o SIDA (Inst. . ). Asimismo El alza dramática en la proporción de la población que tiene sobrepeso u obesidad, junto con el escalonamiento progresivo en el número de muertes y costos de atención médica atribuibles a la obesidad, produjo una amplia gama de propuestas de acciones preventivas y correctivas (Oliver y Shaheen, 1997).

<sup>21</sup> “...los números en la política son mediciones de actividades humanas realizadas por humanos, hechas para influenciar el comportamiento humano. Son sujetos a manipulación consciente e inconsciente por las personas que están siendo medidas, la gente que hace las mediciones, y las personas que interpretan y aplican las medidas hechas por otros” (Stone, 1997).

catastrófico es el riesgo, y si se asume voluntariamente o de otra manera controlable.<sup>22</sup> Debido a este proceso de interpretación, la sensibilización del público y la preocupación por la respuesta de la salud, es muy inestable y tiende a responder a amenazas esporádicas, cambios ideológicos y ciclos económicos antes de caer en áreas de responsabilidad específicas.

La capacidad de respuesta del gobierno hacia un problema no sólo depende de la percepción del nivel de riesgo sino también sobre quien recae la responsabilidad. Las respuestas políticas también dependen de la existencia de una clara percepción de un problema de salud pública. A veces, las percepciones se convierten en una fuerza política, incluso cuando no están basadas en relaciones causales ampliamente aceptadas. "Historias de causalidades" tienen más posibilidades de desencadenar iniciativas de políticas públicas cuando se aparecen consecuencias perjudiciales intencionales y no accidentales.<sup>23</sup> Así, si una proporción significativa de individuos con trabajo e ingresos fijos y que no cuentan con seguridad social son percibidos por la sociedad como una elección propia, por el contrario personas que presentan sobrepeso son percibidos como individuos que han rechazado las dietas saludables y las oportunidades para el ejercicio, aun cuando saben que son para su beneficio; esta percepción pública por lo tanto disminuye la presión sobre el gobierno en la búsqueda de soluciones a estos problemas, no obstante su gravedad.

Las prioridades gubernamentales son influenciadas por las percepciones de la población afectada por un problema de acuerdo a su gravedad o causa. Aunque el argumento principal para la intervención gubernamental es proteger a la población frente a la propagación de la enfermedad o sus costos financieros, los objetivos reales

---

<sup>22</sup> Stone (1997) también menciona que existe especulación en la construcción del riesgo: "Los posibles necesidades futuras a menudo tienen una potencia política muy superior a las necesidades reales, porque el temor a lo desconocido juega un papel más importante. La imaginación humana es capaz de crear infinitos miedos, el terror explica por qué a menudo hay un emotivo fervor a los argumentos acerca de este tipo de necesidad, incluso cuando se describen los riesgos en simples estadísticas sin apasionamientos".

<sup>23</sup> A lo largo de la historia se han presentado avances significativos en la lucha contra el tabaco, existen evidencias de cómo los fabricantes de cigarrillos diseñaron su comercialización para atraer a los adolescentes en una adicción de por vida antes de que siquiera se les permitiera legalmente fumar, manipulando los niveles de nicotina para aumentar el poder adictivo de sus productos (Hilts, ). En el centro de todas estas historias causales está el tema de la autonomía personal: "Las personas que actúan involuntariamente, por coacción o ignorancia no deben ser responsables ni culpadas por sus acciones "(Leichter, 2003). Por el contrario es severamente defendida la responsabilidad personal sobre los comportamientos relacionados con la salud y la libertad para tomar decisiones, aun las no saludables (Beauchamp, 1980).

de la asistencia gubernamental o regulación suelen ser fácilmente identificables. Cuando los problemas de salud pública se clasifican por el ingreso, edad, raza, género, ubicación geográfica, u otros determinantes, un grupo de problemas pueden no ser tratados de la misma manera que otros. Existen otro tipo de factores como la popularidad de los individuos afectados, grupos profesionales o sociales, o de la industria lo cual influye en la probabilidad y naturaleza de la acción gubernamental.

Schneider & Ingram (1993) teorizan sobre la existencia de ciertas caracterizaciones culturales o impresiones populares de las personas o grupos cuyo comportamiento y bienestar son influenciados por la política pública. A los políticos y funcionarios públicos les resulta más fácil y favorable proporcionar políticas públicas que benefician a grupos privilegiados, que son a la vez poderosos y agrupados de manera positiva resultando "merecedores", porque no sólo el propio grupo responderá favorablemente sino otros aprobarán los beneficios de la política otorgada a las personas que lo merecen. Pero del mismo modo, los políticos y funcionarios públicos frecuentemente castigan grupos integrados de forma negativa que tienen poco o ningún poder, porque no infunden amenaza o no existe represalia electoral del propio grupo y el público en general aprueba el castigo para este tipo de grupos. La figura 1 ilustra cómo las poblaciones objetivo se clasifican como favorecidos, dependientes, antagonistas, o desviados según la combinación de su imagen pública positiva o negativa, y su poder político, alto o bajo.

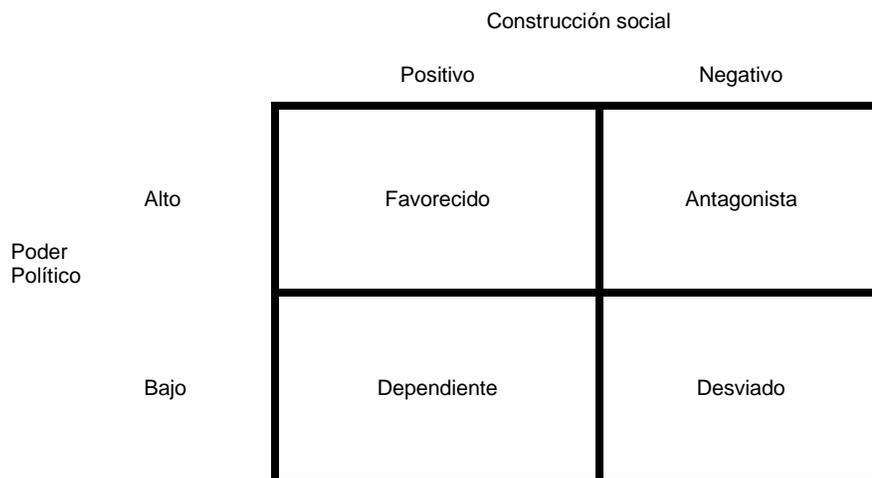


Figura 1 Construcción Social de las poblaciones objetivo (Schneider & Ingram, 1993)

Así como algunos grupos activistas influyeron en el cambio sobre la percepción del consumo de tabaco no como una decisión personal sino como un mal hábito, también fueron capaces de lograr mayores avances en sus estrategias de control del tabaco, incluyendo la prohibición de fumar en espacios cerrados y mayores impuestos sobre los cigarrillos (Leichter, 2003).<sup>24</sup>

A pesar del creciente rechazo social, los individuos con sobrepeso y obesidad no son vistos en la misma forma que los fumadores, como desviados, debido a que algunos individuos parecen ser genéticamente predispuestos a problemas de control de peso, y en parte porque es más difícil de vincular su comportamiento directamente a un impacto negativo de los demás.

Poblaciones construidas positivamente, mujeres y niños, han sido los principales beneficiarios de una serie de iniciativas en salud materno-infantil en los últimos años. Hay iniciativas que han asegurado un incremento en la investigación y protección salud materno-infantil en los institutos nacionales de salud y la secretaria de salud y apoyos extraordinarios para el cáncer mamario y los programas de detección de cáncer de cuello uterino.

### **1.3.2 Incrementalismo en políticas de salud**

Aunque exista un amplio consenso sobre la gravedad de un problema de salud pública y la idoneidad de la acción gubernamental, hay una fuerte tendencia en los líderes políticos para adoptar cambios políticos graduales en lugar de reformas integrales, de esta manera el incrementalismo penetra en casi todas las áreas de la política de salud pública.

---

<sup>24</sup> 1971, se promulgo un proyecto de ley de los derechos de los no fumadores, que incluía una prohibición de fumar en espacios cerrados. Después de dos décadas de estudios científicos y agitación política, la construcción social de fumadores y la industria del tabaco se convirtieron decididamente en grupos negativos y el bienestar de la población pesó cada vez más en contra de la salud y los derechos de los no fumadores y adolescentes, cada uno grupos construidos de manera positiva (Bayer y Colgrove, 2002; Thomas, 2001). Estos cambios incidieron no sólo en el tamaño de la población afectada sino también en las percepciones de merecimiento que anteriormente impedían la adopción de restricciones sobre fumar en áreas de trabajo y lugares públicos.

Hay muchas razones del porque las políticas públicas generalmente se desarrollan a pequeños pasos. La teoría de Lindblom del "incrementalismo disjunto" sostiene que, debido al limitado tiempo y poca información, los actores políticos están sujetos a un raciocinio limitado para pensar sobre los problemas y las soluciones. Como resultado de ello, tienden a basarse en políticas y programas preexistentes en lugar de probar con reformas que amplíen el sistema. Para reforzar esta tendencia, es más fácil que un acuerdo llegue a los interesados haciendo sólo pequeños ajustes a la situación actual, en lugar de entrar en una incertidumbre e inestabilidad por culpa de una innovación a gran escala. Otra característica del incrementalismo disjunto es, el debate político y sus resultados políticos tienden a concentrarse en salidas discretas, a corto plazo, en lugar de resultados generales y a largo plazo. El objetivo del proceso es acorde a los medios, no a los resultados. Por lo tanto, mejorar el acceso a la salud se convierte en un ejercicio de negociación teniendo elegibilidad por criterios tales como ingresos familiares o tamaño de la población, el adecuado alcance de los beneficios, y la variación aceptable de los montos. (Lindblom, 1959; Shafritz et al., 2005)

Otra forma de incrementalismo disjunto es el diseño institucional de nuestro sistema político que dispersa el poder y la capacidad resolutive para el desarrollo de políticas. Los miembros de las distintas ramas del gobierno representan y son responsables ante los variados y muy diversos grupos sociales, además, el constante cambio de poderes en todos los niveles federal, estatal y municipal congela todos los cambios propuestos por más fuertes e importantes que sean. No hay una rama del gobierno que puede actuar solo en el diseño y ejecución de una política pública: Las instituciones separadas pero no desvinculadas comparten poderes en virtud de la estructura del sistema legislativo; ejecutivo, legislativo y judicial lo cual origina vetos y aprobaciones, inconformidades y cambios, así como revisiones exhaustivas de acciones legislativas y ejecutivas. El poder de las minorías se incrementa aún más por las reglas y normas extra constitucionales que permiten detener acuerdos en el Senado. Las restricciones incorporadas en las iniciativas políticas se ven agravadas por frecuentes períodos de un gobierno dividido, en la que ninguno de los principales partidos políticos controla ambas

cámaras de la legislatura y la presidencia. Es común que las iniciativas presidenciales mueran o sufran alteraciones sustanciales en manos de la legislatura o los tribunales.

Por el contrario al existir un autoritarismo político a través del dominio de las legislaturas y la atención de los medios, del liderazgo de su partido político y los recursos institucionales, el presidente es eficaz en la creación de una agenda nacional bastante viable y resolutive, incluyendo la política de salud (Weissert y Weissert, 2002). En otros sistemas políticos, donde el poder del responsable de la formulación de la política es débil es donde la principal fuente de influencia no es la autoridad formal, sino el poder de persuasión, dentro y fuera del gobierno.

Asimismo el federalismo como división de responsabilidades entre los estados y el gobierno federal que plantea cuestiones normativas acerca de donde debe ser formulada la política de salud y de dónde se formula en realidad. Además, se plantea preguntas sobre la capacidad de respuesta y la eficiencia de la política de salud pública.

No hay un esquema preestablecido para unificar criterios en las relaciones federales estatales de las distintas áreas de políticas públicas, incluso problemas en un área determinada como es políticas en salud. Dependiendo del tema, el federalismo puede promover o inhibir la acción gubernamental del estado para enfrentar los problemas de salud pública. En este sentido podemos mencionar varios mecanismos de integración entre el gobierno federal y los estados; comparten agendas comunes, son influenciadas por la dinámica del mercado en el cuidado de la salud y por los cambios en la percepción de los problemas sociales por los grupos de la población, y las industrias; por último, el gobierno federal apoya la investigación y desarrollo de nuevos programas estatales y municipales. Las políticas sencillas, como sanciones por conducir ebrio o la prohibición de fumar en espacios cerrados se propaga fácilmente en los estados y los municipios, sin embargo, las más complejas o controvertidas no se difunden o aceptan fácilmente en otros estados o municipios (Barraza y Bertozzi et al, 2002).

Lo que se produce con el federalismo es una amplia variación en las políticas para hacer frente a un problema común. La solidez de las políticas estatales de salud se miden por el grado de ingreso, redistribución, regulación o comportamiento individual, u otras características del diseño de políticas; estas determinadas en gran medida por factores como el ingreso per cápita, capacidad administrativa, voluntad política, los esfuerzos anteriores para resolver el problema, apoyo financiero federal, y la negociación intergubernamental (Thompson, 2001). Además, las variaciones de estado a estado en el apoyo político, financiero y técnico para políticas federales pueden afectar significativamente la eficiente ejecución de la política, como se ve en las políticas nacionales para administrar rápidamente las vacunas.

La principal fuente de incrementalismo y, a menudo la antipatía, es una inequidad de recursos políticos. La mayoría de las políticas públicas en salud se formulan, aprueban y modifican por un grupo relativamente pequeño de funcionarios, personal legislativo y administrativo, grupos de interés, líderes, investigadores, y los medios de comunicación cuyos conocimientos y actividades están dedicados principalmente a un área política especializada. La actividad del gobierno en esta materia es prácticamente invisible para el público en general, los gobernadores, líderes de los partidos y los medios de comunicación se centran en iniciativas políticas más amplias. Como resultado de ello, el camino para la elaboración de políticas está dictado por el equilibrio de los recursos políticos y energía ejercida por un público atento y organizado en torno a intereses económicos, geográficos e ideológicos. De hecho, algunos analistas sostienen que los funcionarios electos y líderes de los grupos de interés no suelen utilizar la opinión pública como una guía para el establecimiento de prioridades y la formulación de propuestas, sino “utilizan discursos persuasivos para generar adhesión pública de las propuestas de políticas en las que ya han invertido” (Jacobs y Shapiro, 2000).

Existe un grupo de características específicas que confieren ventajas en el escenario político:

- información fidedigna sobre las condiciones sociales, opciones políticas y probables impactos
- interacción recurrente con los políticos
- gran cantidad de miembros geográficamente dispersos
- cohesión grupal y unificación de criterios en asuntos prioritarios
- los recursos organizacionales, tamaño y experiencia del personal
- recursos electorales, de campaña e inteligencia política y
- estrategias de posicionamiento en los nichos políticos y el reconocimiento como líder de coalición

La propuesta política está determinada en gran medida por la forma en que son distribuidos los beneficios que confiere y los costos que impone. La distribución percibida de los beneficios y los costos depende de su magnitud, oportunidad y certeza. Cualquier propuesta de cambio a la política amenaza la actual distribución de los beneficios y costos, así los grupos perjudicados se organizaran dentro del sistema político de acuerdo al patrón de cambios propuesto. De esta manera los intereses concentrados sistemáticamente sopesaran a los intereses dispersos y difusos en la política de formulación de políticas. Además, los políticos esperan castigo hacia las decisiones que imponen costos o quitan beneficios existentes, mucho más de lo que esperan recompensa por proporcionar nuevos beneficios.

En la figura 2, se esquematiza la forma en que los costos y beneficios se encuentran distribuidos de acuerdo con el tipo de política más viable de acuerdo a las circunstancias establecidas, por lo tanto, el ambiente políticamente más aceptable para cambios políticos es promover políticas clientelares, porque ofrecen grandes beneficios relativamente concentrados, con asistencia directa e inmediata hacia un grupo identificado de ciudadanos, mientras que a muchos grupos y contribuyentes se les brindan recursos difusos y poco específicos. Las propuestas que involucran la política

clientelar son numerosas y exitosas porque crean partidarios leales y atraen muy poca oposición organizada (Schneider & Ingram, 1993).<sup>25</sup>

Los gastos públicos y privados en los servicios de salud se incrementaron en las décadas de los 70 y 80's, pero el principal problema en la política de atención a la salud fue la forma de distribuir recursos a un grupo concentrado de proveedores de servicios de atención a la salud, entiéndase sistema de salud público, con el fin de disminuir la carga financiera de las poblaciones que reciben estos servicios.

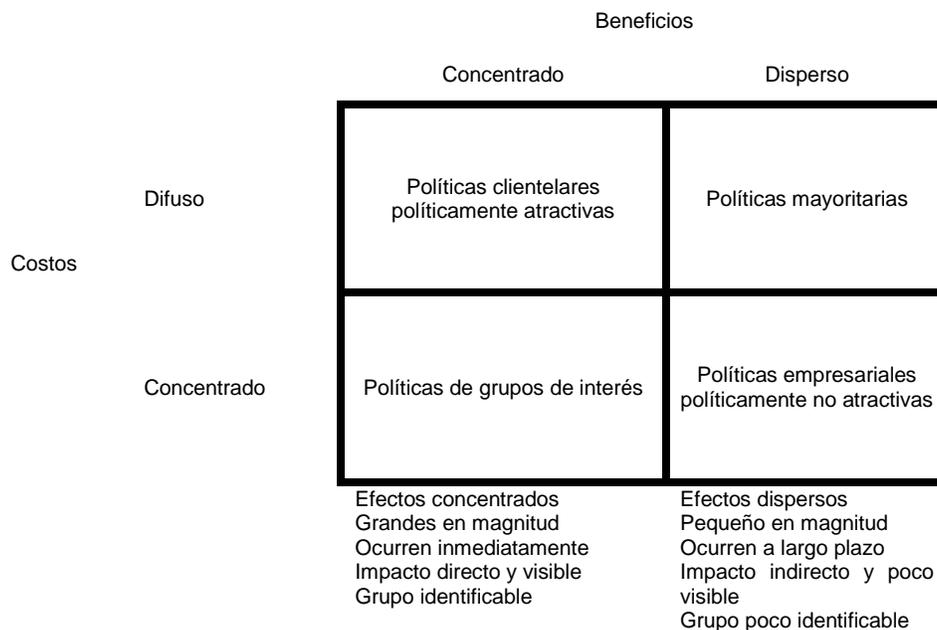


Figura 2 Teorema para el análisis del diseño y factibilidad de políticas (Schneider & Ingram, 1993)

Una última fuente de incrementalismo en la política de salud es la capacidad financiera de los gobiernos para asumir responsabilidades adicionales. La accesibilidad financiera es un importante factor en la evaluación de la viabilidad política de una propuesta. Las limitaciones impuestas en el desarrollo de políticas difieren entre los estados y el gobierno federal. A nivel federal, las restricciones se derivan principalmente de la

<sup>25</sup> En contraste, muchas iniciativas en salud pública presentan problemas de viabilidad política por la distribución específica de costos y beneficios donde los recursos deben ser impuestos a segmentos concentrados de la población (receptores de las vacunas, drogadictos, homosexuales personas con enfermedades infectocontagiosas o cronicodegenerativas, contaminadores industriales) con el fin de proporcionar grandes beneficios, a menudo imperceptibles para un segmento más amplio de la población. Las acciones gubernamentales o propuestas de este tipo a menudo son débiles o fallan por completo ya que no reciben apoyo por parte de los beneficiados.

política de impuestos y el déficit de gasto, además de los procedimientos y las normas del Congreso de su proceso presupuestario.

Podemos concluir que el incrementalismo es un producto natural resultado de intereses políticos de grupos, donde hay beneficios y costos concentrados, que se encuentran en riesgo por la propuesta de un cambio de política, existiendo claros ganadores y perdedores, donde el nivel de conflicto es alto y el resultado de cualquier propuesta es altamente impredecible.

### **1.3.3 Política de aplicación política**

La responsabilidad de la aplicación de políticas generalmente recae en diversos actores gubernamentales y no en los que dominaron el establecimiento de las agendas y elaboración de las políticas. Sin embargo, los analistas, programadores y operativos que serán juzgados sobre la eficacia y eficiencia de las políticas rara vez se encuentran aislados de la política. De hecho, existe una comunicación y presión constante de los muchos “conocedores”: legisladores y responsables del presupuesto, comités de supervisión política, asesores presupuestarios al presidente o gobernador; organizaciones afectadas, grupos de interés, representantes de los medios, etc., inevitablemente en todo este entramado se forman huecos entre las intenciones, acciones y resultados, los cuales surgen por un sinnúmero de razones.

Las leyes a menudo son ambiguas porque los legisladores y su personal, carecen de la información necesaria para diseñar políticas con precisión, a menudo hay disposiciones vagas o incluso contradictorias ya que la legislación está prevista para múltiples objetivos. Por último, los legisladores podrán delegar las decisiones importantes a los organismos administrativos con el fin de no ofender a un electorado importante y correr el riesgo de fracaso de la propuesta. Los costos de negociar un acuerdo político y los costos de la información sobre el desempeño de la política se verán influenciados fuertemente por la manera en que los legisladores conozcan y estén dispuestos para especificar tanto los objetivos de la nueva política y los procedimientos para su aplicación. Una dependencia pública puede estar a cargo de un nuevo programa, pero

no puede tener éxito sin los recursos y el compromiso de las personas y diversas organizaciones. La acción conjunta necesaria para implementar y mantener activo un nuevo programa, con frecuencia presenta retrasos, renegociación de los recursos y responsabilidades, creando confusión entre los beneficiados. Aunado a lo anterior otro problema fundamental es cuando los recursos administrativos pueden no ser acordes con las actividades necesarias para la implementación de políticas eficaces. Recursos de las dependencias incluyen el número de personal, la combinación de competencias, sistemas de información y experiencia en el manejo de temas similares.

Asimismo las poblaciones objetivo de políticas regulatorias pueden hacer difícil la implementación de políticas. Los individuos, organizaciones y grupos de interés que enfrentan una concentración de costos probablemente fomenten una resistencia o busquen oportunidades para renegociar las políticas originales. La de por sí difícil labor de implementación puede llegar a ser aún más difícil si hay un cambio desfavorable en el entorno político. Un último desafío en la implementación de una política reside en la coordinación de las diferentes, tareas, organizaciones culturales y variabilidad de recursos cuando varias dependencias tienen la responsabilidad de manejar temas de salud pública un ejemplo claro son las políticas públicas en salud con respecto al sida por el impacto internacional de la enfermedad (Schneider & Ingram, 1993).

## **2. Políticas Públicas en Salud del siglo XX**

En este capítulo se hizo un acercamiento a las políticas en salud, determinando las características del funcionamiento del sistema sanitario, las necesidades sociales, los efectos adversos, los recursos y las soluciones a veces fuera del marco del sector salud. Se distingue el papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, aumentar las disparidades y la exclusión. Las políticas de salud afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Prohíben conductas que se perciben como riesgosas, alientan las beneficiosas, protegen derechos y el bienestar de algunas poblaciones

Para concluir se recopilan las experiencias internacionales que reflejan tanto la diversidad regional como algunas tendencias, logros y desafíos comunes. Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, fue en particular el proceso de descentralización y la atención primaria de salud que, representan una contribución al proceso de renovación de los sistemas de salud a nivel mundial como compromiso de largo plazo constituyendo un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población.

### **2.1 PRIMERA REFORMA MUNDIAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD**

Todo empezó en el año del "78" del siglo pasado, en una reunión de la Organización Mundial de la Salud en un lugar mundialmente desconocido llamado Alma Ata donde se acuñó por primera vez el lema "Salud para Todos".

En ese tiempo no se sabía realmente cómo se llevaría a cabo semejante idea, no se sabía si se concebía como un programa, proyecto o estrategia, llegando a veces a

tratarse como meta pasando a ser una política con aspectos éticos, sociales y políticos implícitos (SSA, 1984; SSA, 1985).

En este momento ningún individuo está exento de querer pertenecer a esta noble intención internacional que tiene que ver con la mejora en todos los sentidos de la calidad de vida del individuo se encuentre este donde se encuentre ya sea países en desarrollo, países desarrollados, capitalistas, comunistas, socialistas, en fin al régimen al que se pertenezca, a ninguno de sus individuos jamás se le podría negar esta aspiración global.<sup>26</sup>

Los cambios que, en vez de ser orientados a las necesidades reales de las comunidades, se manejaban más por las necesidades sentidas de la población porque así convienen mejor a los intereses político electorales. Podemos decir que esta misma situación se infiere, para el análisis a otros países con problemas similares en el desarrollo específicamente América Latina por la diversidad de países y grupos que la constituyen.

Se vio que la globalización económica trajo consecuencias graves y de impacto directo sobre los grupos minoritarios principalmente sobre en el aspecto social; estos problemas son típicos en los países en desarrollo, lo cual repercute en las políticas mundiales en salud.

En épocas pasadas se pudo haber hecho la construcción de modelos alternativos que mejoraran las posibilidades individuales, pero no se hizo con la atingencia, pertinencia o voluntad política necesaria para cambiar; viendo la situación desde un punto de vista ético, político y académico al día de hoy se requiere un planteamiento nuevo, volver a

---

<sup>26</sup> Este planteamiento nos obliga a retomar esta política, que por más de treinta años ha liderado la OMS y, que sigue teniendo tanto o más vigencia hoy sobre todo cuando en primera instancia le habían puesto el agregado de “Salud para Todos- en el año 2000”, y luego lo convirtieron en “Salud para todos en el año 2015” por no haber cumplido en veinte años las metas propuestas en un inicio, que más bien estaban centradas en los aspectos mínimos y cuantitativos sólo, en el cumplimiento de indicadores, de numerología estadística para cubrir con políticas internacionales sin provocar un cambio real en la vida de los individuos para incrementar sus capacidades de mejorar su calidad de vida con un modelo alternativo más justo para la humanidad.

retomar los viejos desafíos para descifrar nuevos desafíos y manejar una perspectiva creando una salud más universal, más equitativa y más justa.

Se requiere de implementar nuevas metodologías de educación en salud que tomen en cuenta las necesidades, las posibilidades y las ideas locales. Lo anterior no sólo implica incorporar procesos más participativos, sino también cambiar por completo nuestro modelo de pensamiento en relación con la búsqueda de soluciones a nuestros problemas de Salud local, regional y nacional.

Este nuevo modelo de pensamiento debe incluir, entre otros, los siguientes elementos: (Frenk, 1994)

- Del simple planteamiento de soluciones al análisis profundo de los problemas y sus causas reales.
- De una simple orientación hacia la comunidad a una verdadera estrategia de trabajo, recuperando y tomando como base a los miembros de la comunidad.
- De un análisis puramente técnico y estadístico, a un análisis que incluya los aspectos sociales que afectan las decisiones en salud.
- De la simple construcción de infraestructura en salud, a la capacidad de cubrirlas con los recursos humanos y materiales necesarios a una realidad creando nuevos modelos de salud pública.
- De la pura adopción a la participación de todos los sectores afectados por el proceso.

Así que, gran parte del análisis puede asumirse para la política global de salud. El sólo hecho de que una nueva meta como "Salud para todos en el año 2015" (la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015) nace en 2010 como una alianza público-privada entre las Fundaciones Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim para la Salud, el Gobierno de España y 8 países de la región, México con el estado de Chiapas, Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) administra los recursos de la Iniciativa y apoya a los gobiernos de la

región en su implementación. La SM2015 cuenta con recursos que incluyen los 142 millones de dólares asignados por los donantes más los aportes nacionales), no haya hasta el momento, logrado los efectos y compromisos propuestos requiere de una revisión con la perspectiva renovadora como se ha venido haciendo en otros lugares, pero más que ello habría que evaluar el compromiso de las clases dirigentes en las diferentes regiones y países<sup>27</sup> (Proyecto Mesoamérica Portal Oficial, 2014; WHO, 2014a).

Una visión de salud se concibe genéricamente como parte del bienestar, a su vez condición y resultante social, la salud es por lo tanto, un producto socialmente construido. El propósito de la Salud para todos en el año 2015, "alcanzar para todos...", se fija como parte del ideario político que igual debe conducirnos hacia los logros en el nuevo siglo y deberá aparecer como hilo conductor en el análisis (Frenk, 1994).

El concepto de salud pública, no puede ser sólo servicios de salud, significa la necesidad de transformaciones políticas, sociales, económicas; estas a la larga son los componentes del Bienestar concebidos globalmente. El principal punto de discusión es el análisis de la equidad, no el desarrollo del capital, otras variables y categorías se subordinarán y ajustarán a ella, el logro de la equidad en los sistemas de salud será lo que interesa a partir de una justicia distributiva. Es necesario retomar los factores para el desarrollo y crecimiento equitativo entre los cuales se destaca salud y educación.

Otros conceptos indispensables que se deben tener en consideración son los relacionados con el Estado; el modelo económico, las políticas sociales, el desarrollo social, la justicia social, los escenarios, la salud pública, la salud para todos, requieren una pequeña aproximación a su entendimiento. Así mismo, los conceptos sobre ética

---

<sup>27</sup> En este orden de ideas, el reencuentro con la Salud para todos en el año 2015 desde el punto de vista conceptual y teórico es muy importante y valioso, pero es también urgente fijar posiciones frente al proceso, para dirigir los esfuerzos colectivos en bien del desarrollo humano y la salud. La evaluación general del tema de la Salud para todos en el año 2015, en la perspectiva de su renovación, abre así oportunidades en el camino para un gran movimiento académico en formulación de políticas de salud.

social, equidad, justicia social y el papel del hombre en la transformación para la producción social.<sup>28</sup>

Más que hablar sobre la política, es más importante revisar los compromisos asumidos por diferentes actores, ante todo por los gobiernos en la formulación y aplicación de las diversas estrategias en la consecución de la política.

De esta forma surgen varios asuntos: falta de análisis del tipo de sociedad y sus organizaciones, el papel del Estado, sus funciones, las políticas sociales derivadas en cada coyuntura frente a los postulados de la Salud para todos en el año 2015 y las correcciones establecidas. En su aplicación hubiera sido benéfico tener este tipo de consideraciones, con el objeto de apreciar con más, claridad y precisión los cambios o transformaciones necesarios así como su viabilidad.

En primera instancia podemos mencionar como muestra de los efectos y logros de algunas de las estrategias; la descentralización, la regionalización, los niveles de atención, la participación social, implicaciones en la planificación, la administración de los servicios de salud y el sistema de aseguramiento en salud, cumplimiento de algunas metas mínimas, fundamentalmente en lo relativo a las tendencias.

Al evaluar los problemas y logros nos acercamos a las variables contextuales interpretadas como la líneas de acción de los Estados, la interpretación teórica de la Salud para todos en el año 2015, desde lo general a lo particular, las implicaciones de los modelos de desarrollo sobre los logros, entre otras consideraciones. Se propone hacer una evaluación de contexto, no solo de orden técnico sobre las metas mínimas; en general entendemos que el logro de algunas de las metas mínimas se debe en muchos casos a tendencias no relacionadas con las estrategias e intervenciones.

---

<sup>28</sup> Para verificar el estado de la Salud para todos en el año 2015 se tendrá que partir de la realidad de los países, sociedades y comunidades, de su propia problemática, problemas tales como, una forma de evaluación de lo sucedido en la Salud para todos en el año 2015 en el siglo pasado, señalando el desfase entre la realidad y el deber ser de la meta propuesta.

Es necesario considerar el tema de los actores y sus propias estrategias, ¿qué ha pasado con la Salud para todos en el año 2015 en un dominio amplio, pero también en el espacio particular de los servicios de salud? Algunos problemas comunes tales como la falta de incorporación de actores sociales no gubernamentales, el reduccionismo y las variadas interpretaciones en los temas de la atención primaria en salud, las intervenciones puntuales en salud con el enfoque institucional y de los servicios, requieren ser considerados críticamente en el análisis y proceso evaluativo<sup>29</sup> (WHO, 2014a).

Finalmente, insistimos en que el problema central de la meta es la equidad; el modelo económico neoliberal ha generado poco a poco mayores inequidades y no se han tomado en cuenta, por otra parte, los problemas y contenidos centrales de la Salud para todos en el año 2015; en tal sentido, el análisis, debe partir de la desarticulación entre las políticas económicas y sociales a nivel mundial y plantearse alternativas para una formulación de políticas con mayor impacto social, para los gobiernos y tomadores de decisiones. ¿Tiene vigencia la Salud para Todos en este siglo?<sup>30</sup>

La perspectiva de la salud para todos, debe cimentarse con profundas transformaciones sociales, cambios políticos y movilización de los diferentes actores sociales, estudiantes, campesinos, obreros, amas de casa, personal de salud. Luchando por la reivindicación del bienestar y la salud.

La salud para todos, no se consigue solamente en un ideario ni con los buenos deseos de grupos no gubernamentales, o en un plano macroeconómico de otorgamiento de recursos sin ton ni son y mucho menos a través de políticas populistas, se obtienen resultados con una instrumentación y operación táctica, planteándose una reorientación

---

<sup>29</sup> Evaluaciones hechas por la Organización Panamericana de la Salud y de los países han encontrado logros distintos en las metas según los momentos de desarrollo, diferentes en cada país. Tiene que ver con formulación de políticas (fundamentadas en la distribución del poder, la descentralización del poder) en cada uno de los países.

<sup>30</sup> Tal vez el escenario inmediato y futuro estará ubicado en la utopía, pero existirá siempre la orientación basada en la realidad, los reclamos de todos los involucrados por tener las transformaciones sociales, políticas y económicas necesarias, soportado por el concepto de salud propuesto universalmente. Así, las circunstancias se deben enfocar en relación con los principios de la salud para todos; dominando la población con los recursos factibles y la incorporación de otros actores estratégicos, donde la participación social es detonador de los mismos.

y reorganización de la red de servicios, por medio de una eficiencia y eficacia social, equidad y participación de todos los actores.

Indicadores como la eficiencia y la eficacia llegan a ser relevantes al garantizar su observancia permanente hacia elementos precisos de equidad y justicia social, donde todos formaran la base para la integración de una política en salud.

Deben incluirse posibilidades de vínculo de estos preceptos rectores del estado con las necesidades del mercado, destacando los cambios en los lineamientos de la salud pública que no debe tomarse a la ligera ya que la salud pública está en permanente renovación con definiciones y aplicaciones propias a cada realidad, pero habrá que ser precisos en la relación con el estado y los problemas derivados de la crisis del modelo económico. No podemos esperar que con una meta de salud pública se pueda cambiar la economía mundial o el modelo mundial. La visión del salubrista va más allá de lo sectorial, administrativo y económico, es al revés, ya que influye más sobre la política y lo social. Con una perspectiva sociopolítica cultural y económica para influir en la transformación de la salud universal para obtener un cambio en el desarrollo humano.

La salud para todos considera varios elementos de transición para los gobiernos y la sociedad, con respecto a equidad, eficiencia y cooperación, que son considerados ejes del análisis y de la propuesta de intervención sobre los escenarios, nacional e internacional. La salud para todos arrastra situaciones estructurales y funcionales de pro actividad que hacen propicia la transformación, siempre y cuando las acciones de planificación e implementación se cumplan en una perspectiva colectiva y social (WHO, 2014a).

Se sabe y se reconoce que estos momentos en que se encuentra el mundo sumido en una crisis económica y social permanente desde hace varios años todo depende del antagonismo de las opciones hegemónicas frente a otras alternativas viables de desarrollo en el cual se posicionan los países y las regiones. Aun cuando no existe un solo modelo, todos los países o regiones deben participar en su construcción, tampoco

en aceptable que aparezca una receta académica ya que no estaría dirigida a las necesidades propias de cada país o región mundial. Se debe lograr plantear una perspectiva de la salud al ser planteados los elementos esenciales de la política para todos en este milenio y concretar esos elementos de cambio a manera de conclusión.

La discusión analítica que se hace de algunas estrategias con intereses renovadores en salud pública, es sólo para encontrar una posibilidad de transformación para su aplicación con mayor vigor y esfuerzo por parte de los gobiernos, estas ideas van correlacionadas con tendencias expresadas por instituciones internacionales y locales, que van desde su planeación y administración, cambio social, reorganización de los servicios de salud, pública y privada, nuevas concepciones de organización territorial, promoviendo, implementando y consolidado los Sistemas Locales de Salud, los Municipios Saludables con sus concepciones políticas de acuerdo a las necesidades y demandas propias de las regiones, renovación de las propuestas planteadas sobre promoción de la salud, aseguramiento y enfoques de contingencia y riesgo, con un reordenamiento mundial; lo anterior puede llevarnos ahora si a una “Nueva Salud Pública”.

### **2.1.1 El eje de la promoción de la salud**

En la década de los 70s del siglo pasado surgieron dos estudios que empezaron con la idea revolucionaria de la salud pública, y digo revolucionaria, porque aun cuando a pesar de que décadas anteriores el tema de la salud pública siempre fue y ha sido centro de discusión y atención por parte de varios sectores de la intelectualidad enarbolando a la salud como planteamiento teórico a veces y otras tantas como bandera de lucha política; los gobiernos entrantes y salientes consideraban a la salud y la educación como un recurso secundario para la consecución de las políticas mundiales vigentes enfocadas más al crecimiento económico global, procurando mayor prosperidad económica en los países sin saber como invertir estos recursos para un bien futuro de la población en la salud o la educación. La Carta de Ottawa (OPS, 1996) a través de una visión diferente de lo que es y debe ser la promoción de la salud y, el

informe Lalonde que promovió un nuevo discurso sobre la mejora de los campos de la salud; aun cuando, la salud pública viene de muchas décadas atrás se pretende reubicar en el campo social y político. Lo importante de estos informes canadienses está en los determinantes de la salud, categorizándolos (campos de la salud) y planteando las estrategias en promoción de la salud (Lalonde, 1981).

La carta de Ottawa plantea cinco áreas de injerencia que son necesarias para la reorientación de la salud pública: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios.

Dentro de estas cinco áreas propuestas, tenemos que se incluyen mejorar o cuidar aspectos tan elementales como cambios medioambientales, medidas preventivas sobre las personas, toma en consideración aspectos sociales de los problemas de Salud relacionados con estilos de vida, las políticas de salud de orden local y nacional; así mismo, se da importancia a la biología humana, con toda la gama de desarrollo tecnológico y científico en la genética y la inmunología, se retoma el intervencionismo terapéutico, el de la asistencia y la clásica atención médica, pero también tiene que ver con propuestas administrativas de la salud como tendencias gerenciales con desarrollo organizacional e institucional. Si lo observamos detenidamente a pesar de que han pasado más de treinta y tantos años la mayoría, por no decir todos, de los conceptos se encuentran vigentes ya sea porque necesitan una renovación de su planteamiento inicial o porque aun no se han llevado a cabo de manera adecuada a las circunstancias actuales de desarrollo y a lo cual la salud pública de hoy no puede ser ajeno.<sup>31</sup>

La evolución de una tendencia integral, macro, bajo la concepción holística de la salud pública, donde, la salud y la promoción de la salud tienen una participación mayor, más

---

<sup>31</sup> Naisbitt y Aburdene (1991) en su libro de Megatendencias 2000, a pesar de que muchos intelectuales salubristas no comparten sus planteamientos de las nuevas tendencias, se deja ver aspectos que de alguna manera influyen sobre la salud de los individuos como; el enfoque de largo plazo, la descentralización, la democracia participante, todo esto deriva del análisis sobre los desarrollos del entorno capitalista; así, debemos moldear y adecuar esas tendencias a un nuevo escenario mundial, más saludable y a unos escenarios locales más sanos para la vida.

responsable, por lo cual, se concluye que la salud además de ser un objetivo es un medio, para la vida y para el desarrollo social.

Para empezar a integrar las tendencias se necesitan limitar sus elementos y ubicarlos en el tiempo y espacio que les corresponda para ser efectivos, asimismo en el campo de la salud, es pertinente saber que cada uno tiene una aproximación diferente por lo cual se requiere reconocer su capacidad para generar la enfermedad o una protección, como por ejemplo los estilos de vida, es necesario que estén apoyados por políticas de Salud que ayuden a hacer la elección sana, la elección más fácil (Ashton y Seymour, 1992).

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y salud pública en general. En ella se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes, pero no fue sino hasta 1935 cuando el Presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administraciones tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas y la mismo gobierno, con una propuesta innovadora para la reorientación del sistema de salud, donde se incluían políticas y acciones en varios de los componentes del bienestar, de la seguridad social, además de que se empezaba a hablar de la promoción de la salud en su verdadera dimensión, a gran escala (CESOP, 2006).

Desde 1941 se planteaba la necesidad de políticas globales: educación gratuita, políticas de vivienda, políticas de empleo, políticas de recreación y ocio, un sistema de salud responsable de la salud de todos los ciudadanos (Sigerist, 1941).

Asimismo se podrá hablar sobre la propuesta de las tendencias sobre seguridad social, la nueva seguridad social que surge en 1942 después del informe Beveridge al parlamento británico, aun cuando en México ya se tenían los antecedentes necesarios para mejorar la atención de la salud (López del Paso, 2011).

Con lo anterior se concluye que en la salud en general y la medicina en particular no solamente tiene que tener la responsabilidad o es problema exclusivamente de los médicos y enfermeras; compete a todos los integrantes de la sociedad desde la ama de casa hasta el presidente de la Republica, hablando en términos de gobierno así como, varios sectores, grupos no gubernamentales y profesiones de diversa índole. Solo tenemos que ver las relaciones permanentes, administrativas y no, que lleva acabo la Secretaria de Salud con las diversas secretarias del gobierno para determinar su impacto en la consecución de los objetivos gubernamentales ya que, encontramos en ella representación de economía (hacienda), trabajo, salud, empresarios, sindicatos, trabajadores de la salud, de las administradoras, de las instituciones prestadoras de servicios, etc.

Es justo decir también que el personal de salud debe continuar con el permanente peregrina de la divulgación promoción y educación de la salud pública, reorientando la asistencia médica clínica y ambulatoria, hacia la concientización de la población en salud, mediante esquemas y estrategias de prevención, aplicando de manera destacada la atención primaria a la salud, rescatando el pensamiento de Virchow que, aun en este nuevo siglo tiene plena vigencia: “la Medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala” (Labonté, 2013).

Las nuevas orientaciones de la salud pública involucran necesariamente la participación de todos, la intersectorialidad, la globalización, la descentralización, la conformación de redes y el desarrollo de sistemas de información para la salud en el más estricto sentido de compromiso y responsabilidad por parte de los involucrados, sin mayores preámbulos o alargamiento de tiempos para su consolidación con una implementación inmediata para su consecuente puesta en marcha y su evaluación permanente. Por lo

tanto, es importante evaluar los cambios en el entorno y en los escenarios necesarios para mejorar y lograr las transformaciones en el dominio específico de salud, aprovechando por sobre todo, los recursos de otros sectores, su tecnología y conocimiento para beneficio de la salud, para lograr el bienestar y el desarrollo humano.<sup>32</sup>

Esta nueva lógica holística e integracionista, debe ir aparejada con la acción política, esa nueva tendencia, incluye otros aspectos: análisis y pensamiento estratégico, negociación, competencia social o creatividad, políticas públicas, entornos sociales saludables, cambios en el concepto de lo público y salud, garantía de acceso a la salud, democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil, desarrollo local entre otros.

## **2.2 EL CONOCIMIENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Para que exista una real integración entre las políticas públicas en salud y los sistemas de salud, se deben fortalecer los espacios generadores del conocimiento que busquen integrar los diversos personajes inmersos en estas promulgaciones políticas, investigadores, tomadores de decisiones y la población en general; es necesario promover la utilización de resultados provenientes de investigaciones que, propicien debates en torno a estas, con propuestas colaborativas y unificadas que fortalezcan la mirada a intereses comunes de las entidades públicas y privadas, de índole académico, político y social; logrando de esta manera la concordancia entre, los diagnósticos, la acción y el trabajo individual y la construcción colectiva fundamentada en visiones estratégicas de amplio espectro. Se debe pensar en la integración de redes para

---

<sup>32</sup> Buck (1996), al referirse a los cuatro componentes de campo de la salud de Lalonde: “Si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria, puesto que todos ellos están inseparablemente unidos a él”. Tales cambios en el entorno están metodológicamente relacionados con un componente importante de la tendencia en salud, la planificación para formular metas para la acción política. Para un mejor entendimiento de este precepto de tendencia, Kickbusch (1996) explica las diversas etapas de la Salud Pública: fase sanitaria, medicina preventiva, medicalización de la salud pública, la epidemiología del comportamiento en los años sesenta y setenta, hasta la planificación de la salud con un enfoque social y comunitario.

desarrollar la investigación en políticas públicas en salud y habilitar a sus miembros en el despliegue de propuestas de cambio de políticas reales que permitan la construcción de nuevos escenarios de participación en investigación.

Una política en salud, define el curso de acción para resolver un problema y debería apoyarse en proyectos, programas y estrategias, una de estas esencialmente deben ser elementos derivados de los procesos de investigación serios y formales vinculados a organizaciones civiles locales inmersos en la problemática.<sup>33</sup>

Al momento de formular una política de salud, es necesario reconocer que éstas deben proceder de concepciones emanadas de las políticas sociales, que en su proceso, impulsan acciones colectivas para la apropiación social de la salud, dado que se elaboran conjuntamente con la población; no sólo los diagnósticos de salud sino también los procesos organizativos locales fundamentales conducentes a la producción de bienes materiales, culturales y de salud que apoyan su propio desarrollo autónomo (Dabas y Najmanovich, 2002).

La política pública implica un acto de poder, e induce a la materialización de las decisiones de quienes detentan el poder. La política pública, supone tomas de posición que involucra una o varias instituciones estatales (Vargas, 1999), (Muller, 2002).<sup>34</sup>

La política pública bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o un espacio geográfico determinado. Es decir, se "identifica a la política pública con el programa de acción gubernamental". Sin embargo, se reconoce que este

---

<sup>33</sup> Entre las consideraciones iniciales para su construcción, se deben tener en cuenta los aspectos individuales y globales de salud; las condiciones de vida, el ambiente, la situación económica y la atención en salud, el financiamiento, la organización de los sistemas de salud, la respuesta institucional y la situación de los recursos humanos en salud. Propuestas en la mayoría de las veces como áreas programáticas de cualquier política de salud que sumadas al modelo del sistema de salud y su legislación vigente, orientan prospectivamente al gobierno en materia de salud de los pueblos (Restrepo, 1995), (Franco, 2000).

<sup>34</sup> Por política pública puede entenderse, como lo señala Vargas (1999) el "conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables". ...“no se debe confundir la política pública con la ley o la norma, ni tampoco se asimila a la política económica”.

enfoque pragmático no tiene en cuenta la génesis social de lo que deben ser las políticas públicas.<sup>35</sup>

El conocimiento que prevalece en las comunidades proviene de las personas y su contexto; el contexto influye de forma decisiva en los modelos de gestión que se adoptan a las circunstancias de cada cultura, incluso perdiendo en buena parte las particularidades de las personas. El conocimiento se fortalece cuando las decisiones que se toman son concordantes con las informaciones originadas en grupos de personas; de allí que es primordial identificar la información coherente con el entorno. La gestión del conocimiento para la formulación, análisis y evaluación de las políticas en salud permite que el flujo de información se facilite entre las organizaciones.

Los actores del conocimiento son los que se conforman alrededor de un negocio de ideas y/o proyecto de emprendimiento de la información y juegan un papel importante en el flujo de ideas relacionadas con la gestión del conocimiento, los precursores asisten la creación de las ideas que se apoyan en otros para materializarlas y contribuir en su ejecución; esto significa que cada proyecto está relacionado con muchos intereses plasmados en ideas. En el marco de la sociedad del conocimiento se aprecian los gestores del conocimiento interesados en encontrar una respuesta adecuada a la nueva economía de la información.

Las comunidades consecuentes con el entorno del conocimiento deben encontrar en la competitividad su plena identificación como una comunidad organizada, que reconozca en la tecnología una herramienta de desarrollo y le facilite la interacción con servicios personalizados y asimile las capacidades de los usuarios para competir en el futuro con proyectos exitosos, que incluyan mecanismos innovadores y flexibles de participación definida en roles, esta premisa aplica para la comprensión de la participación social en las políticas en salud (Arbonéz, 2001).

---

<sup>35</sup> "Un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros, o aún entre un sector y la sociedad global". (Muller, 1994)

La innovación por tanto, incorpora la creatividad de las comunidades en los procesos de participación social, las estrategias orientadoras surgen de acuerdos, pactos y/o mecanismos que conectan entre sí los líderes, actores y en términos generales a la comunidad. En otras palabras, la interactividad va ligada a los procesos de actuación de los participantes en la formulación, decisión y análisis de las políticas sociales.

El desconocimiento sobre la implantación de nuevos métodos de participación social para la exploración de diversos sistemas en la construcción de políticas públicas, conduce al resquebrajamiento del consenso colectivo, por lo que el desarrollo creativo es el que convoca ideales y fortalece los juicios y saberes sociales, que no obstante se ven mediados por infinitas situaciones emergentes derivadas inclusive del azar.<sup>36</sup>

Cualquier reforma en Salud que se precie de serlo, no debe descontextualizarse de una realidad específica: el tener una visión incluyente del colectivo. Un colectivo capaz de promover comportamientos saludables por sí mismos, con criterios sólidos de coordinación para la consecuente búsqueda de la atención de servicios de acciones que reconozcan en los procesos de investigación, las necesidades y los problemas que les corresponden.

El núcleo familiar como el receptor primario de las acciones puntuales e integrales para las propuestas que desde las políticas públicas saludables se puedan desarrollar, ofrece un contacto al cambio en la cultura de la salud, en el que se insiste constantemente desde el auto cuidado y propende por la percepción de bienestar que va ligada a la voluntad política; voluntad ésta que es en última instancia, el reflejo de las mismas comunidades, de la responsabilidad institucional, la aceptación y participación del colectivo y sobre todo de la articulación real con quienes tienen la responsabilidad de contextualizar la formación de los profesionales, la academia.

---

<sup>36</sup> Resumiendo, la gestión sobre la información del conocimiento incorpora elementos de gestión estratégica y operativa: la primera se refiere a las concepciones y acciones relativas a la creación de conocimientos y a su papel en la generación de competencias esenciales que fortalecen las alternativas de desarrollo, y la segunda se relaciona con los aspectos de distribución y transferencias de conocimientos básicos o de información que se plantean como una red. Así que, hablar de gestión del conocimiento es hablar de creación o innovación, de nuevas y diversas formas de divulgación de información que en definitiva confluyen en las decisiones operantes y nacies del conocimiento para la formulación de una política pública.

Es en la familia o en el concepto de familia que se tenga en la sociedad, donde se lograrán conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas que movilicen socialmente las políticas de participación de gobiernos para promover los componentes intersectoriales y de la sociedad para la industria de la salud.

Debe mantenerse como parte de una construcción colectiva del conocimiento a las familias, los líderes comunitarios y otros que, con el empoderamiento de las municipalidades en la gestión de sus propias políticas públicas y el apoyo del Estado, permita una autorregulación permanente en la construcción colectiva de las políticas en salud. Los profesionales del sector salud y la falta un de apoyo técnico en algunas ocasiones dejan entrever poco compromiso hacia las colectividades.

No cabe la menor duda que el manejo intersectorial es básico, educación y salud deben actuar coordinadamente desde sus ejes, -la familia y las escuelas saludables, considerando como una variable a impactar la pobreza de los pueblos, contenida en la gran interrogante de cómo garantizarles estilos de vida saludables. Ahora bien, no se trata sólo de procesos de voluntades, se trata además de la comprensión del modelo de desarrollo nacional que apoya técnica y financieramente las políticas de salud y confluye en acciones globales "equitativas" o por lo menos aterrizadas a las necesidades en salud. Los aportes extranjeros desde la cofinanciación para la inversiones sociales dejan sobre la mesa, la negociación con organismos multilaterales y la conformación de una vigilancia internacional que tienden al mejoramiento de los indicadores de impacto orientados por la investigación y reformulación de políticas en salud, fundamentadas en acciones de paz y con énfasis en la construcción de un desarrollo social rural y urbano.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> En países como el nuestro, es necesario capacitarnos desde lo global a lo local como lo señala Ulrich (1998), en intereses de orden mundial en lo relacionado a las dinámicas cambiantes del concepto de salud frente a los nuevos retos globalizadores que se sienten en los entornos; de allí que la gestión del conocimiento debe apuntar a enlazarnos a través de integración de grupos liderados por las comunidades y orientados por los gobiernos. La incipiente dirigencia en el desarrollo empresarial de la salud y las instituciones del sector se ve reflejada en la carencia de mecanismos de presión que obliga a agentes y agencias a cumplir sus compromisos.

El fenómeno de la globalización ha transformado las operaciones de decisión de los estados, pues ha sobre-explicado y sobre-diagnosticado la importancia de la competitividad, la consolidación de alianzas, la desarticulación de oligopolios de conocimiento; en otras palabras, ha ampliado las oportunidades para erradicar la pobreza, entender las concepciones democráticas del conocimiento y ha sobresalido por el respeto de los derechos del hombre hacia el desarrollo sostenible.

En una formulación de una política deben incluirse conceptos más comunitarios hacia la comprensión de tópicos como lo son, la reducción arancelaria, el rompimiento del paradigma de las grandes empresas y la avasalladora economía de escala, que pueden incurrir en la integración de nuevas oportunidades de conocimiento.<sup>38</sup>

El lograr condiciones mejores de salud, implica formular políticas de carácter interdisciplinario que trasciendan el ámbito institucional del sector y conduzcan al bienestar de sus comunidades.

La salud entendida como el reflejo de los pueblos, debe esforzarse por la conformación de grupos capaces de mediar la construcción de políticas colectivas, que le permitan implementar acciones coordinadas con los gobiernos.

La conciencia social colectiva debe asegurarse y asirse en las estrategias que abrigan la promoción de la salud en todos los niveles de atención y, con herramientas educativas yuxtapuestas a las agendas políticas mundiales.

Factores sobre los cuales debe estar cimentado el escenario de la promoción y educación de la salud.

---

<sup>38</sup> Es posible construir dos escenarios de futuros posibles, el primero, "Los imaginarios de los colectivos escuchados para el constructo de las políticas públicas en salud", y el segundo, Diálogo permanente de saberes y de investigación para la prospectiva de condiciones dignas de vida, donde ambos tendrán un denominador común, la articulación en red de los actores, de su "deber ser" y "poder ser", que movilizan positivamente intereses en función del Sistema de Salud y gobierno, como el compromiso político y social constante del Estado.

- Re-construcción de las políticas públicas en salud desde la óptica de las prioridades y/o necesidades consideradas por los colectivos
- Interpretación de los imaginarios colectivos para los ambientes favorables deseados por ellos, con redes sociales de apoyo del sector.
- Cambios de actitud y aptitud orientados por los líderes de las comunidades que permitan reconstruir el tejido social y por ende el familiar y replantear la formulación de estrategias que definan las agendas de las políticas públicas.
- Reorientación de las acciones de promoción y prevención desde la mirada de la Atención Primaria en Salud.

Los indicadores de salud muestran la realidad del deterioro de la calidad de vida de las comunidades y evidencian las inequidades del sector; se haría posible mediante el diálogo de saberes, expertos, hacedores de la política y la comunidad, la ocurrencia de proyectos contextualizados a la realidad con sostenibilidad en el tiempo mediante el empoderamiento permanente de las acciones facilitadoras de condiciones dignas de vida.

Como variables claves que es necesario contemplar para una consolidación del modelo esta la creación de escenarios para el diálogo, permanente de participan de comunidades, academia y actores políticos, capacitación de líderes y prestadores del servicio para una atención ágil, efectiva y de calidad, métodos de investigación con proyectos de cohorte a largo plazo para reflejar las necesidades y problemáticas frente a las condiciones de vida afectadas por la inoperancia del sector y reinención del sentido de pertenencia por lo público; las poblaciones se molestan por las equivocaciones en sus entornos pero no hacen esfuerzos para mejorar sus escenarios dignos de vida; de allí que el monitoreo, las acciones correctivas.

Es importante que en los escenarios futuros se tenga una visión para el sector de la salud que contemple enfoques integrales fortalecidos con políticas similares a las promovidas en la promoción de la salud. Políticas que no se desvirtúen por los intereses políticos de agendas confusas y sin una libertad económica; si bien existen enfermedades que tienen la connotación de pandemia, las pérdidas humanas van más allá de los esfuerzos que hacen los países por divulgar la verdad sobre ellas, muchas veces se crean un sinnúmero de especulaciones que llegan a las comunidades exagerando de sobre manera el asunto creando por lo tanto problemas que afectan el modus vivendi, nutrición e incertidumbres por posibles mutaciones virales, incrementando el uso indiscriminado de antivirales, ejemplos claros y recientes son la gripe aviar y la influenza, dando origen a decisiones políticas en salud equivocadas o precipitadas.

No basta con aumentar la comunicación de cómo combatir el mal y alertar a las comunidades, sino de consolidar información acorde a las realidades de las regiones. La comunicación de riesgo demanda un presupuesto sujeto a la transparencia política, la gestión financiera para el desarrollo de los estados y municipios, debe proponerse cada vez más y con mayor insistencia en las agendas locales para impulsar el desarrollo sanitario.

Las instancias nacionales y regionales de salud tienen que mediar en la formulación de políticas para facilitar el desarrollo sanitario, ambiental y de salud pública requeridas en los estados y municipios de acuerdo a sus necesidades, identificando las prioridades en salud para su intervención en las regiones vulnerables, haciendo énfasis en que los efectos y las causas en que se encuentran las comunidades no depende únicamente del Estado y que, por lo tanto, se deben crear estrategias de participación proactiva en la salud de las comunidades rebasando ampliamente la cuestión de la política.

## **2.3 DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

La descentralización de acuerdo con nuestro actual régimen constitucional puede ser analizada desde tres puntos de vista que pueden usarse de manera independiente o juntas: la política, la administrativa y la económica.

La descentralización, es un proceso político-administrativo, por medio del cual se transfiere a los órganos territoriales de gobierno, parte o la totalidad de la autoridad o funciones que detenta el Estado. Según sea el nivel y la naturaleza de la transferencia que se realiza, la descentralización puede ser política o administrativa. No es un fin, sino un medio para lograr la obtención de mayor eficacia y eficiencia en el cumplimiento de cometidos públicos y para acercar el poder al ciudadano, posibilitando así la apertura del sistema a una más directa y responsable participación de la población (Mack, 2006).

La descentralización política implica una distribución del poder político, entre la colectividad o gobierno central y las colectividades o gobiernos regionales con atribuciones de carácter administrativo, de gobierno y legislativas. Se considera como la transferencia de decisiones sobre asignación para la provisión y la producción de bienes públicos, transferencia de competencias para decidir sobre gasto público y sobre los recursos que la comunidad. Posee una serie de rasgos particulares y diferenciadores, se pueden destacar como elementos característicos: los sistemas y mecanismos de elección de las autoridades políticas en el ámbito local; los mecanismos de participación de la comunidad; la autonomía normativa; la autonomía política y los sistemas de actores políticos, entre los más destacados.

Descentralización administrativa es la acción de transferir autoridad y capacidad de decisión en organismos del sector público con personalidad jurídica y patrimonio propios con autonomía orgánica y técnica, para ejecutar decisiones sobre provisión y producción de bienes públicos adoptadas en niveles superiores para hacer más ágil el desempeño de las atribuciones del gobierno federal al transferir funciones y entidades

de incumbencia federal a los gobiernos locales, con el fin de que sean ejercidas y operadas acorde a sus necesidades particulares. La operación de tales procesos puede estar a cargo de autoridades electas o de funcionarios designados.

La descentralización económica sería la transferencia de decisiones sobre asignación de factores para la producción de bienes públicos a mecanismos de mercado (Calderón, 2003).

Desde épocas de la conquista España tuvo sobre México un marcado y acentuado centralismo que, como se sabe, tenía implicaciones de control, poder, dominación y supremacía el cual se fue reforzando paulatinamente hasta llegar a su apogeo en el siglo XVI, durante la época de la colonia, lo cual marco para siempre las costumbres sociales y políticas del país que originan diversos tipos de presión que se han traduciendo en una dominación de las fuerzas políticas de control centralistas.

En este estado centralizado, el mando político y moral se ejercía desde el núcleo central con la conducción de poderes hacia el exterior o la provincia, donde los encargados de los gobiernos estatales y locales, fungen solamente como repetidores o emisores de las actividades señaladas por el centro, sin tomar en cuenta la mayoría de las veces las necesidades locales. Siendo este tipo de vinculación más bien una receptividad del control político y administrativo, lo que origina que las administraciones locales tengan poca o nada de autonomía y decisión política.

Dentro del proceso de la centralización, se observa una dominancia de un poder sobre el otro, siendo su relación más bien una situación de parasitismo donde el poderoso absorbe y se expande atribuyéndose paulatinamente derechos y facultades del segundo, tanto en lo político como en lo administrativo.

La descentralización política viene siendo el proceso invertido de lo que sería la centralización. En este proceso, los derechos y facultades de los estados se incrementan por parte del poder central y se mantienen vigentes aun cuando se otorgue

mayor poder de decisión a las autoridades locales; donde estas, permanecen vigilantes de los intereses y necesidades del estado, conservando en cierto sentido las facultades de dictamen y actividades propias de su política interna, en este sentido el estado debería actuar de acuerdo a las necesidades propias, asegurando la igualdad de oportunidades para todos y cada uno de sus ciudadanos, aplicando una legislación que otorgue un equilibrio y justicia de status, recursos, facultades y poder hacia los diversos municipios que lo componen, tratando con esto, que las administraciones que lo componen en vez de disminuir y destrozar la autoridad central estatal, por el contrario trabajen en conjunto para que exista un fortalecimiento y vinculación permanente, evitando entrar en un choque de fuerzas, tanto políticas como económico-administrativas (Cabrero, 1998).

En los países occidentales, a través de la historia, se ha mostrado una descentralización de estado pausado, pero permanente. Este proceso ha sido uno de los grandes paradigmas de la actualidad, ya que lo complicado del esquema es el de establecer las limitaciones de las autoridades estatales y federales definiendo los ámbitos de competencia y facultades de ambos.<sup>39</sup>

Con la constitución de 1917 se inicia la ideología descentralizadora, puesto que en ella, se manejaban aspectos de respeto y limitación de facultades y funciones políticas tanto del gobierno federal y los gobiernos locales. La constitución política se convierte así, en la base de un pacto entendido entre entidades políticas y territoriales, en el que se acuerda la unión de todos para la formación del estado mexicano, de esta forma en el sistema federal, se crean dos órdenes coordinadas y subordinadas a ella: el federal y el de las entidades federativas, donde ninguna de las dos instancias puede cambiar las disposiciones de la normatividad, que les señala sus obligaciones, límites jurídicos y derechos respectivos.

---

<sup>39</sup> Lo contradictorio de la situación antes señalada es que, para que sea integrada en la circunstancia de nuestro país, uno de los elementos que en primera instancia se deberían de analizar a fondo es la concentración (medios urbanos) y la dispersión (medios rurales) en que se encuentra distribuida nuestra población ya que este dilema vienen siendo lo que ofrece mayores obstáculos para la aplicación de una descentralización real equitativa y justa a nivel nacional.

El concepto de desconcentración en el área de la física significa dispersar o diseminar algún conjunto de elementos que se encuentran reunidos en un mismo punto; en el área de la química la desconcentración es la separación de los elementos que componen algún compuesto. El término de la desconcentración ha sido utilizada también para designar algunos procesos sociales, de este modo tenemos que los economistas y urbanistas hablan de desconcentrar la industria; los políticos y politólogos de desconcentrar el poder; los técnicos y administradores públicos hablan de desconcentrar la administración, y en cada caso el término adquiere significados distintos, porque se trata en todos los casos de hechos distintos.

En el léxico político, se trata más bien de una concesión del poder central a sus delegados, compuestos por agentes locales, poder de decisión directa en determinados asuntos, para lograr una mayor agilidad y rapidez en la resolución de problemáticas específicas, pero siempre subeditados a la escala jerárquica. Sin embargo, en su aplicación práctica el concepto de desconcentración adquiere un significado más amplio que el de simple concesión de poderes, y puede ser tan amplio como el pragmatismo del estado lo requiera para resolver problemas relacionados con la concentración; así, será posible que una empresa descentralizada se desconcentre, que el federalismo, baluarte de la doctrina descentralizadora, se debilite con el proceso de desconcentración del gobierno federal y que el municipio se robustezca económicamente, pero sin experimentar el mismo fenómeno en lo social, o en lo político, lo cual pudiera originar que se lesione la soberanía estatal, o la autonomía municipal.

La desconcentración, se pudiera tomar en sentido estricto, como la preparación de un organismo en tránsito hacia la descentralización política. La distinción entre descentralización y desconcentración es sencilla: la desconcentración se sitúa dentro del ámbito de la centralización, lo que la hace totalmente extraña a la descentralización, consiste más bien en aumentar las atribuciones de las autoridades locales permaneciendo estas aún centralizadas y de este modo descongestionar al poder central utilizando como medio a sus representantes locales.

Otro punto de interés que es necesario tocar es el de la concentración, el hablar de la concentración demográfica, económica, política y administrativa en México, es sinónimo de desigualdad y desequilibrios, porque la concentración implica, como contrapartida para las poblaciones que componen toda una nación, un desequilibrio y una desigualdad en puntos donde no se encuentra el fenómeno de la concentración.<sup>40</sup>

Los problemas de concentración demográfica, económica, política y administrativa son producto de la falta de una planeación oportuna en el desarrollo del país, lo cual origina a la vez limitaciones para la planeación actual. Para que la planeación sea efectiva es necesario adecuar o reorganizar el aparato administrativo.

El papel que el estado ha desempeñado en el proceso de concentración ha variado, según la prioridad que le ha dado a sus consecuencias y al conocimiento que de ellos se ha tenido. Así, en el periodo 1958-1964 se ignora el problema. Más adelante, en 1964-1970, cuando el estado advirtió que frenaba el desarrollo económico y social del país, trató de contrarrestarlo mediante la creación de polos de desarrollo, combinando esta política con una serie de subsidios e incentivos fiscales, que la mayoría de las veces concluyeron con la formación de ramas y parques industriales sobreprotegidas e incapaces de generar el grado de polarización deseada. En la primera mitad del decenio de los 70's se ensayaron numerosos proyectos y políticas para descongestionar, especialmente, la ciudad de México.

La concentración del poder se ha presentado a lo largo de su historia en dos vertientes: concentración de decisiones y recursos en las dependencias de la administración pública federal y de las actividades del sector público en una reducida fracción del territorio. La concentración administrativa sirve para consolidar y reforzar el poder

---

<sup>40</sup> La trascendencia de la saturación urbana, es que se le asocia con altos niveles de vida para la población, con mayor productividad y mejores servicios; sin embargo hay que considerar que, mientras que en los países desarrollados la concentración urbana fue producto del comercio, en nuestro país ha sido debida principalmente a fuertes corrientes migratorias provenientes de las zonas rurales, donde las oportunidades de subsistencia prácticamente, se agotaron por la baja productividad, la explosión demográfica y los conflictos sociopolíticos.

político, lo anterior si consideramos que la supremacía del poder ejecutivo sobre los otros poderes, y la razón de su misma fuerza, se fundamenta básicamente en la concentración administrativa y en el agrandamiento de la burocracia.

Desde 1970, la administración pública federal intenta, por lo menos formalmente, la desconcentración de dependencias y entidades de la administración. Se han conseguido avances y logros sustanciales en algunos sectores, pero de todas formas se requiere intensificar estos procesos, en especial los esfuerzos encaminados al descongestionamiento del aparato central con sede en la zona metropolitana del distrito federal. (INAFED, 2006)

El estado mexicano en un intento por detener e invertir el deterioro de su poder, ha creado planes y programas de distinta índole teniendo resultados diversos con mayor o menor trascendencia, ahora con la descentralización de la vida nacional, pretende diversificar su poder en un intento por fortalecer la federación.

El órgano actuante del poder estatal es el ejecutivo que mantiene una relación permanente con la sociedad por medio de la administración pública. Para mantener una corriente favorable de opinión pública, es imprescindible modernizar al aparato gubernamental y aplicar sistemáticamente una democracia administrativa pública, que en la actualidad es casi inexistente.

Cuando el ejecutivo ponga fin al centralismo presidencialista y se abran los puestos a una auténtica responsabilidad nacional compartida, estaremos a un paso de hacer auténtico el federalismo como fuente de igualdad y bienestar.<sup>41</sup>

Por el tiempo que ha transcurrido desde que se produjo esta voluntad política en una supuesta probabilidad de acciones concretas, podemos plantear que existe una doble

---

<sup>41</sup> El presidente De la Madrid manifestó su voluntad política, de descentralizar la vida nacional: "Quiero precisar ante la nación, cual es mi concepto sobre la descentralización de la vida nacional, tema íntimamente ligado a la decisión política, fundamental de los mexicanos por el sistema federal. Los mexicanos reconocimos en 1824, después de 1857, y posteriormente en la revolución y en la constitución de 1917, que la fórmula para lograr la unidad en el desarrollo nacional del mosaico geográfico, étnico y cultural que es nuestra realidad, es necesario respetar lo diferente y consolidar lo común" (PND 1982-1988).

intención en relación a este proceso; en primera instancia se intuye, que trata de restituir a los estados y municipios lo que políticamente le debe corresponder desde su creación, y que, potencialmente, han conservado al menos en términos jurídicos, y también se trata de entregar parte del poder consolidado hasta ahora, pero viéndolo con una visión crítica, es fruto de una decisión centralista.

Por perfecta, planeada y ordenada que sea la decisión, la descentralización política y aún funcional requieren que en la entidad receptora existan los recursos y la preparación técnica y social necesaria, que la decisión administrativa tenga como base la voluntad política de quienes están en la cúspide de la administración pública y de los que reciben este poder, para que al final ésta voluntad los comprometa como asociados inseparables del ejecutivo.<sup>42</sup>

La descentralización de la administración pública deberá ser también un proceso sólido y gradual que fortalezca y dé vida concreta a la descentralización de la vida nacional. La administración pública federal deberá ser el elemento conductor y el ejecutor inmediato del proceso. El gobierno federal conservará, como es natural en nuestro sistema, las atribuciones de planeación, definición de políticas fundamentales y generalidades sobre normatividad y evaluación, para mantener la unidad e integridad de la nación (Chanes, 1985).

El aspecto sanitario es uno de los puntos que más enfáticamente se encuentra señalado por vía constitucional para una real descentralización. A través de la adición que se le dio al párrafo tercero del artículo 4º constitucional, se estableció el carácter prioritario de esta área: "toda persona tiene derecho a la salud".<sup>43</sup> La ley general de

---

<sup>42</sup> Presidente De la Madrid "en este proceso procuraremos llegar más efectivamente al fortalecimiento del municipio y no solo de los gobiernos de los estados. La centralización se da tanto en relación al gobierno federal respecto a los gobiernos de los estados, como también desde los gobiernos estatales en relación a los gobiernos municipales. La descentralización tiene que abarcar, pues, las tres órdenes de gobierno"(PND 1982-1988; De la Madrid, 1986).

<sup>43</sup> Antes, los sucesivos códigos sanitarios que debieron distribuir la materia entre los dos niveles de gobierno, acabaron por centralizarla casi en su totalidad, la adición de 1983 pretendió invertir este proceso.

El proceso centralizador de la nación dejó sentir su presencia en el campo de la salud: los gobernadores se abstuvieron progresivamente a intervenir en el funcionamiento de los servicios; el personal local fue federalizado. Los servicios carecieron de una autonomía funcional existiendo solamente la integración para llevar a cabo programas específicos (mejoramiento del ambiente, paludismo, planificación familiar y atención materno infantil).

salud define los ámbitos de la salubridad que serán responsabilidad de los estados y los que retiene la secretaria del ramo. Dispone también que, con el objeto de lograr la unificación en la prestación de los servicios, la federación y los estados podrán instituir estructuras administrativas específicas.

Entre los elementos de esa reforma sanitaria figuran la integración de los distintos servicios institucionales, para transformar un sistema nacional, la disminución de desigualdades en la calidad y cobertura de los servicios, el equilibrio de los distintos niveles de atención; mejorar la localización regional de la capacidad instalada; vincular los sectores educativo y de salud; fomentar la participación de la comunidad y la gestión democrática de los servicios; elevar la productividad de la administración; establecer un servicio civil de la salud: reivindicar la medicina preventiva y la atención primaria; reforzar el esfuerzo sanitario.

La modernización de la legislación sanitaria, debe abarcar todos los aspectos normativos: la constitución y su ley reglamentaria, las constituciones estatales, las leyes orgánicas de los ejecutivos, las leyes orgánicas municipales y por último los bandos de policía y buen gobierno.

La descentralización en sus diversas formas es columna vertebral en el campo de la salud, pues ofrece el vehículo organizador para extender la cobertura y hacer realidad el derecho social a la protección a la salud.<sup>44</sup>

También debe considerarse el efecto indirecto que puede llegar a tener los servicios de salud sobre el nivel de vida de la población, con la mejoría de las condiciones de salud. A nivel micro como macroeconómico, los servicios de salud tienen efecto por medio de su contribución a la productividad.

---

<sup>44</sup> Hasta antes de 1984, todos los estados de la república Mexicana exhibían el mismo tipo de relación con el gobierno federal. Ahora existe un grupo de estados descentralizados, mientras en otros mantienen distintos grados de dependencia con el centro.

La presencia de recursos oficiales para la salud pueden afectar las características de las formas de organización social y política de la comunidad, así como su capacidad de autogestión. En la medida que la población participa en la planeación, financiamiento, mantenimiento, supervisión y operación de los recursos, se establecen mayores posibilidades para fomentar el desarrollo en otros sectores de la vida comunitaria.

El avance de los servicios de salud en nuestro país ha sido progresivo y significativo. Podemos decir que la voluntad política del gobierno federal, por muy malos que hayan sido, procuran a pesar de ser considerados como banderas políticas, otorgar el derecho constitucional de la salud para todos los mexicanos, aún cuando existan complejos obstáculos administrativos, que pudieran verse como el reto administrativo más difícil de vencer en nuestros días.

En México aun cuando tiene una vigencia de más de 30 años la descentralización continua siendo un término de actualidad en las esferas gubernamentales, procurando buscar la mejor manera de un otorgamiento de servicios de acuerdo a las necesidades básicas e inmediatas tanto estatales, regionales o municipales, pero pocos de estos directivos gubernamentales conocen bien su significado.

Cada instancia o individuo encargado de estas, tiene su propia interpretación de su contenido más a base de la percepción que de su reflexión juiciosa. En primera instancia, lo principal sería señalar, lo que podríamos mencionar como homologación de criterios en relación a lo que se entiende por centralismo, centralización, concentración, descongestionamiento y reubicación puesto que cada uno de estos términos significan cosas muy diferentes pero a la vez pudieran confundirse y parecer sinónimos además de todos estos aspectos se desprende la descentralización de los servicios de salud.

### **3. Evolución histórica, interpretación y resultados de los sistemas de salud en México**

El presente capítulo tiene el propósito de dar al lector un panorama general de la evolución de la medicina en México desde la época prehispánica hasta la actualidad. Es importante descubrir el proceso histórico de la reconstrucción de las políticas de salud pública en México, para el mejor entendimiento de los cambios en la forma de brindar la atención médica así como el papel que debe jugar el estado respecto a la salud de grupos específicos. Hacemos un recorrido de cómo se originaron y legitimaron los valores de las políticas de salud pública. El estado mexicano ha jugado un papel fundamental en el financiamiento y la prestación directa de servicios de salud. No obstante, las políticas de salud en México han cambiado de manera periódica y sustancial en respuesta a diversas coyunturas económicas, así como en función de las diferentes orientaciones dadas al desarrollo nacional. Al menos hasta la reforma sanitaria de 1982, las nuevas políticas siempre se habían implantado sin buscar una integración armónica entre las acciones del pasado y aquéllas proyectadas al futuro.

Se concluye que en la mejora del sistema de salud incluyó la redefinición del papel del estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para asumir las funciones de regulación y coordinación, simultáneamente la sociedad civil aumentó su participación en el desarrollo de políticas por medio de sociedades, asociaciones, grupos organizados o representantes para promover temas de interés ya que no siempre el estado por si solo logra mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local.

#### **3.1 UNA VISIÓN HISTÓRICA DEL ACTUAR DEL MEDICO MEXICA Y LA EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA EN MÉXICO**

Mucho de lo que sabemos de los aztecas es legado de fray Bernardino de Sahagún, quien comprendió que las dificultades en la evangelización de los indios se debía

fundamentalmente a la ignorancia de las costumbres y creencias autóctonas, pero sobre todo al desconocimiento de la lengua, por lo cual Sahagún se dedicó a estudiar su lengua y su historia, esto se vio reflejado en 1536 con la creación del Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco en donde se educarían los hijos de los nobles, quienes salvaguardarían la lengua y serían unos perfectos cristianos. El tiempo que pasó Sahagún en Tlatelolco no lo ocupó solo en labores docentes. Fue en ese tiempo en que inició la elaboración de un “sermonario” en lengua náhuatl, fruto de sus inquietudes por introducirse en el mundo mexica. Trasladado a Tepepulco, se puso a interrogar a 12 principales y recogió información que enriqueció con diversas pictografías a fin de ser más explicativo, y como resultado sacó los “Primeros memoriales”, los que por situaciones de tipo religioso y por ser considerados peligrosos, le fueron recogidos y enviados al rey Felipe II (Romero, 1999).

En 1547 trabajó en su otra retórica y de filosofía moral en la que recopilaba oraciones, exhortos y metáforas de uso cotidiano. En 1558 el fray Don Francisco de Toral le encarga una obra que tratara los tópicos de la antigua cultura. Fray Bernardino de Sahagún retoma nuevamente su idea a pesar de que algunos hermanos de la orden consideraron que la obra iba en contra de los votos de pobreza, por lo que se determinó que la concluyera de puño y letra.

La obra magna con algo de ayuda que pudo conseguir fue el Códice Florentino que no es otra cosa que la “Historia General de las cosas de la Nueva España”.

Tres años después el libro terminó en Florencia como dote de la hija de Felipe II para su matrimonio con Lorenzo El Magnífico.

Entre los temas más interesantes se encuentran las descripciones que hizo de los médicos o ticitl de la medicina y de la herbolaria. Al referirse a las enfermedades y a la medicina, Sahagún las divide en:

- Enfermedades de la cabeza, ojos, oídos, dientes y narices
- Enfermedades y medicina del pescuezo y la garganta
- Enfermedades y medicinas de los pechos, costados y espalda
- Enfermedades del estómago, vientre y vejiga
- Enfermedades y medicinas contrarias.

En estos cinco grupos se sintetiza prácticamente el entendimiento de todos los órganos y sistemas del organismo, además con elementos clínicos que permitían diagnosticar y proponer terapias para mantener sana a la población (Viesca, 1996).

En una concepción eminentemente galénica destacan algunos conceptos: “Y así que los médicos antiguos preguntaban a qué hora iniciaban su sintomatología para juzgar adecuadamente la enfermedad y el humor causante”. Además existían algunas entidades relacionadas con los humores que se presentaban más frecuentemente a ciertas horas: “De las tres a las nueve de la mañana reina la sangre, de las nueve las tres de la tarde la cólera y de las tres de la tarde hasta las nueve de la noche la melancolía y de las nueve de la noche hasta las tres de la mañana la flema”. De una manera análoga se consideraban los meses. “en marzo, abril y mayo que es el verano, reina en el cuerpo humano la sangre. En junio, julio y agosto, el estío, la cólera. En septiembre, octubre y noviembre, que es el otoño, reina la melancolía y en diciembre, enero y febrero, que es el invierno, la flema”.

Es digno mencionar que no se conservan descripciones de las características clínicas y evolución de las enfermedades entre los mexicas, tal vez porque no se hicieron o si se llevaban a cabo no la consideraron de trascendencia para los efectos que los compiladores buscaban. De tal manera que la mayoría de los historiadores de la Conquista no los consignan y las descripciones que se enumeran tienen como sustrato el conocimiento del Viejo Mundo centrándose más en entidades definidas en los síntomas, lo que era la norma de la época (Ocaña, 2008).

### **3.1.1 La herbolaria y su fusión:**

Aparte de la anatomía y la fisiología, solo un aspecto de la biología progresó a la par con la medicina: la botánica. Los médicos, en su urgencia por hallar curar para las enfermedades, llegaron a la conclusión de que todos los remedios se encontraban en la tierra, es decir en la naturaleza.

La ciencia de la clasificación botánica comenzó a finales del primer siglo a. de C. y se considera que su iniciador fue Crateus, un artista y recolector de hierbas. Sus conocimientos sobre la herbolaria debieron reposar durante muchos años hasta que se modificaron las condiciones de vida y el hábitat se convirtió en un conglomerado urbano que exigió avances en los sistemas de comunicación, desarrollo comercial, aumento en la complejidad en la estructura social y en las condiciones de vida, que requirieron médicos cada día más capaces para atender los problemas de las incipientes ciudades.

El siguiente paso fue dado por el griego Dioscórides quien como cirujano de Nerón, comenzó la identificación de las diversas yerbas que requerían los pacientes para aliviar sus enfermedades. Sus descripciones, breves en la mayoría de las veces, generalmente incluyen consideraciones muy simplistas. La trascendencia de su obra, que se consultaba con frecuencia, influyó en forma importante en la medicina. A él, le siguió Plinio quién describió un extenso número plantas y yerbas de cuyas propiedades se enteraba durante sus viajes o que obtenía por medio de la observación, pero se dejaba influir por informaciones de marinos y viajeros y su obra está plagada de fábulas. El siguiente investigador de yerbas y plantas medicinales fue Galeno y posterior a él se presentó un estancamiento de varios cientos de años. Las curaciones milagrosas eran proclamadas por la iglesia en esa época, el cuerpo humano se consideraba sagrado.

Con el imperio árabe se agregaron muchas drogas nuevas a las existencias terapéuticas como el benzol, alcanfor, azafrán, mirra, láudano, nafta y almizcle que junto con la alquimia rindieron frutos significativos. Añadieron la mineralogía,

clasificando los minerales en: espíritus o sustancias volátiles: azufre, arsénico, mercurio, metales o sustancias fusibles y maleables como el plomo, estaño y oro; y cuerpos o sustancias fusibles o no fusibles que se pulverizan al ser martilladas. El doctor Meyerhof dice de la medicina árabe: “La medicina islámica reflejó la luz del sol helénico cuando ya se había puesto y brilló con luz de luna en las eras oscuras. Algunas estrellas brillantes resplandecieron en el alba del renacimiento, si bien, su influencia ha llegado hasta nuestros días”.

La más importante aportación de la medicina islámica fue lo que hoy conocemos como farmacia: a través de procedimientos químicos se logró dar a los medicamentos en polvo una forma sólida o de pastilla, lo que permitía una dosificación más adecuada y se presentaba mayor efectividad terapéutica en los pacientes.

Algunas recetas incluyen: “unas pastillas laxantes y de fuerza fría que eliminan la bilis y son eficaces para el pecho, la tos y la neumonía (...) Se cogen diez dírhemmes de violeta seca, triturada y tamizada; un metical de escamoea, asada en manzana y sin fécula: dos dírhemmes de extracto de regaliz y un dírhem de tragacanto blanco y de almidón. Se junta todo, se amasa con mucilago de zaragatona mezclado con agua de rosa y se hacen tres pastillas de todo. La dosis será una tableta con su misma cantidad en peso de azúcar pilón”.

El Renacimiento que se inició a finales del siglo XIV y alcanzó su auge en los siguientes dos siglos se caracterizó por un cambio brusco en la terapéutica, aunque con poco impacto iniciado por Paracelso quien propugnó por la doctrina de las signaturas o de los semejantes: “la planta denominada ciclamen se usaba para las enfermedades del oído, porque la hoja se parece a la oreja humana. Los pulmones del zorro se utilizaban contra las enfermedades de los pulmones, etc. El pintor Sandro Botticelli fue el primer pintor de plantas y Leonardo da Vinci también dibujó numerosas plantas que muestran con precisión las características de su lugar de origen.

El camino continuó con el alemán Otto Brunfels (1489-1543) quien fue el primero en realizar una obra sobre las plantas, cuya figura se basara enteramente en la observación directa. Más tarde Leonard Fuchs (1501-1556) dio una guía para coleccionar plantas medicinales.

En el siglo XVI hubo muchos autores destacados en la botánica: William Turner con el libro *Libellus de re herbaria* publicado en 1538; Valerius Cordus quien exploró selvas y valles montañosos y encontró muchas especies nuevas de plantas, todas publicadas en su libro *Historia de las plantas*, Ulissi Androvand quien fue el primer director de un jardín botánico vinculado a la universidad de Bolonia (García, 1991; Guthrie, 1980; Lain, 1989).

En el caso de la Nueva España, el proceso de aculturación permitió la permanencia de muchas plantas que aún hoy en el siglo XXI se usan de modo muy similar a como se hacía en la época prehispánica. Pero también algunos remedios fueron sustituidos por yerbas europeas, tal fue el caso del estafiate, que fue reemplazado por el romero como remedio para contra el dolor de estómago, la bilis, el empacho, el susto, problemas menstruales y padecimientos respiratorios. La asimilación de las plantas del Nuevo Mundo en Europa fue también un proceso complejo que produjo cambios en la sociedad y la cultura europea. Se modificó la alimentación, los medicamentos hasta entonces utilizados, pero también hubo cambios en los jardines y paisajes, en las drogas, en los venenos, en los colorantes y en muchas otras cosas.

Como los remedios prehispánicos a base de hierbas con frecuencia eran asociados a deidades aztecas, los curas se los atribuyeron a santos católicos, hasta la publicación del libro *Florilegio medicinal de todas las enfermedades* de Juan Estenyeffer que se utilizaba en todas las casas y dispensarios religiosos. Para conocer las virtudes de las plantas fue necesario un proceso largo y lleno de grandes vicisitudes, para la época de la conquista los médicos mexicas tenían alrededor de 1200 plantas como arsenal terapéutico.

El investigador Carlos Viesca ha dicho “la herbolaria fue el arma terapéutica más importante; pese a los que se pudiera decir, el tratamiento de las enfermedades con productos naturales y el manejo de lo sobrenatural constituyó la piedra angular entre los mexicas”. El jardín de Tezcotzinco era el más notable por su diversidad de plantas medicinales, había en él una gran variedad de hierbas y remedios que plantaban y conseguían en los lugares que habían conquistado los aztecas, ya que al someter a un pueblo, éste tenía que enviarle en tributo plantas cultivadas, propias de la región a los parajes reales. En la corte azteca nadie podía estar en presencia del rey sino llevaba en las manos un ramo de flores (Prescott, 1985).

En el caso de los jardines que había en Iztapalapa, el historiador Clavijero menciona: “tenía dentro de su vasto palacio varios jardines y una gran huerta, cuya grandeza, disposición y hermosura asombró a los españoles conquistadores. Estaba ésta repartida en varios cuarteles de diversas especies de plantas y flores que igualmente recreaban la vista que el olfato, con sus calles formadas, unas de árboles frutales y otras de espaleras de caña cubiertas de flores y hierbas odoríferas. Bañábanlo algunos canales y entre otros por el cual entraban las canoas de la laguna. En medio de la huerta había un estanque cuadrado, tan grande que por cada banda tenía 400 pasos; era de piedra y argamasa y por todas partes tenía gradas hasta el fondo. Rodeaba al estanque un andén bien enladrillado por el cual podían pasar con desahogo cuatro hombres apareados. Veíanse en él innumerables lavancos, cercetas y otras aves acuáticas. “esta famosa huerta había sido plantado por Cuitláhuac, hermano y sucesor de Moctezuma II (Baquedano, 1992).

Otra huerta más grande era la de Huaxtepec, tenía de circuito dos leguas y varias casas de campo pequeñas con bellísimos jardines, a distancia una de otra de dos tiros de ballesta. Y tenía un hermoso río que la atravesaba.

En la huerta de Tenochtitlan había más de 600 servidores en los jardines botánicos, en los que los médicos realizaban experimentos –en los que incluían sus propios cuerpos– y luego aplicaban en la curación de los enfermos, los remedios probados.

En los jardines botánicos, los médicos indígenas pudieron organizar la investigación sistemática en escala considerable. En estos centros de enseñanza, aprendizaje y experimentación metódica las ejecutaban con numerosas abluciones, oraciones y fases de experimentación en las que también incluían su propio cuerpo, hasta que, después de haber conseguido un remedio seguro y eficaz podían emplearlo en la curación de sus pacientes. Sin embargo no todos los habitantes utilizaban los servicios de los médicos, ya que el conocimiento de las propiedades medicinales de muchas plantas era del dominio público y las personas las cultivaban por su propia cuenta (Benavente, 1971)

En la actualidad muchas plantas medicinales autóctonas que formaron parte de jardines y colecciones escrupulosamente cuidados con propósitos curativos, se han clasificado como especies silvestres y están rodeadas de una nueva flora.

El análisis del Códice Florentino da cuenta de la riqueza que se perdió, el arsenal terapéutico procedía de más de 75 familias taxonómicas diferentes utilizándose desde la raíz hasta las semillas, con formas de uso muy variadas: molidas, cocidas, tostadas, cocciones, emplastos, ungüentos, etc., hay que recordar que en su uso no solamente se buscaba el fenómeno de sumación de efectos, sino el bloqueo de la enfermedad por diversas vías.

En el México moderno, las investigaciones formales de la herbolaria se iniciaron en las últimas décadas del siglo XIX por iniciativa del gobierno federal, al grado de fundarse la Sociedad Mexicana de Historia Natural, cuyos integrantes realizaron trabajos sobre la flora mexicana que incluían recolección y clasificación botánica de algunas plantas medicinales, así como investigación de sus propiedades farmacológicas.

En 1888 se creó por decreto del presidente Porfirio Díaz el Instituto Médico Nacional que tenía como objetivo el estudio de la flora medicinal mexicana para incorporarla a la terapéutica nacional. En el estudio se abordaban aspectos como la identificación y

purificación de los compuestos químicos con propiedades curativas. El Instituto desapareció con la revolución mexicana en 1915. Hasta la fecha de su desaparición contaba con 14 000 especies clasificadas y alrededor de 1000 compuestos químicos obtenidos de las plantas (Aguilar et al., 1994; Bye y Linares 1999)).

Cuando la Organización Mundial de la Salud (1978) lanzó su proyecto en el siglo XX de “salud para todos en el año 2000”, se retomó la medicina herbolaria tradicional en diferentes países. En 1975 se crea por decreto del presidente Luis Echeverría, el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales que tenía como objetivo el estudio científico de la medicina tradicional indígena y el aprovechamiento de los recursos naturales, sobre todo de las plantas para la producción de fármacos nacionales. Este organismo duró hasta 1980 y tuvo en bien la creación del Herbario Medicinal del IMSS, el cual aún existe en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. En 1980 el Instituto pasó a formar parte del Sistema de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social y dio origen a la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Herbolaria que unos años después en 1985 se convertiría en el Centro de Investigación en Plantas Medicinales del IMSS que duró hasta 1999.

En la actualidad se cuenta con más de 250 plantas que sirven para el tratamiento de los pacientes de las clases más necesitadas (Aguilar et al., 1994).

No se puede perder de vista que si bien, se ha reconocido el poder medicinal de muchas plantas, esto no significa, que estemos regresando a la medicina antigua o tradicional, ya que no es posible regresar a la concepción mágica y misteriosa que su administración conllevaba y que se perdió en el tiempo (Arvide, 1996).

La riqueza más importante que aportaron los mexicanos a los países europeos fue un gran arsenal de plantas medicinales, que fueron recomendadas de boca a boca por quienes disfrutaron de sus beneficios y más tarde por aquellos que las estudiaron (Cruz de la, 1964).

### 3.1.2 Los hospitales

El origen de los hospitales se remonta a los tiempos más antiguos. Antes del siglo XVII eran generalmente establecimientos religiosos que tenían como fin dar asilo tanto a los pobres como a los enfermos. En los tiempos de Grecia y de Roma había un cuerpo regular de médicos-sacerdotes que prestaban sus servicios en los templos de Esculapio, y que llevaban a cabo “curas” maravillosas por métodos “sobrenaturales” tales como la provocación de sueños por sugestión, encantamiento o mediante dietas y medicamentos a base de hierbas. Las personas ricas pagaban altos honorarios y daban cuantiosas limosnas por estos servicios, pero también existían los “valetudinaria” o “enfermeros” para los enfermos pobres y para los esclavos. Por otro lado existían los hospitales militares para los soldados.

La propagación del cristianismo fue lo que dio impulso a la fundación de hospitales, hospicios y otras instituciones, para beneficio de los caminantes, de los desheredados y de los pobres, al mismo tiempo que de los enfermos, esto en cada región, provincia o ciudad grande en la cual la fe cristiana hubiera penetrado. A pesar de la obscuridad de la Edad Media, para la medicina fue un brillo, a pesar de la influencia que ejercía el clericalismo sobre el progreso científico. Los piadosos fundadores movidos por simple bondad de corazón o ansiosos de reparar sus vidas pecadoras y salvar su alma, con frecuencia construían o hacía legados para el sostenimiento de hospitales o instituciones similares y el sistema de voluntarios bajo el cual se rigen nuestros hospitales modernos es un resultado directo de esa irresistible llamada de la caridad y la penitencia.

En la Inglaterra medieval había más de 750 instituciones de caridad además de los monasterios.

La entrada a los hospitales justificaba lo que se decía “entrar al hospital equivalía en esa época a entrar a la cámara de tormento”. Aunque un paciente no requiera de cirugía y estuviera en una sala de hospital general era casi seguro que sería sometido a

sangrías, vejigatorios, sudores o purgantes, en grado exagerado, cualquiera que fuese le enfermedad que padecía. (Foucault, 2008).

Las sangrías y las ventosas se empleaban en casi todos los casos, y no era raro que se usaran para producir tal grado de debilidad, que la reducción de una fractura o de una luxación fuera más soportable para el paciente y más fácil para el cirujano.

En los hospitales que contaban con escuelas médicas, los estudiantes, que también tenían que servir cierto tiempo como aprendices de un médico “pasaban visita” en las salas y recibían instrucción junto a las camas de los enfermos, aparte de las conferencias dadas por los médicos y cirujanos a los cuáles asistían. Las clases de anatomía y fisiología se daban en establecimientos privados fuera de los hospitales y por esa razón competían activamente los directores para obtener sujetos para la disección. En los hospitales el médico o cirujano se hacía cargo de toda clase de afecciones en todas las partes del cuerpo y no había comenzado la especialidad.

### **3.1.3 Los hospitales y el quirófano:**

Probablemente el método de curación más antiguo, lo constituye la cirugía, ya que el tratamiento de heridas fue una de las necesidades más apremiantes de la humanidad. Existen algunas evidencias de manejo de heridas en los animales, así un gorila se arranca un venablo y mete en la herida hierbas y hojas para detener la hemorragia. Un animal herido se lame la herida para limpiarla y hacer que actúe el efecto curativo de la saliva. Hace más de 2000 años, existían ya normas para el tratamiento de fracturas y entre los egipcios, existía la práctica de la trepanación de cráneo, todo con la idea de aliviar dolores de cabeza insoportables, o bien, de ofrecer la posibilidad de liberar espíritus malignos de la enfermedad.

En la edad de Hierro se crearon los primeros instrumentos del cirujano: el hacha y el cuchillo, un viejo escrito de la época indica “lo que no cura el medicamento, lo cura el hierro y lo que no cura el hierro, lo cura el fuego”. Es probable que los médicos y

cirujanos a lo largo de los tiempos hayan pensado en la necesidad de separar del cuerpo los miembros dolorosos o los tumores en estado de corrupción o de crecimiento.

Para la Edad Media existían dos conceptualizaciones: la griega clásica que atendía heridas en las guerras y en el deporte y una cirugía más occidental, aunada al terror y la tortura, en manos de verdugos encargados de fracturar huesos, dislocarlos y después repararlos, producir quemaduras para después atenderlas y amputar miembros inutilizados. Sabían del dolor que soporta el cuerpo humano y su conocimiento de músculos y articulaciones era mayor que el que se daba en las escuelas de Medicina. Lo lícito era llevar la tortura hasta donde la curación fuese después posible. El objetivo principal de la tortura no era la muerte del acusado, sino el arrancarle una confesión.

Aún en el siglo XVI las escuelas de Medicina atacaban violentamente ideas de suturas de vasos y en el caso de Ambroise Paré mencionaban: “un atrevido ignorante, con tanta altivez como ausencia de reflexión, ha tenido la osadía de desechar la cauterización al hierro candente de los vasos después de la amputación de miembros...y sustituirla por un nuevo procedimiento: la ligadura de los vasos, lo que repugna al sano entendimiento y ello sin ver que la ligadura es mucho más peligrosa que la cauterización al hierro candente. Es verdad que quien es capaz de resistir esta operación de carnicero, tiene motivos para dar gracias a Dios de conservar la vida después de ser tratado por un procedimiento tan bárbaro y digno sólo de un verdugo”. Las escuelas de medicina siguieron amputando hasta el límite de la zona gangrenada y cortaban la hemorragia con el hierro candente.

En los hospitales públicos morían la mayor parte de los operados porque las salas estaban llenas de corrupción, y a veces, las fiebres hacían que se cerraran salas completas en los hospitales. Se creía que el mal estaba en los edificios y se encalaban las paredes, pero todo era en vano, cuando los enfermos ocupaban otra vez las salas, la fiebre reaparecía de nuevo. Hasta el siglo XIX los hospitales del mundo nuevo y viejo comenzaron a modernizarse (Ocaña, 2007)

El cambio en la epidemiología de Europa después del descubrimiento de América: civilización o sifilización.

Con una violenta irrupción después del descubrimiento de América, Europa comenzó a entrar en la Edad Moderna, se lanzó a ingentes empresas lindantes casi en la locura, sometió al mundo entero conocido, se adentró en las comarcas más remotas, comenzó a valerse de la tecnología, y los hombres que llevaron a cabo todos estos cambios: héroes, conquistadores, caudillos, pensadores y artistas, eran en su mayor parte sifilíticos. La sífilis tuvo desde sus comienzos, muy mala reputación en el ámbito de las enfermedades, se le censuraba con un matiz de típica malicia, a causa de su conexión con el dominio de lo sexual. Ninguna enfermedad fue considerada como la sífilis como causa de degeneración moral y degradación humana.

Todo comenzó en marzo de 1493, ocho meses atrás Cristóbal Colón se había hecho a la mar para descubrir un nuevo camino a la India y había regresado con solo dos carabelas y con los trofeos de su viaje, volvió al puerto de Palos en el sur de España, de donde había partido. De allí tras una breve escala remontó el curso del Guadalquivir en dirección a Sevilla. Cuando llegó la tripulación fue entusiastamente recibida, los marinos traían el antecedente de que en lo que ahora es Haití y Cuba se habían entregado al goce de toda clase de placeres. Las mujeres de las islas descubiertas eran bellas y sensuales y se mostraron afectuosas con los descubridores. Pero después de transcurrido algún tiempo aparecieron pequeñas llagas en los órganos genitales de algunos de ellos, también sufrieron erupciones cutáneas, pero todo había desaparecido en el viaje de regreso y no valía la pena hablar de ello.

En Sevilla se concedió a los navegantes 3 semanas de permiso y luego embarcaron hacia Barcelona, donde el 7 de mayo de 1493 Fernando II e Isabel de Castilla les dispensaron un solemne recibimiento. Para el 25 de septiembre de 1493 zarpó una nueva flota de la bahía de Cádiz ahora con 14 carabelas y 3 naves de carga y 1,200 marinos de guerra, llegaron a América, y a su regreso un gran número de ellos

presentaba dolencias desconocidas, por lo que en 1494 a su regreso, se diseminaron entre la población.

Mientras la sífilis se extendía en España, el rey Carlos VIII de Francia reclamaba los reinos de Nápoles y Sicilia, y atacó con soldados franceses y mercenarios de diversos países y un regimiento suizo de infantería, Nápoles fue defendida por sus tropas y por soldados españoles que había enviado el rey Fernando, y cuenta el célebre anatomista Fallopio lo ocurrido: “como ellos eran sólo un puñado de hombres y los franceses incontables, durante la noche, después de haber dejado en la fortaleza una guarnición suficiente, salían de ésta y envenenaban las fuentes. No se contentaban con esto, sino que sobornaban a los molineros que aprovisionaban el campamento enemigo para que mezclaran yeso con la harina. Finalmente con el pretexto de la grave escasez de alimentos, arrojaron a la fuerza de la ciudadela a todas las mozas y mujeres, especialmente a las más atractivas, pero todas ellas atacadas por una enfermedad misteriosa y contagiosa. Los franceses, compadecidos de las mujeres y seducidos por su belleza, las acogieron...” Así, mientras el rey gozaba del clima de Nápoles, su ejército se entretenía con las mujeres capturadas (Ramos, 1992).

Nápoles ha sido famosa en la historia por sus mujeres y el daño que han ocasionado a los soldados, el famoso ejército de Aníbal que en la segunda guerra púnica, estuvo ahí establecido, salió desmoralizado e inútil para el combate, Juana I de Nápoles en el siglo XIV se vio obligada a sacar un decreto “Ne quis uoxem suam cogeat plus quam sexies pro die coire...” (que nadie obligue a su mujer más de seis veces por día a...) Como Milán, Florencia y Venecia se pusieron de parte de Nápoles y Alemania rompió su neutralidad con España, el rey de Francia Carlos se vio de repente con que todos sus caminos de retirada habían sido cortados, tuvo que enfrentarse a combate y perdió un gran número de soldados y otros se desperdigaron y cada uno regresó a su lugar de origen por su propia cuenta, los historiadores los describen así : “algunos de los soldados se hallaban en un estado tal que causaba verdadero espanto, estaban cubiertos de pies a cabeza por una enorme cantidad de horribles eczemas de aspecto tan repugnante que no deseaban otra cosa que morir en la soledad. Otros había que

únicamente presentaban tales eczemas en determinadas regiones del cuerpo. El aspecto de la afección era distinto, cubiertos los eczemas por costras más duras que la corteza de un árbol, se agrupaban en la parte posterior de la cabeza, en la frente, en el cuello, en el pecho o en las nalgas y los atacados se las arrancaban con las uñas en medio de fuertes dolores. Otros se hallaban cubiertos de tal número de verrugas y pústulas que cortarlas era imposible. Muchas de éstas se presentaban en la cara, en las orejas y en la nariz, eran gruesas y ásperas y en su prominencia tenían el aspecto de muñones o de cuernecillos, se hacían como pústulas y se abrían despidiendo un olor pestilente semejando a colmillos abiertos. Estos pacientes en vez de lamentarse de su desgracia, se reían y hacían chistes con su propia desventura”. Los atacados de dolor se revolcaban en las cunetas de los caminos, se arrastraban hacia la espesura de los bosques o se pudrían lentamente en las cuevas.

A pesar de todo, entre la disuelta soldadesca hubo algunos que se dirigieron orgullosos y libres a su tierra patria, aparentemente sanos en sus sucios uniformes. Pero por dentro, la verdad, eran otra cosa, presentaban únicamente erupciones cutáneas en forma de manchas y diminutas llagas en el paladar, en los labios o en la lengua. Al llegar a algún pueblecillo, buscaban un albergue, bebían en abundancia, pasaban el jarro de vino de boca en boca, y se acostaban por la noche con prostitutas. Luego iban a los baños públicos, se hacían practicar sangrías y seguían adelante. Así la horrible enfermedad se expandió, no era mortal como la peste, pero era sucia, odiosa, repulsiva y triste, atacó a todos las clases sociales, el rey de Francia Carlos había muerto de sífilis a los 28 años de edad en 1498.

La enfermedad se propagó de manera asombrosamente rápida por Suiza y Alemania, y para el siglo XVI no había ciudad de Europa libre de ella.

Los médicos no sabían qué hacer, jamás habían visto un solo caso de aquella enfermedad, se le llamó “viruelas malignas” y “enfermedad de los franceses”. Hasta los leprosos se negaban a convivir con aquellos marcados con esta enfermedad que parecía más repulsiva que la lepra. Las autoridades se vieron obligadas a recluir a los

sifilíticos en cobertizos aparte, a los que se les denominó casas de la viruela. El historiador y filósofo Erasmo había mencionado “Se habría preservado la salud de todo el mundo, si se hubiese quemado a los primeros sifilíticos”.

Para la época del establecimiento de la Nueva España, Europa tenía una enfermedad que había llegado demasiado lejos, todos los grandes de la época habían sido contagiados: Carlos VIII, Luis XII, Francisco I y Enrique III de Francia, el emperador Carlos V de España, el rey Enrique VIII de Inglaterra, el papa Alejandro VI, el papa Julio II y hasta el rey de España Felipe II se tuvo que aislar en el Escorial para escapar del contacto de los hombres.

En el edicto de la dieta de Munich de 1495 el emperador Maximiliano decía que la nueva enfermedad era un azote de Dios. La iglesia organizó procesiones y plegarias. Se hicieron peregrinaciones a los santuarios de la Virgen María o de varios santos. Se volvió a la abstinencia y a la flagelación. Sin embargo la enfermedad atacaba también niños, viejos y ancianas. Se comenzaron a dar cuenta que la enfermedad atacaba a los que frecuentaban los baños públicos, éstos constituían el foco de la vida social desde el imperio romano y habían permanecido toda la Edad Media. El baño se tomaba durante horas enteras hasta que la piel se reblandecía e incluso se agrietaba para dar salida a los malos humores del cuerpo. Después del baño, se descansaba mientras los bañeros aplicaban ventosas o practicaban una sangría al cliente. Poco a poco se fue descubriendo el peligro que se alojaba en las ventosas, las navajas de afeitar y los utensilios empleados en los baños. Se prohibió a los sifilíticos la entrada en los baños. La gente se perfumaba el cuerpo pero no se bañaba, el hecho de bañarse podía representar una empresa que podía tener graves consecuencias. Había terminado la época del baño en Europa y con ese pensamiento se instalaba en la nueva conquistada América, la conquista se daba al mismo tiempo que la enfermedad se extendía en Europa y los médicos europeos no venían a América y desconocían el manejo que se daba en las islas conquistadas en donde la enfermedad ya no representaba gran problema.

Como el manejo de la sarna era la pomada mercurial, y la sífilis “parecía sarna” se le llamó sarna maligna y se trató con una dosis mayor, el manejo lo aplicaban los desolladores, o alguaciles licenciados. Los sifilíticos eran untados despiadadamente con la pomada hasta provocar intensas salivaciones, expectoraciones sanguinolentas, vómitos y la lenta intoxicación de los pacientes por el mercurio. “En grupos de tres o de cuatro y a veces más, untaban a los pacientes las articulaciones de brazos y piernas, a algunos les untaban también la nuca y la columna vertebral, a otros las sienes y el ombligo y a otros la totalidad del cuerpo. El enfermo era encerrado en una habitación caldeada, cuya calefacción se mantenía constante. Unos eran encerrados durante veinte o treinta días y otros por más tiempo. Se les aplicaba pomada y se les acostaba luego en lechos junto a la estufa, cubriéndoles con mantas para que sudaran. Apenas se untaba al enfermo por segunda vez, éste empezaba a dar señales de evidente debilidad. Los efectos de la pomada eran tan enérgicos que ésta empujaba la enfermedad de la superficie del cuerpo hacia las entrañas. De ésta pasaba al cerebro y se corría a la faringe y a la boca de una manera tan violenta que se desprendían los dientes. En casi todos los casos, la faringe, la lengua y el paladar se convertían en una gran llaga única, se hinchaban las encías, se aflojaban los dientes y la saliva fluía sin cesar despidiendo un hedor más intenso que el de la carne corrompida. Toda la casa se llenaba de pestilencia y esta clase de tratamiento era tan espantoso que muchos preferían morir a ser curados de esta manera” (la pomada usual se componía de mercurio, cardenillo y litargirio desleídos en grasa de cerdo o de perro) (Palencia, 1996).

Se buscaban ansiosamente métodos mejores y más eficaces. Los marinos que volvían de las islas recién descubiertas contaban que los indígenas conocían desde hacía mucho tiempo la enfermedad, contra la cual empleaban raspaduras de un árbol que ellos llamaban guaiac, las cuales tomaban en infusión a la manera de té. Este té de madera era de sabor muy fuerte, amargo y aromático.

La demanda de la madera curativa fue tan grande que en 1508 se encargaba a todos los navíos que en su viaje de regreso trajeran grandes lotes de guaiac, pero la

mercancía alcanzó precios tan elevados que sólo los ricos y los aristócratas podían permitirse adquirir la madera india (Peña, 1992).

No solo fue el tratamiento lo que adoptó diferentes y definidas formas –pomada mercurial para el pueblo e infusión de guaiac para los ricos- sino que también hubo un determinado orden para la propia denominación de la enfermedad y se conocía con múltiples nombres: “mal de Nápoles, enfermedad de los franceses, viruelas gabachas, enfermedad alemana, enfermedad polaca, etc.”. Para 1530 un médico de Verona, Girolamo Fracastoro, quien atribuía a la enfermedad un origen mítico, utiliza un nombre derivado de un poema cuyo héroe es un pastor griego llamado Sífilos. “un día Sífilos atormentado por el fulgor del sol, injuria al dios de éste, Helios, al cual había adorado hasta entonces y Helios para castigarle, le condena a sufrir una enfermedad desconocida, que lleva desde entonces el nombre de sífilis”. El poema de la fábula de Nioba tuvo gran acogida y la enfermedad adoptó el nombre. También se conoció con el nombre que le había puesto otro médico de la época el Dr. Jacob de Bethencourt que la llamaba lúes venérea (mal venéreo).

La primera ola de esta enfermedad que pasó por Europa fue muy grave, de curso maligno, a menudo mortal y de un carácter extraordinariamente contagioso. Pero a la vuelta de un cuarto de siglo, la enfermedad adquirió nuevas características, se hizo más suave y de generación a generación la enfermedad perdía la malignidad que tuvo en sus comienzos. Ahora consistía en un absceso pequeño y duro, una inflamación de las glándulas y unas semanas después una erupción cutánea no peor que la del sarampión. A nadie se le ocurrió durante siglos, que los abscesos rebeldes y los graves trastornos de los órganos internos, cerebro y médula espinal, pudieran tener alguna relación causal con el insignificante absceso que se curaba con relativa rapidez. Desapareció el miedo a la enfermedad, se tomó como una dolencia infantil que había que sufrir para ser un verdadero hombre, se le llamó en el siglo XVII “enfermedad galante” y mencionaba en una carta la duquesa del Palatinado “de nueve jóvenes de calidad, que algunos días almorzaban con mi nieto el duque de Chartres, había siete que tenía el mal de los franceses ¿no es esto abominable?

La moda de la época tuvo en cuenta la situación, se introdujo el uso de pelucas para disimular la caída de pelo, se creó la pechera de encaje que ocultaban los abscesos del cuello y se generalizó el uso de guantes para cubrir los forúnculos de las manos, además se aplicaban emplastos de belleza y con ello la sífilis se ocultaba. No se habían dado cuenta que transcurridos unos decenios de la infección, aparecían enfermedades arteriales, reblandecimientos cerebrales o tuberculosis medulares, pero como se relacionaban se seguía considerando como una infección sin importancia.

El descubrimiento de América había tenido un nuevo costo en la salud de Europa, la sífilis la castigó por más de cinco siglos, millones de seres humanos se vieron afectados, ninguna clase social se libró de ella, hasta el siglo XX existió cura con la llegada de la penicilina para la enfermedad y todavía en ese siglo se estudiaba su evolución “natural” en la población negra de los Estados Unidos.

#### **3.1.4 Impacto final: sincretismo directo y sincretismo inverso**

Los seres humanos han sobrevivido a la adversidad y a la enfermedad gracias al apoyo que la medicina y los médicos le han brindado a lo largo de su peregrinar. El hombre así lo ha demostrado y a su lado ha avanzado en forma estrecha aquella disciplina que le ha permitido seguir por la eterna vereda de la vida. Este crecimiento en su origen, en su hábitat y en su tiempo, siguió una tendencia, ascendente y sostenida y en ocasiones diferente.

El Viejo Mundo, aquel donde se habían logrado fusionar diversos puntos en el tiempo, logró acumular un gran arsenal de conocimientos, que se difundieron mediante la palabra escrita y la modificación de la estructura dinámica del pensamiento razonado iniciado por los griegos y seguido por los romanos, se vieron sumergidos en los conquistadores con las ideas naturales ya existentes.

Si se analiza en forma justa la historia médica en el Viejo Mundo y en el Nuevo Mundo, no es posible comparar la medicina mexicana que se encontraba en una fase mágico-religiosa con la otra inmersa en un razonamiento y en un freno religioso impresionante.

Es indudable que una empresa de la envergadura del descubrimiento de América, y posteriormente de la conquista, requería además de planeación de un algo que estimulara además de las riquezas que pudieran llevarse y esto era el Dios que guiaba los destinos del mundo, la imagen que poseían los conquistadores del Dios verdadero no permitía la presencia de otras figuras que compitieran bajo ninguna circunstancia con Él. Este fanatismo revestido de dulzura y nobleza tuvo su más grande enfrentamiento con la población recientemente descubierta, la lucha armada, no se comparó con aquella que sostuvieron entre una religión monoteísta contra una politeísta. Y todo ello “más aún con la visión que tuvieron los conquistadores de los sacrificios humanos y la antropofagia”.

El Dios verdadero no debería ser puesto en duda, la justicia divina inspiraba la destrucción. Sólo hay un Dios, el demonio estaba posesionado del pueblo indígena y había que aniquilarlo. Sólo así, bajo esta tesitura, se explica la animadversión que los conquistadores expresaron en sus primeras incursiones y que fue motivo de la desaparición de todo aquello escrito, figurado o estructurado que directa o indirectamente proyectara el pensamiento mítico del pueblo mexicano (Yáñez, 1991).

La primera visión del Nuevo Mundo no podía ser más diabólica al grado de que, fue lo que más llamó la atención de frailes y militares pero, a través del tiempo, diversos hechos acapararon su atención y modificaron sustancialmente el sentimiento agreste militar y religioso por uno más humano y gentil.

Hernán Cortés comunicó a los Reyes Católicos que no creía necesario se enviaran médicos españoles a la Nueva España, ya que con los que contaban los indígenas les permitía tratar sus dolencias, que no hubieran sobrevivido de no ser por la gran ayuda de fray Bernardino de Sahagún y años más tarde de fray Bartolomé de la Casas que

terminaron no sin grandes enfrentamientos de índole teológica y jurídica por darles las características que como seres humanos merecían (Bustamante, 1992)

El rasgo más importante fue que, a pesar de la destrucción de todo aquello que simbolizara deidades contrarias a la fe y evitaran la cristianización del pueblo indígena, persistieron las tradiciones orales de la cultura médica mexicana, no sólo por el hecho de que en algún momento fuera tolerada o permitida para la atención del pueblo, sino por la enorme necesidad que con toda seguridad tuvieron los conquistadores de atención médica, debido en primer lugar, a las numerosas heridas de guerra, traumatismos e infecciones por su mala higiene y por la escasez de medios y conocimientos que tenían los médicos españoles de entonces, a pesar de contar con un bagaje sobre todo del Renacimiento.

Con el tiempo, los españoles en general, vieron en la medicina mexicana una forma de atención médica primaria y en su caso como alternativa segunda opción, en caso de que, sus congéneres españoles no dieran los resultados esperados, con ello y en un tiempo breve, comprendieron los españoles que la medicina mexicana, no sólo podía ser respetable, sino que les era necesaria en muchas ocasiones (Cárdenas 1980).

El enfoque clínico que ambas culturas tenían sobre las enfermedades respiratorias permite entrever que se basaba predominantemente en el síntoma que más impactaba a los médicos, ya sea la fiebre, la hemoptisis, la diarrea, etc. La etiología era diferente, mientras que los europeos continuaban basados en las enseñanzas de Hipócrates y Galeno, y la teoría de los cuatro humores, la medicina mexicana además del concepto teológico manejaba principalmente los contrarios: frío y calor, etc. A pesar de esta divergencia, el análisis de cada una de las entidades, tiende a demostrar que existía una similitud en cuanto a algunos factores predisponentes, en especial el papel fundamental que el clima y la vegetación tenían en la génesis de las enfermedades, sobre todo las respiratorias. Todo esto deducido de los escritos de Sahagún, Durán y de Francisco de Aguilar, ya que no se puede olvidar que la mayoría de la memoria escrita ex profeso de medicina mexicana desapareció o fue destruida y que la literatura

posterior tenía ya mezcla de medicina europea, además el número de médicos mexica o Ticitl, después de la conquista que podían ejercer, era en un número muy limitado.

Los escasos datos clínicos aportados por los primeros frailes y conquistadores (que nunca tuvieron como intención escribir de medicina) demuestran que los médicos mexica poseían una metodología rudimentaria para el diagnóstico y tratamiento envuelta en manifestaciones mágicas y míticas donde el papel que tenían los diversos dioses no había perdido importancia en su génesis. Por su parte los médicos europeos poseían una metodología rigurosa, con escasas manifestaciones mágicas y con una tendencia más racional de su conocimiento, es decir, había entrado ya un franco cientificismo, comenzaban a dejar a un lado la religión como forma explicativa y el diagnóstico se basaba en un interrogatorio y exploración, en una búsqueda de los factores naturales como los causales.

Probablemente y dado el escaso arsenal terapéutico con el que contaban los estudiosos como Francisco Hernández, Gregorio López y Henrico Martínez entre otros, consideraron seriamente que algunos aspectos de la medicina indígena podían ser utilizados por ellos para el manejo de ciertas enfermedades, si no esto no hubiera sucedido, la medicina mexica habría desaparecido totalmente. Y la aportación aquí fue sobre todo las plantas. La diversidad de ellas y las que se utilizaban asombró a los españoles en los primeros años y tiempo después, las aplicarían para comprobar su efectividad en el control de las enfermedades. La herbolaria fue la piedra angular que permitió la fusión entre ambas medicinas y su impacto fue tan importante que aún en la actualidad son las hierbas las de uso común en casi todo el mundo como el eucalipto, la tila, el gordolobo, la hierbabuena, la manzanilla, por solo mencionar algunas.

A los autores antiguos dado sus oficios sobre todo frailes y militares en primera instancia les importaban las características generales de la nación recién descubierta y dar a Dios el lugar que le correspondía, por lo que la mística religiosa es imposible de separar y ha ocasionado una madeja no fácil de desenredar.

El impacto que tuvo la conquista de México por los Reyes Católicos capitalizó la experiencia médica de muchos siglos, perfeccionándola e implantando la semilla de la metodología científica. Se instauró una educación médica en sus respectivos grados, y de dio a luz la Universidad, se implantó el protomedicato y la herbolaria mexicana amplió el horizonte de la medicina española en el tratamiento de las diversas enfermedades y se creó el fenómeno de la fusión cultural y la aculturación inversa en el caso de la trascendencia médica y en muchos otros aspectos culturales y sociales.

### **3.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO**

La aspiración de todos los pueblos del mundo, en todas las épocas, ha sido, el integrar una sociedad en la que todos sus miembros, alcancen la felicidad. Desafortunadamente una sociedad en la que todos vean satisfechas sus necesidades, no existe, pero es provechoso tratar de mejorar permanentemente, la situación en que se vive y cada vez sean menos los que padecen.

Ante la necesidad de afrontar esa desigualdad, surge el Estado Social de Derecho, y en su seno se da origen a la Seguridad Social.

La génesis del Estado Social de Derecho en México implica un análisis riguroso de nuestro Sistema Jurídico, alcanzar la Seguridad Social es, y ha sido, el móvil de la acción humana en todos los tiempos. En la evolución de los pueblos siempre ha estado presente el interés por establecer medios que les proporcionen seguridad para el futuro, garanticen su bienestar presente y reivindiquen su anhelo de justicia.

Si partimos de la simple premisa de que la Seguridad Social es "Un instrumento de estado que ofrece en la medida de sus posibilidades económicas, resolver la problemática emergente de la población en materia de salud, trabajo, educación, vivienda y bienestar social en general", difícilmente vamos a encontrar aspectos relacionados con este tema, anteriores al movimiento social de 1910, pero si arropamos

el concepto con las anotaciones de algunos historiadores, podemos encontrar referencias pretéritas que resultan interesantes (CESOP, 2006).

### **3.2.1 Época prehispánica**

Cuando a principios del siglo XVI, llegaron a México los hombres de España y, a paso de conquistadores, treparon a la meseta de Anáhuac, quedaron asombrados al encontrar una federación de pueblos indígenas, poseedores de una alta civilización.

En los aztecas, cabeza de esos pueblos, venía a converger las herencias de culturas de muchas otras razas aborígenes, extinguidas unas, sojuzgadas otras, cuya época de esplendor había tenido lugar muchos siglos antes. Los cronistas de aquella época son unánimes para expresar su asombro ante una civilización autóctona en suma evolucionada, que había crecido paralelamente a la europea, y que si en muchos aspectos mostraba un retraso lamentable, en otros podía resistir orgullosamente la comparación (Viesca, 1996).

Uno de esos aspectos superiores de la cultura indígena era el desarrollo que habían alcanzado las ciencias naturales. La botánica aplicada a la medicina, era en aquel siglo, superior en muchos aspectos a la botánica europea y, es que al indio le preocupaba, más que el conocimiento biológico en sí, la aplicación farmacológica de las plantas, la feracidad del suelo, por una parte, y el clima semitropical por otro, hacían interminables las especies botánicas. Por eso surgió el herbolario, que sucedía al brujo y que anunciaba al médico. En eso fueron maestros los indios del período precortesiano. Siglos de hurgar por las montañas, les permitieron formar una botánica médica asombrosa. Una larga lista de plantas, que hoy todo el mundo conoce y aún consume, aunque sin saber casi nunca que fueron regalo de América, en particular México (Bye, 1999).

Existen datos sobre instituciones similares a las de Seguridad Social, desde la época de Moctezuma II, en el pueblo azteca, en las que se protegía principalmente a guerreros

que recibían atención médica, en establecimientos parecidos a los hospitales, en los que también se atendía a los enfermos del pueblo. Existiendo un servicio especial, muy parecido al Seguro de Invalidez. Manifiesta que en la Confederación de Anáhuac, existieron este tipo de establecimientos en Tenochtitlán, Texcoco, Cholula, entre otras poblaciones. Y que en Culhuacán sostenían un centro en el que se atendía a todos los ancianos e impedidos que habían servido a la referida triple alianza, ya fue en asuntos políticos o militares, estos establecimientos eran sostenidos con los sobrantes de las cosechas destinadas al culto de los dioses. (Meyer 1975)

La práctica acostumbrada por algunos gobernantes mexicas, era repartir al pueblo, en tiempos de hambre provocada por epidemias, inundaciones o sequías, los abastecimientos y semillas que tenían en los almacenes destinados a la guarda del fruto de las cosechas de las tierras del palacio y en donde se almacenaban los productos del pago de los pueblos tributarios.<sup>45</sup>

### **3.2.2 Época colonial**

El día que Cuauhtémoc, vencido, se rindió a los conquistadores, marcó el fin de una época no sólo en el aspecto de la vida nacional sino también en lo que toca al desarrollo de su cultura. Porque un pueblo puede ser vencido y, sin embargo, conservar y aun fomentar su civilización. México no, la suya se detuvo y en algunos aspectos pareció borrarse definitivamente. La raza blanca se injertó en la indígena y mezcló con ella su sangre; pero al imponer su cultura, detuvo por ese solo hecho, el desarrollo de la cultura aborígen. Para imponer sus creencias y arrancar de raíz la herejía de los naturales, el conquistador destruyó sus templos, derribó sus ídolos y llegó hasta quemar sus códigos con lo cual mutiló su historia. Se perdió así gran parte de lo que la raza indígena había acumulado pacientemente por siglos. Podemos decir que esto era una consecuencia natural, ya que, en las filas de los conquistadores no venían los

---

<sup>45</sup> Ruiz (1995), sostiene la tesis de que la “Seguridad Social es un instrumento del Estado”, sustentándola, entre otras bases, en el hecho que desde la época prehispánica, los recursos para la práctica de esta asistencia, eran extraídos del erario público y que servía principalmente para entregarles el beneficio de la asistencia médica, a quienes habían servido al Estado.

hombres de letras de Salamanca, ni los sabios de Valladolid, con Cortés venían hombres de guerra, aventureros, intrépidos; los humanistas vinieron después, y con ellos los misioneros y los apóstoles.

La intervención española en México, significó el traslado de sistemas políticos, culturales y sociales que sustituyen los esquemas de convivencia indígena, este cambio se reflejó también en el ámbito de protección y asistencia a las clases desposeídas, en donde podemos encontrar algunas similitudes y a veces claros antecedentes del tema de análisis, como son principalmente:

1. Instituciones Hospitalarias
2. Cofradías
3. Montepíos.

1. El siglo XVI fue siglo de los hospitales en la Nueva España. Al día siguiente de la conquista, el propio Cortés fundó en 1521 el Hospital Tlaxpana, que funcionó muy pocos años, vinieron después, una larga lista, numerosos hospitales regados en todo el país y en la capital.<sup>46</sup>

En ese mismo tiempo, viene la acción admirable del apóstol de los indios Tarascos, el Obispo Vasco de Quiroga, que gobernaba Michoacán al estilo de la doctrina de Tomás Moro, ostentando un poder o fuerza inusitada entre la población, ordenó que existiera un hospital en cada pueblo, exclusivamente para indígenas, y así se hizo, pues esa región contó con 72 unidades. En 1529, Fray Pedro de Gante, funda en la Ciudad de México, el Hospital Real de los Naturales, destinado exclusivamente a los indios y fue durante la colonia, junto con el de Jesús, el Centro de Estudios Médicos y Quirúrgicos dedicado a la Enseñanza. En 1567, el venerable Bernardino Álvarez funda el Hospital de San Hipólito, para los convalecientes y “Los que pierden el juicio”. El doctor Pedro López, funda en 1571 el Hospital de la Epifanía, llamado después Hospital Morelos,

---

<sup>46</sup> Muriel (1990), menciona que en esta época se erigieron en el virreinato 129 hospitales, dentro de los cuales se encuentra la construcción en la Ciudad de Puebla, del famoso Hospital de san Pedro, cuyo edificio actualmente e destina al Museo del Virreinato.

estableciendo, allí mismo la casa de cuna para niños expósitos, la lista sería interminable a medida que avanzaba la conquista o que se afianzaba sobre el territorio virreinal.<sup>47</sup>

Las funciones de este régimen hospitalario eran muy amplias, pues en el mismo establecimiento se manejaban orfelinatos, hospedería, sanatorio o asilo al mismo tiempo. La política de asistencia pública acogía a todos los necesitados; pobres, enfermos, peregrinos, lisiados, etcétera.

En la Nueva España, el régimen hospitalario fue un resultante del matrimonio político de Estado-Iglesia, que funcionó como dispositivo en la tarea evangélica y como instrumento del proceso económico del Estado, aunque los objetivos primordiales hayan sido cubiertos con propósitos exclusivamente caritativos.<sup>48</sup>

La situación económica en víspera de la independencia, repercutió en las órdenes hospitalarias y originó un declive en la política social. La relajación del régimen hospitalario se tradujo en malos servicios para los enfermos y por consiguiente un decrecimiento importante en el sistema de apoyos asistenciales. Este declive fue impulsado también por una serie de disposiciones legales, que fueron deteriorando los medios de sustentación de los hospitales existentes y provocó la desaparición de la mayoría. Estas disposiciones se inician con la real Cédula de 1804, en la que se enajenaron los bienes raíces de las obras pías y prosiguen con las leyes de 1812, entre otras, la propia Constitución de Cádiz, tendientes a separar a los hospitales de la Iglesia.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Meyer (1975) menciona, que de las principales Instituciones de la Colonia, fueron las Fundaciones o Instituciones Hospitalarias, cuya función principal era la caridad. Pero cabe hacer notar, que estas Instituciones de beneficencia en la Nueva España, eran a la vez, un instrumento de influencia para el dominio y control de los indígenas.

Muriel, (1991) nos dice que desde los inicios del período colonial, existió un régimen hospitalario bien definido y organizado, que cumplió su cometido con la mentalidad de la época y con la función a la que estaban destinados.

<sup>48</sup> También se ha señalado que, el régimen hospitalario de la Nueva España, cumplía una múltiple función: 1.- Facilitaba el control y cuidado de la fuerza de trabajo; 2.- Servía para la conversión de los naturales a la nueva fe; 3.- Cumplía con sus objetivos de dominar ideología; y 4.- Cumplía con el propósito caritativo, que en realidad era la justificación moral que los originaba.

<sup>49</sup> Meyer, (1975) señala que las razones por las que desde fines del siglo XVIII, se toman estas medidas en contra de las Instituciones Benéficas, en contraste con el interés que se había puesto en su fundación, deben ser buscadas en la política Borbónica, que tendía a separar las funciones del Estado de las de la Iglesia y a limitar el poder de esta última.

La iglesia no tuvo mayor empacho en aceptar dichas leyes ya que, el objetivo de la conversión religiosa estaba satisfecho y el problema del deceso de la población por causa de las epidemias, ya no era tan grave como antes, debido a la inoculación. Lo cierto es que en 1820, las cortes españolas, decretaron la supresión de las órdenes hospitalarias y entonces los establecimientos manejados por ellos, que eran la mayoría, pasaron a depender de los ayuntamientos.

2. Otra Institución característica de esta época, que nos aporta valiosos antecedentes, son las llamadas Cofradías, que sirvieron en dos tipos:

- Las religiosas
- Las gremiales.

Las Cofradías religiosas benéficas o de ayuda mutua, eran aquellas en las cuales, los cofrades debían contribuir con cierta cantidad de dinero al momento de ingreso y además pagar una cuota mensual. La Cofradía se comprometía por su parte, a visitar a sus miembros, cuando estaban enfermos, ayudándolos con los gastos de las medicinas y a pagar los gastos de entierro y mortaja.

En las Cofradías gremiales se reunían los miembros de un determinado gremio con la finalidad de: a) Prestar ayuda mutua y el sufragio de los cofrades muertos; b) Rendir culto al Santo Patrón del Gremio; c) Establecer Instituciones de beneficencia para atender a los cofrades menesterosos, enfermos y lisiados.

3. Por Cédula Real del 2 de junio de 1774 y con el fin de aliviar en algo las necesidades de los menesterosos, se fundó el Monte de Piedad en México, muy parecido al que existía en la Villa y Corte de Madrid. Carlos III, fundó el primer Montepío de España en el año de 1761. Los Montepíos realizaron una labor similar a la que muchos años

después, se conoció con el nombre de Pensiones Civiles. Este sistema de montepíos, traspasa sus propias fronteras históricas y continúa operando en el México independiente, ya que el 3 de septiembre de 1832, se expidió la Ley sobre montepíos, en la que se ampliaron los servicios para los empleados federales (Meyer, 1975).

### **3.2.3 La Independencia**

En 1821 el Hospital real de indios, que era el hospital fundado expresamente por el Rey de España, fue suprimido a causa de la diferencia racial que manifestaba. Las luchas entre conservadores y liberales, los conflictos internacionales y en general, las circunstancias ideológicas, hicieron que las Instituciones benéficas durante la Colonia, fueran olvidadas. No fue sino hasta el año de 1841, cuando se inicia un repunte con la creación del Consejo de Salubridad. Por esas fechas el tema de actualidad en Europa, era la cuestión de Salubridad y México no podría quedar fuera de esas ideas renovadoras. Los objetivos de ese Consejo eran, entre otros: fomentar los estudios de higiene, vigilar los establecimientos públicos, dictar a las autoridades medidas de higiene pública y formar el Código Sanitario de la República Mexicana, las circunstancias políticas del momento no fueron propicias para el pleno desarrollo de este Consejo, que jamás pudo elaborar el Código Sanitario, pero con ese intento surge de nuevo el interés por fomentar las políticas de Asistencia Social, en octubre de 1843, se expidió un decreto que permitió la entrada al país, de las famosas Hermanas de la Caridad, enfermeras de profesión que trataron de renovar los servicios hospitalarios.

En 1861, el Presidente Benito Juárez decretó la creación de la Dirección General de Beneficencia, para centralizar los servicios hospitalarios y para organizar, coordinar y sostener los medios de beneficencia pública, a fin de convertirlo en un servicio público dependiente del Estado. Durante la intervención francesa se crearon nuevas Instituciones de beneficencia entre las que podemos mencionar un instituto gratuito para sordomudos y una maternidad, en 1874 Lerdo de Tejada, decreta la expulsión de las Hermanas de la Caridad de todos los hospitales del país, en 1877, en el Porfiriato se

crea la Dirección de Beneficencia Pública. Ubicándose para 1881 dentro de la Secretaría de Gobernación.<sup>50</sup>

Antes de la Revolución, el aspecto de asistencia médica se había privatizado y las condiciones económicas del mexicano no le permitían acceder a estos sitios un tanto elitistas, se instauraron los primeros hospitales privados fundados por las colonias extranjeras Franco-suiza-belga, españolas e inglesas. Mientras que en el interior del país los cambios se realizaron por Instituciones Industriales, Ferroviarias y Mineras y sólo algunos establecimientos dependían del Gobierno Federal a través de la Beneficencia Pública.

Como antecedentes verdaderos de la Legislación Moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran en principios de este siglo, en dos disposiciones de nivel Estatal: La Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del patrón, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional (Flores, 1982).

### **3.2.4 El Estado Institucional**

Al concluir la primera Guerra Mundial, con diferentes matices y en distintos tiempos, en su gran mayoría los países adoptaron la solución alemana de fines del siglo XIX, en la época de Bismarck, de establecer sistemas de Seguridad Social en un intento por aliviar los problemas de desvalimiento, sobre todo porque, en el pacto de la sociedad de

---

<sup>50</sup> En esta época, se fomentó la creación de fundaciones públicas de carácter privado, como la Fundación Concepción Béistegui, que empezó a crear nuevos hospitales. Tal fue el éxito de estas fundaciones y el crecimiento de sus Centros Hospitalarios, que para 1885, el Gobierno tuvo que controlarlas a través de Gobernación y en 1889 apareció una Ley que daba personalidad jurídica a las Asociaciones Filantrópicas y en 1904 se dictó la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales.

las naciones se insertaron principios de solidaridad social, establecidos en la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) creada por el tratado de Versalles. Lo que originó que la exportación del Sistema Alemán de Seguros Obligatorios a otros ordenamientos, fuera casi inmediata, expandiéndose en pocos años por todo el mundo.<sup>51</sup>

En México, la creciente industrialización del país y el aumento correlativo del sector obrero, hace evidente la necesidad de fundar Instituciones que se encarguen de mantener a los trabajadores en buenas condiciones, es en el campo de la Seguridad Social donde nuestra legislación constituye una respuesta de cambio que se dio derivada del esquema liberal de corte individualista de la Constitución de 1857, al esquema de tipo social ratificado e impuesto por la Constitución de 1917. Entre los artículos que ratificaron la postura social del Estado Mexicano, encontramos el 123 y su fracción XIX y su posterior reforma de 1929, en la que se previó la necesidad de crear el Seguro Social, siguiendo las tradicionales coberturas de enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, si bien no fue hasta, diciembre de 1942 cuando se materializó la previsión (Ruiz, 2001).

El fundamento constitucional de la Seguridad Social lo podemos encontrar en el artículo 123, apartado A fracciones XII, XIV y XXIX y en el apartado B fracciones XI, XIII, XIII Bis y XIV, así como en el artículo 4º, párrafos tercero y cuarto. De estas disposiciones han emanado diversos ordenamientos ordinarios o secundarios, con lo cual queda constituido el actual sistema jurídico de la Seguridad Social en México. La integración del sistema vigente de la Seguridad Social se efectúa en términos de tres sectores importantes: a) El de la Seguridad Social de los trabajadores en general; b) El de los servidores públicos; y c) El de la población no sujeta a una relación de trabajo (Soberanes 1990).

---

<sup>51</sup> Pero no todas las legislaciones fueron iguales, en los países industrializados se adoptaron sistemas diferentes del Alemán; en el Reino Unido con el Plan Beveridge, en el que al lado de los Seguros Sociales se abre un Servicio Nacional de Salud, ayudas familiares y un conjunto de seguros voluntarios, el Sistema Soviético, como fue natural, pronunciadamente estatista y con la intervención de Sindicatos, el Estadounidense con el seguro de desempleo y las subvenciones federales concedidas a los Estados.

## **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

En relación con la Seguridad Social de los trabajadores en general podemos decir que está constituida por el sector más importante en materia de salud. El sustento de este sector se da por cuotas obrero-patronales, y sus servicios son prestados por el IMSS. La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Constitución General de la República, promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara “.....de Utilidad Social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares.....”

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En ella se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de Seguro Obrero suscitó la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraron que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción (Vigésimo Novena) XXIX del artículo 123 Constitucional para establecer que “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”. Con todo habrían de pasar todavía casi 15 años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1935 el Presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administraciones tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores, por encargo del mismo Presidente

Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores, su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, Lic. Ignacio García Téllez el proyecto se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubrirían o prevendrían los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Aprobado el proyecto, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938, pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante, pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo.<sup>52</sup>

Hacia 1942, concluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México, el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho, ilustre teziuteco, por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la encomendó al Lic. Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento la función inicial de la naciente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal. En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de “Proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”. El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial, la Ley del Seguro Social.

Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los

---

<sup>52</sup> Por otra parte, la fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional, a partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez terminado el conflicto bélico, había que iniciar la búsqueda de Instituciones tanto nacionales como internacionales, que procuraran a parte de la paz y la tranquilidad mundial “la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres de temores como de necesidades”.

medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la Seguridad Social se establece el seguro social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (Ruiz, 2001).

### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

En relación a la Seguridad Social de los Servidores Públicos, llamada también Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, presenta diferencias sustantivas según las particularidades del servidor público sujeto a protección social y se encuentra normada por diversas disposiciones, entre las que destacan: la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, las diversas Leyes de Servicios Sociales de las Entidades Federativas, así como los diversos reglamentos y demás disposiciones producto de las leyes antes citadas, las Constituciones Estatales y las leyes reglamentarias en la materia. Tiene su antecedente inmediato en la antigua dirección de Pensiones, cuyo decreto de creación data del 12 de agosto de 1925 expedido por el entonces Presidente Plutarco Elías Calles. Su origen en el estatuto jurídico de los trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, publicado el 5 de diciembre de 1938 en el Diario Oficial de la Federación. Y goza de sustento jurídico con la publicación de la Ley Federal del ISSSTE expedida el 28 de diciembre de 1959, por el Presidente Adolfo López Mateos entrando en vigor el 1 de enero de 1960.

En la historia futura de México, no faltará señalar como parte de los acontecimientos más importantes del siglo XX, la transformación de las relaciones sociales, provocada por la generalización paulatina de la Seguridad Social. Mientras que anteriormente sólo se podía contar con el apoyo y la solidaridad del grupo familiar y en algunos casos del pueblo o del gremio, a partir del siglo XX, el país construyó, piedra por piedra, año tras

año, un edificio institucional público de seguridad. Firmemente basado en el derecho positivo, que beneficia grandes masas de la población trabajadora, que ahora cuenta con amplios mecanismos de seguridad y bienestar social. En la segunda mitad de este siglo, las Instituciones de Seguridad Social, han cumplido con el mandato legal de construir la infraestructura necesaria para atender a los trabajadores mexicanos. Las condiciones que el proceso de modernización y el pluralismo económico imponen, nos conducen a la exigencia de una revisión profunda de nuestros esquemas actuales y mejorarlos, dentro del campo de la Seguridad Social, el desafío que enfrentamos nos conduce finalmente, a asimilar los cambios y a presentarnos como un país preparado y dispuesto a vivir plenamente el nuevo siglo (Ruiz, 1995).

### **3.3 HABLANDO DE SALUD**

La salud es difícil de definir pero fácil de detectar cuando la vemos. Al saludar a una persona siempre es adecuado decir "Te ves bien" convirtiéndose en algo cotidiano y normal como un saludo común a un amigo o un pariente que aparece relajado, feliz y optimista – “sentirse bien”. Cualquier connotación al tema sobre este término, sin embargo, revela inmediatamente su complejidad. La idea de la salud puede ser susceptible de una aplicación amplia y estrecha a la vez, pudiendo ser una definición negativa, o positiva. Podemos estar en un buen estado de salud y a la vez mala salud. Por otra parte, la salud no es sólo una característica de nuestra vida cotidiana, sino que también aparece con frecuencia en el panorama político. Los temores en salud como la Encefalopatía espongiforme bovina / Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Síndrome respiratorio agudo severo y aun la perspectiva de bioterrorismo han alertado a políticos y sus asesores médicos en tiempos recientes, proporcionado un constante flujo de noticias en los medios. Los riesgos para la salud han proliferado, aun cuando, para la mayor parte de la población la mayoría de las veces, estos son preocupaciones menos urgentes.

La protección a la salud es un derecho de toda persona, garantía que se plasma en la constitución política de nuestro país, es una responsabilidad compartida por autoridades nacionales, estatales, municipales y por la propia comunidad, quienes, a través de las instituciones de salud, reciben la prestación de los servicios que pretenden conservar y mejorar la salud de sus habitantes.

El compromiso contraído por nuestro país en la reunión de Alma Ata en 1978, en donde se establece como meta "salud para todos en el año 2000"; el derecho a la salud de los mexicanos, plasmado en la constitución política de nuestro país; la Ley General de Salud, que establece los aspectos legales del Sistema Nacional de Salud y define los objetivos, la coordinación, concertación, distribución de competencias, bases y modalidades del ejercicio coordinado en la prestación de los servicios de salud; constituyen los principios de referencia, a partir de los cuales se han instrumentado las modificaciones estructurales más importantes de los últimos años en el sector salud.

En el Programa Nacional de Salud se establecen los lineamientos generales para dar cumplimiento a este compromiso, y se asume la atención primaria a la salud como una de las estrategias necesarias para alcanzar la meta de la plena cobertura. Para el logro de esta meta es necesaria tomar en cuenta la infraestructura y recursos necesarios para la prestación de los servicios de salud, su distribución y accesibilidad.

Es conveniente considerar las características de la población mexicana: elevada tasa de crecimiento, elevada proporción de mujeres en edad fértil y una población mayoritariamente joven, aunado a una desigual distribución geográfica, con marcada concentración urbana y gran dispersión rural.

En los municipios, la diversidad de condiciones y recursos es característica nacional y estatal. Los municipios tienen acentuadas diferencias históricas, geográficas, ambientales, territoriales, demográficas, económicas, políticas, culturales, administrativas, jurídicas y epidemiológicas. Esto ha originado que los niveles de

desarrollo, la capacidad administrativa y las particularidades políticas varíen de un municipio a otro.

La situación económica de los municipios refleja el desarrollo desigual en las distintas regiones del país y reproduce la desigual distribución de la riqueza: unos cuantos municipios ricos tienen elevado desarrollo económico, altos niveles de ingreso, concentración de recursos financieros, materiales, técnicos y humanos, fuertes ritmos de industrialización, amplia cobertura de servicios públicos básicos y de oferta de satisfactores esenciales. En contraste, la mayoría de los municipios son pobres y padecen insuficiencias en todos los renglones señalados. Los procesos de desarrollo desigual, concentrados y desequilibrados, repercuten y aceleran el enriquecimiento de los municipios ricos y el empobrecimiento de los municipios pobres.

La distribución regional de los recursos de salud también es desigual, las causas de esta situación no obedecen solo a volúmenes de población o demanda de servicios, sino a niveles de desarrollo; los municipios con mayor desarrollo concentran los distintos tipos de recursos, mientras que los pobres, en su gran mayoría, carecen de ellos. Sin embargo, aunque el problema se agudiza en el área rural, también puede encontrarse para algunos municipios de tipo suburbano y urbano, presentan, en sus cinturones de miseria, a grandes núcleos de población con condiciones de nutrición, vivienda, servicios públicos, educación y salud, deficientes, aunados a problemas de alcoholismo y drogadicción.

En el Estado de México, la atención de los problemas de Salud Pública e individual a población abierta, las realiza el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), por medio del Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud, a través del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, en busca de mejorar las condiciones de salud en que se encuentra la población.

A pesar de los logros alcanzados en el campo de la salud en las últimas décadas, se ve que aun existen rezagos, tales como: insuficiente cobertura en los grupos sociales más

vulnerables, desigualdades regionales, daños a la salud por padecimientos infectocontagiosos, desnutrición infantil y aquellos relacionados con la reproducción humana; también están presentes nuevas patologías como consecuencia de la urbanización y el cambio en los estilos de vida, todo lo cual reclama de formas innovadoras en la operación de los servicios, en este sentido, lo que interesa analizar es la forma en que las autoridades de salud del Estado de México han pretendido responder cabalmente a las necesidades existentes para mejorar las condiciones de salud de la población, si los cambios realizados a los modelos de salud de la entidad han sido tomados en cuenta las necesidades reales y sentidas y no solamente como necesidades políticas dictadas, sugeridas o impuestas por la administración central de la salud, que pudieran no traer los beneficios esperados (Baz, 1987).

### **3.3.1 El modelo médico de la salud y la enfermedad**

En principio puede parecer un tanto malicioso comenzar un tema sobre la sociología de la salud y la enfermedad, considerando el modelo médico. Sin embargo, dada mi propia formación y la importancia y dominio de la ciencia médica y la práctica médica en los tiempos modernos, el comprender el enfoque médico de la salud es un punto de partida necesario. Mucho de lo que las poblaciones contemporáneas piensan acerca de la salud y la enfermedad, y gran parte de los objetivos de la investigación - incluyendo la investigación sociológica - es fuertemente influenciado por el modelo médico imperante. En el debate público, el enfoque médico sigue siendo central.

Se ha dicho que el modelo médico de salud es negativo: es decir, que la salud es esencialmente la ausencia de enfermedad. A pesar de los intentos animosos de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) para abogar por una definición de la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" mucho del pensamiento médico relacionado sigue preocupado por el malestar y la enfermedad. Esto no es sorprendente, dado el hecho de que los individuos recurren a la medicina en momentos problemáticos y no cuando se sienten bien. También se ha encontrado que la promoción de una salud positiva, ya sea por los médicos o "promotores de salud",

compite con otras metas valiosas y prioritarias, tanto para los individuos como para las sociedades en su conjunto. El hecho se complica aún más cuando se dan cuenta de que la presencia de la enfermedad o dolencia "no necesariamente, significa que la gente se considere "no saludables". La frase "completo bienestar" sigue siendo tan inalcanzable por su positivismo, siendo que la salud, la enfermedad y la medicina se relacionan de manera mucho más compleja. El modelo médico de salud, aunque a menudo acusado de "reduccionismo", por lo menos tiene la virtud de atravesar algunos de estas complejidades.

El modelo médico tomó sus principales características en los siglos XVIII y XIX. Previo a esta fecha la medicina en los países occidentales se dedicaba a la observación y la clasificación exhaustiva de la sintomatología. Aunque este apego a la observación conlleva un rechazo de las teorías existentes (representado sobre todo en los escritos de Galeno) y vinculación con un punto de vista reformista de la ciencia y la sociedad, la evolución no fue sencilla. Para muchos médicos en los siglos XVII y XVIII, las visiones emergentes relacionadas a la naturaleza de la enfermedad eran anatema. La fisiología en Francia y la química en Alemania estaban llevando a las ciencias de laboratorio a influir en la salud humana y las enfermedades, muchos pensaron que esto demerita el papel tradicional del médico a la cabecera del paciente. Sin embargo, durante el siglo XIX, el desarrollo de la bacteriología y la anatomía patológica marcaron un cambio importante dentro del pensamiento y práctica médica (Álvarez, 1991).

En lugar de una clasificación aparentemente interminable de sintomatología, la idea de "etiología específica" empezó a prosperar, se pensó en seguir las vías de la enfermedad buscando las causas subyacentes hasta la patología en el tejido u órgano humano y, a continuación, a la manifestación de los síntomas. Por lo tanto, las causas específicas se asociaron a enfermedades específicas en órganos particulares, y la tarea del médico consistió en rastrear los síntomas presentados a sus orígenes subyacentes. Este modelo de la enfermedad apareció a finales del siglo XIX y principios del XX, y se encuentra asociado principalmente con el descubrimiento de los entes que provocaban las infecciones - la llamada teoría de los gérmenes. Incluso entonces no todos los

médicos aceptaron la idea de la especificidad de la enfermedad, por lo cual continuaron viendo la enfermedad que se produce como "funciones normales que desviaron su camino", aun así el modelo médico con base patológica y causal específica fue cada vez más dominante.

Para ilustrar lo anterior tomemos un ejemplo: el caso de la tuberculosis, una enfermedad infecciosa responsable de una cuarta parte de todas las muertes en la segunda mitad del siglo XIX y la amenaza más importante para la salud en ese momento. En el modelo médico de la enfermedad, la tuberculosis se define como una enfermedad de los órganos corporales (por lo general los pulmones, pero a veces otros sitios tales como la columna vertebral) después de la exposición por el bacilo de la tuberculosis. Esta exposición conduce a cambios patológicos en los sistemas del cuerpo, y puede ser observado en rayos x como el daño a la superficie de los pulmones, en el caso de la tuberculosis respiratoria. El bacilo puede ser identificado a través de cultivos de sangre o esputo. El desarrollo de la enfermedad consiste en síntomas tales como tos, hemoptisis (tos con sangre), pérdida de peso y fiebre. En este modelo la causa subyacente de la enfermedad es el bacilo de Koch, y su eliminación del cuerpo (a través de los fármacos anti-tuberculosos) está dirigida a restaurar el cuerpo en un estado saludable. En 1944, se encontró que la estreptomycin resulto ser activa contra el bacilo de la tuberculosis.

El punto principal de este modelo de la enfermedad es que se trata de descubrir los procesos patológicos subyacentes y sus efectos particulares. El problema con los anteriores enfoques para la salud, orientados a la sintomatología, era que la secuencia de eventos no se podía establecer, resultando que el tratamiento sólo era sintomático. En el caso de la tuberculosis, los síntomas descritos anteriormente también se encuentran en diversas enfermedades, por lo cual el problema de vincular la sintomatología con mecanismos subyacentes específicos detuvo el desarrollo médico. La fiebre, por ejemplo, es común a muchos trastornos infecciosos. Una vez que se aceptó el enfoque de etiología específica, los enfoques sintomáticos fueron relegados. Aun cuando la observación y el tratamiento de los síntomas fueron prácticas

establecidas a principios de la medicina moderna, manteniéndose importante para los médicos desde entonces, era difícil distinguir estos enfoques entre una amplia variedad de prácticas poco ortodoxas. Hoy en día, estas son referidas como formas de "medicina complementaria" la herbolaria y la homeopatía, por ejemplo, que tratan los síntomas de manera "holística" pero que no está fundada en la idea de la enfermedad, como mecanismos patológicos subyacentes específicos.<sup>53</sup>

El modelo médico fue esencialmente individualista en su orientación y, a diferencia de otros enfoques anteriores, presta menos atención a la situación social del paciente o al medio ambiente en general. Esta visión estrecha (primero el funcionamiento interno del cuerpo y, a continuación, al nivel celular y subcelular), dio lugar a muchos avances en la comprensión y el tratamiento, sobre todo después de 1941, cuando se introdujo la penicilina, comenzando la era de los antibióticos. Acompañado por el desarrollo de una profesión médica "orientada", que se iba a pronunciar ampliamente sobre cuestiones de salud y actuar cada vez más con mayor poder y autonomía. Ahora, los médicos reclaman jurisdicción exclusiva sobre la salud y la enfermedad, con la garantía del modelo médico de la enfermedad como apoyo.

Esta situación propicio que los ciudadanos fueran animados cada vez más a ver su salud como un asunto individual y, sus problemas de salud como una necesidad de recibir la atención de un médico.<sup>54</sup> Esto significaba que la visión de la enfermedad y las opciones alternativas para la salud del paciente fueron excluidas como una consideración seria. De hecho, la opinión del paciente fue visto como una contaminación del proceso de diagnóstico, y que era mejor si el paciente ocupaba un rol pasivo. Es por esta razón que el "modelo médico" de la enfermedad ha sido criticada considerablemente en muchos estudios sociológicos. Los poderes que el modelo

---

<sup>53</sup> El historiador en medicina Christopher Lawrence ha argumentado que en 1920 en Gran Bretaña y en otros países desarrollados, como los EE.UU., el modelo médico, tal como se describió brevemente, había llegado a dominar el pensamiento y la práctica médica y, cada vez más, en la actitud de la sociedad de ver la salud como un todo (Lawrence 1994).

<sup>54</sup> Esto es lo que Foucault (2008) consideraba que constituye la "mirada médica" que se centraba en el individuo y en los procesos que tienen lugar dentro del cuerpo sus "volúmenes y espacios. Influencias sobre la salud, tales como las actividades laborales o dentro del ámbito doméstico, eran de menor interés para el médico moderno. Esta "mirada" (ampliada con el tiempo a las conductas relacionadas con la salud) sustenta el desarrollo de la moderna relación "médico-paciente", en el que toda autoridad sobre asuntos de salud reside en los conocimientos y experiencia de los médicos, sobre todo, como se muestra a través del diagnóstico.

médico y la profesión médica ejercen, sirven a los intereses de la "dominación médica" en lugar de las necesidades del paciente y para desviar la atención de los determinantes de salud más prioritarios.<sup>55</sup>

El modelo médico, en la actualidad, puede enfatizar en la etiología compleja o desconocida de una enfermedad, así como descubrir su "causa" específica. Muchas enfermedades pueden ser reconocidas adecuadamente sólo por referencia de un cúmulo de criterios (a menudo conjuntados por grupos internacionales de médicos) en vez de identificar un factor subyacente; el diagnóstico es a menudo más probabilístico en lugar de definitivo. En cambio el tratamiento, a menudo puede ser 'paliativo', es decir, que trata de reducir el impacto de los síntomas, o contener la enfermedad, en lugar de la esperanza de curar por completo. Además, los médicos hoy en día trabajan dentro de equipos multidisciplinarios, y no como practicantes aislados. Reconocen las influencias y el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes. De hecho, la retórica que rodea actualmente a "la asociación con el paciente" y "la toma de decisiones compartida", que se da en muchos sistemas sanitarios desarrollados, no tiene porque ser tratada con sorna. Muchos profesionales de la salud están tratando de cambiar la forma de atención a la salud para responder a las nuevas necesidades y demandas de sus pacientes. Estos cambios se deben tener en consideración al revisar las cuestiones del poder médico y la continua influencia de la ciencia médica (Foucault, 2008).

El enfoque individualista de la enfermedad no es el único para atender la salud en un modelo médico más ampliamente definido, aunque si puede ser el dominante. Las sociedades más desarrolladas han tenido una larga tradición en salud pública,

---

<sup>55</sup> La medicina en los últimos 20 años seguía centrándose en los procesos del cuerpo individual, como la química del cerebro o la función de los genes en relación con enfermedades específicas, el contexto actual es muy distinto, las enfermedades infecciosas tienen mucho menos importancia como amenazas a la salud humana, aunque el VIH / SIDA se ha convertido en una de las enfermedades infecciosas más graves de la historia, su mayor impacto se hace sentir en los países en desarrollo, sin demeritar la importancia de las infecciones cuando se producen, los principales problemas de salud de hoy en día son las llamadas enfermedades degenerativas asociadas a la vejez, tales como enfermedades del corazón, cáncer, y enfermedades incapacitantes como la artritis y el accidente cerebrovascular. Esto ha sido denominado como "transición epidemiológica" (Gray 2001).

ocupándose no sólo en el individuo sino en la salud de las poblaciones.<sup>56</sup> La más importante de estas medidas son las tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, la recolección y estudio de estos datos se lleva a cabo por un área específica de la salud pública, la epidemiología. Donde la regularidad de la enfermedad entre grupos de personas es el centro de investigación, por lo cual la epidemiología se dedica al estudio de la salud y la enfermedad de las poblaciones y los grupos sociales en relación con su medio ambiente y formas de vida.

Existía preocupación especialmente durante el período dominado por las infecciones, sobre todo por los datos de mortalidad, para saber el cómo, cuándo y por qué de la muerte temprana. En los países desarrollados, las estadísticas de mortalidad se han vuelto menos impactantes como indicadores de salud de la población ya que las condiciones sociales han mejorado (para las madres y otros grupos vulnerables) haciendo que las tasas en todas las edades sigan bajando. No obstante, mucha de la investigación epidemiológica, y el trabajo de la sociología médica todavía dependen de los datos de mortalidad.

En años recientes, la salud pública y sociología médica se han ocupado en desarrollar indicadores más sensibles de salud, creando lo que podemos llamar un modelo de "socio-médico" de la salud, pero relacionado con la morbilidad y la discapacidad. En este enfoque, la morbilidad se refiere a los indicadores de enfermedad y discapacidad, de restricción de la actividad y la limitación funcional, junto con los indicadores de calidad de vida. Es importante remarcar que el modelo médico tiene diferentes corrientes de pensamiento sobre la salud humana con diferentes enfoques para su estudio. Esto también es aplicable para la profesión médica, que incluye especialistas, cirujanos y médicos generales, así como los salubristas y epidemiólogos. Históricamente la práctica médica ha sido mayormente individualista, existen formas de medicina (especialmente aquellas enfocadas a poblaciones humanas) que han adoptado una visión más amplia, lo cual tiene vínculos con las consideraciones

---

<sup>56</sup> En este caso, el diagnóstico y el tratamiento de los individuos son menos importantes que las medidas de salud para los grupos y las sociedades en su conjunto, éstos se basan en las explicaciones científicas médicas del malestar y la enfermedad.

sociológicas. La medicina, como la salud, abarca una amplia gama de fenómenos y actividades humanas, lo cual hay que recordar cuando se hacen afirmaciones generales sobre el "modelo médico" o "la profesión médica".

### **3.3.2 Sincretismo de la Salud**

Con la explicación sobre la evolución del modelo médico, se podría esperar que los conceptos de salud en las sociedades modernas estuvieran influenciados por este. La información médica se difunde y está disponible en muchas formas, especialmente a través de la televisión, Internet y otros medios. El desarrollo de un modelo médico individualista ha establecido la comprensión y la experiencia de la salud científicamente, entonces necesariamente las culturas modernas han sido igualmente propicias para su aceptación generalizada. Sería sorprendente encontrar un sistema totalmente independiente en las creencias populares "sobre la enfermedad, formada por una cultura no médica.

Se ha dicho bastante, para indicar que la salud, la enfermedad y la medicina se refieren a una amplia gama de acontecimientos y experiencias, las ideas acerca de estos, están obligados a contener las resistencias y contradicciones, así como la ambivalencia sobre el papel de los tratamientos médicos al atacarlos (Williams y Calnan, 2003). Las investigaciones sociológicas sobre conceptos coloquiales de salud han aportado importantes conocimientos sobre la complejidad de los puntos de vista sobre esta materia. Las ideas modernas acerca de la salud y la enfermedad también pueden recurrir a las nociones anteriores, como la necesidad de "equilibrio" en el mantenimiento de su bienestar.

Hay que reconocer que la salud puede ser una preocupación esencial para los profesionales e investigadores de la salud, así como para los sociólogos, pero no para la persona común y corriente en la vida ordinaria. Salud, la mayoría de las veces, es parte de la "actitud natural" a la vida, en el que los significados que se dan por sentadas son una base esencial y no es considerado durante gran parte del tiempo. Los riesgos para la salud compiten con la naturaleza de la vida cotidiana rutinaria, con sus

presiones y placeres, limitaciones y potencialidades. Sólo una minoría de las personas se ven obligadas, o eligen al reflexionar, abandonar el supuesto de la salud como un hecho. Las personas responsables de la promoción de la salud (como el opuesto al tratamiento de la enfermedad) que deseen orientar a las personas a ser más conscientes de su salud tienen que enfrentar este problema al hacerlo. La salud no es necesariamente un valor esencial o primordial, diariamente considerado conscientemente, la información sobre riesgos para la salud se encuentra interpretada más bien por contextos sociales específicos (Alaszweski y Horlick, 2003).

Aunado a esto, en el pensamiento coloquial sobre las causas y orígenes de buena y mala salud existen consideraciones complejas. Aun cuando la salud a menudo se da por sentado, y sólo se extraña cuando se ve comprometida, esto no significa que las personas no tienen idea clara sobre la relación entre la salud y la enfermedad.

El balance o equilibrio entre el individuo sano y la enfermedad podrían estar alterados por una serie de eventualidades en el medio ambiente. El cáncer estaba relacionado con alergias, y la tensión nerviosa de la ciudad así como el ambiente contaminado existente. Las enfermedades mentales se vincularon a la "inquietud" de la vida moderna, y las enfermedades del corazón a las "muchas preocupaciones que hacen que las personas vivan en un estado de ansiedad" La Naturaleza del individuo, la herencia, el temperamento o la predisposición podrían hacer del individuo vulnerable, pero el modo de vida sigue siendo clave para el desarrollo de problemas de salud. Se ha creado un marco conceptual para la comprensión de los vínculos entre la forma de vida y el individuo al sentar los conceptos coloquiales de salud a través de diferentes edades y grupos sociales. La salud no es un concepto único o unitario, sino uno que tiene un número de dimensiones que se aplican a diferentes áreas de la vida y estilos de vida.

Para las personas la salud es vista de manera negativa, como la ausencia de enfermedad, funcionalmente como la capacidad de enfrentar las actividades cotidianas, o positivamente como la buena salud y el bienestar. Sin embargo, hay dos cosas

importantes a esta perspectiva. La primera es que la salud tiene una dimensión moral, lo que refleja no sólo la adopción o el mantenimiento de una vida sana, sino también cómo la gente responde a la enfermedad y hace frente a las consecuencias. La enfermedad devalúa la identidad del individuo, ya sea por su causalidad (fumar, contacto sexual, falta de "mantenerse sano") o por un comportamiento inadecuado al enfrentar los síntomas. Desde este punto de vista la enfermedad no es solo una desviación de las normas biológicas, como en el modelo médico, sino una desviación significativa de las normas sociales. La salud y la enfermedad no son mutuamente excluyentes en el pensamiento de los individuos. Claramente existe una fuerte motivación para estar y sentirse saludables, si esto fuera posible. Este problema se vuelve relevante cuando se considera la discapacidad, teniendo en cuenta la compleja relación entre la salud y una gama de diferentes condiciones incapacitantes. Para las personas con discapacidad estable o condiciones que no vayan acompañados de enfermedad o malestar, el estar sano puede ser redefinido, incluyendo cómo la persona se siente ahora, no en relación con una norma general. La adaptación a la enfermedad o la discapacidad altera el pensamiento desde el cual el individuo juzga la naturaleza de la salud y sus implicaciones.

La salud en gran parte del pensamiento popular, es vista como una forma adopción de actitudes saludables o la disminución de conductas no saludables. El "capital de salud" con el que nacemos, puede ser visto como una función de la herencia y que se desarrolla en los primeros años de vida. Pero la gente en la vida adulta puede sentir que su reserva de salud se está disminuyendo o agotándose. Los problemas de movilidad, vista y oído son ejemplos claros. Las personas mayores, tienen perspectivas más negativas de su salud, la salud funciona cuando es capaz de llevar a cabo el autocuidado y otras tareas, es probable que aumente en importancia con la edad, y del mismo modo se toma en gran medida a la ligera entre los jóvenes.

En una época en que los riesgos de salud parecen estarse multiplicando, el carácter sutil y multidimensional de sentar las creencias de salud coloquiales se está enfatizado. Por ejemplo, los temores expresados con la nueva genética que inunda poblaciones

modernas de información preocupante sobre los posibles riesgos para la salud y la necesidad de tomar decisiones acerca de una gama cada vez más amplia de intervenciones médicas y de promoción de la salud (incluyendo los programas de detección), la incorporación de un número cada vez mayor de problemas humanos y sociales en el área médica y la genética ha llevado a sociólogos analizar las diversas fuerzas, inquietudes y dilemas involucrados. Incluso aquí, con toda la tecnología al alcance de la mano el individuo común es capaz de absorber de manera empírica la investigación médica o afrontar incluso la información más técnica y compleja de manera creativa y práctica, para incorporarla en las acciones de rutina que constituyen la vida cotidiana.

Esto no quiere decir que todas las creencias de salud populares son verdaderas o inocuas. Mientras que la sociología médica ha hecho una importante contribución a la comprensión de la racionalidad, la pertinencia y el carácter socialmente contextualizada de las creencias populares, es importante no exagerar el argumento. Mientras que los individuos tienen una visión única de sus situaciones particulares, estas no pueden ser sustituidas por el conocimiento experto en todas y cada una de las circunstancias. No debemos concluir que las creencias o comportamientos coloquiales de las personas son menos saludables, más bien, deberíamos ver estas creencias y comportamientos, aunado al modelo médico, como componentes de una dialéctica, que interactúan de manera compleja y mediada por diferentes entornos culturales.

### **3.3.3 La salud como atributo y/o relación**

Si retomamos en primera instancia la idea sobre atributo tenemos que, los conocimientos médicos y el conocimiento popular son influenciados por ella, lo que lleva a concluir que la enfermedad o malestar es una propiedad o atributo del individuo. Desde este punto de vista, enfermedad es "algo" que la persona tiene al interior. En los inicios de la medicina moderna a menudo se consideraba que la investigación científica corría el riesgo de materializar a la enfermedad, es decir, la creación de algo separado del paciente, donde solo los síntomas observados podrían identificarse. La medicina humoral trataba la enfermedad y su sintomatología como uno mismo. Con el ascenso

de la perspectiva de anatomía patológica la enfermedad materializada se volvió cada vez más dominante. En esta nueva visión, la enfermedad se consideró una entidad independiente, tanto en el intento de conceptualizarla o tratarla, y de los síntomas que podían o no estar relacionados con ella. Existen enfermedades como la tuberculosis y los órganos corporales, como los pulmones, desde el punto de vista realista, ya sea que los nombremos o no, o si vivimos en una cultura o un período de la historia que tiene una comprensión diferente. Por otra parte, existen muchas enfermedades sin sintomatología, especialmente en sus primeras etapas, por ejemplo algunas enfermedades del corazón y el cáncer. Así como una gran cantidad de síntomas observables qué frecuencia no se pueden identificar con una enfermedad en particular. Aunque las enfermedades pueden ser causadas por agentes externos (bacterias, virus), su carácter esencial reside dentro del cuerpo humano, como un atributo de su constitución física.

En contraste una perspectiva relacional de la salud, no se centra en los determinantes biológicos trabajando en el cuerpo del individuo. Más bien, indican las fuerzas sociales o psicosociales que influyen en la expresión de la enfermedad. Esto puede ser conceptualizado de dos maneras: ya sea en términos de la "creación social" de los patrones de la enfermedad a través de las desigualdades o factores ambientales, o en términos de la "producción social" de la enfermedad en las personas a través de las contingencias que rodean su identificación y tratamiento. El proceso de reconocer o nombrar una enfermedad por el personal médico o población en general, implica una serie de factores, incluyendo la severidad de los síntomas, la edad y el nivel de tolerancia del enfermo, las circunstancias sociales del individuo (trabajo o dificultades familiares), y la interacción entre la persona y el sistema de salud. Muchas enfermedades crónicas son difíciles de separar de lo normal, especialmente en sus primeras etapas más, si no existe una característica clave, como una bacteria o virus, que puede actuar como un indicador definitivo de la enfermedad. En este sentido, la enfermedad o malestar puede estar presente antes de identificarlo o acordar un plan de acción.

Hasta aquí, se puede pensar que la visión de atribución de la salud es debida al autoritarismo de la medicina y el modelo médico de salud, y una visión relacional debida a la población en general y al sociólogo. En muchas situaciones esto puede ser el caso, pero una vez más la idea de la dialéctica es importante. En la medida que una enfermedad está asociada con la edad, muchas personas tienden a relacionar los dolores y molestias que la acompañan como características “normales” del envejecimiento. Por lo tanto, es probable que el comentar sobre estos síntomas al médico sea un tanto incierto. Al mismo tiempo, la precisión entre los síntomas y el grado de progresión de una enfermedad es a menudo difícil de ubicar por los médicos. Pacientes con dolores ligeros pueden tener afectaciones graves en las articulaciones y por el contrario los que presentan dolores exacerbados podrían no mostrar señales de grandes cambios físicos. La determinación de la gravedad de la enfermedad, y cuándo intervenir es una situación de discrecionalidad por parte del médico, que puede estar supeditado a una serie de factores, entre ellos la presencia de una lista de espera para cirugía, tiempo, situación económica, etc.

El punto de vista médico de la enfermedad no puede encontrarse totalmente dentro de la perspectiva de atributo. El modelo médico causal hizo hincapié en que las causas específicas dan lugar a enfermedades específicas. Si bien esto puede ser cierto para algunas enfermedades en la actualidad, el aumento de las condiciones degenerativas requiere que los conocimientos y la práctica médica adopten un modelo "multifactorial" de la enfermedad, en la que los procesos físicos, psicológicos y sociales juegan un papel importante. Incluso ahora cuando el conocimiento genético está dando un nuevo impulso al enfoque de causa específica, se reconoce que los genes pueden expresarse de diferentes maneras en diferentes personas y en diferentes entornos.

Así mismo, una visión relacional de la salud no siempre es característica de opiniones populares. La visión de la enfermedad como atributo, se ha convertido en un atractivo entre la población general, sobre todo en relación con los trastornos de contingencia y problemáticos. El estilo de vida no siempre puede ser el énfasis principal de la población como causa de la enfermedad. Dichos sobre la naturaleza de las causas de

un trastorno por sí mismo, no significa que sea verdad. Sin embargo, la aceptación por parte de la población de considerar enfermedades como un atributo biológico parece imparables, existen problemas de salud que expresan una compleja relación entre las cuestiones de atribución y de relación, que no siguen necesariamente la distinción enfermedad-médico, malestar-población.

Las deficiencias resultantes de una enfermedad o trauma, que alteran la estructura o función del cuerpo, se convierten en discapacidades si se ve como una "propiedad" del individuo. Esto quiere decir que la persona afectada tiene dificultades o es incapaz de realizar las tareas habituales que una persona sin alteración sería capaz de llevar a cabo, tales como cuidados personales o de movilidad. La cadena causal de enfermedad/trauma-deterioro-discapacidad representa los elementos esenciales del modelo médico. Esta visión de atributo de la discapacidad ha dominado no sólo el pensamiento médico, sino también el entendimiento coloquial. De hecho, sin ella, sería difícil hacer una valoración del grado de discapacidad o la asignación de recursos (por ejemplo, los lugares de estacionamiento designados por discapacidad) con equidad. Si no es posible distinguir entre las personas sanas y personas con discapacidad, en términos de atributo, estas cuestiones se vuelven casi imposibles de resolver.

El principal punto a tener en consideración es que en el campo de la salud y la enfermedad, y en áreas tales como los trastornos psicosomáticos o discapacidad, existe una resistencia entre los aspectos atributivos y relacionales. Una visión sociológica crítica de la salud tiene en su centro la dialéctica de las dimensiones físicas y sociales. Sin embargo esto no es lo mismo, como argumentar que la salud y la enfermedad no son más que "constructos sociales", en el sentido de que sólo dependen de los contextos sociales cambiantes y diversos intereses momentáneos. Lo difícil de una visión sociológica es que no da cabida a lo biológico o al carácter corporal de la salud, deja al cuerpo con su composición (genética) al escrutinio médico. Argumentar que la salud tiene una dimensión social no quiere decir que no tiene una base física o independiente, tampoco se puede decir que el conocimiento médico no es más que el ejercicio del poder injustificado sobre la población no profesional. Algunos trastornos

son controvertidos y difíciles de definir, otros no lo son. En algunos casos los síntomas físicos inexorablemente se manifiestan en el cuerpo del individuo, otros sólo se reconocen a través de procesos más complejos. En efecto, estos aspectos variados de experiencia a menudo se desenvuelven de diferentes formas en el curso de una enfermedad en particular. Cómo se desarrollan las percepciones, experiencia y acción en trastornos específicos es una situación de análisis empírico. Es necesaria una visión dinámica de la salud, en la que los cambios en el tiempo (a través del curso de la vida individual, y en diferentes sociedades en diferentes períodos históricos) se convierten en el foco de análisis. Visto así, atributo y relación son conceptos necesarios para una comprensión completa de la salud.

Es importante que agreguemos otro factor importante para el bienestar de la humanidad una pequeña visión a la salud mental. Los avances en la genética, la neurociencia y la farmacología han reforzado la perspectiva de que la salud mental es determinada por los procesos corporales lo que mencionamos como un atributo. La idea de que la salud mental es un producto de la constitución biológica de la persona ha demostrado ser atractiva para la población en general y también a los de la medicina en diferentes épocas de la historia. Una visión materialista, por no decir mecánica, del cuerpo, especialmente del cerebro, con sus estructuras, enlaces y química, ha dominado el pensamiento médico y psiquiátrico desde hace más de dos siglos, tras el rechazo de las explicaciones "demoníacas" de los trastornos mentales y de perturbación basados en explicaciones religiosas. Avances en la psicología, y la influencia del pensamiento Freudiano en los asuntos humanos, hacen que la mayoría de los psiquiatras permanezcan principalmente en la corriente médica. No es de extrañar, que el modelo médico de salud mental ha tenido tanta influencia en las culturas generales. Al igual de lo que sucede con otras formas de enfermedad, es mejor escuchar que un trastorno mental es el resultado de una alteración orgánica esto proporciona una manera de resistir a los reclamos resultantes por mencionar una falta de carácter o de una voluntad débil.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Comportamiento extraño, difícil o amenazante se reflejan de manera individual sobre el paciente, creando dificultades de interacción. En las enfermedades que afectan la salud física es posible culpar las influencias independientes, gérmenes o virus, o de otros factores. Pero, los

La salud mental es particularmente propensa a juicios negativos, ya que la propia definición del problema se vincula a uno mismo o a la conducta de la persona. Es mucho más fácil para una persona decir que no puede trabajar debido a una infección u otra enfermedad física, que hacer una revelación sobre la existencia personalizada, por ejemplo, de una depresión o la psicosis. Estas enfermedades están relacionadas directamente con la persona y su personalidad (comportamientos peligrosos o perturbadores), y esto contrasta fuertemente con la divulgación de la enfermedad. No es de extrañar, que el juicio de atributo otorgado a una enfermedad mental como parte biológica de la persona, ha resultado aceptado para los profesionales de la salud y la población en general, a pesar de que esto sólo reduce y no elimina las reacciones negativas.

De manera relacional, la salud mental, como procesos interpersonales y sociales, no siempre es bien recibida por profesionales o entre la población general. En los 60's los estudios sobre dinámica familiar, terminaban por culpar al enfermo en los casos de las familias que tenían a personas con enfermedades mentales. Aun así, las teorías psico-sociales y las circunstancias sociales de muchas de las personas que padecen problemas de salud mental constituyen una base permanente para la investigación y la política sociológica. Es posible distinguir el papel de lo social en la "creación" o causación de la enfermedad mental, desde su producción social es decir, la expresión y definición de la enfermedad y la forma en que se desarrolla en la interacción social.

Hay una larga historia en la investigación social y epidemiológica sobre la ocurrencia o aparición de la enfermedad mental. Si bien esto ha sido a veces criticado por los sociólogos por tomar la definición médica de la enfermedad (o "enfermedad mental") como un hecho, gran parte del trabajo ha cuestionado la orientación individualista del pensamiento psiquiátrico, el trastorno mental no es un evento al azar, dependiente solo de las características biológicas de la persona, sino que fue modelada por las circunstancias sociales (como la pobreza) y la clase social. De esta manera, la salud

---

conceptos de salud y enfermedad a menudo conllevan connotaciones morales, incluso una simple infección como la gripe puede ser considerada como el resultado de un descuido del individuo, asimismo existen enfermedades graves que a menudo son vinculadas a las malas elecciones en el estilo de vida tales como fumar o los excesos en la comida o el alcohol.

mental se ha catalogado como un aspecto inherente de las desigualdades en salud (Rogers y Pilgrim, 2003), mostrando que su aparición es determinada por factores sociales. En este sentido se vislumbra que las influencias sociales sobre causalidad están abiertas a la duda y requieren una evaluación cuidadosa.

Una de las dificultades en la explicación de los trastornos mentales, es que gran parte de estos son ocultados. El número de personas que reciben tratamiento viene siendo solo una fracción de todas las personas que padecen la enfermedad y están sin diagnosticar en la comunidad. Por otra parte, entre la aparición del trastorno y el contacto con los servicios, las condiciones sociales del individuo pueden variar, lo que viene siendo un sesgo de confusión agregado. Los estudios epidemiológicos a gran escala en la comunidad son difíciles y costosos, a su vez corren el riesgo de implantar grandes estimaciones de la enfermedad, lo que conlleva a incrementar la "medicalización" de las comunidades, y proporcionar nuevos mercados para la industria farmacéutica.<sup>58</sup> Durante los años 60 y 70 del siglo pasado se manejó una perspectiva de desviación para tratar de justificar la medicalización de las conductas perturbadoras y angustiantes. El estigma de la enfermedad mental, como un diagnóstico, podría tener efectos reales, independientemente de cualquier trastorno subyacente. Internamiento Institucional de los pacientes en hospitales psiquiátricos no hicieron más que reforzar este proceso.<sup>59</sup> No deja de ser paradójico, que el tratar de des-institucionalización de los enfermos mentales en los últimos 20 años ha ido de la mano con un renovado énfasis en la biología y la genética de la salud mental y el carácter relacional. Lo anterior es explicable por un incremento en el uso irracional y generalizado de anti-psicóticos, anti-depresivos y ansiolíticos. La revolución farmacológica en psiquiatría se ha vinculado con las políticas para desarrollar formas generalizadas de atención comunitaria. La capacidad de las personas de ser más resilientes, tolerar y responder positivamente, en diferentes contextos sociales, a una serie de estados de enfermedad depende de

---

<sup>58</sup> El estudio de Brown y Harris, (1978), desafió las definiciones prevalecientes de la depresión, mostrando que la presencia de factores de vulnerabilidad, como la pérdida temprana de la madre, el bajo nivel socio-económico y la falta de una relación sólida, tuvieron un impacto importante en la aparición y desarrollo de la depresión. Otros trabajos (Bifulco y Moran, 1998) en este mismo sentido, han demostrado que el abandono y el abuso en la infancia tienen una influencia significativa en la aparición de depresión en la edad adulta, lo que indica que las influencias genéticas son poco probables que sea un factor determinante para la presentación de este trastorno.

<sup>59</sup> Aquí el Estado y la profesión médica consideraron que la mejor forma de tratamiento de los enfermos mentales era excluirllos del mundo de la razón relegando a grandes números de ellos a las condiciones degradantes de los hospitales psiquiátricos.

muchos factores, incluyendo el grado de interacción social que tienen y el nivel de tolerancia de las familias, compañeros de trabajo y la comunidad en general.

La salud puede ser vista como una dimensión multifacética de la vida, de la vitalidad, la aptitud y la fuerza (psicológica y/o física) que las personas pueden recurrir para alcanzar sus objetivos y acciones. Desde el punto de vista sociológico, la salud puede ser vista como atributo y relación, que implica simultáneamente los factores biológicos y sociales. Las experiencias en la salud, tanto buenos y malos, son influenciadas por las circunstancias en que las personas nacen y los contextos y las acciones que prevalecen en las diferentes etapas de la vida. La salud y enfermedad nos llevan a una encrucijada crucial de la biografía individual y la historia social.

### **3.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD**

Con el pasar de los años vemos de manera permanente que, millones de seres humanos sufren pobreza, indignidad o dolor. Con la globalización económica a la que nos han llevado las gestiones gubernamentales de los últimos treinta años, la diferencia entre culpa metafísica y culpa moral ha perdido sentido, vemos que el ser humano ha transitado de una etapa de preocupación a una de indiferencia total.<sup>60</sup>

Nuestros políticos son incapaces de comprometerse en la solución de los problemas del mundo: violencia, pobreza, ignorancia y enfermedad. Probablemente la violencia extrema ejercida contra la población sea la principal causa de muerte evitable a la que se enfrenta el mundo; lamentablemente las iniciativas políticas o diplomáticas para ponerle fin son insuficientes.<sup>61</sup> Es inhumano que sean decisiones humanas las que conducen a morir en cientos de conflictos étnicos, territoriales, o económicos, además

---

<sup>60</sup> Individualmente podemos ser ciudadanos ejemplares: trabajadores, cumplidores de nuestras obligaciones civiles, respetuosos con el medio ambiente, solidarios o caritativos, sin embargo, como sujeto colectivo somos incapaces de rebelarnos contra la sobreexplotación laboral, el maltrato a la inmigración, las agresiones al medio ambiente, las injusticias, los ataques a los derechos humanos, la avaricia del mercado, la violencia o la ineficacia de las políticas económicas mundiales para corregir el hambre.

<sup>61</sup> Se somete a los individuos a través de la pobreza extrema y la ignorancia a presentar enfermedades, de los 6.655 mil millones de habitantes que hay en el mundo, 1.200 millones viven en la pobreza y 850 millones pasan hambre. La pobreza produce falta de acceso a los recursos esenciales afectando la salud, a la educación, a la seguridad y a las oportunidades de participación política de las personas (PNUD, 2007-2008).

es injusto que habiendo alimentos para todos, estén tan mal distribuidos, y estén tan controlados y protegidos por intereses comerciales y nacionales, que sea el hambre el primer factor de riesgo de enfermedad y de muerte. (Reinert, 2007)

Aunque ha habido pasos en el diagnóstico y tratamiento del VIH, sigue siendo ineficaz evitar la transmisión del VIH de madre a hijo o el manejo de infecciones colaterales (tuberculosis), entre otras razones por la falta de capacitación del personal. En la mayoría de los casos las mujeres VIH positivas no revelan su enfermedad a sus parejas o familias y no vuelven a los centros de salud a recibir tratamiento profiláctico. Mientras no seamos capaces de comprender a las mujeres, el sida pediátrico seguirá siendo un drama y la prueba más sangrante de la desigualdad (PNUD, 2004).

En el mundo la esperanza de vida al nacer tiende a aumentar, más en los países clasificados por un alto PIB, asimismo la tasa de mortalidad adulta desciende.<sup>62</sup> En el año 1993 se empezó a publicar un informe sobre la Carga de Enfermedad en el Mundo en él se proporcionan varios indicadores y medidas sintéticas que valoran conjuntamente la mortalidad y la discapacidad producidas por las enfermedades en distintas partes del mundo. Se ha demostrado que el tamaño del Estado, medido como el gasto público, guarda una relación positiva con los niveles de salud, los países con economías altas, según el PIB, ejecutan mayor gasto público y obtienen menor mortalidad infantil y materna (PNUD, 2007-2008; Álvarez et al., 2004)

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales. Hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país, y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo.

---

<sup>62</sup> A medida que la mortalidad en los países desarrollados pierde valor como indicador del estado de salud de la población, se hace necesario buscar otros indicadores o estudios de morbilidad que fueran más sensibles a los cambios de salud de la comunidad.

A diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, en donde se produjo una clara sustitución de las infecciones comunes y los problemas reproductivos por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en México hay un traslape de las enfermedades pre y postransicionales. Las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el perfil de salud del país, pero las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación.

#### Diez principales causas de muerte en mujeres, México, 2012

	Número	tasa	Porcentaje
1. Diabetes mellitus	39 939	73.67	16.74
2. Enfermedades isquémicas del corazón	25 994	47.95	10.90
3. Enfermedad cerebrovascular	15 857	29.25	6.65
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 994	16.59	3.77
5. Enfermedades hipertensivas	8 902	16.42	3.73
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	7 024	12.96	2.94
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 972	12.86	2.92
8. Nefritis y nefrosis	5 814	10.72	2.44
9. Tumor maligno de la mama	4 835	8.92	2.03
10. Desnutrición calórico proteica	4 241	7.82	1.78
Causas mal definidas	5 185	9.56	2.17
Las demás causas	104 766	193.24	43.92
Total	238 523	439.95	100.0

Rendición de Cuentas en Salud 2012

## Diez principales causas de muerte en hombres, México, 2012

	Número	tasa	Porcentaje
1. Diabetes mellitus	35 697	68.04	11.87
2. Enfermedades isquémicas del corazón	33 804	64.43	11.24
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21 464	40.91	7.13
4. Enfermedad cerebrovascular	14 388	27.42	4.78
5. Agresiones (homicidios)	12 575	23.97	4.18
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 590	22.09	3.85
7. Accidente de vehículo de motor (tránsito)	9 643	18.38	3.21
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	8 088	15.42	2.69
9. Enfermedades hipertensivas	6 806	12.97	2.26
10. Nefritis y nefrosis	6 786	12.93	2.26
Causas mal definidas	5 319	10.14	1.77
Las demás causas	134 677	256.69	44.77
Total	300 837	573.39	100.0

Rendición de Cuentas en Salud 2012

Los países ricos representan el 15% de la población, los países pobres o en vías de desarrollo el 85%, sin embargo los países pobres soportan el 92% de la carga de enfermedad y los ricos afortunadamente sólo el 8%; la esperanza de vida es de 27 años menos en los países pobres y la mortalidad infantil por mil nacidos vivos en 2006 era de 6 en los países ricos y de 73 en los países pobres (WHO, 2008).

Las causas de las enfermedades hay que buscarlas en los modelos de desarrollo que imponen a muchos países violencia y pobreza extremas. Los remedios a esas causas tienen que tener en cuenta no solamente variables gubernamentales (la forma de gobernar, la educación y el tratamiento de las enfermedades), sino también los factores de desarrollo que históricamente han funcionado en economía, como son los

rendimientos crecientes, la competencia imperfecta, las sinergias y las relaciones estructurales y las oportunidades para la innovación (Franco, 2000).<sup>63</sup>

En el 2012 se estimó que murieron en todo el mundo 56 millones de personas. Las enfermedades cronicodegenerativas fueron responsables por el 68% de las muertes totales aumentando del 60% existente en el 2000. Las principales son las cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar crónica. Las enfermedades contagiosas, materno infantiles y condiciones nutricias deficientes son responsables del 23% de muertes y los accidentes en un 9%.

Las enfermedades cardiovasculares fueron responsables en el 2012 de 17.5 millones de muertes o sea 3 de cada 10, de estos, 7.4 millones murieron de enfermedades isquémicas y 6.7 millones de infarto.

Principales causas de muerte en el mundo 2012	
Enfermedad	Número
Enfermedad isquémica cardiaca	7.4 millones
Enfermedad cerebrovascular	6.7 millones
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3.1 millones
Infeción de tracto respiratorio inferior	3.1 millones
Bronquitis	1.6 millones
HIV/sida	1.5 millones
Enfermedades diarreicas	1.5 millones
Diabetes Mellitus	1.5 millones
Accidentes vehiculares	1.3 millones
Hipertensión	1.1 millones

WHO (2014)

---

<sup>63</sup> De no ser así, si lo único que se les ofrece a los países pobres son medias de economía paliativa, los enfermos tendrán que seguir esperando, porque la carga de enfermedad que representan para el conjunto del mundo y para los países ricos es menos importante que la carga de los enfermos de esos países ricos, y porque aquellos países pobres no pueden pagar los medicamentos que producen los ricos para tratar a ricos de enfermedades de ricos.

28 millones (3/4 partes) de los 38 millones de muertes por enfermedades cronicodegenerativas del 2012 ocurrieron en países de ingreso económico medio y bajo. Proporcionalmente las muertes por enfermedades cronicodegenerativas en los países de altos ingresos es más alta con 87%, seguida de países de ingreso medio alto con 81%, las proporciones son menores en países de bajo ingreso 37% y de países de ingreso medio bajo con 57%.

Fumar es responsable de muchas enfermedades causante de la muerte. El tabaco es una de las principales causas de mortandad propiciando enfermedades cardiacas, enfermedad obstructiva crónica y cáncer pulmonar. Es responsable de 1 de cada 10 muertes en adultos a nivel mundial.

En países de ingreso económico alto, 7 de cada 10 muertes son en individuos de 70 años o más. La gente muere principalmente de enfermedades cronicodegenerativas enfermedades cardiacas, cáncer, demencia, epoc, o diabetes. Las infecciones respiratorias bajas continúan como la única causa de muerte por proceso infeccioso. Solo uno de cada 100 muertes es en niños menores de 15 años.

Principales causas de muerte en países de ingreso medio bajo 2012	
Enfermedad	Número
Enfermedad isquémica cardiaca	95
Enfermedad cerebrovascular	78
Infección de tracto respiratorio inferior	53
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	52
Enfermedades diarreicas	37
Complicaciones del embarazo	28
HIV/sida	23
Diabetes Mellitus	22
Tuberculosis	21
Cirrosis Hepática	19
Por cada 100,000 habitantes	

WHO (2014)

En los países de bajo ingreso económico, 4 de cada 10 muertes son en niños menores de 15 años, y solo 2 de cada 10 son adultos de 70 años o más. Los decesos son por enfermedades infecciosas, respiratorias bajas, HIV/AIDS diarreas, malaria, tuberculosis, que de manera acumulativa representan un tercio de las muertes en los países. Las complicaciones al nacimiento por prematurez, asfixia neonatal, y trauma son las principales causas de deceso en neonatos y niños, La enfermedad cardiaca isquémica, el infarto, infecciones respiratorias bajas y epoc continúan siendo las principales causantes de muerte en la década pasada.

Las muertes por HIV/AIDS bajaron ligeramente de 1.7 millones (3.2) en el 2000 a 1.5 millones (2.7) en 2012. La diarrea ya no se encuentra entre las 5 causas de muerte, pero sigue estando entre los primeros 10, con 1.5 millones de muertes en 2012. La tuberculosis aun cuando ya no está entre las primeras 10 causas de muerte en el 2012 sigue causando muertes en el mundo con más de 900,000 en 2012.

Las muertes maternas bajaron de 427,000 en 2000 a 289,000 en 2012, pero sigue teniendo cifras inaceptables, casi 800 mujeres mueren diariamente por complicaciones en el embarazo o parto. Los accidentes continúan matando gente 5 millones cada año. En Accidentes de tráfico en el 2012 fueron 3500 decesos diarios convirtiéndose en el 2012 dentro de las primeras 10 causas de muerte mundial.

En el 2012 murieron 6.6 millones menores de 5 años casi todos estos decesos ocurrieron en países de ingreso económico medio y bajo. Estas muertes son principalmente por prematurez, neumonías, asfixia neonatal, diarreas. El 44% de los decesos ocurrieron antes de los 28 días de nacido (periodo neonatal), por prematurez fueron el 35%.

Principales causas de muerte en países de bajo ingreso 2012	
Enfermedad	Número
Infección de tracto respiratorio inferior	91
HIV/sida	65
Enfermedades diarreicas	53
Enfermedad cerebrovascular	52
Enfermedad isquémica cardiaca	39
Malaria	35
Complicaciones del embarazo	33
Tuberculosis	31
Asfixia al nacimiento y muerte neonatal	29
Malnutrición	27
Por cada 100,000 habitantes	

WHO (2014)

En relación a la política, se ha visto que sí es posible tener mejores niveles de salud en los países, específicamente si hablamos de esperanza de vida, mortalidad infantil y materna (Franco y Álvarez, 2004). Por su parte, la promoción de los Derechos Humanos tiene una importancia indirecta en las políticas de salud: acceso a los alimentos, medio ambiente y salud, violencia de género, por lo que debe formar parte de las políticas internacionales en un mundo global. La salud pública, como bien público global y las políticas públicas, tienen sentido si se apoyan en los derechos humanos mediante mecanismos de construcción ciudadana y de participación política (Álvarez y Umaña, 2005).

La liberalización del comercio de servicios que promueve la Organización Mundial del Comercio puede amenazar la financiación de los servicios públicos y la autonomía reglamentaria de los gobiernos. La posibilidad de poner en práctica medidas competitivas en los servicios públicos genera incertidumbre sobre su aplicación a los servicios sanitarios y mantiene muchos aspectos oscuros, por lo que debería ser objeto

del debate político y profesional (Álvarez y Franco, 2006). La salud pública, por su naturaleza multidisciplinar, junto a la epidemiología política, constituyen herramientas útiles para contribuir a incrementar el conocimiento científico en el ámbito de la salud con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de la oportunidad que constituye este acuerdo internacional, se ha profundizado poco acerca de las dificultades, fundamentalmente políticas, para su consecución. Por lo tanto, es necesario un cambio conceptual y metodológico basado en pasar de preguntarnos acerca de los determinantes sociales de la salud a cuestionarnos acerca de los determinantes políticos de los propios determinantes sociales. La creación de indicadores sensibles que abran camino las propuestas de política pública para privilegiar la vida, la calidad de vida y el bienestar, frente a la simple creación de riqueza económica (Palomo et al, 2006). Algunos de estos indicadores, son como la alfabetización y los niveles de educación, la esperanza de vida, indicadores de salud y de práctica sanitaria, respeto al medio ambiente, lucha contra la pobreza, satisfacción de necesidades básicas, seguridad urbana, acceso al trabajo, igualdad y solidaridad ciudadanas, se están incorporando a nuevos sistemas de evaluación que proporciona información sobre inequidades en renta y patrimonio, precariedad y siniestralidad laboral, trabajo clandestino, endeudamiento de las familias, violencia doméstica, criminalización de la pobreza o discriminación de la mujer y de los inmigrantes.

### **3.5 UNA VISIÓN ESPECÍFICA DE LA SALUD EN MÉXICO**

El principal problema del gobierno federal es que, hasta el momento, no ofrece una alternativa de cambio en la forma de operar ni en la perspectiva de oferta de los servicios de salud. Se continua desde hace más de 60 años con una visión conservadora y descriptiva de las formas de operación de los servicios dejando de lado problemas trascendentales en la operación de los sistemas de salud y de estrategias necesarias para una mejor atención de los individuos, en particular la que considera a los sujetos atendidos como personas que pueden y deben tomar decisiones sobre su salud y hacerlo de una manera informada y con libertad.

Algunos de los problemas añejos y no resueltos sobre la salud en México que pretenden mostrar la necesidad de un cambio reflexivo y evidentemente no total, en perspectiva y sustento.

Siempre se han llevado a cabo políticas de salud que se quedan en lo común, con propuestas y resoluciones mediáticas, que no buscan el cambio y que prefieren el contexto técnico académico y sobre todo político inmediato. Es indudable que los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos, de rehabilitación, de promoción de la salud y de otro tipo, suelen dar mejores resultados si cuentan con un sustento severamente probado y rígidamente controlado.<sup>64</sup> Es frecuente que tales recomendaciones operativas se centren en sujetos, tan prototípicos que no existen y que dejan de considerar a la persona humana en su integridad e individualidad. Se olvida el hecho de que la calidad en la atención de salud no se restringe a la probada calidad de los procedimientos técnicos seguidos, sino que también requiere de la consideración del contexto social, económico, emocional y cultural de las personas que son atendidas y de aquellas que sin serlo requieren de atención pero que no lo logran al no tener confianza o no tener recursos (no son sólo económicos, sino de accesibilidad, disponibilidad, congruencia ideológica, trato, etc.) para demandar la atención, lo que tiene como consecuencia que no se logre la cobertura deseada o propuesta. Se ha dejado de lado la propuesta vigente en otras partes del mundo, de que las decisiones sobre la salud de las personas las deben tomar ellas mismas y no ser impuestas desde la perspectiva de expertos asesores políticos o técnicos, que estas decisiones deben ser sustentadas en información clara y suficiente, lo que implica que el sistema de salud debe promover y sustentar la educación a la población sobre estos aspectos y no sobre juicios de condena sobre los “malos hábitos de vida”. Los modelos paternalistas en los que se basan las viejas prácticas, siguen siendo promovidos y se ha llegado a extremos tales que se habla en más de un sentido de la “nueva salud pública” refiriéndose a la

---

<sup>64</sup> Pero no es suficiente, se impone la visión del modelo médico hegemónico, donde la eficacia, (que tiene la virtud de producir el efecto deseado), de los métodos se sobrepone a la consideración social.

salud como el nuevo culto que norma desde la perspectiva técnica, un deber ser extremadamente biologista, rígido y generador de estigma.

La necesaria coordinación entre los servicios de salud y la formación de recursos humanos presenta una serie de problemas que no se han resuelto y en algunos casos no se han planteado ni discutido de forma seria. Dos ejemplos son relevantes. El caso médico es interesante revisar, al año se gradúan como médicos en todo México alrededor de 25 mil individuos, de los que sólo pueden acceder a las residencias médicas, en el mejor de los casos, una quinta parte. El resto queda limitado al ejercicio de la profesión como médico general, y de estos la mayoría no se dedica a la profesión médica en las áreas en las cuales se requieren sus servicios ya que prefieren estar dentro de las grandes o medianas urbes, en lugar de los sitios aislados y alejados que viene siendo el 80% del territorio nacional, el resto simplemente se dedica a otras actividades. Otro de los grandes errores en nuestro sistema de salud, es que el mejor criterio de evaluación de la calidad de los estudiantes de medicina es el índice de aprobación de sus egresados para acceder a la residencia médica; existe el cuestionamiento de que si se forman médicos para acceder y estudiar una residencia médica o se forman médicos generales para la atención de las poblaciones en el 80% de sus padecimientos, dependiendo de la elección de cada escuela o facultad, deberían evaluarse los resultados en relación al área laboral en que se desarrollan sus egresados, para visualizar realmente su impacto en la comunidad, esto no se hace.

El incremento en cantidad, calidad y recursos tecnológicos de los servicios de salud privados por sobre los servicios públicos, tiene como consecuencia la reafirmación de la brecha entre las personas de ingresos bajos y las de mayores ingresos.

La imposibilidad del Estado para regular adecuadamente el funcionamiento de los seguros de gastos médicos, es motivo de discusión en diversas partes del mundo desafortunadamente, aquí no se ha considerado seriamente. Los problemas más relevantes en este campo se caracterizan por la imposición de las compañías aseguradoras a los profesionales de la salud sobre criterios diagnósticos específicos y

de un manejo limitado por encima de la opinión de los expertos y el paulatino proceso que convierte al libre ejercicio de la profesión médica en un sistema restringido de ingresos condicionados al cumplimiento de una norma definida por la aseguradora.

Existe la imposibilidad operativa de elegir servicio médico, ya que la tendencia es que los servicios de salud privados tengan la opción de cobrar más si la persona elige el servicio que considera mejor o más cercano. Esto viene siendo el resultado de una visión economicista de la oferta de servicios, donde una persona que tiene derecho a los servicios otorgados por la seguridad social, tendrá que pagar cuotas muy altas por el servicio privado obligándola por consecuencia a que se atienda en el servicio médico de seguridad social, Secretaría de Salud (estatal o federal) IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, etc. Esto en cierto momento podría resolverse con relativa sencillez si las instituciones de salud llegaran a acuerdos sobre la atención subrogada o la integración del sistema de salud como un todo único de servicios de salud y no a través de obligar a los pacientes a la atención a la que tienen “derecho”.

Otro de los campos en los que se tienen problemas como ya lo hemos descrito es el campo de la salud mental, donde continuamos siendo un país atrasado en cuanto a reformas en psiquiátrica, como se ha planteado; supresión de hospitales psiquiátricos, incorporación de salas psiquiátricas en hospitales generales, manejo ambulatorio de pacientes, el trabajo conjunto con organizaciones sociales para mejorar la percepción social del enfermo psiquiátrico y su incorporación en la mayoría de los casos a una vida productiva. Un problema característico de la respuesta tradicional a este problema fue la creación de una institución encargada de la atención, sin resultados evidentes.

Hay que plantear la necesidad de revisar con detenimiento el sustento de las políticas de índole social, las de salud lo son incuestionablemente, con el fin de recomendar como necesaria la participación de perspectivas diversas, particularmente aquellas que incorporen una visión humanista y responsable que priorice a la persona humana, por sobre perspectivas impositivas y paternalistas.

### 3.5.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En el informe Flexner sobre educación médica de principios de siglo pasado se introdujo un modelo basado en principios científicos. Dando inicio y reforzamiento a la tendencia de extender el enfoque del cuidado de la salud basado en una medicina de tipo curativo, aplicada al individuo y a la reparación de un daño. Posterior a la segunda guerra mundial, inicio un periodo donde se acentuó esta tendencia antes señalada por la explosión de nuevos conocimientos sobre la naturaleza del ser humano y de los agentes patógenos que le afectan, así como por las numerosas innovaciones tecnológicas que se tradujeron en más amplios recursos terapéuticos, lo cual sin lugar a dudas significó un extraordinario avance en términos de la científicidad médica.

A pesar de ello, en la década de los cincuenta se empezaron a alzar voces que clamaban por un enfoque poblacional en el cuidado de la salud donde se empieza a tomar como objetivo a la colectividad y la prevención de los factores de riesgo a la salud como la característica esencial. A partir de este momento se considera el carácter anticipatorio de la prevención sobre la medicina curativa que a la postre significaba la reparación del daño. Los altos y crecientes costos de esta última, fueron un criterio fundamental para los países que buscaban formas, al alcance de sus posibilidades económicas, para que los ciudadanos logaran mejores condiciones de salud.

En varias partes del mundo las naciones hicieron los esfuerzos necesarios, con la pretensión de dar operabilidad a la variación de las tendencias antes expresadas, que han sido connotadas como el cambio en el paradigma del cuidado de la salud.

De esta manera, los ministerios de salud de las Américas reunidos en 1972 en el seno de la Organización Panamericana para la Salud (OPS) aprobaron el plan decenal de 1971-1980, el cual establecía una estrategia de "extensión de cobertura hacia las poblaciones rurales, urbanas y no urbanas, no atendidas o sub-atendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas de servicios de salud, el aumento de la capacidad operativa y el desarrollo y utilización de tecnologías adecuadas, con el

propósito de maximizar la eficacia y la productividad de esos sistemas". Al evaluarse la experiencia de esa década, los ministros de salud se pronunciaban por la APS como la estrategia principal de la extensión de la cobertura dentro de un contexto intersectorial. (OPS, 1972)

Para hablar de la atención primaria a la salud, necesariamente se tiene que empezar la historia hablando de la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual constituyó en su tiempo un hito, ya que por primera vez se estaba enlazando el derecho humano a la salud mundialmente reconocido, con una estrategia viable que permitiera su conquista. Además ante la evidencia incontrovertible de “la salud como un derecho inalienable del ser humano” se acepta universalmente que “sin salud no hay desarrollo económico” y sin desarrollo económico no puede invertirse en programas sociales prioritarios de los habitantes de una nación (OMS, 1978; 1981).

La atención primaria de la salud se apoya en la declaración de Alma Ata, de los años 70: “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”. Si bien para muchos este objetivo era utópico y su enunciación consistía sólo una declaración para tranquilizar conciencias, el lema implicaba un cambio radical de las políticas existentes, pues se trataba de privilegiar a los más necesitados.

En 1978, se adopta la concepción de atención primaria a la salud, estrategia global y revolucionaria que involucra al sistema sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. Tal filosofía impulsa un cambio que promueve el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad y la justicia y que alcanza una dimensión social y política insoslayable, siendo éste el nivel de análisis que la problemática requiere.

El documento emanado de la conferencia internacional, manifestaba que la atención primaria a la salud constituía la clave para reducir las desigualdades en salud que se presentaban entre los países y lo peor de todo dentro de los mismos, por ende, para lograr la ambiciosa pero inalcanzable meta de una “Salud para todos” en el año 2000.

El documento definía la atención primaria de la salud como unos servicios de “atención sanitaria básica” basados en intervenciones científicamente probadas.

Si recordamos que la declaración de Alma-Ata surgió a partir de los movimientos mundiales en pro de una justicia social equitativa y globalizadora, que había generado la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional de 1974 de la Organización de Naciones Unidas, las dos ponían de relieve la interdependencia de la economía global e impulsaban el intercambio de ayuda y conocimientos con miras a revertir las crecientes desigualdades económicas y tecnológicas que existían entre los países industrializados y los países en desarrollo, cuyo crecimiento históricamente se había visto impedido en muchos casos por la colonización (ONU, 1974).

En Alma Ata adoptaron por consenso los países la definición de Atención Primaria a la salud como: “El conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación. La atención primaria a la salud forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad, es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal”. La definición por sí sola despejó muchas dudas sobre el verdadero significado y los alcances de la estrategia y llevó a un entendimiento general del valor que podía tener como mecanismo de cobertura para corregir la desprotección apreciada en grandes grupos poblacionales (OMS, 1978)

Es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino

que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.

En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia -con sus saberes y cultura- y la medicina científica, por otra parte, esta estrategia debe promover una distribución más justa de los recursos.

En Alma Ata se reemplazó el viejo concepto de “salud como ausencia de enfermedad” y se impuso el más ambicioso y moderno de Salud como “Bienestar físico, psicológico y Social” con lo cual se involucraban los ideales de todo ser humano, a la vez que se comprometía el esfuerzo de los diferentes estructuras gubernamentales, y se involucraba directamente a la comunidad en lo referente a las acciones dirigidas a su auto cuidado.

Uno de los grandes esfuerzos realizados por los países representados en Alma Ata, en 1978 se consideró a la atención primaria a la salud como una estrategia de lucha contra la pobreza, que conducía a una falta de cobertura en servicios de salud, sobretodo que, con el pretexto de los altos índices de pobreza surgía la consiguiente inequidad con que se atendía a la población.

Como se desprende de la nueva concepción de Atención Primaria en salud a la vez que se compromete el esfuerzo de los países, se involucra a la comunidad que debe formar parte activa del proceso en acciones preventivas y de auto cuidado, por fuera de la actitud de sujeto pasivo. La comunidad no puede improvisar su participación, sino que se requería de información adecuada, de la preparación necesaria para hacer efectivo su papel. En estas condiciones la Atención Primaria llega a ser una función de salud esencial, con participación plena de todos los habitantes, poco a poco se iba

sembrando el concepto de que el individuo era un componente activo como gestor de los mecanismos que conducen a su propio bienestar.

Se consideraba que con unas cuantas políticas públicas internas en los países y un mucho de voluntad política gubernamental, estos servicios serían universalmente accesibles para las personas y las familias, a un costo que se hallara al alcance de las comunidades y los países en su conjunto. La atención primaria de la salud engloba ocho componentes mínimos: educación para la salud, nutrición adecuada, atención materna y neonatal, saneamiento básico, agua apta para el consumo, control de las enfermedades infecciosas más graves mediante inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas de cada región, tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, y un suministro de medicamentos básicos (OMS, 1978; 1983).

Se exhorto a los gobiernos a formular políticas nacionales que incorporaran la atención primaria de la salud a sus sistemas nacionales de salud, invitándoles a dar la consabida importancia a la atención sanitaria comunitaria, como reflejo de la realidad política y económica de un país (Kleczkowski, 1984). El modelo estaba intencionado para que llevara a “la atención sanitaria lo más cerca posible de los lugares de trabajo y residencia de las personas”, lo cual posibilitaría el acceso a los trabajadores sanitarios, médicos y auxiliares de enfermería pertenecientes al ámbito comunitario para satisfacer las necesidades de la comunidad, además, se promovía de manera excelsa el espíritu de solidaridad entre los integrantes de las comunidades, alentándoles a participar en la planificación y aplicación de los programas de atención sanitaria (Participación Comunitaria), los mecanismos de referencia y contra-referencia complementarían el alcance del programa ya que la comunidad tendría también acceso a los servicios integrales de segundo y tercer nivel en caso de ser requeridos por las personas más pobres y marginadas (Frenk y Donabedian, 1992).

Desde los años 50 del pasado siglo, posterior a la segunda guerra mundial, se aprecia como característica mundial un aumento notable de los índices de pobreza en todos los

países, aumento de la morbilidad y al mismo tiempo disminución de los niveles de atención sanitaria.

Un aspecto fundamental inherente a esta atención primaria a la salud, es que busca superar las inequidades existentes en la mayoría de los países, muchas veces propiciadas por los mismos sistemas de salud vigentes. Aún cuando se haya afirmado en un momento determinado que la atención primaria a la salud estaba constituida por un grupo de servicios elementales de tercera categoría, para una población también de tercera categoría, con el transcurrir del tiempo y la cuidadosa aplicación de la estrategia se ha llegado al reconocimiento creciente de la atención primaria a la salud como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y al creciente consenso respecto a que la atención primaria a la salud es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de equidad en el servicio. Ha llegado a constituirse también en una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud tal como lo definió la Comisión de la Organización mundial de la salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud y para codificar la salud como un derecho humano, como lo han reconocido la mayoría de las constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros (Gil et al, 2006).

Los inicios e inspiración a partir de la cual podemos decir que la atención primaria a la salud parte existen ejemplos de los países más pobres: las clínicas para menores de cinco años de Nigeria, los médicos descalzos de China y los sistemas sanitarios de Cuba y Vietnam, dieron pauta al mundo de lograr avances tangibles sin la infraestructura existente de los países industrializados.

A la Conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud en Alma Ata, asistieron 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales, lo que hizo que en su día fuera la conferencia más extensa consagrada jamás a una única cuestión relativa a la salud y el desarrollo internacional. Había obstáculos que impedían el logro de los

objetivos, por una parte, la declaración no tenía un carácter integrador y vinculante, desde el primer momento surgieron disensiones conceptuales sobre la definición de términos y expresiones fundamentales tales como el “acceso universal”, que aún hoy en día persisten.

Con la continuidad de la guerra fría estas desavenencias incrementaron; las marcadas diferencias ideológicas existentes entre los mundos dominantes económica y bélicamente en ese periodo de tiempo, capitalistas y comunistas hicieron que no existiera el consenso necesario aptar avanzar en la implementación de las nuevas estrategias en salud, así mismo la celebración de la reunión fue en Alma-Ata, lo que entonces era la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas; el revuelto panorama económico al inicio de los ochenta contribuyó a que se diera un abandono a la estrategia de la atención primaria de la salud, para la cual se veían muy distantes los resultados que demandaban los gobiernos y por supuesto la población, en favor del modelo más asequible de atención sanitaria selectiva, orientada a tratar enfermedades y dolencias específicas para lo cual se tenían los resultados inmediatos así como la presencia de infraestructura que daba relevancia a las actividades y compromisos establecidos por los gobiernos en sus políticas sanitarias.

A través de los años se ha visto un relativo éxito de la atención primaria de la salud en los países en los que se ha implantado, los avances en la mejora de la salud pública de las poblaciones ponen de manifiesto que por medio de un modelo sanitario basado en la comunidad como este con el cual se tiene la flexibilidad y aplicabilidad para poblaciones enteras donde se encuentran las diversas motivaciones para la presencia de las enfermedades y no solamente encontrar la respuesta de alivio momentáneo a enfermedades o dolencias particularizadas.

A pesar del avance limitado hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los numerosos obstáculos que impidieron la aplicación de los principios propugnados en Alma-Ata han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que debemos abordarlos si queremos alcanzar esos objetivos en la actualidad, debemos tomar en consideración

los nuevos peligros que se encuentran permanentes para la salud mundial y la seguridad humana, el cambio climático, la pandemia de la influenza y la crisis alimentaria mundial; son elementos que dan paso a un interés renovado por la atención primaria de la salud por ser problemas poblacionales y globalizados, se tiene además pruebas cada vez más abundantes que avalan la eficacia y rentabilidad de las iniciativas que combinan la atención en el hogar y en la comunidad con servicios de extensión y de atención en establecimientos sanitarios de primer nivel de atención básica para evitar la propagación de determinadas patologías, por lo cual los gobiernos, aliados internacionales y organizaciones civiles puedan dar un nuevo impulso a la atención primaria de la salud.

La estrategia de atención primaria ha tomado fuerza, ante las dificultades en el cumplimiento de los sistemas de seguridad social en salud de los países incluyendo los más desarrollados. Los preceptos de equidad, cobertura universal y calidad no han alcanzado las metas propuestas por dificultades en el desarrollo del proceso en parte por las malas interpretaciones de la ley, por una reglamentación inconsistente y/o debilidad en el seguimiento y vigilancia estricta por parte de los organismos del Estado.

Algunos países, especialmente los menos desarrollados, en su afán de mejorar la cobertura de servicios de salud, interpretaron la atención primaria como un ejercicio superficial para el manejo de los primeros síntomas de la enfermedad; otros buscaron subterfugios de atención que dieron respuesta fútil a los trastornos psicofísicos generando, como era de esperarse, insatisfacción en los usuarios. Estos manejos inadecuados sembraron la desconfianza sobre el significado y los alcances de la atención primaria, que fue desfigurando su imagen hasta convertirla en mecanismo para salir del paso ante la enfermedad.

Surgieron en un principio todo tipo de interpretaciones en relación con la bondad de esa primera atención y lo que podía significar un aporte positivo para mejorar la cobertura con calidad, se convirtió durante algunos años en escaramuza que despertó reacciones de organizaciones para atención de la salud. Para muchos esa atención considerada

elemental generaba en general rechazo de los usuarios, para otros significaba una solución transitoria y para muy pocos una forma efectiva de extender los servicios de salud a población que en otra forma no podría recibirlos.

La atención a la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales.

Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de "atención". Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

La intersectorialidad implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones, con independencia de relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio-comunitarios.

La atención primaria de la salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, equidad y justicia social.

Partiendo de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y entendiendo que está influido por múltiples factores, donde lo social tiene un peso sustancial, es necesario recabar información de diferentes áreas. Esta información permite concretar abordajes, seleccionar diversas intervenciones para situaciones diferentes, y dar respuestas a quienes más las requieren.

El criterio de riesgo permite focalizar a la población más vulnerable, para poder introducir información que identifique a los grupos de poblaciones más expuestas o que

afronten mayores riesgos de quedar excluidos o discriminados por políticas de corte universal. Esto permite, por lo tanto, construir equidad con eficiencia en el uso de recursos y eficacia en las acciones, concentrándolas en la participación de los sectores más necesitados.

Es evidente que, si se quiere mejorar la salud y que ésta funcione como estrategia para reducir la pobreza, se tiene que tener en mente la forma de llegar a los pobres, una forma de lograrlo es por medio de servicios de atención sanitaria adecuados y de calidad, es importante luchar contra los inconvenientes del desarrollo humano: pobreza, ignorancia, enfermedades, entornos insalubres y muerte prematura por causas prevenibles.

Se ha dicho que la atención primaria a la salud es clave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos los habitantes del planeta, en el momento en que se convierte en la base del movimiento «Salud para Todos», slogan o estandarte de batalla, sin embargo, el contenido sustantivo ha sido mal entendido, pues se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social, y más burocrática que política. Cuando Hafdan Mahler entonces director de la organización mundial de la salud, propone "Salud para todos en el año 2000" en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico. La segunda parte, referida al año 2000, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables (Declaración de Alma Ata, 1978).

Además de haber emitido un llamado en favor de la equidad y la justicia social, la iniciativa «Salud para Todos» desencadenó una lucha política en al menos tres frentes: Primero, se propuso incorporar la salud en el programa político de desarrollo, dar mayor relieve a la salud y aumentar su notoriedad, Segundo, se procuró ampliar el enfoque de la salud y distanciar éste del modelo puramente médico terapéutico, reconociendo con

esto el poder de la prevención, además se reconoció que la salud tiene múltiples determinantes, algunos de ellos en ámbitos no sanitarios, eso significa que son muchos los sectores del gobierno que han de colaborar y prestar atención a sus repercusiones en la salud, reconociendo con esto que los distintos sectores actúan de forma aislada, fragmentaria, de acuerdo con una jerarquía que, por lo general, situaba a la salud casi al final de la lista, por último, la Declaración de Alma-Ata sostenía que el mejoramiento de la salud de la población y el aumento de la productividad económica y social debían ir acompañados uno del otro y fortalecerse recíprocamente con lo cual incide en el sector político de los gobiernos, para considerar a la salud como algo mucho más importante que un gravoso deber político y un pozo sin fondo, ávido de recursos públicos (Declaración de Alma Ata, 1978).

Los adelantos realizados para mejorar la salud de los pobres y reducir las grandes disparidades existentes en los resultados sanitarios han sido, de hecho, más lento de lo deseado.

### **3.5.2 ¿Dónde se encuentra México?**

En México solo por mencionar algunos datos aislados y entrar en una perspectiva de infraestructura, la red de servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), a principios de los setenta contaba con 2 460 centros de salud denominados A, B y C, según su categoría. Los primeros, en número de 561 para zonas urbanas, eran como pequeños hospitales sin tener área de encamados pero que si incluían consultorios para ciertas especialidades (pediatría, gineco-obstetricia, tuberculosis, oftalmología y odontología).

Los 503 de tipo B y los 1,396 de tipo C realizaban actividades que pueden asimilarse a la APS (vacunación, atención materno-infantil, educación para la salud, detección y notificación de enfermedades). Los centros de salud eran atendidos por 4,000 médicos, 489 enfermeras y 6,200 auxiliares de enfermería a los cuales se agregaban anualmente 2,300 pasantes de medicina y 700 de enfermería. Concurrían también 1,039 auxiliares

de comunidad. La SSA llevaba a cabo un programa de dotación de agua potable en comunidades rurales (3,000 obras en poblaciones con menos de 2,000 habitantes).

Debe destacarse el Sistema Estatal de Salud implantado por el Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo desde los principios de la década de los setenta, pues ahí se hizo uso de auxiliares de salud, extraídos de la comunidad y convenientemente adiestrados (Prodiaps), un esquema de referencia a otros niveles y un sistema de información computarizada (Baz, 1987).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) implanto las unidades de medicina familiar en 1970 y abrió la residencia en esa disciplina en 1974. Se estableció ahí la puerta de entrada de los derechohabientes al sistema de salud de esa institución de seguridad social, por un primer nivel de atención en el que se daban elementos de la APS.

El concepto del cambio en el paradigma en el cuidado de la salud fue ganando adeptos hasta que, en 1978, convocados sus países miembros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) produce la declaración de Alma Ata que postulo la meta *Salud para todos en el año 2000 y la estrategia de la Atención Primaria a la Salud*. (Soberón y Laguna y Ruiz, 1983).

El compromiso de Alma Ata

Cuando los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud aceptaron que la estrategia de atención primaria constituía un instrumento de gran utilidad para atender los problemas de salud, establecieron que esta consistía en la "atención esencial de cuidados de salud, que debería ser técnicamente valida, económicamente factible y socialmente aceptable".

Es preciso que para el año 2000 ningún individuo, en ningún país, debería tener una salud inferior a cierto nivel (OPS, 1980; Roses, 2007). Esto implicaba que:

- "El estado de salud de todos los miembros de una población debería ser tal, que les permitiera trabajar y participar activamente en la vida de la comunidad en la cual viven."
- "Una atención de cuidados de salud suficiente para satisfacer las necesidades humanas básicas, accesible a todos en forma aceptable y oportuna".

Estos planteamientos tuvieron un impacto en la filosofía, políticas y forma de gestión de la salud, principalmente en los enfoques y estructura de los sistemas de atención. El paradigma histórico del cuidado de la salud, basado en una medicina curativa, se movió un tanto más aprisa hacia el enfoque promocional y preventivo, con amplia participación de la sociedad y con mayor intervención multidisciplinaria e intersectorial.

Pronto se advirtió que aun cuando la atención primaria constituía una alternativa de gran flexibilidad para ampliar la cobertura, mejorar el nivel de la salud y, en general, hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, se requería un gran esfuerzo del Estado y de toda la sociedad, que incluía desde la planeación hasta la asignación de recursos financieros para fortalecer los sistemas de salud, pasando por la capacitación del personal de salud con el enfoque promocional y preventivo correspondiente.

Cada región y/o país establecería sus propias metas y objetivos, compatibles con lo anterior, de acuerdo a sus propias necesidades, recursos, cultura y problemas específicos, pudiendo incluir otras metas y objetivos. Es así que Europa estableció su propio plan, lo mismo que Estados Unidos de América, Canadá y Cuba, proponiendo no solo metas mucho más altas para los aspectos básicos, sino, además, incluyendo variados aspectos no considerados en la propuesta inicial: calidad de atención, control de la hipertensión y medidas anti tabáquicas.

Para la región de las Américas los valores establecidos como meta a lograr en todos los países fueron de 70 años o más para la esperanza de vida al nacer y de 30 o menos para la mortalidad infantil.

Que es lo que sucedió en México como respuesta política (SSA, 1988; Soberón, 1988).

### *1. Mayor cobertura de los servicios*

En nuestro país, dos programas de extensión de cobertura, concebidos y planeados en los tiempos de la declaración de Alma Ata, tomaron como estrategia fundamental la APS. Ellos fueron:

#### a) IMSS-COPLAMAR

El 25 de mayo de 1979, el Instituto Mexicano del Seguro Social suscribió un convenio con COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), que dio lugar a un programa dirigido esencialmente a las zonas rurales; fue diseñado para proporcionar atención a la salud a cambio de jornadas de trabajo comunitarias, con ello el IMSS extendió la solidaridad social iniciada en 1974. El programa IMSS-COPLAMAR construyó 3,025 unidades medicas rurales, sesenta clínicas hospital de campo; y su universo "acumulado" de cobertura, se menciona inicialmente, alcanzaba 18 millones de habitantes (Soberón y Martuscelli y Álvarez, 1988), si bien en 1984 se ajusto la cobertura real a 10.8 millones. (SSA, 1984)

Las unidades médicas rurales contaban con medico, enfermera o pasante de enfermería, quienes normaban su operación mediante un diagnostico de situación y acciones definidas siguiendo un rotafolio guía; las actividades preventivas comprendían vacunación y educación para la salud; se incluía asimismo detección y tratamiento de enfermedades, organización comunitaria para la salud, promoción del saneamiento y referencia de pacientes. Se vincularon los servicios de salud con comités locales, con apoyo en una red de voluntarios, denominados "encargados de comunidad". En algunas regiones del país se incorporaron proveedores de medicina tradicional.

Aun cuando causo extrañeza que un programa para población abierta en el área rural hubiese sido encargado al IMSS, al parecer el vigor administrativo de la institución fue determinante para esa decisión.

#### b) Programa de Salud en las Zonas Marginadas de las Grandes Urbes

La evolución del país dentro de un modelo de industrialización y creación de oportunidades en el área urbana trajo consigo la emergencia de grandes zonas marginadas en las más importantes zonas del país.

Respondiendo a las crecientes demandas, el 9 de abril de 1981 la SSA inicio formalmente el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes. El proyecto "se sustenta en la estrategia de la atención primaria a la salud, con énfasis en la medicina familiar, en la necesidad de integrar a la población a los programas en la conveniencia de elevar su capacidad para atender sus problemas de salud en la promoción del cuidado del saneamiento y del medio ambiente y en la precisión de los trabajos que corresponden a este nivel, en un sistema escalonado y regionalizado" (Bustamante, 1982).

El programa se realizó en cuatro áreas metropolitanas del país: la ciudad de México, Monterrey, N.L., Guadalajara, Jal., y León, Gto. Se construyeron 260 centros de salud de uno, tres y seis consultorios (este último con un área odontológica para el sistema de "cuatro manos").

Cada consultorio podía albergar dos módulos de atención primaria, trabajando en dos turnos. Cada módulo, con responsabilidad de 500 familias, estaba constituido por un médico, una enfermera y un promotor. Por cada diez módulos había un supervisor. Estaban diseñados para un máximo de 6,000, 18,000 y 36,000 habitantes, según densidades demográficas. Se contrataron 1,451 médicos, 1,083 enfermeras, 334 odontólogos, 1,191 promotores sociales y 102 estadígrafos para el sistema (SSA, 1981).

Los servicios incluían promoción, educación, atención materno-infantil, detección y tratamiento de enfermedades, referencia de pacientes, alimentación complementaria, educación y vigilancia nutricional y atención de problemas ambientales; así como atención odontológica de primer nivel.<sup>6</sup> Para el año de 1982; el programa llegó a tener una cobertura registrada de 4.5 millones de personas y a duplicar el número de atenciones de este nivel que proporcionaba la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## *2. El cambio estructural en la salud*

Las cuantiosas erogaciones que requerían los dos programas antes mencionados sin que hubiese una adecuada coordinación entre ellos ni un apropiado deslinde en sus alcances causó preocupación del gobierno federal que, en consecuencia, decidió hacer una valoración integral de los servicios públicos de salud en el país. Para ello, en agosto de 1981 creó un organismo especial denominado Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, cuya misión, definida en su mandato, fue: "determinar los elementos normativos, técnicos, administrativos y financieros de los servicios públicos de salud a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que de cobertura a toda la población".

Los trabajos de esta coordinación, revelaron que a pesar de los esfuerzos realizados, persistían tradicionales daños y riesgos a la salud y que cerca de 14 millones de personas no tenían acceso a servicios permanentes. Existía una gran inequidad, pues había una brecha importante entre quienes tenían recursos para acceder a la medicina privada o eran derechohabientes de la seguridad social y quienes debían recurrir a los servicios públicos de salud para población abierta. Problemas serios para ampliar los servicios básicos eran la centralización, la insuficiente coordinación institucional y sectorial y la falta de actualización de los procesos de administración y de participación de la comunidad. Se advirtió también la conveniencia de impulsar la investigación en servicios de salud y la formación de personal, la búsqueda de tecnologías y el

desarrollo de un modelo de atención que homogeneizara la organización y la prestación de servicios de salud. (SSA, 1984; Abrantes y Almeida, 2002)

Los planteamientos de la Coordinación de Servicios de Salud, que fueron adoptados y puestos en práctica dentro del Plan de Gobierno 1982-1988, conformaron un movimiento de reforma estructural y consolidación del Sistema Nacional de Salud. El punto de partida fue la incorporación, en 1982, del derecho a la protección a la salud al artículo 4º constitucional y de su reglamentación en la Ley General de Salud, a partir de 1983.<sup>65</sup>

Los cambios introducidos en el periodo 1982-1988 y el desarrollo de sus estrategias instrumentales, tuvieron repercusiones importantes en la estructura y desarrollo de la atención primaria. Fueron particularmente trascendentes los siguientes elementos:

- *La descentralización*, que llevo a fortalecer los sistemas y recursos de las 14 entidades federativas descentralizadas, que aumentaron 12% sus recursos humanos, físicos y financieros; integraron en un solo esquema institucional los servicios de la SSA y del programa IMSS-Solidaridad y con ello facilitaron las líneas de referencia y centrar referencia; se homogeneizaron los procesos y subsistemas. Las evaluaciones realizadas durante el proceso mostraron que después de un periodo de ajuste en que se advertía una disminución de las actividades, a los seis meses se presentaba una recuperación que llegaba hasta un 25% de incremento de la productividad. (SSA, 1988)

Se implantaron además programas de reforzamiento de los servicios estatales en apoyo para la descentralización, los cuales determinaron, en el periodo 1984-88, la rehabilitación, ampliación o construcción de un total de 1,511 unidades de salud, la mayor parte de atención primaria; también se puso en práctica un programa de

---

<sup>65</sup> Ya para este último año, el Secretario de Salud de México informaba "En los últimos cuatro años, la construcción de unidades de atención primaria del sector pasaron de 3,476 a 7,372 con un aumento de 112% en el periodo, disponiéndose de cerca de 15,000 consultorios para el desarrollo de este tipo de atención. El crecimiento de la infraestructura para estos servicios fue muy superior al de otros recursos. Las unidades de atención hospitalaria crecieron 12.5% en el mismo periodo". (SSA, 1984)

auxiliares de salud que proporcionaban servicios de inmunización, hidratación oral, planificación familiar, atención prenatal, educación para la salud y manejo de 13 medicamentos esenciales; para 1988, se contaba con 12,966 auxiliares que cubrían el 97% de las comunidades de entre 500 a 2,500 habitantes. (PND 1988-1994).

- *La participación de la comunidad*, que dio lugar al fortalecimiento de las relaciones con los servicios y abrió nuevas modalidades para la participación en la gestión, como los comités y los patronatos en las unidades y la toma de decisiones en los Comités de Planeación del Desarrollo Estatal (COPLADE). De esa época proviene la participación de grupos en las jornadas intensivas de vacunación.
- *Los sistemas locales de salud (SILOS)*. Tanto en los estados descentralizados como en los desconcentrados se fortalecieron los sistemas locales de salud (jurisdicciones), incorporando a su estructura organizativa unidades técnicas para la gestión de la atención primaria de la salud, y estableciendo mecanismos para la homogenización de procesos y para la supervisión.
- *El modelo de atención a la salud* implantado, que definió las características, servicios, infraestructura, equipo tecnológico y normas de operación por cada uno de los niveles de atención. El modelo establecía que la puerta de entrada al sistema y el mecanismo de relación con la comunidad debiera ser la atención primaria de la salud, (López y Blanco, 2001; MAS 1984-1988 SSA, 1984.) conformada por los siguientes rubros de acción:

### 3. *El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud México-BID*

En febrero de 1986 arranco un programa especial de extensión de cobertura en áreas seleccionadas con apoyo financiero del Banco Mundial, el cual comprendió la construcción de diez hospitales generales y 120 centros de salud. De especial interés es que este programa tuvo características particulares: la elaboración de documentos

guía para la operación de los servicios, tanto en las unidades rurales como en las urbanas, la capacitación de 1,182 personas responsables de la operación de las nuevas unidades dirigida primordialmente al personal de atención primaria y un componente de investigación realizado por el Centro de Investigaciones en Salud Pública que incluyó una primera evaluación de la atención primaria en el país, que tuvo como finalidad conocer y cuantificar las relaciones que existen entre la calidad de la atención proporcionada en los centros de salud y el estado de salud de la población. (SSA, 1988)

#### *4. La reconstrucción de los servicios de salud después de los sismos de 1985*

Los temblores de septiembre de 1985 afectaron principalmente a la infraestructura hospitalaria; el programa de reconstrucción comprendió la construcción del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, del Hospital Juárez de México, cinco hospitales nuevos en las zonas conurbanas del D. F. y uno en Toluca, así como la reconstrucción del Hospital General de México de la SSA y del Hospital Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). No obstante, también incluyó la rehabilitación de 14 centros de salud y la construcción de cuatro nuevas unidades urbanas de seis consultorios, gracias a donativos de la agencia alemana Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) y el Grupo Texas Response de Estados Unidos. El modelo adaptado por la GTZ incluyó áreas de radiodiagnóstico y laboratorio clínico; también se puso en práctica un sistema de seguimiento y evaluación a cargo de un investigador de dicha agencia y del Instituto de Salud del Estado de México. (PRSS SSA, 1986)

#### *5. Los Centros Avanzados de APS (CAAPS)*

En el periodo se desarrollaron unidades con una modalidad de atención primaria que incluía servicios de especialidades básicas, tres en el D.F. (Ajusco, Milpa Alta y viejo Hospital Juárez) y otra en Acapulco, Guerrero. El modelo, denominado entonces Centro Avanzado de Atención Primaria de la Salud, tenía las siguientes finalidades:

- Elevar la calidad de la atención en las unidades de primer nivel.
- Racionalizar y descongestionar la atención de especialidades hospitalarias.
- Ampliar espacios para la enseñanza y la investigación en APS.

Con ciertas variantes de instrumentación, el modelo se basa en un esquema territorial domiciliario, en el cual se realiza un inventario de factores de riesgo que de la base para estimar los riesgos personales y familiares. Sobre el diagnóstico de riesgos personales y familiares se elabora un programa local de salud que es el punto donde aterriza el enfoque anticipatorio, es decir, la posibilidad de actuar en el momento en que es posible prevenir. Los componentes básicos del centro fueron los servicios avanzados de primer contacto, atención de urgencias, partos eutócicos, seguimiento y control de padecimientos crónicos e información, complementados por programas de enseñanza, investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud.

#### *6. La residencia en APS*

En 1986 la Dirección General de Enseñanza en Salud de la SSA propuso una estrategia de aplicación nacional encaminada a promover la APS, tenía un carácter intensivo y extensivo para reafirmar el concepto y elevar la calidad de la APS, así como ampliar su correcta aplicación en todo el país.

#### *7. La creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).*

En 1987 se fusionó la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), fundada en 1922, con el Centro de Investigación en Salud Pública y el Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, ambos establecidos en 1984. Previamente, en 1981, la Escuela se había reestructurado para dar lugar a un Centro de Capacitación y Desarrollo (CECADE) para el personal de salud con la idea que retuviera y se concentrara en la formación de personal de alto nivel que el sistema requiere mediante la impartición de programas de posgrado conducentes a los grados académicos de maestría y doctorado (Frenk y Duran, 1990).

### **3.6 INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD**

Desde tiempos antiguos se ha evidenciado en todas partes del mundo la tendencia hacia la creciente organización social de los servicios de salud.

Las primeras sociedades poseían la conciencia social o colectiva de la necesidad de servicios de salud; los brujos o chamanes tenían la obligación de expulsar a los malos espíritus; en Babilonia se crearon códigos legales; los hebreos formularon leyes de sanidad; en Grecia se nombraban médicos para servir a los pobres; en Roma había médicos particulares para los terratenientes y esclavos de estos y las legiones romanas tenían asignados cirujanos y hospitales militares; en la Europa medieval la iglesia era el mayor poder organizado y los monasterios los principales depósitos de conocimientos médicos; con el renacimiento las universidades comenzaron a formar médicos metódicamente, a partir de este momento inicio el ejercicio libre de la profesión ya que los médicos ya no se encontraban al servicio de particulares sino que ofrecían sus conocimientos libremente; con la revolución industrial Europea se empezaron a promulgar las primeras leyes de higiene pública originando un despertar sanitarista por todo el mundo, en Alemania se estableció por primera vez el seguro obligatorio para compensar la incapacidad y los gastos de atención médica a través de un fondo de ahorro de los trabajadores, esto poco a poco se extendió por toda Europa abarcando tanto a personas de bajos ingresos como a las de mayores, dando una mayor responsabilidad a los patrones en caso de accidentes, creándose las leyes correspondientes para la compensación de los obreros, posteriormente en el mundo se crearon servicios de salud organizados, emprendiéndose una acción colectiva en favor de diversos segmentos de la población o para diversas fases del servicio general de salubridad, pero aún se creía que la prestación de la atención médica era más que nada una cuestión de índole personal y no una responsabilidad social. Después de la primera guerra mundial se establecen en casi todos los países leyes para los sistemas de seguridad social y promoción de programas de seguro social, a finales de los años 40's con el auge de la tendencia salubrista se creó la Organización mundial de la salud, lo cual origino que se le diera mayor atención y autonomía a los rubros de la salud a

nivel mundial ya que se manejaban lineamientos que eran para ser promovidos dentro de todos los países del mundo (Porter, 2002).

Los Sistemas de Atención de Salud en América Latina han tenido combinaciones de varios subsistemas, principalmente:

- ◆ curanderismo tradicional
- ◆ beneficencia religiosa
- ◆ ministerios de salud pública
- ◆ organizaciones de seguridad social
- ◆ otras instituciones gubernamentales
- ◆ organismos voluntarios
- ◆ empresas
- ◆ un sector privado moderno

Curanderismo Tradicional: Derivado de las culturas indígenas de América central y del sur tienen mezclas de magia, empirismo y a veces de medicina moderna, con el tiempo disminuyó el papel de los curanderos en la atención de la salud por los aumentos de la urbanización y de la educación general.

Beneficencia Religiosa: Bajo la influencia de la iglesia católica de España y Portugal se fundaron hospitales de beneficencia, estaban controlados y financiados por grupos dominados por la iglesia, la mayor parte terminaron recibiendo subsidios de los gobiernos centrales. Actualmente la mayor parte han sido renovadas y ya no se destinan fundamentalmente a los casos de beneficencia, atienden sobre todo a pacientes pertenecientes al programa de seguridad social.

Ministerios de Salud Pública: Se crearon principalmente a instancias de la Oficina Sanitaria Panamericana que tenía oficinas en los diferentes gobiernos en un inicio estos ministerios se encontraban inmersos dentro de otros ministerios ya establecidos de los gobiernos como el del interior, hasta que se decidió por diversos motivos su autonomía.

Actualmente el dinero público destinado al ministerio de salud no ha aumentado en relación con el crecimiento de la población incluso ha disminuido, el campo de acción de las instituciones de salud se ha ampliado principalmente por el programa de seguridad social y la gran descentralización de las responsabilidades hacia los estados y los municipios.

Organizaciones de Seguridad Social: La organización internacional de trabajadores dedicada a la promoción de la paz a través de la justicia social, creó los mecanismos necesarios de seguridad social. En América latina, a diferencia de sus predecesores europeos el principal riesgo social contra el que aplicaban protección no era la vejez sino la enfermedad y la maternidad; el principal método para proporcionar atención médica fue la construcción de hospitales y policlínicas especiales y la contratación de médicos y otro personal de salud asalariado, comenzaron cubriendo a trabajadores industriales con empleo fijo a los que se les deducía periódicamente una cantidad de su sueldo y se añadía una contribución del empresario, las organizaciones de seguridad social han dispuesto típicamente de muchos más recursos que los ministerios de salud y ha surgido una rivalidad entre ellos. En la actualidad se han establecido acuerdos con los gobiernos estatales y locales para pagar los servicios proporcionados en los hospitales públicos y centros de salud. La propuesta tan insistente en los primeros años, de que los fondos de seguridad social, debían hacerse cargo de los programas del ministerio de salud se llevó por fin a la práctica, este apoyo económico se destina a los servicios curativos y preventivos, los fondos de la seguridad social también contribuyeron a financiar las necesidades económicas de los hospitales universitarios, unidades de salud de empresas privadas y otras fuentes de servicios a las personas aseguradas.

Otras Instituciones Gubernamentales: Muchas otras instituciones llevan a cabo actividades de salud, ejemplo fuerzas armadas policías nacionales ministerios del trabajo.

Organismos Voluntarios: Muchas veces como consecuencia de iniciativas de familias ricas y políticamente importantes, para promover mejoras en la atención de los niños fomentar la salud mental, prevenir y tratar el cáncer, atender las urgencias (cruz roja), sin embargo los organismos de salud voluntarios latinoamericanos reciben subsidios del gobierno.

Empresas: Hay empresas industriales mineras o agrícolas que proporcionan servicios médicos directamente a sus trabajadores y con frecuencia a sus familias, siendo en ocasiones un requisito legal para determinadas empresas; con el apoyo económico de la seguridad social, también se expandieron las unidades de salud en las empresas.

Sector Privado: En el mercado de la atención de salud hay médicos, dentistas, farmacéuticos y otros profesionales de la salud que venden sus servicios privados a los pacientes, el volumen del sector privado tiende a ser inversamente proporcional al tamaño y alcance de los programas públicos siendo más lucrativo para los médicos. Con el creciente aumento del número de médicos y la mayor financiación de sus servicios por la seguridad social, aumento el mercado de la medicina privada.

El crecimiento que han experimentado los sistemas nacionales de atención de salud no implica que no existan problemas, las recesiones económicas han dado déficits públicos y a la disminución de las rentas familiares, existen desigualdades entre las zonas urbanas y las rurales entre familias de clase alta y baja, aumento la tasa de utilización de los servicios ambulatorios y hospitalarios, la proporción de la población con acceso a la atención primaria ha aumentado y los indicadores de salud han mejorado.

Para entender la organización de los sistemas de salud siempre hay que tomar en cuenta las relaciones causales entre los sistemas de atención de salud y la estructura sociopolítica de un país ya que los sistemas de atención de salud no son un reflejo perfecto del carácter ético de los gobiernos aun cuando la salud general de la población mejore, persisten las desigualdades (López y Blanco, 2001).

### **3.6.1 Interpretación del fenómeno salud-enfermedad**

El fenómeno salud-enfermedad está relacionado con causas biológicas y causas sociales. La sociología médica ha aportado elementos teóricos los cuales permiten un manejo más científico, objetivo y sistemático, tomando al proceso salud-enfermedad como un fenómeno social.

La producción y distribución de la morbimortalidad han establecido diferentes teorías acerca de causas que la originan; un estudio científico solo será aquel que considere al análisis de los procesos generales de la sociedad y su interrelación con los procesos particulares que ocurren en ella, así, el proceso salud-enfermedad y sus teorías interpretativas solo pueden ser comprendidas a partir de los estudios de procesos generales de la sociedad y su interrelación con los procesos particulares de la reproducción social. Los que lo definen toman en cuenta solo sus intereses personales derivados de su posición en la estructura social, donde lo determinante es lo biológico, cultural, social, etc. de manera parcial y ahistórica.

La interpretación al problema salud-enfermedad ha existido desde épocas muy remotas; Las tribus no podían explicarse porque se producían las enfermedades, estas eran atribuidas a fuerzas divinas y espíritus malignos, la enfermedad era considerada un malestar, cuyos síntomas y signos eran tolerados con resignación, si alguien enfermaba había hecho alguna cosa que estaba mal, así, la enfermedad era un castigo. En Grecia la enfermedad era una maldición. Con la cristiandad, al enfermo se le dio una posición preferencial; la comunidad cristiana se le considero una familia donde todos debían cuidar de todos, se pensó que la gente que era pobre así debería seguir, si enfermaba la sociedad asumía las responsabilidades. En esta época proliferan los hospitales de sacerdotes y monjas. La tendencia mistificadora fue debilitándose por los enormes progresos en el campo de las ciencias naturales en los siglos XVIII y XIX se renovó y oriento la investigación del área de la salud hacia aspectos y objetivos científicos (Castellanos, 1989).

La salud-enfermedad no solo eran manifestaciones biológicas, sino que los procesos sociales eran determinantes para que estas se desencadenaran. Los científicos sociales insistían en considerar la salud-enfermedad como un proceso que se determina y valora a partir de la estructura social (Briceño, 2003).

La enfermedad, es una forma particular de existencia, materia viva, caracterizada por la aparición de un proceso patológico que modifica la unidad del organismo con el medio, teniendo cambios metabólicos, es el funcionamiento anormal del cuerpo que provoca molestias y dolores incluso puede llegar a la muerte (Berlinguer, 1994).

Actualmente, la salud es el estado de equilibrio biopsicosocial, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS); pero, esta definición considera a la salud como un fenómeno separado de la enfermedad siendo un elemento puramente individual y biológico teniendo como valedera al tiempo y sociedad sin historia con carácter netamente funcionalista obedeciendo intereses capitalistas ya que lo anormal y normal posee connotaciones esencialmente ideológicas.

La salud y enfermedad no se constituyen en dos aspectos separados, son dos expresiones de un mismo proceso difícil de definir los límites de las variaciones, actualmente existen tres posiciones fundamentales:

- a) separación absoluta y antagónica entre ambas
- b) relación contradictoria nula
- c) contradicción dialéctica

La relación entre salud-enfermedad determinada por el proceso histórico de relaciones sociales establece el proceso de producción material; la relación es de tipo intrínseco, están interconectadas, oponen una a otra, dependen, pueden ser distintas o transformarse una en otra estando determinadas por el modo de producción, así la sociedad determina el proceso salud-enfermedad.

### 3.6.2 Determinantes sociales de la salud-enfermedad

El descubrimiento más importante que se realizó en la historia de la humanidad fue el de los microorganismos, esto permitió definir los gérmenes como condición necesaria para desencadenar los procesos patológicos; los avances en bacteriología y virología desplazaron el complejo de condiciones sociales como objeto de las investigaciones en el conocimiento y práctica médica.

Las determinantes o causas de este fenómeno se han formulado y expuesto en diversas ideas o teorías que tratan de explicar el origen de la enfermedad, entre los más importantes se han distinguido tres (Briceño, 2003):

- 1.- Unicausalidad biológica.- donde la enfermedad es un evento desafortunado anormal o disfuncional, ocurre en forma individual, la causa es localizable particularmente en un solo agente biológico, una vez eliminados los microorganismos el individuo recobra la salud.
- 2.- Equilibrio ecológico.- donde la salud es el resultado del equilibrio que guardan el huésped, agente y medio ambiente, presentándose la enfermedad cuando este equilibrio se haya perdido.
- 3.- Multicausalidad Diagnóstica.- Conceptualización epidemiológica

El concepto etiológico se plasmo en la teoría de la multicausalidad, la etiología de una enfermedad tiene una secuencia que consta de dos partes:

- a) eventos causales: que ocurren antes de cualquier respuesta inicial.
- b) mecanismos intra-corpóreos: que conducen desde la respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad.

El modelo de la historia de la enfermedad de Lleavey y Clark, es la mitificación más refinada que el capitalismo ha hecho acerca del proceso salud enfermedad, razón por la cual, la bacteria, parásitos y el virus son considerados como uno de los descubrimientos más importantes en medicina en esta época.

La teoría unicausal no acepta que las condiciones sociales contribuyan a provocar la enfermedad sino crea ciertos parámetros para reconocer una enfermedad como tal, quedan fijados los límites de la medicina unicausalista en la práctica privada, seguro social y afines, servicios militares y el nivel de especialización del sistema de asistencia pública.

Estas tres tendencias mencionan algunas características sociales del huésped pero no lo hacen con un fin interpretativo, sino reducen una suma de factores cuyo peso específico es irrelevante y ahistórico.

En este sentido, la enfermedad tiene una causalidad múltiple en donde lo social es necesario y determinante pero no suficiente, no solamente existe un determinante social sino gran número de ellos que influyen directa o indirectamente sobre el estado de salud-enfermedad de los individuos.

Un vasto número de determinantes existen pero solo uno es en esencia fundamental; el proceso del trabajo, ya que no se puede prescindir del trabajo en toda sociedad, se deben considerar todos los determinantes sociales ya que cada uno interactúa para determinar el estado de salud del individuo.

Este proceso de trabajo es todo proceso de transformación de un objeto determinado, transformación efectuada de un objeto determinado en un producto determinado, efectuada por una actividad humana determinada, utilizando instrumentos de trabajo también determinados. En México se encuentra un sistema de producción capitalista subdesarrollado; los instrumentos de trabajo creados por el capitalismo tienen como

característica imponer al obrero una forma especial de trabajo determinado el ritmo y limitando el poder relativo de decisión del obrero, lo cual genera en este cierto grado de estrés considerando como el mayor riesgo ocupacional, hace más propensos a los trabajadores a sufrir accidentes. Según la ideología capitalista: la fuerza de trabajo tiene un precio y no como ser humano que tiene la vida.

### **3.6.3 El fenómeno salud-enfermedad y las clases sociales (Patología de los pobres)**

Esto no depende únicamente de la actividad individual de cada uno, de la inteligencia, del coraje y del trabajo de los individuos, si fuera así, no habría clases sociales, dentro de esta desigualdad tenemos al fenómeno salud-enfermedad que es un problema social de difícil conceptualización.

La vinculación de la llamada enfermedad de la pobreza y de la urbanización bajo el capitalismo con las condiciones de la fábrica, consideran a la enfermedad como efecto y resultado de las condiciones de explotación. El problema es determinado por el modo de producción, es deducible que las enfermedades no van a ser las mismas en una clase social que en otra; La perdedora, clase social carente de medios de producción, es la parte de la sociedad más susceptible a enfermar, merced a circunstancias en que sus miembros producen viven y mueren.

El factor socioeconómico es un factor importante para el tipo y frecuencia de la enfermedad que padece el sector más numeroso de la población: los pobres, se han determinado y separado enfermedades en patología de la abundancia y patología de la pobreza (Ortiz, 1987).

Otro factor importante es el tipo de atención médica, varía de acuerdo a los recursos económicos, de esto se derivan cuatro problemas:

- 1.- La falta de prevención de las enfermedades.
- 2.- No existe racionalización de los recursos humanos destinados a infraestructura médica.
- 3.- Existe éxodo masivo de médicos
- 4.- Tipo de atención médica que se da diferencialmente a la población, atención médica clasista relacionada al nivel de ingreso económico del paciente.

El sector de los pobres está compuesto por personas subempleadas y muchas veces desempleadas, la enfermedad es más frecuente por el modo de vida ya que el medio ambiente es mucho muy insalubre, falta de servicios públicos, de educación, de higiene. Esto y muchas otras condicionantes definen a la salud en función de la clase social.

El funcionalismo es un movimiento intelectual teórico tendiente a explicar a la sociedad sin un pasado ni futuro, sin historia ni dialéctica, basado únicamente en un conocimiento empírico de las cosas; cuyo objetivo principal es conservar la estabilidad del orden social basado en la solidaridad de grupos e instituciones para con el sistema.

El estudio del desarrollo de la epidemiología es consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas, además está relacionado con el nacimiento de un modo de producción denominado capitalista (Rojas, 1982)

A principios del siglo XX la epidemiología era el estudio de las enfermedades infecciosas al ocurrir en forma epidémica, el concepto etiológico se plasmo en la teoría de la multicausalidad.

La enfermedad no era el resultado automático del ingreso al cuerpo saludable de un agente patógeno, sino la etiología de una enfermedad tiene una secuencia de eventos causales que ocurren ante cualquier respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad; así la epidemiología se define como el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre, la epidemiología no está limitada al proceso infeccioso.

A la clase dominante le conviene que se establezca el estudio de las causas que producen algún daño en las grandes masas de población ya que de estas masas obtiene la fuerza de trabajo que necesita.

El concepto de epidemiología va cambiando a medida que se desarrollan las fuerzas productivas, los conceptos evolucionan de acuerdo con los intereses de la clase propietaria de los medios de producción; tiene un proceso histórico de definición que va a estar relacionado con el desarrollo de las fuerzas productivas; sirve como instrumento para lograr un mejor control de la fuerza de trabajo en la producción, manteniéndola en mejores condiciones de higiene y salud; la filosofía del funcionalismo influye grandemente dentro de la epidemiología puesto que esta es un instrumento funcional para el capitalismo.

El conocimiento de la distribución de la enfermedad es utilizada para dilucidar los mecanismos causales, explicar características locales de la enfermedad describir la historia natural o servir de guía durante la administración de servicios de salud.

La epidemiología persigue el propósito de descubrir relaciones que ofrezcan posibilidades en la prevención de la enfermedad, los elementos de salud-enfermedad son factores pertenecientes a diferentes sistemas que se concertan mutuamente en forma de cadenas o redes, es evidente que las cadenas de causalidad representan solo una fracción de la realidad y que deben considerarse toda la genealogía más propiamente como una red que en su complejidad y origen queda más allá de nuestra comprensión. Los hechos sociales o situación social económica están siempre ubicados en la penumbra de las posiciones alejadas o extremas de la red y son por tanto considerados como de poca relevancia técnica (MacMahon y Pugh, 1988).

Se afirma que la epidemiología tradicional es funcionalista porque el proceso salud enfermedad está hecho en funciones existentes y actuales, explica la salud-enfermedad

sin historia ni movimiento y porque está basada en conocimientos empíricos de las cosas porque su objetivo es mantener la estabilidad del orden social.

### **3.6.4 Población, Salud y Economía**

En 1977 en la asamblea mundial de la salud se propuso como objetivo primordial alcanzar en el año 2000 un nivel de salud para todos los ciudadanos del mundo que les permita llevar una vida social y económicamente productivas, integrado al desarrollo general, teniendo un espíritu de justicia social, estableciendo metas precisas en términos de mortalidad general y expectativa de vida al nacer, así como de cobertura total de inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y de servicios de atención médica, en función de criterios de eficiencia, eficacia y equidad y como el conjunto de acciones intersectoriales orientadas a la transformación de condiciones de vida. Pero, la crisis económica y la deuda externa han traído un deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los grupos de población y una tendencia a la reducción sustancial del gasto per cápita en salud y en proyectos sociales, haciendo cada vez más evidente que las metas del año 2000 y los objetivos de las estrategias serán difícilmente alcanzables.

La planificación normativa en salud ha quedado reducida a un pensamiento estratégico, utilizando una planificación estratégica y situacional que son más útiles para la gestión cotidiana de las instituciones y programas, que en beneficio de las poblaciones usuarias.<sup>66</sup>

La relación del hombre con el medio puede verse desde el punto de vista biológico, en este sentido se refiere a la parte somática del organismo humano, por el contrario las relaciones hombre-medio social se refiere a la esfera psíquica, dicho de otro modo, aun cuando el organismo humano como ente biológico constituye el elemento principal del

---

<sup>66</sup> Menciona Miklos (1993); " Lo importante es abrir nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales con mayor capacidad de aprender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad" (con la salud de los individuos y los grupos sociales), los cuales tendrían mayor potencial para movilizar recursos.

medio biológico, por sus actividades sociales, productivas, culturales, etc. que realiza, forma parte del medio ambiente sociotécnico-cultural, razón por la cual el hombre vive y esta activo dentro de ambas esferas de su ambiente. Desde hace varios años, tanto en las ciencias sociales como en otras, se aspira a llegar hacia una síntesis o un modelo real que abarque lo más importante de estas relaciones mutuas.

Al Analizar la composición social, por ejemplo de los asentamientos humanos, es necesario marcar bien la diferencia que existe entre diversos fenómenos; la concentración y el objeto sistema, esto implica procesos de funcionamiento de estos elementos y de los niveles de interacción existentes entre ellos, en este sentido, es necesario recordar que la totalidad y la permanencia del sistema dependen del grado de integración de sus elementos, lo contrario se pudiera manifestar donde las interacciones con los sistemas del mismo tipo resultarían contraproducentes para el desarrollo. Dicho de otro modo, el territorio de cada país está dividido en varias entidades administrativas, cada entidad tiene su propia tradición, su propia historia, los habitantes que viven allí, se identifican con este territorio, la entidad posee las propiedades, los rasgos de los objetos como sistemas integrados están vigentes, pero cuando llega el momento de cambiar la división administrativa del país no se puede considerar que nuevas entidades se integren de inmediato a las nuevas propuestas, por lo cual es necesario tiempo para su organización.

Esta falta de integración origina la disyuntiva de interrogarse, si las decisiones tomadas por científicos, economistas y/o políticos realmente fueron las mejores; Parece ser que en el desarrollo socioeconómico (actividades humanas) el papel más importante lo juegan, en la mayoría de las ocasiones, precisamente estas decisiones centralistas, que por lo común son tomadas en condiciones de una falta total de conocimiento real de las situaciones, o como resultado de la reacción inconsciente, solo entonces anticipándose a esta circunstancia, se podrán elaborar sistemas de actividades humanas, donde no solo se busquen resoluciones optimas, sino más racionales y satisfactorias.

El agresivo incremento de la población en los últimos años constituye uno de los fenómenos más desconcertante y reincidente del mundo moderno. Fue a principios del siglo XIX cuando los cambios en el número de la población se empezaron a ver relativamente y ser tomados en cuenta. A través del tiempo se ven diferencias significativas en el ritmo de crecimiento de la población tanto a nivel regional como en su dimensión temporal, el desarrollo desequilibrado de la población en los países en desarrollo y los subdesarrollados ha causado grandes diferencias en su distribución debido a diversos factores; accesibilidad de terreno, distancia del mar por ser eje del desarrollo de la economía moderna, clima, suelos vegetación, etc.

El crecimiento de la población del mundo ha causado grandes cambios en la importancia de las zonas habitables.<sup>67</sup> También es importante mencionar que en otros sitios donde existió el proceso contrario, o sea el retroceso en el asentamiento de las poblaciones causado principalmente por la degradación del medio ambiente natural, por el abandono de las zonas periféricas, por lo general rurales o antiguos centros mineros etc., origino que existiera mayor concentración en sitios estratégicos del país.

Lo anterior nos lleva a entender que el papel decisivo en la distribución de la población lo juega el nivel de la economía. En este sentido existen grandes diferencias entre las sociedades, como antecedentes podemos mencionar que las economías primitivas que se basaban en la recolección o en la caza elegían más terreno libre e inhabitado, que el utilizado por las comunidades agrícolas, lo cual evidencia que las diferencias en el uso del suelo causan diferencias en los índices de la densidad de la población. Con el paso del tiempo se fueron creando otras actividades económicas aparte de la agricultura, especialmente la industria, que favoreció en gran medida la creación de grandes concentraciones poblacionales.

---

<sup>67</sup> Czern y Makowski 1990 "Se cambian los límites de las poblaciones compactas junto con la colonización de nuevas tierras agrícolas, nacen enclaves de poblaciones creados en los lugares de la explotación de recursos minerales, pueblos estratégicos en las selvas tropicales, estaciones de paso en los lugares de difícil acceso, etc.

Ha sido notable para cada momento de la historia de las sociedades la gran importancia que tienen los regímenes sociales y económicos en la formulación de las normatividades y legislaciones, aun cuando existan cambios de regímenes, su papel en el proceso de creación de las administraciones políticas siguen siendo iguales, así cuando se intenta descubrir las causas de los procesos de reconstrucción, remodelación, o modernización de los asentamientos humanos, siempre es necesario relacionarlos con los cambios de la estructura social y política, en la densidad de población, en el desarrollo técnico, en las tendencias de producción, en las tendencias culturales y finalmente en la forma de vivir.

Solo entonces, con relación al complejo de fenómenos sociales y económicos ampliamente ilustrados es posible entender la existente diversidad de las formas político administrativas, su evolución y su dinámica. La división del trabajo, la creación de las clases sociales y otros cambios socioeconómicos han provocado diversificación de los asentamientos humanos, fortaleciendo a las ciudades.

El periodo de la economía capitalista con el progreso tecnológico en la agricultura y en la industria ha causado grandes transformaciones del sector poblacional. Han nacido enormes ciudades, se creó la clase obrera, llegaron varios cambios estructurales de la sociedad. El gran desarrollo de la industrialización y el aumento de las ciudades industriales, han provocado el incremento tan notable del índice de la densidad de población, como nunca antes.

Los procesos antes mencionados han causado que hoy en el mundo existan, uno al lado del otro, varios sistemas de asentamientos humanos, dependientes de los fenómenos económicos, de la organización de producción, de las políticas institucionales, y de otros tipos de actividades humanas.

La mejor solución para el control de estos procesos es entonces, fortalecer los centros de administración local, estos mismos deben convertirse en los nudos principales de todo tipo de inversiones económico-productivas, en los puntos claves del medio rural,

los centros no están aislados en el espacio sino que actúan dentro de su entorno y dentro de otros subsistemas espaciales.

El proceso de la concentración poblacional y de las inversiones económicas favorece la administración y la realización de los proyectos. Este fenómeno ayuda a obtener las condiciones favorables del uso y de la explotación de los terrenos, también favorece la dotación de la infraestructura socio-técnica para las zonas habitadas.

Los centros donde existen las condiciones, (de vivienda, servicios, buena situación económico técnica), formaran la base de la red del suministro de la población del campo, la concentración en estos lugares, de la administración, de las instituciones técnicas, financieras, culturales, etc. apoya al desarrollo de toda la región.

El rápido crecimiento socioeconómico del campo, las transformaciones en la estructura organizativa de la agricultura, el progreso técnico, sobre todo el desarrollo del transporte, provocan que exista la necesidad de fortalecer los pueblos y desarrollar ahí una red de servicios básicos, indispensables para mejorar la vida de sus habitantes.

No cabe duda que el resultado externo del crecimiento de las ciudades lo constituyen el efecto medioambiental, para mucha gente que tiene poco tiempo de vivir en la ciudad, los pequeños campesinos y trabajadores agrícolas expulsados del campo e impelidos hacia la ciudad donde no encuentran trabajo, ni alimento, ni suficiente espacio para vivir, sienten a esta ciudad como la causa de una sobre carga psíquica (obviamente el problema no solo se da en los países pobres, en el caso de los países desarrollados en sus grandes ciudades se forman ghettos que se llenan de inmigrantes, que hace poco gozaban al menos de una existencia humana digna, trabajando en el campo o en algún negocio en pequeñas poblaciones agrícolas). La falta de recursos, vivienda en los barrios de miseria y discomfort psíquico son las semillas de la desesperación, de la drogadicción, la violencia, y la quiebra social total. Así, esto constituye un ejemplo del revés social en el medio ambiente humano, ocasionado por la creciente densidad de población y la decadencia en la calidad del espacio vital.

La salud es resultado de numerosos condicionamientos biopsicosociales que no recibimos por herencia sino es un estado variable y dependiente de influencias siempre cambiantes así, la salud individual y colectiva están directamente relacionadas con un ambiente sano, alimentación adecuada, vivienda aceptable y educación para toda la población; la prevención de la enfermedad se articula eliminando sus causas, prevención primaria, o minimizando sus efectos, prevención secundaria o terciaria, esto se podrá lograr a través de la implementación de nuevos esquemas administrativos y políticos que redundarían en beneficios de salud para la mayoría de la población, pero donde también lo curativo continua ocupando un lugar específico y no será sustituido por aspectos preventivos y promotores de una mejor salud.

La medicina es la respuesta a los problemas que el hombre plantea a su propia salud, como nace y crece, se genera y se desarrolla, en el seno de una sociedad, la medicina es un producto de la sociedad es una forma de encarar los problemas de salud enfermedad, haciendo a la medicina esencialmente social, la igualdad entre los hombres y masificación obligan a la medicina a ser para todos y organizarse a gran escala, ya que la tendencia mundial es que todos tienen derecho a una asistencia sanitaria e igualitaria al derecho de la salud.

Las ciencias sociales fecundan a las ciencias medicas dando vida a una disciplina científica, la medicina social que estudia la influencia de la estructura y dinámica sociales sobre la génesis y distribución de los estados de salud y enfermedad en individuos y colectividades, con vistas al mejoramiento de aquella y la prevención y curación de esta.

La salud es un bien de los individuos y grupos, la política sanitaria tiene como objetivo ultimo la salud y no la enfermedad, hasta el día de hoy las tendencias de las políticas habían sido para combatir a la enfermedad y corregir su presencia, pero lo esencial es todo lo contrario donde se debe plantear a la salud como eje fundamental de su

existencia tratando de mantener la salud en toda la población evitando que se presente la enfermedad.

Al analizar la política sanitaria, el razonamiento primordial ha de ser la salud del ser humano como tal en su dimensión comunitaria, donde el objetivo último es el de conseguir el desarrollo del bienestar físico, mental y social de los ciudadanos: el primero conecta las ideologías sobre el hombre como ser racional y su destino en el mundo, el segundo lista los objetivos sanitarios en términos de prioridades, lista integrada y ponderada de las actividades, determinación del nivel de salud de una población, Frenk lo señala así, "la política sanitaria no es una simple ponderación de actividades a desarrollar, sino un modo de conseguir un modelo de hombre a través de la mejoría de su salud integral".

En la creación de una mejor política sanitaria, se requiere la participación democrática de toda la comunidad para que tenga acceso a los medios de producción considerando que existe interconexión entre la infraestructura productiva y la superestructura ideológica, para que el individuo pueda ser un hombre libre autónomo y capaz de asumir sus problemáticas para crear condiciones sociales en las que se puedan generar, las relaciones entre el medio y la enfermedad que son reflejo de su realidad, la política sanitaria debe estar inserta en las modificaciones para establecer un modo de producción que asegure a cada uno según sus necesidades, insertando aspectos de Democratización, donde todos los grupos sociales expresen sus necesidades y deseos para poder fijar las prioridades sanitarias de manera más justa y equitativa, para crear una Socialización del sector sanitario, donde en la salud no existan beneficios particularizados privados, sino que este sector absorba las plusvalías de otros, originando una Seguridad Social totalizante, que agrupe a todos los ciudadanos, y atienda todas las contingencias para ser un instrumento real de distribución de un bienestar biopsicosocial para todos.

### **3.6.5 La salud como factor de desarrollo**

Es necesario que los servicios y la calidad de la atención de la salud estén basados en un principio de equidad donde todos los países, especialmente allí donde los grandes sectores de desarrollo han dejado de ser parte misma de la vida sino que se han encauzado hacia metas individualistas e independientes de las necesidades de las mayorías.

Desde los inicios de la medicina y la salud pública en general se trataba solo de curar las enfermedades, pero ahora se hace indispensable y de gran trascendencia procurar, fomentar y proteger la salud antes de que se presente la enfermedad, procurando evitar los peligros que amenazan y ponen en peligro el bienestar social y emocional tanto colectivo como individual.

Esta estrategia de salud para todos da al desarrollo de los países un sentido más humano que no queda reducido al simple crecimiento económico, donde la salud de la población se constituye en uno de los mejores criterios para juzgar la calidad del desarrollo de una sociedad.

Si entendemos que la atención primaria de la salud comprende y abarca aspectos tan amplios como la nutrición, el abastecimiento de agua, el saneamiento, la vivienda y la educación, podemos concluir que la salud es responsabilidad plurisectorial donde todas se encuentran íntimamente ligadas al desarrollo económico, social y cultural.

Los programas de lucha contra las enfermedades y diversos proyectos de salud comunitaria deberán tener una buena coordinación intersectorial y ser institucionalizada a escala nacional, la salud constituye un excelente punto de partida para la opción de un desarrollo plurisectorial.

El individuo y la familia consideran sus necesidades como un todo, y si una de estas no se satisface quedan menoscabadas la satisfacción de los demás y la alegría de vivir,

así la acción intersectorial crea interdependencia de las necesidades fundamentales, particularmente por la forma en que la satisfacción de una necesidad fortalece la capacidad para satisfacer las otras.

El mejor medio de apreciar la eficiencia de una estrategia sanitaria es recapitular los cambios experimentados en el estado de salud de los grupos más desfavorecidos que con frecuencia son ignorados en los planes de desarrollo económico y social.

Estos grupos están constituidos, en el campo, por pequeños propietarios, arrendatarios y obreros agrícolas y en las ciudades por los más pobres, ya sean o no víctimas del desempleo. Todos ellos padecen una alimentación insuficiente, un suministro de agua mala calidad y un alto grado de analfabetismo.

En todas las sociedades se da este fenómeno, las personas de edad y trabajadores están expuestos a diversas formas de mala salud y a sufrimientos físicos y mentales; el logro de la salud para todos depende mucho de la consecución de objetivos igualitarios en cada programa sectorial ya se trate de la agricultura, la vivienda, el agua y el saneamiento o la enseñanza.

Es necesario fomentar la toma de conciencia con respecto a los vínculos que existen entre la salud y otros sectores, dado que la salud y la mejora del bienestar físico y mental figuran entre los fines principales del desarrollo. El sector sanitario de cada país debe elaborar el perfil sanitario y la calidad de vida que todos sus habitantes pretendan alcanzar.

Algunos países han demostrado que es posible mejorar la calidad de sus prestaciones, en todos ellos se observan una preocupación por la igualdad y un compromiso político a favor de menesteres que inspiran a todos los sectores importantes del desarrollo y encauzan sus actividades hacia objetivos comunes.

En la mayoría de los países los trabajadores no están lo suficientemente atendidos, se encuentran a menudo desfavorecidos económicamente, poco organizados y desamparados tanto por la reglamentación de higiene y seguridad del trabajo como por las medidas de protección laboral; y los servicios de salud tal vez presten poca atención a sus problemas de higiene del trabajo.

Desde el punto de vista epidemiológico la solución a los problemas sanitarios está basado en cuatro elementos: Biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud (Lalonde, 1981).

Si el medio es inadecuado también serán inadecuados los elementos relativos a la biología humana, estilo de vida y la organización de la atención de la salud, donde principalmente basa sus conceptos, ya que solo analiza la importancia de tener un buen ambiente para que todas las demás condiciones que circundan al individuo sean adecuados, a continuación señalo algunos de los conceptos a mi juicio importantes para sustentar lo anterior:

Ambientes peligrosos: La violencia es una de las causas principales de mortalidad, las cuales se originan en condiciones peligrosas que la sociedad tolera, también en muchas ocasiones los trabajadores se ven inducidos a aceptar condiciones peligrosas, la contaminación también hace peligroso el ambiente sobre todo con la eliminación de residuos nucleares.

Falta de necesidades básicas: El sustento, la ropa, y el abrigo constituyen las necesidades básicas de la vida, existen en este momento demasiados desempleados en todo el mundo que ya no pueden costearse ni alimentos, ni vivienda adecuada, una dieta que no suministra suficientes calorías, vitaminas y minerales perjudica el crecimiento físico y la resistencia a las infecciones, además de que es causa de un retraso en el desarrollo mental, también agregado a esto el vivir en un lugar demasiado frío o caluroso con espacio insuficiente para los habitan y con instalaciones deficientes, produce efectos negativos en la salud, causando y perpetuando muchos problemas

sanitarios importantes; otro punto de interés vendrían siendo las comodidades o bienestar (actividades, imágenes y sonidos agradables, etc.) que todo individuo debe tener para un buen desarrollo psicosocial con un funcionamiento óptimo del cuerpo y la mente, tales como el transporte, la recreación, la belleza y el estímulo. El transporte no solo se ha vuelto caro sino también peligroso que puede llegar a afectar la integridad física y emocional del individuo. La recreación es una distracción a la cual no todos los individuos tienen acceso de manera equitativa ni en cantidad ni calidad.

### **3.6.6 Hábitos para la salud**

Es importante orientar y persuadir a las personas a que adopten modos de vida conducentes a una existencia sana.

El comportamiento humano siempre ha sido sujeto de observación sistemática y cuantitativa donde se examinan las estrechas interacciones en factores genéticos y ambientales y tener en cuenta la amplia diversidad de individuos y sociedades.

#### **El modo de vida**

En los países desarrollados las enfermedades están relacionadas con el comportamiento individual, existen comportamientos perjudiciales para la salud como el tabaquismo, el consumo de alcohol o de alimentos, la inactividad y la imprudencia de los conductores de vehículos, el problema de la nutrición está directamente relacionado con los recursos de alimentos, las intervenciones más eficaces contra las enfermedades diarreicas son las que interrumpen la transmisión de los agentes de infección en el hogar.

#### **Cambio social**

Las personas organizadas en sociedades han de elegir constantemente entre sus intereses individuales y los intereses del grupo, existe gran movilidad las relaciones entre los miembros de la familia se modifican y disminuyen. Las escuelas asumen la responsabilidad de preparar a los jóvenes originando menos oportunidades de

establecer relaciones humanas en las sociedades industriales, el cambio social tiene efectos considerables en la salud física y mental con debilitamiento de las funciones familiares y comunitarias con repercusiones en el comportamiento que influyen en la salud del individuo.

#### La tensión psicológica y la salud mental

Las situaciones de tensión se han relacionado con las funciones endocrina y cardiovascular, la aptitud para hacer frente a las circunstancias, con propensión a diversas enfermedades, la investigación básica sobre tensión psicológica es el conocimiento de la adaptabilidad humana y límites de tolerancia, durante los años 50 se descubrieron medicamentos para el tratamiento de la depresión intensa, la manía y la esquizofrenia, así como agentes ansiolíticos. La carga de la enfermedad pesa de manera desproporcionada sobre las personas socialmente desfavorecidas, la tensión psicosocial y económica permiten discernir la influencia del medio en la salud de las personas.

#### El apoyo social

La ruptura de los vínculos sociales cambio de trabajo, comunidad o escuela, la pérdida del cónyuge, de la salud, de los ingresos o del puesto de trabajo, la migración forzada, desastres naturales o guerra, causa grandes tensiones, los sistemas de apoyo social tienden a reducir al mínimo la tensión promover la salud y contribuir a que los enfermos se recuperen, influir en la utilización de los servicios sanitarios la fidelidad a los regímenes de tratamiento, intentos de dejar de fumar y las prácticas de saneamiento.

#### Medidas preventivas

La adopción de medidas preventivas reporta beneficios para toda la vida, ejemplo sería un examen de metabolismo de los neonatos, inmunizaciones, higiene dental, se ha dedicado una atención creciente a la adolescencia, que es la época importante y compleja en el desarrollo personal en la que se producen muchas formas de experimentación, es la fase decisiva para el establecimiento de las pautas de comportamiento que influyen en la salud.

## Medidas

Adoptar comportamientos favorables a la salud y que la motivación persista, identificar programas y analizar elementos que puedan transferirse, con modificaciones a otras situaciones o culturas, promover una mayor colaboración entre las ciencias biomédicas y las del comportamiento.

## Acción comunitaria

Evaluar los valores culturales e identificar las eventuales lagunas en los conocimientos sobre la salud, es necesario un aprendizaje social adquisición de aptitudes apropiadas para el mantenimiento de comportamientos saludables, estableciendo cauces que permitan comunicar la información sanitaria a una población, se necesitan más investigaciones para ver en qué condiciones se pueden promover los cambios en los estilos de vida mediante actividades comunitarias tomando en cuenta ciertos elementos; acopio de información biomédica y comportamiento acerca de factores de riesgo, determinación de obstáculos psicosociales al cambio del comportamiento, utilización de las ciencias sociales y del comportamiento, estrategias para fomentar actividades en la comunidad encaminadas a modificar el comportamiento en un sentido favorable a la salud, crear un clima de cambio para adquirir un comportamiento saludable.

### **3.7 SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO**

El Sistema Nacional de Salud es el nombre dado a la articulación de las prestaciones sanitarias públicas y privadas en el territorio nacional. Depende directamente de la Secretaría de Salubridad, la cual forma la gran estructura gubernamental encaminada a poner en práctica las Políticas de Salud del Gobierno Federal; se encuentra compuesta por varias instituciones de seguridad social involucradas en la atención de la población como la Secretaria de Salud del Distrito Federal, IMSS, ISSSTE, las Secretarías de Salud o servicios Coordinados de las Entidades federativas de todo el país.

La institución produce archivos estadísticos de la distribución y frecuencia epidemiológicas de las enfermedades que son utilizadas para la creación de programas y proyectos destinados a la investigación de las enfermedades y brindar los apoyos para la satisfacción de las necesidades de salud en el país; desafortunadamente esto también se convierte en un fuerte discurso político para los gobiernos y partidos que lo utilizan primordialmente en campañas políticas donde hacen énfasis en la necesidad de erradicar los problemas de salud sin tomar en consideración que el aspecto de salud poblacional es un problema multifactorial donde influyen factores socioculturales y económicos de las diferentes regiones del país. No se debe pensar que el problema de la salud está limitado a este sector.

Una de las principales problemáticas que debe seguir muy de cerca toda la sociedad para su crecimiento y desarrollo, es el contar con una Salud poblacional permanente y progresiva con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

La salud, vista como una integración de elementos capaz de brindar atención primaria a la salud, en cualquier de sus niveles de atención y, la atención clínica. Que brinde información clara y precisa sobre programas de prevención y promoción a la salud garantizando una correcta rehabilitación para la reincorporación a la vida social del individuo. Con los recursos físicos, materiales, técnicos y humanos eficientes y eficaces actualizados y dedicados a la mantención de la salud con una estructura confiable, brindando cobertura y alcances universales.

Se requiere contar con una serie de características en la estructura sanitaria lo cual permitirá una mejor coherencia para el cumplimiento de los objetivos propuestos; buena alimentación, planificación familiar, promoción y educación para la salud, seguridad pública, satisfacción, mejora económica, equidad, seguridad social con protección financiera, incremento de la calidad en el servicio.

La sociedad mexicana es dinámica, heterogénea, diferente entre sí pero con similitudes, exponencialmente creciente, con diferentes rostros, y formas de ser, manifestado en sus poblaciones, costumbres, religión, etnias; que son influenciadas por las condiciones geográficas o climáticas, resultando en que México es una sociedad plural haciéndose muchas diferentes en una sola.

Los gobiernos han tenido complicaciones culturales, sociales, de intereses económicos, y sobre todo en sus políticas públicas tratando de establecer una política de salud para encontrar el equilibrio y la equidad para igualar lo desigual; el objetivo general en la creación de una política en salud adecuada es pensar en la satisfacción de todas las necesidades de los habitantes y no solo pensar en las barreras encontradas para cumplir con esta encomienda prioritaria y necesaria para el buen desarrollo de los pueblos.

La organización mundial para la salud y otras organizaciones no gubernamentales han apoyado las actividades realizadas por los estados ya que se ven rebasados en sus esfuerzos encaminados a la atención de salud. Muchas de las políticas en salud están orientadas desde lineamientos internacionales, en muchos países no existe la apertura para aplicar estas políticas, dando como resultado que algunas de estas políticas internacionales no estén enfocadas a las necesidades propias de los países. Por el contrario existen otras que propician una homologación de salud de las poblaciones como son; las campañas de vacunación universal dado resultados y beneficios a las poblaciones, campañas de promoción y educación para la salud brindando una mejor información y difusión de los cuidados para la salud.

La erradicación de enfermedades susceptibles a la vacunación ha sido importante para la salud de las poblaciones; aun cuando hay reciclamientos epidemiológicos periódicos, por lo menos existe la esperanza de que se han controlado en ciertas regiones y poblaciones, siendo esto, alentador para mejorar las condiciones sociales de los pueblos. Dentro de los primeros veinte años de este siglo se tiene contemplado que el porcentaje de enfermedades controladas se incrementará. Es muy pronto para

desplegar banderas de triunfo más cuando, en la mayoría de los países, se tiene que luchar contra una transición epidemiológica que se ha manifestado y arraigado principalmente en los países en desarrollo donde desafortunadamente los gobiernos no tienen o no pueden tener los poderes económicos o políticos necesarios para mejorar las situaciones detectadas a pesar de la creación de centros de investigación y la intervención de vacunas contra diversas enfermedades.

Hablando de política, los programas y proyectos no cuentan con una continuidad a través de los cambios gubernamentales partidistas. Cada gobierno entrante quiere ponerle sus propias características o sellos de trabajo que desgraciadamente la mayoría de las veces es sin una planificación previa. La única continuidad es en la burocratización permanente del Sistema de Salud desde la Secretaria de Salud hasta las instituciones de seguridad social; ínfimos presupuestos federales, desconocimiento y/o negligencia de parte de los responsables de programas han propiciado que muchas de las campañas de promoción, educación y protección de la salud no logren llegar a la totalidad de la población.

Ninguna campaña de prevención esta por demás; está comprobado que la Atención primaria a la salud es más redituable en Costo-Beneficio que la atención clínica. Este tipo de actividad médica también presenta barreras difíciles de erradicar como sucede con la campaña de sexo seguro que encuentra problemas culturales de costumbre e idiosincrasia de la población. Otro claro ejemplo de ineficiencia gubernamental está relacionado con las políticas de protección civil enfocada a la medicina del trabajo la cual está orientada a evitar y disminuir los “riesgos y accidentes de trabajo”, al menos en el discurso, desde hace tiempo esta política no se le da el seguimiento o evaluación adecuada de la exposición de trabajadores a los riesgos de trabajo. Con el avance de la tecnología, disminución de empleos y la mejora económica empresarial al ser la maquila más tecnificada, las campañas “preventivas” han disminuido en su accionar. No olvidar que es mejor prevenir que lamentar.

Existe un fenómeno denominado transición epidemiológica, afecta a los países subdesarrollados principalmente, donde existen padecimientos infectocontagiosos, que en algunos países desarrollados ya se han visto erradicados, interactuando a la vez con padecimientos crónico degenerativos. Este fenómeno afecta de manera permanente a los mexicanos en todos los grupos etarios. Principalmente por la afectación de padecimientos propios de países pobres, caracterizados por las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que tienen predilección por la presencia de malas o nulas condiciones de higiene y nutrición en las que se vive; condiciones insalubres de vivienda, falta de agua potable, drenaje y de alimentación balanceada.

Por otro lado los problemas de salud de las sociedades industrializadas que no se habían presentado con tanta gravedad: la violencia con la creciente criminalidad y drogadicción, problemática nacional manifiesta más en las ciudades de mayor distribución, consumo y población, a esto se le suman los accidentes de tránsito especialmente por el incremento de los medios de transporte y la irresponsabilidad de sus conductores.

Para empeorar las cosas, en estos países existen nuevos brotes de enfermedades supuestamente eliminadas. Agentes patógenos que presentan una evolución genética produciendo enfermedades más agresivas y resistentes a los tratamientos convencionales, haciendo más difícil erradicarlos pudiendo en cualquier momento desatar epidemias de graves consecuencias.

En ocasiones, las autoridades sanitarias se reservan la información acerca de estos brotes dándole poca importancia local, y en lugar de alertar o informar, modifican reportes epidemiológicos minimizando lo ocurrido como “casos aislados”. Se realizan posteriormente las campañas emergentes que en realidad no rinden lo que se espera de ellas; dejando fuera aspectos relativos a la propagación de estas nuevas cepas de enfermedades o la forma de poder controlarlas en el territorio nacional, principalmente con los agentes patógenos que provocan las enfermedades diarreicas y respiratorias.

Desafortunadamente como hemos mencionado con la constante evolución del código genético de los agentes patógenos las enfermedades no pueden ser eliminadas definitivamente del contexto social de la humanidad, los gobiernos a través de las autoridades y organizaciones sanitarias nacionales e internacionales deben obligatoriamente crear programas, proyectos y sobretodo contemplar los presupuestos, para la promoción, atención e investigación que posibiliten hacer frente a nuevas epidemias o pandemias.

En México siempre está latente la posibilidad de encontrarse con enfermedades más resistentes y fulminantes en ocasiones, con la presencia de epidemias y pandemias que afectan la mayor parte del mundo a través de los medios de transporte moderno hace que las distancias se hagan cortas y con mayor accesibilidad para cruzar fronteras antes de la manifestación real de la enfermedad en el individuo.

La incongruencia de las autoridades sanitarias es que, no se encuentran preparadas para afrontar un problema nuevo, por lo cual se hace necesario corregir esquemas con el desvío de recursos de programas prioritarios (sociales, seguridad, educación) o prestamos emergentes de organismos internacionales con el consecuente incremento en la deuda externa del país (Oropeza y López, 2004).

Las sociedades siempre han tenido una característica ineludible para ser conformada como sociedad, esta es la reproducción humana. A pesar de contar con un programa específico denominado “planificación familiar”, las poblaciones a nivel mundial siguen incrementando, el programa lleva más de 50 años de vigencia ya que inicio en la década de los 60’s del siglo pasado. En esa época existía una población mundial de 3.000 millones de personas, en el año 2009 6.775.235.700, actualmente el Fondo de Población de las Naciones Unidas anticipó que el mundo llegaría a tener 7.000 millones de habitantes de acuerdo con sus proyecciones (WHO, 2014).

Si tomamos en consideración que todos estos individuos van a tener la necesidad de una u otra forma de atención médica, los sistemas de salud mundial están en un grave dilema para el futuro no muy lejano, tanto en la atención interna como externa.

A lo anterior le podemos añadir que a pesar de que la infraestructura de los servicios de salud del Estado, supera por mucho a los servicios de salud privado; los pacientes prefieren gastar sus pocos ahorros o hacer el sacrificio de atenderse en las instituciones privadas por el excesivo burocratismo en que han caído los servicios médicos del estado, además de la sobrepoblación de sus asegurados haciendo que la atención médica sea ineficiente y de mala calidad.

Las catástrofes naturales son otro de los problemas graves de salud pública los terremotos, de los cuales aun no hemos hecho lo suficiente para estar preparados tanto de prevención como atención posterior. Los maremotos, huracanes, tornados, inundaciones son fenómenos para los cuales debemos estar preparados en todos los sentidos pero para lo cual no se le proporciona un presupuesto financiero adecuado a las localidades, comunidades, estados o regiones para enfrentar los cambios climáticos y la afectación de los ecosistemas por talas y deforestaciones irracionales originando desertificación de los territorios antes cultivables.

Para hablar de la salud de género necesariamente tenemos que tocar temas como la salud reproductiva problema de salud pública importante y creciente. Diversos grupos sociales han luchado por los derechos reproductivos como requisito necesario para el completo crecimiento y evolución de la vida de los individuos.

La reproducción humana debe ser vislumbrada como, una serie de características y procesos en las que debe destacar un incremento de la calidad de la atención médica de la salud materno infantil, educación sobre salud y reproducción familiar creando una cultura sexual y reproductiva, participación masculina en la anticoncepción, información sobre enfermedades y padecimientos de origen sexual, mayor énfasis en medicina familiar, del trabajo, salud mental, salud pública, salud ambiental.

Otra política pública relativamente nueva en cuanto a tiempo más no aplicación es lo relacionado a la donación de órganos. Lo queramos o no esta es una política internacional donde a la larga lo que se pretende es la reparación de un individuo con la seguridad de que se encuentran las partes descompuestas para poder prolongar la existencia de este individuo. Así, existen “donadores potenciales” de órganos, córneas, riñones, hígado, corazón, pulmones.

Existen factores éticos, filosóficos, deontológicos y humanísticos que se deben contemplar ante esta nueva política por lo cual podemos plantearnos las siguientes preguntas para tener una idea más clara acerca de la aceptación o imposición de una nueva cultura, a pesar de que aun no hemos aceptado conscientemente la cultura de la salud dentro de nuestras vidas al estar permanentemente buscando factores de riesgo que perjudican nuestra salud a corto o largo plazo: ¿contamos con las actitudes culturales para ser donadores?, ¿existe la infraestructura física y humana para aprovechar todos los elementos y llevar a cabo los trasplantes en tiempo y forma?, ¿es conveniente la inversión?

Hablando del aspecto financiero, para el estado le resulta difícil invertir en salud, existen otras prioridades a las cuales se les debe incrementar el presupuesto como solución mediática a las necesidades sociales. El estado tiene que organizarse de diferentes maneras para allegarse fondos, reformas de las pensiones de seguridad social, incremento de las organizaciones no gubernamentales para cubrir las deficiencias en las áreas de salud, seguridad y seguridad social.

La falta de recursos financieros es una de las principales premisas por las cuales se tienen dificultades en la administración de los Servicios de Salud lo que afecta directamente en la salud de la población principalmente de los sectores más desprotegidos. Las instituciones de salud deben aceptar que tienen fallas conceptuales, metodológicas y estructurales, preocuparse más en hacer políticas de salud que incidan directamente en incrementar la calidad de los servicios con una atención personalizada

y de calidez que reditué en el bienestar de la población, evitando repetir esquemas viciados que limitan su labor y su real aplicación. Los gobiernos federales y estatales deberán evitar el recorte de presupuestos, limitando alcances y cobertura de los servicios de salud en cambio se debe buscar y encontrar solución a los problemas de salud de la población.

Desde finales del siglo pasado el mundo se encuentra inmerso en un nuevo paradigma llamado globalización. Esto involucra diversos aspectos sociales que antes permanecían focalizados a determinadas localidades, regiones o países. Existen fenómenos socioculturales que han rebasado límites fronterizos a nivel intercontinental. Las comunicaciones, tecnologías, políticas, todo tipo de violencia y aun la democracia. En nombre de esta democracia que no se encuentra del todo correctamente interpretado se hacen políticas que en lugar de beneficiar a todos se beneficia unos cuantos desperdiciándose los pocos recursos otorgados por el gobierno federal en nombre de falsas esperanzas por promesas electorales; se prometen bajas de impuestos, mayores prestaciones sin presentar respuestas reales hasta el momento. Se carga impositivamente impuestos a la comida y a los medicamentos haciéndolos inaccesibles para la mayoría de la población, se tiene la propuesta desde hace años de la privatización de las instituciones de seguridad social, se aumentan cuotas y restringen servicios a ciertos sectores de la población.

Los presupuestos de la federación no son suficientes para resolver las problemáticas en salud; como ejemplo podemos mencionar que Durante el periodo 2014-2015, el gasto Público Federal para la Función Salud evolucionó de la siguiente manera:

- En el 2014, el Ejecutivo Federal propuso a la Cámara de Diputados un gasto de 489 mil 995.05 mdp;
- En el 2014, la Cámara de Diputados aprobó un gasto de 490 mil 137.05 mdp; y
- En el 2015, el Ejecutivo Federal propuso a la Cámara de Diputados un gasto de 516 mil 221.86 mdp

El gasto para esta función propuesto para el ejercicio fiscal 2015 por el Ejecutivo Federal se incrementó en 26 mil 084.81 mdp respecto al aprobado en el ejercicio fiscal 2014 y en 26 mil 226.81 mdp respecto a la propuesta del Ejecutivo Federal para el ejercicio fiscal 2014.

Durante el ejercicio fiscal 2015, el gasto propuesto para la Función Salud obtuvo un incremento del 5.32% con respecto al aprobado por la Cámara de Diputados en el 2014; y en 5.35% con respecto al propuesto por el Ejecutivo Federal para el ejercicio fiscal 2014. (Tepach 2015)

La política de salud en México no puede estar supeditada a la posibilidad de contar con mayores presupuestos dependiendo de la política nacional o internacional sobre mejorar o no los servicios de salud. Debe ir más allá de su concepción e implementación actual en la que tengan cabida los más desprotegidos, debe ir más lejos que lo que en años anteriores se ha llegado. El proyecto de salud, no se debe circunscribir a las élites que puedan acceder a ella, que los servicios sean accesibles con una cobertura total no solo de atención sino con la presencia de las tecnologías e infraestructura necesaria para cubrir las necesidades de la población en su totalidad; disminuyendo la morbilidad y mortalidad en el país y, a su vez controlar la voracidad de las compañías farmacéuticas haciendo más accesibles los medicamentos evitando caer en la medicalización de la medicina.

Es tiempo de que el sistema normativo y jurisdiccional se renueve y actualice sus estructuras normativas y funcionales. La legislación en materia de salud se encuentra obsoleta ante tanta tecnificación y avance científico, el país se convierte en lugar fértil por parte de las compañías transnacionales para el libre desarrollo de conductas y experimentos ilícitos, ética, moral y jurídicamente hablando contando con complicidad del estado ante estos fenómenos. Con todo esto resulta que la salud es un lujo que no todos los mexicanos se pueden dar de manera satisfactoria, o que cada vez menos podrán darse.

#### 4. REFLEXIONES PARA UNA PROPUESTA

Algo que los políticos y la población en general tienen en mente y que puede ser otro de los limitantes para pensar en el desarrollo de las políticas públicas en salud es el modelo biologicista donde se considera que los progresos de las ciencias médicas permitirá resolver con el tiempo todos los problemas de salud de la humanidad. Con el desarrollo de las grandes biotecnologías relacionadas con el genoma humano, existe la creencia de mejorar la vida del individuo privándolo de los “genes malos” permitiendo al hombre llegar al límite máximo de la vida.

Cuando aceptemos que el concepto de salud es complejo y paradójico, tanto la población en general pero sobre todos los tomadores de decisiones, permitirá a los diferentes grupos sociales transformar el sistema de salud y a la vez a la sociedad, haciéndola más equitativa y valorando todas las políticas que mejorarían la salud.

Uno de los indicadores más claros e indiscutibles para medir el desarrollo de una nación es sin duda, la salud de su población. Dada la importancia que tiene el tipo de sistema y el modelo de salud en un país y su estrecha relación con el quehacer cotidiano, es importante conocer y manejar las directrices que en este campo se dan en nuestro país. Un “Sistema”, es una forma sencilla, completa, dinámica y útil de mostrar una realidad compleja, haciendo énfasis en los elementos que la componen y la interacción de los mismos; y que por lo general se muestra de manera esquemática, forma a la que se le denomina “Modelo”.

El Modelo de Salud que la Secretaría de Salud ha establecido como su “Objetivo final”, así como la integración de propuestas a dicho “Modelo”, se le ha denominado “Sistema Universal de Salud” (CEESES, 2012).

Tomemos como base lo que el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones

públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Para cumplir este compromiso, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población;
- 2) Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente;
- 3) Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables;
- 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y
- 5) Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

El pluralismo estructurado (cuadro1), fue propuesto por Londoño y Frenk (1997). Presenta cuatro funciones, articulación, financiación, modulación y prestación de servicios. El pluralismo, al igual que los otros modelos, considera relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en los sistemas de salud, bajo una “justa medida”.

El contenido pluralista radica en la posibilidad de que diferentes actores y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y lo estructurado responde a la necesidad de interacción para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado.

El modelo permite la evaluación y medición con los otros modelos o sistemas de salud, tiene la fortaleza de caracterizar al resto de iniciativas, puesto que parte de sus fundamentos radica en tomar del sistema público unificado, del sistema privado atomizado, del de contratación pública y del segmentado los elementos que permiten hacer de ellos modelos igualmente ejemplarizantes a la hora de evaluar la dirección que se le pretende dar al pluralismo estructurado.

Es un modelo que de manera concreta indica las bondades de repensar los lineamientos y patrones que han direccionado los sistemas de salud, y que no necesariamente indica que puedan estar erráticos o equívocos conforme a la manera como es entendido el sistema de salud. En particular, el pluralismo determina dos macro variables para explicar los elementos fundamentales que sirven para tener éxito en cuanto a los objetivos del sistema y cumplir con los principios de universalidad, equidad, derecho a la salud, entre otros: la estructura poblacional y la composición institucional. Ambas constituyen el punto de partida del pluralismo para que el sistema responda.

La modulación se presenta como un mecanismo que, si bien puede ser un elemento explicativo del sistema, no es suficiente si se estima solamente como un parámetro de enlace entre la articulación, la financiación y la prestación de servicios. Bajo el Pluralismo Estructurado, “la reforma del sistema de salud deberá basarse en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo, para así perseguir los propósitos de equidad, calidad y eficiencia. El sistema de salud debe organizarse por funciones y no por grupos sociales”.

En este esquema, se separan las funciones básicas de todo sistema de salud (regulación, financiamiento y prestación) con el fin de crear un sistema de pesos y contrapesos que promueva la competencia y con ello eficiencia y la calidad en la atención, además de fomentar la participación de los usuarios en su propia atención.

Así la Modulación se convierte en la misión medular de la Secretaría de Salud, el financiamiento es la responsabilidad central de la seguridad social, ampliando ésta a los seguros privados, la función de articulación se volverá explícita a través de la administración de los pagos y la coordinación de las redes de proveedores, por medio de las Instituciones de Servicios Especializados en Salud; finalmente la Prestación de servicios quedará abierta a un esquema plural de instituciones públicas y privadas.

Cuadro 1. Modelo de Salud: “Pluralismo Estructurado”

FUNCIONES	GRUPO SOCIAL		
	Asegurados	No Asegurados	
		Alta / Clases Media	
Modulación			Secretaría. de Salud
Financiamiento			Seguridad Social (Ampliada)
Articulación			Competencia Estructurada
Prestación			Pluralismo Público y Privado

Fuente:

(Londoño y Frenk, 1997)

A fin de mejorar la satisfacción de la población y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores, se deberá reconocer la libertad de elección por parte de los usuarios.

Sabemos que una de las tendencias internacionales en los sistemas de salud es cambiar el “subsidio a la oferta” por esquemas basados en “subsidió a la demanda” los cuales siguen las necesidades de salud de la población, por lo que si México desea “democratizar su sistema de salud”, como lo estableció la misma SSA en sus líneas de acción, debe incluir al sector privado, ya sea en la prestación de los servicios, en la articulación e incluso en el financiamiento.

Recuperando la propuesta de pluralismo estructurado, al analizar el Modelo de Salud Mexicano en relación con sus funciones básicas que todo sistema de salud debe llevar a cabo, vemos que el mexicano es un modelo sui generis ya que está organizado por grupos sociales (cuadro 2). Divide a sus grupos sociales en dos, los “asegurados” a un Instituto de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM) y los “no-asegurados”.

Los Institutos de Seguridad Social creados ex profeso son responsables de atender a la población llamada “asegurada”, la cual se conforma por todos los trabajadores públicos y privados que se encuentran dentro del sistema productivo “formal”. Aquellos que no

cuentan con un empleo formal son considerados dentro de la población “no-asegurada”. En este rubro se consideran a su vez dos subgrupos, las clases medias y altas que acuden al sector privado, ya sea a través de seguros de salud (gastos médicos mayores o gastos médicos totales) y/o pagando los servicios médicos privados de su bolsillo, situación que se ha visto y comprobado frecuentemente, ineficiente para financiar los servicios médicos. De hecho podemos decir que muchos miembros de estas clases, en particular los que cuentan con un empleo formal específicamente burócratas empleados gubernamentales y miembros legislativos, pagan sus contribuciones a la seguridad social, pero no la utilizan y se atienden en el sector privado.

El segundo subgrupo dentro de la población “no asegurada” lo constituyen las clases más pobres (40% de la población), urbanas y rurales, las cuales en teoría, deben ser atendidas por la infraestructura de la Secretaría de Salud (SS), la cual, como sabemos es insuficiente y de baja calidad asistencial desde la óptica de los usuarios. Es importante comentar que en este subgrupo se da con el pago de servicios de acuerdo a los estudios socioeconómicos realizados por estas instituciones.

Cuadro 2. Modelo de Salud en México

FUNCIONES	GRUPO SOCIAL		
	Asegurados	No Asegurados	
		Clases Media alta / Alta	Pobres
Modulación	↓	↓	↓
Financiamiento			
Articulación			
Prestación			
	Seguridad Social	Sector Privado	Secretaría de Salud

Fuente:

(Frenk, 1997)

Cada uno de estos tres sistemas, la Seguridad Social, el Sector Privado y la Secretaría de Salud (aun cuando existe una política única del sistema nacional de salud), dictan

sus políticas y procedimientos, controlan sus propios mecanismos de financiamiento, crean infraestructura y prestan los servicios a su población en forma individual e independiente. Es evidente que este modelo, crea traslapes, duplicidad de funciones, infraestructura y de operación entre los diferentes sistemas y por consiguiente desperdicio de recursos, con la consecuente ineficiencia e insatisfacción de los usuarios.

Una de las estrategias que se llevaron a cabo en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, por la Secretaría de Salud, es “Brindar Protección Financiera para el Cuidado de la Salud a Toda la Población”; para llevar a cabo esta estrategia, la Secretaría a través de su Dirección General de Protección Financiera estableció las siguientes cinco “Líneas de Acción”:

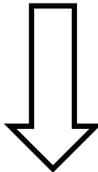
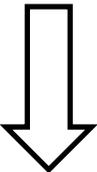
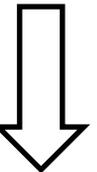
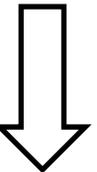
1. Consolidar la cobertura básica y promover la creación de un “Tercer Seguro Público”: “El Seguro Popular”.
2. Promover y extender la afiliación a la seguridad social.
3. Poner en orden y regular y los esquemas privados de prepago. (Instituciones de Servicios Especializados en Salud y administradoras de servicios de salud).
4. Desarrollar otros esquemas de protección financiera.
5. Articular el marco de aseguramiento en salud.

En particular esta línea de acción número 5, “tiene como principal objetivo conectar los diferentes esquemas de protección financiera, con la intención de dar un incentivo a la población a ser miembro de cualquiera de los esquemas públicos y pasar de la economía informal, a la economía formal, de la cobertura básica a la cobertura integral y de la protección financiera parcial a la total. De esta forma se podrá conectar a los diferentes esquemas, evitando los esfuerzos aislados y dobles, facilitando la portabilidad de los beneficios de un esquema de aseguramiento a otro”.

El cuadro 3, muestra cómo el Seguro Popular identificará a la llamada “población abierta”, (los no asegurados) a través de una credencial de identificación y la creación

de una base de datos, como actualmente lo hace la seguridad social. En la primera etapa cada seguro público proporcionará los servicios de salud a través de su propia infraestructura a su población correspondiente. (Con lo cual se ve que sigue siendo un modelo segmentado).

Cuadro 3. Etapa I: Creación del Seguro Popular

	Seguro de Salud Popular	IMSS	ISSSTE	Sector Privado
Financiamiento	Fondo de Protección Financiera en Salud	Fondo de Enfermedades y Maternidad	Fondo de Prestaciones Médicas	Aseguradoras Privadas
				
Prestación	Servicios Estatales de Salud	Servicios Médicos del IMSS	Servicios Médicos del ISSSTE	Servicios de Salud Privados

Fuente:

(PNS 2001-2006)

### Sistema Universal de Salud.

En la segunda etapa, cuadro 4, se pretende que con “una adecuada articulación de los esquemas de aseguramiento, contribuirá a lograr la óptima utilización de la infraestructura médica del país (PNS 2012-2016). El cuadro muestra que las familias podrán ser atendidas en unidades médicas de cualquier seguro público, independientemente a qué seguro cotizaron. Esta articulación facilitará el flujo de recursos de una institución a otra, así el sistema tenderá a separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud. Una vez que las familias estén identificadas en algún esquema de protección financiera y que este cubra sus gastos en salud, la familia estará en condiciones de elegir la institución que le proporcionará sus servicios médicos.” En este proceso de articulación será importante considerar el papel que las Instituciones de Servicios Especializados en Salud pueden jugar.

Cuadro 4. Etapa II: Sistema Universal de Salud

	Seguro de Salud Popular	IMSS	ISSSTE
Financiamiento	Fondo de Protección Financiera en Salud	Fondo de Enfermedades y Maternidad	Fondo de Prestaciones Médicas
Prestación	Servicios Estatales de Salud	Servicios Médicos del IMSS	Servicios Médicos del ISSSTE
Financiamiento y prestación Universal	Sistema Universal de Salud		

Fuente:

(Autoría propia)

La intención final es pues, lograr en el futuro un modelo donde exista un solo financiador y competencia entre prestadores, con el supuesto que la diversificación de riesgos entre los grupos de población será aún mayor al integrar el financiamiento de los tres grupos. Hasta aquí hemos tratado de describir lo que la SSA ha planteado como “objetivo”. Es de suponer que por los momentos políticos que estamos viviendo, el detalle de este Modelo no se precisa, para evitar polémica, no obstante, es claro que, como era de esperarse, el Modelo a seguir será el llamado “Pluralismo Estructurado”, en este sentido las precisiones son indispensables.

Propuesta: Seguridad Social Única (Plural y Democrático)

Para concluir, el cuadro 5 muestra la propuesta a la “Etapa II: Sistema Universal de Salud” establecido por la SS, dicha propuesta consiste en incluir en el Modelo a otro jugador, “el sector privado”, lo cual crea una sana competencia entre proveedores y financiadores lo que resultará en mejores servicios y calidad, así como costos más

sanos y competitivos para los usuarios, cumpliendo así la pluralidad y democratización del Modelo Mexicano de Salud.

Cuadro 5. PROPUESTA Etapa III: Seguridad Social Única  
(Plural y Democrático)

	Seguro de Salud Popular	IMSS	ISSSTE	Sector Privado
Financiamiento	Fondo de Protección Financiera en Salud	Fondo de Enfermedades y Maternidad	Fondo de Prestaciones Médicas	Aseguradoras Privadas
Prestación	Sistema Universal de Salud			Servicios de Salud Privados
Financiamiento y prestación Universal	Seguridad Social Única			

Fuente:

(Autoría propia)

Realizar esta integración, significa que todos los grupos de la población tendrán acceso a las mismas instituciones, porque existe libertad de elección. Bajo esta modalidad la población tiene mayores opciones, y los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. La reforma al sistema de salud será completa cuando sea incluyente de todos los sectores - incluyendo al privado.

Para asegurar un sistema nacional de salud equitativo, de calidad y eficiente la reforma deberá apoyarse en la creación de un seguro nacional de salud de carácter universal en el cual no haya discriminaciones, sea solidario y que los recursos acompañen permanentemente a las necesidades, lográndose esto a través de la concentración de la asignación de los recursos financieros institucionales en una sola instancia que distribuirá estos recursos a las instituciones prestadores de servicios manteniendo la calidad en los recursos humanos y materiales. La importancia de crear la prestación

plural -pública y privada- de los servicios de salud conlleva a la creación del seguro universal único, lo cual necesariamente dará un impulso grande a la eficiencia y competitividad del sector salud así como una equidad y calidad en el servicio prestado.

En el momento en que el individuo tenga la posibilidad de elegir de manera personal la atención médica que mejor le convenza, ya sea por conveniencia, prestigio, impacto, equipamiento o simplemente por cercanía, en ese momento existirá una posible justicia y equidad en la prestación de los servicios. El gobierno tiene la obligación de asegurar un servicio de salud a toda la población, algo que no ha podido brindar a lo largo de varias décadas no encontrando respuesta política clara para que todos los mexicanos tengan la posibilidad de ser atendidos por la institución que mejor le parezca, sea público o privado.

Un sistema de salud para ser de calidad debe ser transparente y honesto tanto con la población demandante como consigo mismo, tratando con justicia, equidad, empatía, respeto y profesionalismo a la población, con una propuesta de mantener altos niveles de calidad de vida de la población, un desarrollo humano sostenible en armonía con el medio ambiente, promoviendo una integración y cooperación de la sociedad y el gobierno en la administración de los recursos para la salud. El tener un acceso efectivo de la población a los servicios de salud requiere de una política a corto plazo y no solamente contemplado a cualquier clínica u hospital del Sistema Nacional de Salud sino debe estar integrado y comprometido el sistema de salud privado por medio de un sistema de seguridad universal, que garantice la calidad en el servicio para que todos los mexicanos, cuenten con médicos profesionales, calificados e instalaciones para recibir un servicio de salud de calidad, así mismo con la consigna de que todas las instituciones de salud pública o privada continúen con esquemas y programas permanentes de prevención para anticiparse a las enfermedades cronicodegenerativas, manteniendo el esquema de atención primaria a la salud vigente en todas las comunidades del país y evitar las condiciones que las generan.

## 5. CONCLUSIONES

Cuando se habla de política pública se hace alusión a los procesos, decisiones, resultados, sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción y entre diferentes perspectivas evaluadoras, estamos pues ante un panorama lleno de poderes en conflicto, enfrentándose y colaborando ante opiniones y cursos de acción específicos.

Parte fundamental del quehacer gubernamental se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas. Las políticas públicas derivan de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda de establecer o de bloquear políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. La búsqueda recíproca de la política y las políticas públicas representa una modernización de la esfera pública. Tal mejora requiere cambios en el sistema político y en el gobierno. Los partidos, los grupos sociales y las personas requieren interiorizarse el análisis de políticas públicas, sea que estén en el gobierno o en la oposición. La reforma del estado debe hacerse en torno a decisiones de políticas públicas.

Las políticas públicas, entendidas como respuestas que el Estado ejecuta frente a situaciones socialmente problemáticas, están orientadas a la mejora del actuar gubernamental. De ahí que su análisis y evaluación permiten obtener información sobre los resultados alcanzados a través de la ejecución de las distintas acciones, estrategias y programas que forman parte de la política social. Las políticas públicas pensadas como el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones en torno a determinados problemas sociales, pueden actuar como una alternativa real para mejorar la calidad de vida de un grupo de ciudadanos específico y transformar la realidad.

El mundo contemporáneo se encuentra envuelto en una globalización desgobernada, concentrando el capital, restringiendo cada vez más el trabajo al ámbito local para impedir movimientos migratorios y generando cada vez mayor pobreza, exclusión social

y efectos discriminatorios hacia grupos marginados, creando una polarización entre quienes reclaman democracia, trabajo y salud y quienes la restringen a los ciudadanos y a las naciones. De manera interna en los países se enfrentan los grupos de poder, como consecuencia de la pérdida de la función económica y social del Estado; ese desorden social genera una crisis de gobernabilidad, desorganización y descomposición social, pérdida de la cohesión y protección, la sociedad se ha protegido contra la hegemonía del mercado y busca resguardarse de las políticas sociales, el derecho al trabajo y la protección social haciendo más precaria las relaciones laborales y la mercantilización del trabajo, en deterioro de la política social y las conquistas sociales son vistas como obstáculos para el libre desarrollo del mercado.

La exclusión en salud, definida como la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan, es un problema que, en sus diferentes manifestaciones, afecta a un elevado porcentaje de habitantes del mundo, esta exclusión tiene consecuencias sobre la duración y calidad de vida de las personas, sus familias y sus comunidades, pero además, afecta de manera crucial la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida para todos sus habitantes.

En materia de salud el Estado mexicano ha cumplido parcialmente con sus obligaciones de proteger, garantizar y promover esa facultad por el bajo porcentaje de inversión pública en ese rubro que impide mejorar el acceso a servicios, insuficiencia en el abasto de medicamentos, lentitud en el crecimiento de la infraestructura, falta de impulso a la investigación y a la promoción de una cultura de prevención; persiste la desigualdad y diferencias en los sectores de la población que ante la necesidad de atención médica al padecer una enfermedad crónico degenerativa no encuentra acceso a los servicios provocando desequilibrios económicos a la familia.

Dentro de las políticas sociales más requeridas en este mundo globalizado, la protección en salud es fundamental tanto para el bienestar humano como para el desarrollo económico y social sostenible de un país. Los Estados Miembros de la OMS

se han fijado el objetivo de desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios mientras están protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos.

El derecho de la seguridad social se funda en el trabajo, por lo que la aplicación de los seguros sociales en materia de atención en salud es limitada solo comprende a los trabajadores. Trabajadores sin relación laboral tropiezan con dificultades cuando se trata de la atención en salud, incide en el patrimonio de las familias al erogar grandes cantidades en consultas médicas y medicinas, ocasionando perjuicios económicos al no existir políticas públicas en beneficio de los sectores marginados de la población. Algunos países han iniciado o reelaborado su seguridad social sobre la base de lo que se llama asistencia o protección social, se recurre a impuestos locales o nacionales para financiar los diversos programas de los que se derivan las prestaciones pagadas como un derecho legítimo.

Para llevar a cabo ese objetivo el Estado ha destinado grandes cantidades de recursos provenientes de los impuestos vía presupuesto de egresos, con la intención de orientar el gasto desde una visión propulsora de la equidad y multiplicadora de impactos asertivos en el bienestar social de la población que carece de servicios de salud.

A simple vista, se observan avances en la cobertura universal en salud en México, partiendo de allí, el origen del derecho a la salud en su forma genérica, proviene del derecho social mismo que se define como el conjunto de normas, principios, derechos, instituciones con la finalidad de obtener bienestar social de la población económicamente débil, en ese sentido el hombre puede demandar del estado o de la sociedad como vínculo organizado en razón de estar agregado a ellos y como un medio para un mejor desarrollo propio y de la comunidad de la que forma parte. Casi todas las constituciones políticas del mundo tratan los derechos humanos ya sea de forma individual o colectiva, se refieren al ser humano como tal, al ser humano en su vida de relación con otros derechos humanos.

Hoy en día, hay consenso político en la posibilidad de ofrecer una cobertura universal de servicios de salud en base al modelo que antepone el aspecto curativo frente a las medidas preventivas, y cuyo centro natural viene siendo el hospital urbano especializado. Esta calificación del hospital como fuente de acciones de salud no es solo de su ubicación como venero de cualquier condición de tratamiento médico o quirúrgico, sino del incremento en los costos de la atención hospitalaria, donde el combate al dispendio no consigue evitar que los costos se disparen, porque el problema está en el modelo de atención médica lo cual impide poner este tipo de atención al alcance de la mayoría de la población, originando que el modelo hospitalario sea considerado como eje de nuevas propuestas en el sector salud, a pesar de la imposibilidad de que exista una atención generalizada a toda la población.

En la época actual, donde existe una escalada permanente en la crisis de la economía, la que registra un fenómeno especial, donde se combinan la inflación con un estancamiento de la actividad económica, se reducen de manera importante a la única y más importante opción, garantizar el acceso a los servicios de salud a través de la seguridad social universal, ya que esta modalidad está basada en políticas de pleno empleo y no como un seguro contra el desempleo, además, la inflación atenta contra la mecánica de sus esquemas administrativos inherentes en la seguridad social, por lo que la opción por la seguridad social como medio más idóneo para asegurar el derecho a la salud de toda la población es desalentada por la persistencia y magnitud de la crisis.

Así, queda en manos de la secretaria de salud la responsabilidad de la cobertura de atención en salud y del cumplimiento efectivo del papel del estado como garante del acceso a los servicios de salud; esto invertirá el proceso que hubo en los años sesenta; donde existía la concentración paulatina de los servicios personales de salud en el IMSS y el ISSSTE de la prestación de los servicios de salud pública (llamados también servicios no personales o colectivos) en la Secretaría de Salud.

En materia de servicios de salud, el estado mexicano es la entidad más importante, por el volumen de recursos humanos, materiales y financieros de que dispone, y por la responsabilidad tan grande que ha asumido, el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, pero debe ser combinando los servicios de salud públicos y privados. La modernización administrativa resultará solamente si existe armonía financiera y administrativa lo cual facilitaría la expansión de la cobertura y la calidad de los servicios, consolidando ambos sectores a la vez. También es importante observar que, aun cuando la descentralización sea iniciativa del estado, esta da pautas para la integración y participación comunitarias, lo cual está dado desde el punto de vista práctico: ya que al desplazar la gestión a dependencias más cercanas a la población, se acorta el círculo para que los usuarios insatisfechos reclamen e impiden la dilución de las responsabilidades de los servidores, originando una mayor democratización en la prestación y atención de los servicios, lo que pudiera llevar a una mayor desburocratización de los servicios puesto que la burocracia es considerada como enemiga de la democratización (Frenk y Gómez, 2001).

México identificó la necesidad de realizar esfuerzos dirigidos a consolidar un Sistema Nacional de Salud por lo cual se estableció la coordinación de servicios de salud de la Presidencia de la República que se encargó de definir los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos para la integración de los servicios públicos de salud que diera cobertura a toda la población.

A nivel internacional la OMS estableció las siguientes premisas para analizar el fortalecimiento de los ministerios de salud para la atención primaria; las particularidades de cada país, cuanto a su tradición, historia y organización política económica y social que define las posibilidades de viabilidad del sistema, lo que introduce limitantes de un país a otro, los ministerios de salud son el órgano responsable de definir y aplicar la política nacional de salud, los ministerios de salud están estrechamente vinculados a los sistemas nacionales de salud, en su cambio estructural, el fortalecer no son estructuras más complejas o con mayores recursos, significa definir funciones y adecuar la estructura para su cumplimiento.

El cambio estructural en salud en el contexto del plan nacional de desarrollo tiene como propósito nacional servir de base para cuatro objetivos fundamentales; conservar y fortalecer las instituciones, vencer la crisis, recuperar la capacidad de crecimiento, iniciar los cambios cuantitativos; todo esto a partir de dos estrategias: reordenación económica y un cambio estructural.

El cambio estructural se orienta a la transformación del aparato productivo y distributivo y de los mecanismos de participación social; para la salud cambio estructural es la adecuación de estructura y función a la promoción del bienestar integral a niveles individual y colectivo, dando origen a cuatro grandes cambios de políticas: económicas, social, sectorial y regional (Juan, 2014).

La política social define los objetivos de empleo y distribución del ingreso y plantea los propósitos y las líneas de acción sobre necesidades básicas: educación, alimentación, salud, seguridad social, desarrollo urbano, vivienda y medio ambiente.

El sistema de salud brinda una atención médica, salud pública y asistencia social, con respecto a la atención médica se proporciona al individuo que incluyen; actividades preventivas de protección específica, actividades curativas, diagnóstico temprano proporcionar un tratamiento oportuno, actividades de rehabilitación corregir problemas de invalidez física y mental, acciones de atención a urgencias; La salud pública crea, corrige y mejora las condiciones deseables de salud, proporcionando en el individuo actitudes, valores y conductas, motivando su participación en beneficio de la salud individual y colectiva, y los servicios de asistencia social son las acciones tendientes a superar las circunstancias de carácter social que impiden del desarrollo integral del individuo.

El no tomar en cuenta la complejidad, interpretación y evolución cultural que con lleva el carácter paradójico del concepto de salud origina que se tengan caminos multidireccionales a decisiones en términos de políticas de salud que solo pueden llegar

a ser bienintencionados pero equivocados y decepcionantes, ya que no se dirigen más que a una parte del concepto de salud sin tomar en consideración todas las implicaciones que derivan de una parcialización interpretativa de lo que es el proceso salud enfermedad.

Hay que entender que los recursos otorgados por el estado al sistema de salud no necesariamente mejoran la salud de la población medida en la esperanza de vida, existen otros determinantes sociales de la salud en los cuales hay que actuar.

Indudablemente que es un excelente logro del sistema de salud que, de 1972 a la fecha, ya ha formado alrededor de 195 mil médicos especialistas, de los cuales cerca de cinco mil han provenido de otros países, este año egresarán cinco mil especialistas formados en el Instituto, un buen número de ellos reemplazará parcialmente a los cerca de tres mil 500 médicos que anualmente se jubilan.

Pregunta y duda frecuente es si en México faltan o sobran médicos. A escala nacional, de acuerdo con Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (Incide Social), por cada dos mil habitantes hay tres médicos, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda entre dos y tres médicos por cada mil habitantes. Con base en esto, desde el punto de vista numérico, no sobran médicos: faltan.

En relación con la educación médica, es en los médicos generales en quienes recaen de forma importante las acciones de promoción, prevención, atención médico-quirúrgica y rehabilitación de los problemas de salud. De alguna manera, también corresponde a estos médicos el análisis de los sistemas de salud, de su equidad, eficacia y de la calidad de atención, así como de las carencias y problemas que presenta para proponer políticas públicas que lo mejoren y transformen.

Un sistema de salud equilibrado debe permitir una adecuada planeación de recursos humanos; las metas educativas deben corresponder a las demandas laborales, tanto en la formación de médicos generales como de especialistas de las diferentes áreas de la

medicina, y éstas últimas deben responder a los requerimientos epidemiológicos que presenta una nación. Hay que tener el mercado laboral de los médicos bien definido. Pero en México esto no ha sucedido.

Tenemos un déficit de médicos por una mala distribución geográfica, consecuencia lógica de la limitación de oportunidades de crecimiento social en las zonas marginadas y una política de contratación incierta. A pesar de ello el aumento de las escuelas de medicina en el país ha producido una mayor cantidad de médicos y, de hecho, somos porcentualmente uno de los países dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que mayor proporción de crecimiento presentamos en los últimos lustros en la formación de recursos humanos en salud (Anderson y Hussey, 2001 219-232). A pesar del incremento de estos índices, ello no nos ha llevado a superar cabalmente la desigualdad provocada por la inadecuada distribución de los médicos en el país.

La fragmentación del sistema, la falta de definición de un modelo universal de atención primaria, la ausencia de una política de contratación de médicos generales, aunada a una política que da preferencia a la atención médica especializada son factores que han venido provocando una mayor contratación de médicos especialistas, que a todas luces no ha sido la solución a problemas. Dadas las tendencias de mayor contratación de especialistas que presenta el país, el sistema nacional de residencias médicas, debería haber sido modulado para tomar en cuenta las necesidades de los cambios epidemiológicos, de las alteraciones demográficas (mayor número de geriatras y especialistas hacia la edad avanzada y una gradual disminución de pediatras), el crecimiento esperado del sector y los factores de jubilación y retiro. Sin embargo, esto no ha sucedido (Wong, 2007).

El sistema nacional de residencias no ha tenido un crecimiento ordenado y planeado; esto ha dado origen a que las necesidades actuales, en ciertas especialidades, no puedan ser satisfechas.

En los sistemas de salud han confluído la salud pública, los hospitales, los seguros de salud y el seguro social, la formación de médicos y profesionales de la salud, investigación en salud, agencias de salud voluntarias y otras agencias públicas, la industria farmacéutica y la prestación de servicios privados de salud. Nuestro sistema de salud es fragmentado, donde las instituciones que lo componen tienen distintos modelos de atención primaria, los cuales varían periódicamente, de acuerdo con las necesidades del momento, por lo que la preparación adecuada de los médicos para ejercer y desarrollarse en ellos no ha sido adecuadamente planeada. Es un sistema que finca su organización en la atención primaria y que presupuestalmente relega el modelo a un segundo término. Las contrataciones de médicos generales son escasas; esto ha provocado una población de médicos generales subempleados a pesar de que siguen siendo sumamente necesarios en las zonas marginadas de la nación.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2030 y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establecieron la política de integrar funcionalmente los servicios de salud de las distintas instituciones públicas. En ella, la alta especialidad fue considerada una estrategia de equidad en la atención médica a la población, caracterizada por la inversión en tecnología, investigación, formación de personal y desarrollo de la infraestructura (SS, PNS 2007-2012).

Las instituciones públicas de salud dieron por hecho que la Atención Médica de Alta Especialidad se otorga en el tercer nivel de atención, porque concentra la tecnología y el equipo de mayor costo, y pacientes cuyos problemas de salud requieren de este tipo de insumos. Sin embargo, existen evidencias de que enfrentan problemas derivados de la necesidad de renovar sus equipos, de innovarse para atender los efectos de los cambios demográfico y epidemiológico, dado que la capacidad instalada puede ser insuficiente o inexistente (Aguirre, 2008). Otro problema es la fragmentación del sistema nacional de salud, derivado de la heterogeneidad normativa y del presupuesto de las instituciones, lo cual tiene efectos sobre el acceso a los servicios y la calidad que se otorga (SS, PAEAE 2007-2012).

Por otro lado, no existe un concepto consensuado de AMAE: mientras que la Secretaría de Salud la circunscribe a hospitales de tercer nivel, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) promueve «que los especialistas profundicen en sus conocimientos y se adiestren en técnicas más complejas que, por sus características, requieran estudios y habilidades que van más allá de los objetivos de los cursos de especialización»; y con base en ello, las instituciones realizan cursos de alta especialidad en todos los niveles de atención (SS, 2010; UNAM, 2006; ISSSTE, 2011).

El tercer nivel de atención, con algunos matices, es considerado de manera análoga por las distintas instituciones, concordando en que tiene la mayor capacidad resolutive por los recursos tecnológicos y médicos, y cuya función asistencial se concentra en los problemas de mayor complejidad (IMSS, 2010; IMSS, 2011; ISSSTE, 2010).

La transición epidemiológica es un problema que impacta la totalidad del país, no sólo por el gasto que implica la atención de padecimientos crónico-degenerativos como infecto-contagiosos, sino porque el contar con una población enferma, reduce la competitividad del país en muchas áreas. Es necesario reorientar nuevamente las políticas públicas y la acción multisectorial, hacia la promoción de una cultura de prevención con un enfoque integral. Desde el rediseño de programas educativos, hasta la creación de espacios públicos adecuados para que la población adopte estilos de vida saludables. La atención médica integral, el abasto de medicamentos, la prevención de enfermedades, la educación para la salud y el mejoramiento de la nutrición, integran temas cruciales de la agenda pública nacional.

Es importante hacer la búsqueda de los medios necesarios para la promoción de la salud simultáneamente con la curación de las enfermedades, recordando que la ganancia económica perseguida se deriva cuando el individuo realiza sus propias y mejores elecciones de bienestar, por medio de la capacidad del estado para proporcionar democráticamente, haciendo funcionar dispositivos equitativos y eficientes de distribución de recursos para aumentar el bienestar colectivo.

Existen nuevos paradigmas en salud como son el bienestar subjetivo o la felicidad individual, avances en las tecnologías médicas y farmacéuticas; modelos de gestión de los prestadores de salud; vinculación entre la biotecnología y la genómica; nuevos modelos de distribución y venta de medicamentos y regulaciones mundiales que estarían condicionando los sistemas de salud.

Es importante que se desarrolle un sistema de salud eficiente con visión de futuro a nivel sistémico, para enfocarse en el bienestar físico y emocional del paciente y no sólo en atender la enfermedad. De igual forma debe funcionar como una red donde se incorporen diversos actores tanto públicos como privados, que actúen en sus diferentes áreas de desempeño, atribuciones y facultades. La participación del sector privado, juega un importante papel en la prestación de servicios médicos, lo que no implica una privatización del sistema, sino una integración real de lo privado a lo público. Sólo mediante la concurrencia de ambos sectores se podrá atender tanto en cobertura, pero sobre todo en calidad, la creciente demanda de salud que los mexicanos del futuro estarán exigiendo.

## BIBLIOGRAFIA

Abrantes, R. y C. Almeida., (2002) *Ámbito y papel de los especialistas en las Reformas en los Sistemas de Salud: los Casos de Brasil y México. Revista Cuadernos de Saúde Pública*, v. 18. No. 4 Rio de Janeiro. Jul. Ago.

Acuña, H., (1980) *Informe del director de OPS. Estrategias para el año 2000*, OPS.

Aguilar, A. etal., (1994) *Plantas medicinales del herbario del IMSS. Cuadro básico por aparatos y sistemas del cuerpo humano*, IMSS.

Aguilar, L., (1993) *La implementación de las políticas*. México, M.A. Porrúa Editores.

Aguilar, L., (1996) *El estudio de las políticas públicas*. Colección antología de política pública Miguel Ángel Porrúa, 291 pp.

Aguirre, H., (2008) *Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006. Rev Med IMSS;46(5):571-80.*

Alaszweski, A. y T. Horlick., (2003) *How can doctors communicate information about risk more effectively? British Medical Journal*, 327(7417): 728–731

Álvarez, R., (1991) *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., México D.F.

Álvarez, E., etal. (2004) *Herramientas para la gestión sanitaria: mortalidad y carga de enfermedad. XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología; Cáceres 27-29/X/2004.*

Álvarez, C. y A. Franco., (2006) *Democratisation and health after the fall of the Wall*. *J Epidemiol Community Health*.; 60(8): 669-71.

Álvarez, C. y R. Umaña., (2005) *El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública*. *Gac Sanit.*;19(6): 475-80.

Anderson, G. y P. Hussey., (2001) *Comparing Health System Performance In OECD Countries*. *Health Affairs* May/June pp. 219-232 Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

Arbonéz, A., (2001) *Como evitar la miopía en la gestión del conocimiento*. *Cluster del conocimiento*. España: Ediciones Diaz de Santos.

Arvide, C., (1996) *Tratado de pastillas medicinales según Abulcasis*. Andalucía, España, Universidad de Almería.

Ashton, J. y H. Seymour., (1992) *La nueva Salud Pública, Caso Liverpool*. Edición española: Edit, Masson, S.A. Barcelona.

Barraza, M. et al., (2002) *Addressing Inequity In Health And Health Care In Mexico: Mexico's health care system shares the problems of incrementalism with its neighbor to the north*. *Health Affairs*. May/June, Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc. pp. 47-56

Baquadano, E., (1992) *Los aztecas*. México, Edit. Panorama.

Bayer, R. y J. Colgrove., (2002) *Science, politics, and ideology in the campaign against environmental tobacco smoke*. *Am. J. J. Public Health* 92:949–54

Baz, G., *La integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud: Caso Estado de México. Revista de Administración Pública Administración del Sector Salud* Número 69-70 Enero-Junio Año 1987.

Beauchamp, D., (1980) *Public health and individual liberty. Annual Rev. Public Health* 1:121–36

Benavente, T., (1971) *Memoriales o libro de las cosas de Nueva España y los naturales de ella.* México. UNAM.

Berlinguer, G., (1994) *La enfermedad* Editorial Buenos Aires, Argentina. pp. 128

Bifulco, A. y P. Moran., (1998) *Wednesday's child: Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression.* London: Routledge.

Briceño, R., (2003) *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. Ciencia de Saúde Colectiva*, 8(1):33-45.2003

Brown, G. y T. Harris., (1978) *Social origins of depression: A study of psychiatric depression in women.* Londres: Tavistock Publications.

Buck, C., (1996) *Después de Lalonde: La creación de la Salud. En: Promoción de la Salud una Antología.* OPS. Washington, DC. Publicación Científica No. 557; 1996.

Bustamante, M., (1982) *La salud pública en México, 1959-1982.* Boletín informativo de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

Bustamante, M., (1992) *La viruela en México, desde su origen hasta su erradicación.* En Florescano E. y Malvido E. (eds). *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México.* México. IMSS. 1992.

Bye, R. y E. Linares., (1999) *Plantas medicinales del México prehispánico*. Arqueología Mexicana, num 39, 1999, pags 4-13.

Cabrero, M., (1998) *Las políticas descentralizadoras desde el ámbito regional en Las políticas descentralizadoras en México*. México. Porrúa.

Calderón, J., (2003) *Descentralización y Participación: Base Fundamental de la Reforma y Modernización del Estado en Centroamérica*. Revista FORTAL – Pobreza Urbana y Desarrollo, Año 9, No.21, Junio del 2003, Buenos Aires, Argentina.

Castellanos, P., (1989) *Sobre el concepto de Salud enfermedad*. Boletín Epidemiológico O.P.S. Volumen 10 No. 4.

Cárdenas, J., (1980) *Problemas y secretos maravillosos de las Indias*. México ANM Colección de Historia de la Medicina en México.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública., (2006) *Antecedentes en Seguridad Social* [en línea] revisado el 26 de mayo de 2014 [Actualización: 17 de febrero de 2006], disponible en [www.diputados.gob.mx/cesop/](http://www.diputados.gob.mx/cesop/)

Centro de estudios económicos y sociales en salud., (2012) *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de salud de una propuesta de seguridad social universal*. Documento elaborado por el CEESES del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para el consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL). Octubre.

Chanes, J., (1985) *La Descentralización de la Administración Pública*. México, INAP.

Czern, M. y J. Makowski., (1990) *Hombre, Medio Ambiente y Desarrollo*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

Dabas. E. y D. Najmanovich., (2002) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

De la Cruz, M., (1964) *Badiano J. Libellus de medicinalibus indorum herbis.* México IMSS, 1964.

De la Madrid, M., (1986) *Los grandes problemas nacionales de hoy.* Editorial Diana, 1986, p. 169.

De las Casas, B., (1992) *Historia de las Indias.* México. Fondo de Cultura Económica, México.

Declaración de Alma Ata., (1978) *Reporte de la Conferencia Internacional de APS, URSS, IX-1978.*

Díaz, B., (1989) *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España.* México. Austral.

Dye, T., (2008) *Understanding Public Policy.* Edit. John Wiley, New York 12 edition.

Flores, F., (1982) *Historia de la medicina en México.* México, IMSS. 1982.

Foucault, M., (2008) *El Nacimiento de la Clínica, Una Arqueología de la Mirada Médica.* Primera reimpresión Siglo XXI Editores S.A. de C.V. Argentina, 2008 pp.304

Franco, A. y C. Álvarez., (2004) *Effect of democracy on health: ecological study.* British Medical Journal. 329: 1421-3.

Franco, Á., (2000) *Acerca de las Políticas Públicas de Salud en el Nuevo Siglo*. [en línea] [fecha de acceso 2 de junio de 2003]; Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n3/Rev232.htm>

Frenk, J., (1994) *La Salud de la Población: Hacia una nueva Salud Pública*. Fondo Cultural Económica, México.

Frenk, J. y A. Donabedian., (1992) *Intervención del estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables*. Investigaciones sobre servicios de salud, una antología, Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, pp.1082-1098, tab. (OPS. Publicación Científica, 534).

Frenk, J. y L. Duran., (1990) *Investigación en sistemas de salud; Estado del arte en México y perspectivas de desarrollo*. *Revista Ciencia*. pp.15-25.

Frenk, J. y O. Gómez., (2001) *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*. *Gaceta Médica de México* Número 3 Mayo-Junio 2001 Volumen 137 pp.283-290.

García, F., (1991) *La teoría de los cuatro humores (o como sanaba la antigua medicina)*. *Revista de estudios Históricas de las Ciencias Médicas*. Num. 36, 1991, pp VIII-X.

Gil, D., et al., (2006) *El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política*. *Gaceta Sanitaria*. 20(3): 61-5.

Gómez, O., (2004) *El derecho a la atención de la salud: ingrediente de la ciudadanía integral*. *Salud Pública de México* vol.46, no.5, septiembre-octubre

Gómez O., Etal., (2011) *Sistema de salud de México*. *Salud Pública de México*. Vol. 53, suplemento 2. pp. 220-232

González, N., (1998) *Epidemiología y Salud Pública frente al proyecto neoliberal en México. Papeles de Población*. julio-septiembre, numero 25, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca México, pp.207-225.

Gostin, L., (2000) *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley/Los Angeles: Univ. California Press / Milbank Souvenirs Fund.

Gostin, L., (2002) *Public health law in an age of terrorism: rethinking individual rights and common goods*. *Health Affairs*. 21:79–93.

Gray, A., (2001) *World health and disease*. McGraw Hill 3a edition Open University Press.

Guthrie, D., (1980) *Historia de la medicina*. Madrid. Ed. Salvat. 1980.

Hancock, T., (1982) *Beyond Health Care*. *The Futurist*. aug.4-13.

Hilts, P., (1996) *Smokescreen: The Truth. Behind the Tobacco Industry's Coverup*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado., (2001) *La alta especialidad médica. En: Residencias médicas. Un sistema de educación para médicos graduados con el fin de capacitarlos en el diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes*. ISSSTE. México. [En Línea]: 25 de mayo de 2011. Consultado el 28 de febrero de 2012. Disponible en: <http://sgm.issste.gob.mx/medica/enseñanza.php>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado., (2010) *¿Cómo se clasifican las Unidades Médicas del ISSSTE?* Boletín. 14 de septiembre de

2010. Año 2 *Subdirección de atención Médica al derechohabiente. ISSSTE*. México. [En Línea]: Disponible en: <http://issste.gob.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social., (2011) *Programas educativos. Estudios de posgrado, Sistema de especialización médica*. IMSS. [En Línea] México. Consultado el 2 de febrero de 2012. Disponible en: <http://edumed.imss.gob.mx/edumed/pagSEspMed3.html>

Instituto Mexicano del Seguro Social., (2010) *Procedimiento de educación continua y capacitación en el trabajo del personal para la atención de la salud*. IMSS, México. [En Línea]: 30 de marzo de 2010. Consultado el 29 de febrero de 2012. Disponible en: <http://edumed.imss.gob.mx/Normatividad/MarcoJuridico/ProgramasEducativos/Posgrado/procedimientos/2510-003-002.pdf>

Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal., (2006) *Aspectos básicos de la descentralización en México del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal*. Primera edición INFDM México.

Juan, M., (2014) *Hacia un Sistema de Salud Universal. Información general. Cirugía y Cirujanos*. volumen 82, No. 1, Enero-Febrero 2014:98-108.

Kickbusch, I., (1996) *Promoción de la Salud una Perspectiva Mundial*. Promoción de la Salud una Antología. OPS. Washington, DC. Publicación Científica No. 557; 1996.

Kleczkowski, B. y M. Roemer., (1984) *Sistemas Nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos*. Cuadernos de Salud Pública No. 77, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1984, pp. 49-134.

Labonté, R., (2013) *The art of medicine. Health activism in a globalizing era: lessons past for efforts future*. The Lancet. volume 381, Issue 9884, pp. 2158 – 2159.

Lain, P., (1989) *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona, Ed. Salvat.

Lahera, E., (2004) *Política y políticas públicas en los procesos en América Latina. Similitudes y diversidades*. CEPAL.

Lalonde, M., (1981) *A new Perspective on the health of Canadians a working document*. Minister of supply and services, Government of Canada

Lawrence, C., (1994) *Medicine in the making of modern Britain, 1700-1920*. London; New York : Routledge, 106 p.

Londoño, J. y J. Frenk., (1997) *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Observatorio de la Salud, pp. 1-40.

López, R., (2011) *William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social Extoikos* [En Línea] N° 2. 96-97. disponible en: [http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2\\_Beveridge.pdf](http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2_Beveridge.pdf) revisado el 26 mayo 2013

Leichter, H., (2003) *Evil habits” and “personal choices: Assigning responsibility for health in the 20th century*. *Milbank Q.* 81:603–26

Lindblom, C., (1968) *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Lindblom, C., (1959) *The Science of Muddling Through* *Public Administration Review*. [En Línea] Vol. 19, No. 2 (Spring, 1959), pp. 79-88 Blackwell Publishing on behalf of the American Society for Public Administration Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/973677> .Accessed: 30/03/2011 15:00

López, O. y J. Blanco., (2001) *La polarización de la política de salud en México*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (1): 43-54, ene-feb.

Mack, L., (2006) *La descentralización como fenómeno de poder: Algunos elementos conceptuales*. Presentación para la Maestría de Políticas Públicas de la Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

MacMahon, B. y T. Pugh., (1988) *Principios y métodos de epidemiología*. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. 339 pp.

Martínez, J., (2000) *Visión social de la Internet y políticas públicas: Ideas para debatir estrategias de incidencia desde la sociedad civil*. Documento preparado para la reunión Panlac 2000, CIID/ IDRC. Octubre.

Medellin, P., (2004) *La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad*. CEPAL.

Meny, I. y J. Thoenig., (1992) *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel, pp.109-128.

Meyer, R., (1975) *Instituciones de Seguridad Social*. Editado por INAH. México.

Milio, N., (1996) *Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud*. OPS Washington, DC. Publicación Científica No. 557.

Miklos, T., (1993) *Planeación Interactiva: Nueva Estrategia para el Logro Empresarial*. Editorial Limusa S.A. de C. V. México D.F.

Morone, J., (2008) *Health Politics and Policy*. Fourth edition January Cengage Learning pp.499

Muller, P., (2002) *Las políticas públicas*. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

Muller, P., (1994). *La mutation des politiques publiques européennes*. Pouvoirs, France 69, pp.

Muriel, J., (1990) *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. México. 2ª ed.: México, Universidad Nacional Autónoma de México. 360 pp.

Muriel, J., (1991) *Hospitales de la Nueva España. Tomo II. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII*. México 2ª ed.: México, Universidad Nacional Autónoma de México. 444 pp.

Naisbitt, J. y P. Aburdene., (1991) *Megatendencias 2000*. 1ª. Edición. Bogotá, Colombia.

Ocaña, H. et al., (2007) *De la cámara de tormento a la sala de operaciones: el quirófano*. Revista de la Facultad de Medicina, UAEMex. Vol. 4 (4) enero-marzo 2007. Pags 24-29.

Oliver, T., P. Shaheen., (1997) *Translating ideas into actions: entrepreneurial leadership in state health care reforms*. J. Health Polit. Policy Law 22:721–88

Ortiz, F., (1987) *¿Medicina para quién?* Editorial Nueva Imagen México.

Organización de Naciones Unidas., (1974) *Declaración sobre el establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional*. Nueva Sociedad. num. 14 septiembre-octubre pp. 50-53

Organización Mundial de la Salud., (1983) *Investigaciones destinadas a reorientar los Sistemas Nacionales de Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. pp.77.

Organización Mundial de la Salud., (1981) *Proceso de gestión para el desarrollo nacional para la salud: Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000*. Organización Mundial de la Salud,

Ginebra. pp.77.

Organización Mundial de la Salud., (1978) *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.

Organización Panamericana de la Salud., (1996) *Promoción de la Salud una Antología*. Washington, DC. Publicación Científica No. 557.

Organización Panamericana de la Salud., (1972) *Plan Decenal de Salud para las Americas 1971-1980* III reunión especial de ministros de salud. Santiago de Chile Publicaciones científicas No. 111, pp.38-47.

Oropeza C. y S. López., (2004) *Cuarenta y cinco años de Salud Pública de México*. Salud Pública de México vol.46, no.2, marzo-abril.

Osterholm, M., (2005) *Preparing for the next pandemic*. Foreign affairs. 84(4):24-37.

Palencia, C., (1996) *La medicina en la Historia Libro 1*. Médico Moderno. Año XXXV, No.1-4. Septiembre-Diciembre.

Pallares, F., (1988) *Las políticas públicas: El sistema político en acción*. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época). número 62, octubre-diciembre, pp. 141-162

Palomo, L. etal., (2006) *La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso*. Gaceta Sanitaria 20 (supl 1): 209-21.

Parsons, W., (2007) *Las Políticas Públicas*. FLACSO. México.

Paoli, F., (1976) *Las Ciencias Sociales*. Editorial Edilco S.A. México D.F.

*Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988*. Gobierno de la República Mexicana.

*Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994.* Gobierno de la República Mexicana.

*Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000.* Gobierno de la República Mexicana.

*Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006.* Gobierno de la República Mexicana.

*Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012.* Gobierno de la República Mexicana.

*Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018.* Gobierno de la República Mexicana.

Rojas, R., (1982) *Capitalismo y Enfermedad.* Ediciones Folios. México.

Peña, I., (1992) *La medicina náhuatl a través del Códice de la Cruz Badiano. En: Temas médicos de la Nueva España.* Instituto Cultural Domecq.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo., (2004) *Informe sobre el Desarrollo Humano 2004.* PNUD [En Línea] Revisado el 10 de julio del 2012 en:[www.hdr.undp.org](http://www.hdr.undp.org) World Health Statistics 2008. Accesible en: <http://www.who.int/research>.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo., (2008) *Informe sobre el Desarrollo Humano 2007-2008.* PNUD [En Línea] Revisado el 10 de julio del 2012 en:[www.hdr.undp.org](http://www.hdr.undp.org) World Health Statistics 2008. Accesible en: <http://www.who.int/research>.

Porter, R., (2002) *Medicina: la historia de la curación.* Edit. LISMA, ISBN 9788495677150 PP.224

Prescott, W., (1985) *Historia de la conquista de México.* México. Ed. Porrúa.

*Programa de Reconstrucción de Servicios de Salud en el área Metropolitana.* (1986) Memoria, Dirección General de Evaluación, SSA.

*Proyecto Mesoamerica* Portal Oficial., (2014) [En Línea] revisado del 28 04 2014 disponible en:  
[http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=471&Itemid=236](http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=471&Itemid=236)

Ramos, P., (1992) *Una visión comparativa entre el protomedicato en España y en la Nueva España. Temas médicos de la Nueva España.* Instituto Cultural Domecq.

Reinert, E., (2007) *La Globalización de la pobreza.* Barcelona: Crítica.

Restrepo, H., (1995) *Las Políticas de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud.* Santa Fe de Bogotá: Políticas OPS. p.22 - 28.

Rabotnikoff, N., (1993) *Lo público y sus problemas: notas para una reconsideración.* Revista Internacional de filosofía política. No. 2, Madrid, 1993, pp. 75-98.

Rogers, A., y D. Pilgrim., (2003) *Mental health and Equalitie.* Palgrave Macmillan Basingstoke.

Romero, J., (1999) *Historia general de las Cosas de la Nueva España.* Arqueología. Vol. VI, pp 14-21.

Roses, M., (2007) *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI.* Revista Panamericana de Salud Publica Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007

Ruiz, C., (2001) *Las políticas de salud en el estado mexicano (1917-1997) Un análisis de la evolución de la administración pública de la salubridad en México*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM 2001

Ruiz, R., (1995) *El ISSSTE y la seguridad social en México*. Publicaciones del ISSSTE.

Roth, D., (2003) *Una introducción para el análisis de las políticas públicas*. Revista Cuadernos de Administración. Universidad del Valle, nº30, pp.113-128.

Schneider, A., y H. Ingram., (1993) *Social construction of target populations: implications for politics and policy*. American Political Science Review 87:334–47

Secretaría de Salud., (1988) *Bases para un Programa Nacional de Recursos Humanos para la Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. Escenarios 2010*. México,

Secretaría de Salud., (2006) *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. SS. México. pp. 185.

Secretaría de Salud., (2006) *Programa de Acción Específico de alta especialidad 2007-2012*. SS. pp. 75.

Secretaría de Salud., (2010) *México: Hacia la integración del Sistema Nacional de Salud*. SS. México; 2010. p. 71.

Secretaría de Salud., (2009) “La Atención Médica de Alta Especialidad en los Institutos Nacionales de Salud”. *Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad*. [En Línea] SS. México. Consultado el 2 de febrero de 2010. Disponible en: [www.ccinshae.salud.gob.mx](http://www.ccinshae.salud.gob.mx)

Secretaría de Salud., (2012) *Rendición de Cuentas en Salud 2012*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salubridad y Asistencia., (1984) *Programa Nacional de Salud*. Gobierno de la República Mexicana. México.

Secretaria de Salubridad y Asistencia., (1985) *Modelo de atención a la salud de la población abierta*. Editorial S.S.A., México. p.15.

Secretaria de Salubridad y Asistencia., (1984) *Modelo de Atención a la Salud, 1984-1988*. Programa Nacional de Salud, SSA, México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia., (1981) *Programa de Atención a la Población Marginada de las Grandes Urbes. Manuales de Organización y Operación*. Subsecretaria de Planeación, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Shafritz, J., Layne, K. y C. Borick., (2005) *Classics in public policy Chapter 2*. Edit. Pearson Longman [En Línea] NewYork, NY revisado el 20/03/2013; disponible en <http://www.ablongman.com>.

Sigerist, H., (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press.

Stuart Mill J., (1970) *Sobre la libertad*, Alianza Editorial No. 273 Madrid, España. 207 p

Soberón, G., (1996) *La descentralización de los servicios de salud: Caso México*. Salud Pública Méx. Vol. 38(5):371-378

Soberón, G., Martuscelli, J. y Álvarez, M., (1988) *La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México*. Salud Pública de México 30 {b) 683.

Soberón, G., (1987) *El cambio estructural y funciones de la Secretaría de salud del sector y del sistema nacional*. Salud Pública de México. Vol. 29, No. 2, marzo-abril, pp.127-140.

Soberón, G., Laguna, J. y L. Ruiz., (1983) *Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Tépach, R., *El Proyecto del Presupuesto Público Federal para la FUNCIÓN SALUD, 2014-2015*. Cámara de Diputados Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis Económico México D.F. 2015

Thomas, B., (2001) *Shifting Frames, Enduring Foe. Tobacco as a State Health Policy Problem*. The New Politics of State Health Policy, edited by Robert B. Hacker and David A. Rochefort. Lawrence: University Press of Kansas 9:227–50

Thompson, F., (2001) *Federalism and Health Care Policy: Toward Redefinition?* in Robert B. Hackey and David A. Rochefort, eds., *The New Politics of State Health Policy* (Lawrence: University Press of Kansas, 2001), p. 43.

Ulrich, B., (1998) *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. España: Paidós Estado & Sociedad; 1998.

Universidad Nacional Autónoma de México., (2006) *Lineamientos operativos de los cursos de posgrado de alta especialidad en medicina*. Normatividad académica. Reglamento general de estudios de posgrado. Facultad de Medicina. UNAM. [En Línea] Gaceta UNAM. 9 de octubre de 2006. revisado el 2 de febrero de 2010. Disponible en: <http://fmposgrado.unam.mx/alumnos/legislación-rgep2006.pdf>.

Vargas, A., (1999) *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Almudena editores, Bogotá, Colombia.

Viesca, C., (1996) *Medicina prehispánica de México*. México. Ed. Panorama.

Walker, J., (1981) *The diffusion of knowledge, policy communities, and agenda setting: the relationship of knowledge and power*. New Strategic Perspectives on Social Policy. ed. JE Tropman, MJ Dluhy, RM Lind, pp. 75–96. Nueva York: Pergamon

Weissert, C, y Weissert W., (2002) *Governing Health: The Politics of Health Policy*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press

World Health Organization., (2007) *Ten Statistical highlights in global public health*. [En Línea] World Health Statistics 2007. Revisado el 28 de mayo del 2012. disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostats2007\\_10highlights.pdf](http://www.who.int/whosis/whostats2007_10highlights.pdf)

World Health Organization., (2008) *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2006*. [En Línea] World Health Statistics 2008. Revisado el 28 de mayo del 2013. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostats2007\\_10highlights.pdf](http://www.who.int/whosis/whostats2007_10highlights.pdf)

World Health Organization., (2014) *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, Una mina de información sobre salud pública mundial*. Printed by the World Health Organization. Document Production Services, Geneva, Switzerland. WHO/HIS/HSI/14.1

World Health Organization., (2014a) *La salud en la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015* [En Línea] World Health Organization. Revisado el 05 de febrero del 2014. Disponible en [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/es/)

Williams, S. y Calnan. M., (2003) *Lay Perspectives and Experiences*. Routledge, London primera reimpression, Modern Medicine 2003 PP.270

Wong, R. y Díaz. J., (2007) *Health care utilization among older mexicans: Health and socioeconomic inequalities*. Salud Pública de México. 49(Supl.4):S505-14.