

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

LA POLITICA DE SALUD EN MEXICO (1982-1988). Una visión crítica.

Trabajo presentado para optar por el grado de Maestría en Medicina Social.

T
89

Candidato: Dra. OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Asesor de tesis: Dra. Asa Cristina Laurell

124453

NS.
51944

Junio de 1990

C O N T E N I D O

PRESENTACION

PRIMERA PARTE: CRISIS ECONOMICA Y RECOMPOSICION DEL ESTADO.

Estado de bienestar *versus* proyecto neoliberal.

Política social

SEGUNDA PARTE: EL CONTEXTO NACIONAL

La década de los setenta

La década de los ochenta

TERCERA PARTE: LA POLITICA SANITARIA EN MEXICO.

Descentralización de los servicios de salud.

Gasto en salud

Tendencias privatizadoras en el sector salud.

CUARTA PARTE: IMPACTO EPIDEMIOLOGICO.

Sarampión

Poliomielitis paralítica

Tuberculosis pulmonar

Lepra

Paludismo

Dengue

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

Notas metodológicas

PRESENTACION.

El problema particular que aborda este trabajo es el análisis de la política de salud en México, en el periodo 1982-1988. Se trata de una aproximación, desde una perspectiva medico-social, a las transformaciones que caracterizan este periodo mediante la búsqueda de hechos que permitan contrastar el discurso modernizante en salud y su concreción. Asimismo, se busca documentar el impacto que la crisis y las propuestas de reorganización sanitaria han tenido sobre los problemas de salud colectiva.

Se incorporan algunos elementos para el análisis de las transformaciones sanitarias en el periodo 1982-1988, desde la perspectiva de las determinaciones económicas y políticas, tratando de explicar por qué, justamente en momentos de profundización de la crisis, de recomposición del Estado y de primacía de un proyecto neoliberal, el Estado mexicano se plantea explícitamente modernizar la política sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud.

Los propósitos explícitos de la política sanitaria cuyo tránsito a la modernidad se presenta como irreversible son: ampliar las coberturas, garantizar el derecho a la protección a la salud, proteger a los grupos más vulnerables y reforzar los aspectos de prevención y promoción de la salud para elevar las condiciones sanitarias de los mexicanos, Sin embargo, la lógica neoliberal imprime rasgos particulares a la modernización, en tanto se pretende redefinir el papel del Estado y de la política social con objeto de desplazar su responsabilidad en la producción de servicios hacia distintos grupos sociales. Así, en política sanitaria (ámbito particular de la política social) este proceso se expresa a través de tres tendencias fundamentales: La descentralización de los servicios de salud, la disminución del

gasto en salud, aparejada a una recomposición del gasto sectorial y programático y la privatización de diversas áreas del sector.

Simultáneamente y en el contexto de una crisis de grandes proporciones, es evidente el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo de la mayoría de los mexicanos, agravado por la reducción de la limitada eficacia de la intervención epidemiológica puntual en un proceso donde se desmantelan programas y servicios.

Las repercusiones de estos dos procesos -profundización de la crisis y modernización de la política sanitaria- tiene una expresión epidemiológica.

Para analizar la transformación de la política de salud, se realizó una revisión bibliográfica, documental y hemerográfica. El estudio se fundamenta en información secundaria, situación que presenta diversas dificultades y ciertas ventajas. Los problemas en la calidad, oportunidad y suficiencia de la información estuvieron presentes a lo largo de la investigación. La contradicción entre distintas fuentes fué un hecho constante, sin embargo, la intención de trabajar con datos oficiales es mostrar cómo, analizados con una lógica distinta, permiten documentar la distancia entre el discurso modernizador y su impacto real en los servicios y sobre algunos indicadores de salud en México.

El documento está organizado en cinco apartados: en la primera parte, se discuten algunas de las regularidades en la transformación de los estados nacionales ligadas a los momentos de profundización de la crisis económica y el tránsito del llamado Estado de bienestar a un proyecto neoliberal. La segunda parte aborda la expresión de ese proceso en

el contexto nacional, destacando los principales rasgos económico-políticos en dos periodos diferenciados. En la tercera parte se revisan las transformaciones de la política de salud, enfatizando tres ejes analíticos: descentralización, gasto en salud y tendencias privatizadoras. En la cuarta parte y mediante la utilización de enfermedades "índice", se analiza el impacto de la crisis y de la modernización sanitaria en salud.

Finalmente, se retoman los diversos comentarios y reflexiones particulares que se presentan a lo largo del documento, para plantear algunas conclusiones.

Seguramente, la discusión de este trabajo aportará nuevas perspectivas al problema que se analiza y me permitirá avanzar, en el futuro, en esta línea de investigación.

PRIMERA PARTE: CRISIS ECONOMICA Y RECOMPOSICION DEL ESTADO.

La crisis económica mundial contemporánea, se enmarca en la tendencia cíclica del desarrollo capitalista, con periodos de auge y depresión y se caracteriza actualmente por una nueva forma de integración internacional del capital (procesos de concentración tecnológica, monopolización y centralización financiera), por una nueva división del trabajo y por la consolidación y rearticulación de la burguesía transnacional.¹

Esta tendencia general del capital mundial, asume expresiones particulares en los estados nacionales, en tanto existe una dependencia relativa entre aquel y el capital nacional. En esta relación dialéctica y entendiendo que el desarrollo del capitalismo es heterogéneo, la recomposición económica y política al interior de los estados nacionales depende de la especificidad de las formaciones sociales y de las diversas formas de acumulación.²

Un indicador útil para evidenciar el proceso recesivo mundial y su impacto diferencial en los diferentes países, es el Producto Interno Bruto (PIB). Su evolución permite identificar dos momentos de profundización de la crisis contemporánea. El primero, en 1974-1975, y el segundo en 1980-1983 en los países capitalistas centrales.³ Este segundo momento, se prolonga toda la década en las economías periféricas.

¹ Dos Santos, Theotonio. "Teorías sobre la crisis del capitalismo" en : **La crisis del capitalismo**. Documento fotocopiado, s/f.

² Cueva, Agustín. "El estado latinoamericano en la crisis del capitalismo", en: Pedro López (comp.) **La crisis del capitalismo. Teoría y práctica**, Ed. Siglo XXI, México 1984.

³ Fleury, Sonia. "Política social em crise na América Latina". Trabalho apresentado no III Seminario Latinoamericano de Medicina Social em Ouro Preto, Brasil. novembro de 1984. Documento fotocopiado. pp. 3-4

Para los países de capitalismo central, la profundización de la crisis en 1974-1975, representa la interrupción del ciclo expansionista iniciado en los años 50 y una reducción en el ritmo de crecimiento, acelerada por el alza internacional del precio del combustible. Desde este momento, los países capitalistas entran en una onda larga de recesión.⁴

La fase de recuperación en estos países se produce en coexistencia con elevados índices de inflación y desempleo, con el resurgimiento de las prácticas proteccionistas y la elevación del costo del crédito externo. Estas políticas restrictivas van trasladando paulatinamente el peso de la crisis a las economías dependientes.

Los países de capitalismo periférico atenúan el impacto de la crisis de 1974-1975 a través de dos mecanismos fundamentales:

- 1) La importación de capital por la vía de la inversión extranjera y/o de las políticas de endeudamiento externo.
- 2) La expansión del gasto público.

Sin embargo, estos mecanismos y las medidas proteccionistas adoptadas, desde 1974, por los países de capitalismo central, agudizan el segundo momento de profundización de la crisis sobre las economías dependientes.⁵ Para enfrentar esta situación, en América Latina se adoptan medidas de carácter recesivo y se ponen en marcha programas de austeridad interna. Se devalúa la moneda, se reducen las importaciones, se disminuyen las inversiones, se deprime el salario y se recorta el gasto público y el gasto social. La década de los 80 en estos países se caracteriza por:

⁴ Mandel, Ernest. *Las ondas largas del desarrollo capitalista. La interpretación marxista*. Siglo XXI, México, 1986. pp. 115-116

⁵ Fleury *op. cit.* pp. 11-14

- Disminución de la actividad económica (expresada en la evolución del PIB).
- Adopción de políticas antiinflacionarias.
- Depresión salarial con elevados índices de desempleo abierto y subempleo.
- Deterioro de los términos de intercambio por sustitución de materias primas por nuevos materiales, con la consecuente disminución de la demanda de los países centrales y la reducción de los precios de exportación.
- Imposibilidad de seguir recurriendo al endeudamiento externo.

El crecimiento incontrolable de la deuda externa como resultado de la elevación de las tasas de interés, la sustitución de las fuentes de financiamiento -que desde finales de los 70 dependen de bancos privados- y la presión ejercida por la banca transnacional para que se profundicen las medidas recesivas adoptadas y se atiendan prioritariamente los compromisos externos, configuran un proyecto económico y político de clase, de **corte neoliberal**, caracterizado por una fuerte concentración del ingreso, una apertura al capital extranjero y la tendencia al desmantelamiento del llamado Estado de bienestar.⁶

Se inicia así, un momento de recomposición de los estados nacionales que transitan de las concepciones keynesianas⁷ -que en el periodo de 1930 a 1970, constituyen el paradigma económico dominante- a las neoclásicas.⁸

⁶ Pizarro, Roberto. "América Latina, la nueva etapa del capitalismo en la crisis económica mundial", Revista Comercio Exterior, no. 4 vol. 31, abril de 1981, pp. 391-410

⁷ El modelo keynesiano identifica dos grandes problemas del capitalismo de libre mercado: el desempleo y la concentración del ingreso y propone la intervención deliberada del Estado en la economía, como administrador de la demanda y como redistribuidor del ingreso (benefactor).

⁸ Villareal, René. *La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo*. Ed. Océano, México, 1984. pp. 58

Estado de bienestar *versus* proyecto neoliberal.

Después de la crisis de 1929, la filosofía del Estado liberal cede terreno a la concepción del Estado que, además de conservar el orden y defender la integridad nacional, tiene una función central en la regulación de las relaciones sociales, de tal forma que se asegure la convivencia pacífica de intereses contradictorios.⁹

La tesis central de esta corriente es el reconocimiento a la capacidad reguladora de la inversión estatal para evitar las crisis periódicas del capital y la desmistificación del postulado de la "mano invisible" como reguladora del mercado.¹⁰

Los ejes del paradigma keynesiano se centran en el terreno de la demanda y el salario, lo que significa una paulatina pero firme intervención del Estado en el plano económico. En este sentido, el keynesianismo propone dinamizar la acumulación de capital mediante el gasto público. Los efectos multiplicadores de la "inyección" de dinero en la economía, se expresan en incrementos en la creación de empleos y en los niveles salariales. Estos aumentos generan una elevación del consumo y por tanto en la demanda, que se convierte en el elemento central estimulador de las inversiones.

La aplicación de los postulados de esta teoría, hace posible la consolidación de un pacto social al proponer un Estado benefactor, que incorpora en su proyecto la elevación del consumo de las clases subalternas, garantiza cierto nivel de empleo, invierte en obras de bienestar social y, por tanto, atenúa la tendencia a la concentración del ingreso individual propia del funciona-

⁹ Belmartino, Susana y Carlos Bloch. "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global" en: *Estudios sociológicos*, vol. 2 nos. 5 y 6, mayo/diciembre de 1984. El Colegio de México. p. 254

¹⁰ Villarreal, René. "Monetarismo e ideología de la 'mano invisible' a la 'manu militari'" en: *Revista Comercio Exterior* no. 10, vol. 32, octubre de 1982, México. p. 1059

miento del libre mercado, actuando como organismo redistribuidor.

La estabilidad social es uno de los logros más importantes de este modelo. El pseudo-equilibrio del *laissez-faire*, causante de muchos conflictos, es sustituido por la negociación corporativa: la intervención del Estado, a fin de lograr salarios fijos, se traduce en una creciente injerencia en el control de los sindicatos y organizaciones: ofrecer empleo para ganar elecciones, brindar servicios para obtener popularidad, conceder prestaciones mediante alzas de impuestos, crear expectativas a costa de endeudamiento son hechos comunes.¹¹

En términos generales, el Estado crece durante décadas y pasa del terreno de la producción de servicios al plano de la inversión productiva. Este crecimiento propicia un acelerado incremento del gasto público que es financiado básicamente a través de tres fuentes: impuestos, deuda pública e incremento del circulante. El impacto negativo que esta dinámica de financiamiento tiene sobre la inversión y la inflación muestra con claridad las limitaciones del modelo keynesiano. En América Latina, la transferencia de recursos al exterior por concepto de la deuda profundiza estos problemas.

En los países centrales, la irrupción de la crisis económica a finales de los 60, provoca una disminución de la masa y tasa de ganancia,¹² que se profundiza con las inversiones en bienestar social. El gasto público requiere mayor financiamiento, que se obtiene a través de impuestos y/o endeudamiento público. Al gravar la ganancia, el Estado contribuye al proceso de desacumulación capitalista.

¹¹ Pérez, Germán y Rosa Ma. Mirón: "Keynes: racionalidad y crisis en el Estado contemporáneo", Revista Estudios Políticos, Vol.5, Nos. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1986, pp. 38-39.

¹² Alvaer, Elmar. "Crisis económica y planes de austeridad" en: Transición no. 1, Barcelona 1978. pp. 6

En estos términos, se puede afirmar que "los límites de la economía 'mixta' son fundamentalmente internos a los propios mecanismos de funcionamiento de la economía. Si el gasto público absorbe una cuota demasiado elevada de los recursos financieros disponibles, genera tensiones en el mercado de capitales y acaba provocando un aumento en la tasa de descuento [interés]",¹³ de esta forma se determina una contracción de las inversiones, se aumenta el nivel de endeudamiento público y se generan "procesos inflacionarios ante los que el capital no permanece indiferente".¹⁴

Los detractores del Estado de bienestar argumentan que las causas básicas de la recesión iniciada en los años 70 son los efectos distributivos de esta forma de Estado. La transferencia de recursos que va del sector privado al sector público de la economía, del capital al trabajo, de la población de ingresos más altos a la población de menores ingresos y de los grupos productivos (jóvenes) a los grupos improductivos (ancianos) es la responsable del deterioro de las economías centrales.¹⁵

La consecuencia práctica de esta interpretación es la necesidad de revertir el proceso redistributivo, transfiriendo fondos del sector público al sector privado. Los drásticos recortes selectivos a los gastos sociales en los países centrales se sustentan en esta lógica.

Los gobiernos de los países capitalistas centrales (Por ejemplo, Thatcher, en el Reino Unido; Reagan, en E.U.A.; Kohl, en Alemania Federal), han usado este argumento para reducir sobre todo, los gastos sociales destinados a los sectores de menores ingresos (means-tested), pero

¹³ *Ibid.* p. 6

¹⁴ *Ibid.* p. 6

¹⁵ Navarro, Vicente: "El Estado de bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución", Documento fotocopiado, s/f p. 55

de ninguna forma han disminuido el gasto público como porcentaje del PIB. Como ejemplo, se puede citar la gestión de Reagan, en la que a pesar de la retórica, el sector público crece sustancialmente (en vez de reducirse); "...descontando la inflación, el gobierno federal gastó el 30% más en 1985 que en 1980.¹⁶ Este crecimiento se ha debido no a un mayor empleo público federal ni a mayores transferencias sociales, sino al aumento de los subsidios empresariales y a la compra en el sector militar.¹⁷

Al estimular la demanda a través del gasto militar, estimular el consumo e intervenir en la producción, se edita una forma de "keynesianismo militar" que se presenta en el discurso como neoliberalismo.¹⁸ Mientras en los países capitalistas centrales el Estado interviene en forma creciente en la economía, la política neoliberal es "recetada" para sortear la crisis en los países de América Latina. Es decir, el neoliberalismo es un "producto de exportación" de los países de capitalismo central a las economías periféricas.

En el período comprendido entre 1940 y 1970, los regímenes populistas latinoamericanos retoman algunos elementos de la propuesta keynesiana a través de un Estado que estimula el crecimiento industrial, asegura -por medio de empresas paraestatales- el desarrollo de la infraestructura, se responsabiliza de los servicios públicos, promueve mecanismos de redistribución del ingreso y asegura el crecimiento del mercado interno.¹⁹

Sin embargo, su implementación genera serias contradicciones. La industrialización dependiente (incapacidad de producir bienes de capital), las inversiones de empresas multinacionales

¹⁶ Bowles, S y R. Edwards: "Government and the Economy", *Understanding Capitalism*, Harper & Row, New York, 1985, p. 247, Citado por: Navarro, *op. cit.*, p. 67.

¹⁷ Rose, R.: *Public Employment in Western Nations*, Cambridge University Press, 1985, p. 258; citado por Navarro, *op. cit.*, p. 67.

¹⁸ Navarro, *op. cit.*, p. 68.

¹⁹ Belmartino. *op. cit.* p. 255-257

orientadas al consumo de los sectores de mayores ingresos, la concentración del mercado interno en estos sectores, el limitado crecimiento del mercado de trabajo por las formas de uso intensivo del capital y por la incorporación de tecnología más compleja, se constituyen en profundas limitaciones estructurales.

Los regímenes populistas, o con tendencias keynesianas, se enfrentan a estas contradicciones que aceleran su proceso de desgaste como opción política y reducen su capacidad de regulación de los conflictos entre clases. Se inicia un periodo de recomposición en los estados nacionales, pero dadas las diversas condiciones económico-políticas de los países latinoamericanos, el tránsito de una forma de estado a otra no se presenta en forma simultánea.

El crecimiento incontrolable de la deuda externa como resultado de la elevación de las tasas de interés, la sustitución de las fuentes de financiamiento -que en la década de los 80 depende fundamentalmente de la banca privada internacional- y la presión ejercida por los bancos acreedores para que se profundicen las medidas recesivas y se atiendan prioritariamente los compromisos externos, configuran un proyecto económico y político de clase de corte **neoliberal**, caracterizado por una fuerte concentración del ingreso, una apertura al capital extranjero y la tendencia creciente al desmantelamiento del Estado de bienestar.

La emergencia de una fracción de la burguesía con componentes nacionales e internacionales -gestada en la etapa de la industrialización compleja- comienza a necesitar un estado neoliberal, que garantice una mayor acumulación de capital y sea capaz de desmovilizar a la clase obrera. Es decir, ante la profundización de la crisis, hay una recomposición de fuerzas en donde el bloque dominante responsabiliza a la intervención estatal de la espiral inflacionaria y de la baja en la productividad, argumentando que el Estado benefactor genera gastos sociales "improducti-

vos", que representan una reducción del plusvalor disponible para el propio capital privado.²⁰ En consecuencia, se propone el dismantelamiento de la vertiente benefactora y el estrechamiento de los márgenes de la intervención del Estado en la economía.

En esta recomposición del Estado, se propone su contracción como inversionista,²¹ la modificación de su carácter impositivo, la conservación de su función reguladora en la política monetaria y el reforzamiento de los aspectos coercitivos.²² En síntesis, se plantea el "adelgazamiento" del estado "obeso" y se retorna abiertamente al Estado garante del libre mercado y conservador del orden y la paz social.

La crisis como un momento necesario del desarrollo del capitalismo permite, en el plano económico, adaptar periódicamente la cantidad de trabajo efectivamente gastado en la producción a la cantidad de trabajo socialmente necesario, el valor individual de las mercancías al valor determinado socialmente y la plusvalía contenida en esas mercancías a la tasa media de ganancia.²³ En el plano político, desencadena un proceso de reestructuración de nuevas condiciones sociales. Cuando se presenta la crisis estructural, los márgenes del compromiso social alcanzan un límite, se cuestiona no sólo lo elevado de los gastos sociales, sino la forma del Estado de bienestar como base material del compromiso keynesiano corporativo. Entre otras cosas, esta crisis es un proceso de reestructuración de nuevas condiciones sociales y de destrucción de compromisos sociales anteriores.²⁴ Desde esta perspectiva, se comprende la lógica económico-

²⁰ Farfán, Guillermo. "Capital, Trabajo y Estado del Bienestar en el capitalismo avanzado". en: Gutiérrez G. Estela. **Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar**. Ed. Siglo XXI, México, 1988. p. 45

²¹ Las tesis monetaristas proponen el retraimiento económico selectivo.

²² Vergopoulos, Kostas. "El neoliberalismo contra el estado?" en: *Le Monde Diplomatique* en español, julio de 1981, México.

²³ Mandel, Ernest: "Las crisis periódicas", **Tratado de Economía Marxista**, Vol. 2, capítulo XI, Editorial ERA, Serie Popular, México, 1978, p. 128.

²⁴ Alvaer, Elmar: "¿Reestructuración o dismantelamiento del Estado social?", *Revista Estudios Políticos*, Vol. 5, Nos. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1986, pp. 46-47

política que desecha las teorías keynesianas y desarrolla las tesis neoliberales.

Hoy, los grupos conservadores cuestionan la intervención estatal, olvidando que tuvo sus orígenes en la intención de salvar a la industria y de atenuar las crisis periódicas del capital y demandan su retraimiento como inversionista y productor de servicios y la desaparición de los mecanismos distributivos.

Cobra fuerza la idea de que los elementos corporativos se han vuelto inútiles, como consecuencia del efecto disciplinario del desempleo. En vez de gastos sociales, deben canalizarse recursos a la inversión; el gasto destinado al consumo social debe destinarse hacia los inversionistas privados. Se recortan radicalmente las prestaciones destinadas a aquellos que quedan fuera del sistema de trabajo productivo (los viejos, los débiles, las mujeres, los desempleados). Además de una reducción del salario individual, existe una disminución del salario social.²⁵

Es justamente en este momento, cuando surge la alternativa neoliberal que desecha la teoría del pleno empleo y de la demanda. Sin la intervención del Estado, el centro de la dinámica economía recae en la producción, dejando en libertad a las fuerzas del mercado para que actúen.

La reestructuración del Estado de bienestar se intenta a través del desmantelamiento de las prestaciones sociales. Sin embargo, esta forma de Estado con sus prestaciones materiales, es la manifestación de un compromiso permanente como resultado de conflictos a los que ha puesto fin. Pretender el desmantelamiento de estas prestaciones significa necesariamente un desafío a los destinatarios organizados. Con la puesta en discusión del compromiso, se ve amenazado el consenso social de las "democracias corporatistas".²⁶

²⁵ *Ibid.*, p. 45.

²⁶ *Ibid.*, p. 43.

De esta manera, la crisis económica se constituye en un momento de recomposición de fuerzas de la burguesía, en el que la política económica adoptada se revela muy claramente como un instrumento disciplinario y de control político hacia la clase obrera.

Este pensamiento conservador, propone a la teoría del mercado como articuladora óptima de la vida social y al Estado como una relación contractual más, un pacto entre individuos, destinado a garantizar el respeto a la propiedad privada y a la iniciativa individual.²⁷ El libre juego de las leyes de la competencia tiene además -según sus defensores- la virtud de disciplinar a las masas, controlándolas mediante el reestablecimiento de la responsabilidad individual como elemento diferenciador de la masa informe.

Los nuevos contractualistas enarbolan el principio del individualismo y la negación absoluta de lo social. "Su representación de la sociedad está constituida por individuos que interactúan entre sí en un modelo teórico donde la libertad y la igualdad son principios de base; es decir, todos los individuos tienen las mismas oportunidades...y el destino de ellos dependerá de sus propios méritos".²⁸

La opción neoliberal pretende "sanear"²⁹ la economía, pero también profundiza la crisis y conduce a una pérdida paulatina del consenso como resultado del deterioro del "pacto social".

Al promover el desmantelamiento del Estado benefactor, la desaparición de las conquistas sociales y por tanto la disciplinarización de la clase obrera, el neoliberalismo no sólo es una

²⁷ Belmartino. *op. cit.* p. 260

²⁸ Gutiérrez, G. Estela. *Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar*. Ed. Siglo XXI, México, 1988. p. 12.

²⁹ Saneamiento de las formas de funcionamiento de la reproducción del capital, que se traduce en una destrucción de capitales fijos (por cierre de empresas no competitivas) que reduce el valor total del capital social, posibilitando que el capital no destruido se valore más fácilmente en el momento de la recuperación.

contrarrevolución económica, sino también una contrarreforma política antidemocrática.

Esto se evidencia en la década de los 70, en la que se observa una relación estrecha entre la "*manu militari*" del autoritarismo y la represión, con la mano invisible del libre mercado".³⁰ Sin embargo, el fracaso histórico de los regímenes totalitarios demuestra que, si bien, en un inicio la política neoliberal se establece a través de un estado autoritario, en el mediano plazo requiere de una apertura que permita su consolidación con ciertos niveles de consenso.

La historia reciente de México (1982 a la fecha), ha mostrado cómo un Estado "democrático" es capaz de instrumentar una política de corte neoliberal sin recurrir -abiertamente- a la represión masiva. Es en este periodo justamente cuando el Estado mexicano se desprende de su papel benefactor y populista y comienza a asumir algunos rasgos del Estado austero y autoritario.³¹

Política social

Uno de los ámbitos privilegiados para analizar la transformación del Estado, es el conjunto de intereses contradictorios que se expresan en las diversas modalidades de la actuación estatal a través de las políticas sociales y que pueden ser agrupados en dos categorías centrales: la construcción o lucha por la hegemonía y las necesidades de la acumulación capitalista.

La política social "...es la resultante de las relaciones que históricamente se establecen en el desarrollo de las contradicciones entre capital y trabajo, mediadas por la intervención esta-

³⁰ Villarreal. *op. cit.* pp. 1067-1068. Como ejemplo se puede mencionar que en 1976 existían en América Latina, quince dictaduras militares y procesos de desestabilización económica en varios países.

³¹ O'Donnell, Guillermo. "Apuntes para una teoría de Estado". Documento CEDES/G.E. CLACSO, No. 9, Buenos Aires, 1977

tal".³² Se presenta como posibilidad y como necesidad en el interior del estado capitalista. Como **posibilidad**, en tanto el Estado se constituye en un tercer actor social que regula los "excesos" de los capitalistas, o de los trabajadores y como **necesidad** ya que garantiza la reproducción global del capital haciendo aquello que los capitalistas individuales no pueden hacer.

La dimensión económica de la política social se relaciona directamente con la reproducción, mantenimiento y reposición de la fuerza de trabajo y la circulación de mercancías que a través de ésta hacen efectivo su consumo y, por tanto, la realización de su valor.³³

En el plano político, la utilización de la política social ha sido parte de la consolidación del dominio de clase a través del "suavizamiento" de los conflictos,³⁴ ya sea por incorporación de las demandas de las clases subalternas (con una interpretación de estas demandas que no cuestiona la dominación), por la negación de la lucha de clases, la redefinición de las "arenas" de lucha y el reforzamiento de la "neutralidad" a través de un tratamiento técnico de los problemas. "La incorporación de las demandas populares vía políticas sociales, despolitiza esta problemática que pasa a ser tratada como una cuestión de ingeniería social, abordada técnicamente por un conjunto de expertos".³⁵

Las políticas sociales expresan la relación contradictoria entre las clases partícipes de un pacto de dominación mediado por el Estado. La incorporación de las masas y su conformación como "bases de apoyo" del bloque en el poder, necesariamente requiere una asimilación

³² Fleury, Sonia. "Estado capitalista e política social. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, Julio 27-31 de 1987.

³³ Donnangelo, Maria Cecilia. "La medicina en la sociedad de clases", En: **Salud y Sociedad**, Librería Dos Ciudades, Sao Paulo, 1976, pp. 1-2

³⁴ *Ibid.* pp. 1-2.

³⁵ Fleury, 1987. *op. cit* p. 46

subordinada de sus demandas.

La conciliación entre élites para el ejercicio de la dominación incorpora a las clases subalternas, participando como legitimadoras del poder que se ejerce en nombre del pueblo. El populismo es la forma de incorporación de estas masas al poder (en forma alienada), impidiendo el desarrollo de una conciencia de clase, por medio de la corporativización de las instituciones de clase.

La intervención estatal se produce por demandas populares, pero los beneficios son materializados como privilegios o concesiones y no como derechos. "La política social se caracteriza por ser al mismo tiempo un sistema de exclusión política y social de ciertos grupos (campesinos, trabajadoras domésticas, desempleados), un sistema de privilegios diferenciales para los sectores poderosos (militares, burócratas) y un mecanismo institucional (administrativo y legal) fragmentado, múltiple y diversificado".³⁶

La práctica social ejercida al interior de las instituciones, a través de las redes de micropoderes y la normatización de las relaciones sociales sancionadoras de lo normal y lo patológico; refuerzan la estructura de poder societal vigente y se constituyen en aspectos de la lucha por la hegemonía.³⁷ Se refuerza ideológicamente la existencia de distintas ciudadanías *versus* la ciudadanía universal.³⁸

³⁶ Fleury, 1984. *op. cit.* p. 20.

³⁷ Foucault y Boltanski, citados en: Fleury, S.: *Estado capitalista e política social*. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, Julio 27-31 de 1987, p. 51.

³⁸ Fleury, S. "Ciudadanía, direitos sociais e Estado". 8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasil, S/F, doc. fotocopiado.

SEGUNDA PARTE: EL CONTEXTO NACIONAL

En México, el Estado surgido de la revolución de 1910, marca una diferencia con el resto de los países de América Latina. Las fuerzas sociales que encabezan la revolución: campesinos, burguesía y proletariado incipientes plasman, en la Constitución de 1917, sus principales reivindicaciones y se organizan en un partido político (PNR y posteriormente PRI) que se constituye en un partido de Estado. Esta revolución afecta fundamentalmente a la oligarquía latifundista y posibilita el desarrollo de la burguesía como clase.

La revolución que le da origen, permite al Estado mexicano, desarrollar -tempranamente- una vertiente benefactora y de intervención, que atenúa la tendencia a la concentración del ingreso propia del funcionamiento del libre mercado. Particularmente, durante el cardenismo, la reforma agraria, la expropiación de los enclaves extranjeros, la educación socialista, la tutela estatal sobre los salarios y sobre la organización obrera, la ampliación del mercado interno, la protección a la industria nacional y la movilización de masas (campesinas y obreras) que acompaña todo el proceso, sientan las bases del pacto social dando lugar a una articulación corporativa del Estado.

Este pacto social sufre una fractura importante en el periodo 1940-1946, con las contrarreformas propuestas por el gobierno de Avila Camacho. En este lapso, el salario obrero real baja a la mitad, manteniéndose constante en ese nivel hasta 1952. A partir de este momento, la curva del salario real empieza a ascender ininterrumpidamente hasta llegar en 1976, a representar el 40.3% como proporción del ingreso nacional disponible. En este periodo existe un crecimiento sostenido del PIB, del orden de 6-7% anual y un crecimiento significativo de la ocupación. Sobre estas bases se sustenta "la prolongación de un nuevo pacto social poscardenista,

despojado ya de su inicial contenido de ruptura, la movilización de masas y sobrecargado en cambio en su componente estatal-paternalista".³⁹

Esta situación política, aunada a la transferencia de capital del campo a la ciudad, permite un periodo de desarrollo económico relativamente estable (crecimiento económico sostenido, bajas tasas de inflación y estabilidad cambiaria) que se prolonga hasta fines de los 60.

En este periodo, el proceso de industrialización se sustenta en un conjunto de bienes salario y algunos bienes intermedios, en tanto se importan en proporciones crecientes productos industriales, principalmente medios de producción. En estas condiciones, se rompe el equilibrio comercial tradicional y se abre una tendencia deficitaria que a finales de los años sesenta se constituye en una grave contradicción económica.⁴⁰

La década de los setenta

La década de los 70, es un periodo de gran inestabilidad económica. La caída de las tasas de crecimiento del PIB, el incremento del endeudamiento público, el déficit comercial y fiscal y un proceso inflacionario sin precedentes caracterizan este momento.⁴¹

El agotamiento del modelo de acumulación de industrialización sustitutiva de importaciones y el tránsito hacia una nueva fase de acumulación capitalista se desarrolla en medio de grandes contradicciones. La caída de la tasa de ganancia por el aumento en la composición orgánica del capital y la pérdida de mercados de exportación para manufacturas livianas, obligan al Estado a

³⁹ Gilly, Adolfo: "Prólogo": en: Valenzuela Feijóo, José: **El capitalismo mexicano en los ochenta**, Editorial ERA, México, 1986, p. 13

⁴⁰ Rivera, Miguel Angel: **Crisis y reorganización del capitalismo mexicano. 1960-1985**, Editorial ERA, México, 1986, p. 22.

⁴¹ Saénz, Orlando: "Crisis, reestructuración y condiciones de vida en México (1970-1988)", Informe de trabajo al Seminario en Urbanismo, Programa de doctorado en Urbanismo, Facultad de Arquitectura, UNAM, México, abril de 1990, Documento fotocopiado, p. 20.

aplicar una política para sostener la rentabilidad capitalista a través de instrumentos de "fomento" al capital (exención de impuestos, medidas proteccionistas, etc).

El endeudamiento externo se convierte en la fuente principal de financiamiento del déficit fiscal y en general del incremento de la capacidad de acumulación de dinero de la clase capitalista. Las empresas públicas son otro pilar de la intervención del Estado, su funcionamiento se canaliza sobre todo, "bajo la forma de subsidio al capital privado, a través de la venta de bienes y servicios estratégicos a precios por debajo del costo de producción...El subsidio así generado era un medio para elevar la tasa de ganancia ...y contrarrestar en parte el aumento inicial de los costos que derivan de la alta capitalización y del aumento de la composición orgánica de capital, propio de la nueva fase".⁴²

En conjunto, la intervención del Estado acelera la expansión del capital y atenúa las contradicciones del tránsito de una fase de desarrollo capitalista a otra. pero también es la causa de conflictos que se exacerban aceleradamente.

Esta estrategia de intervención creciente (llamada desarrollo compartido) se basa en el uso del gasto público deficitario y contribuye a incrementar el ritmo de endeudamiento -tanto interno como externo- facilitado por la abundancia y "baratura" del crédito. La estrategia se sostiene sobre dos tesis: a) la creciente intervención estatal es capaz de crear un efecto de "arrastre" de la economía mexicana que a largo plazo resolverá los problemas estructurales de desempleo y concentración del ingreso y b) las acciones orientadas a elevar la participación de los salarios en el ingreso nacional amplían el mercado interno, estimulando la capacidad productiva nacional.⁴³

⁴² Rivera, *op. cit.*, p. 45.

⁴³ *Ibid.*, p. 73.

El "desarrollo compartido" representa una concepción sobre el papel del Estado como motor de la economía, muy cercana a las propuestas keynesianas, que se constituye en un elemento polarizador y acaba por producir una división en la burocracia mexicana con dos sectores bien diferenciados: los conservadores, formados en la tradición de eficiencia y equilibrio presupuestario y los reformistas que "...abogan por una especie de capitalismo popular con amplia participación del Estado y permanente subvención a la pequeña producción campesina e industrial".⁴⁴

Sin embargo, las concesiones impositivas, la transferencia de las empresas estatales y el otorgamiento de subsidios, hacen que el déficit del gobierno federal se multiplique. Simultáneamente, se manifiesta de manera cada vez más clara la disputa del Estado con el capital privado por la apropiación del crédito bancario.

Por otra parte, la erosión de las finanzas públicas provocada por la política de subsidios y por el crecimiento de las operaciones deficitarias de las empresas estatales eleva la presión sobre el sistema bancario y acelera la emisión monetaria. "El efecto inflacionario de ambas acciones se traducía en una reducción de la tasa de interés real y tendía a desestimular el ahorro...Por todo ello se agudizó el conflicto entre el Estado y la banca por la apropiación del crédito; a los elevamientos en el encaje legal la banca respondía con operaciones especulativas, que habrían de adquirir proporciones de pánico en 1976".⁴⁵

La disminución de la masa y tasa de ganancia debida a la crisis estructural y profundizada por las contradicciones que genera la política de intervención del Estado, evidencia la disfuncionalidad de esta estrategia respecto a las necesidades económico-políticas del capital. La franca

⁴⁴ *Ibid.*, p. 74.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 77.

rebeldía política de algunas fracciones de la burguesía y la "huelga" de inversiones para presionar sobre la política expansionista, impone márgenes -cada vez más estrechos- a la vertiente benefactora y reduce el margen de maniobra del Estado.

A mediados de los 70, se reducen las posibilidades de mayor endeudamiento por la caída en la capacidad de pago de los países deudores. La economía mexicana se enfrenta a una inminente recesión, dada la amplitud de la intervención estatal, el esperable reflujo de la política expansionista al disminuir la afluencia de nuevos préstamos y la "huelga" de inversiones con la que los capitalistas presionan al gobierno en ese momento.

La crisis de 1976 y la ola de pánico financiero, permiten la aplicación de un estricto programa de "reordenación económica" auspiciado por el FMI y el Departamento del Tesoro de EUA, que intenta combatir la crisis fiscal heredada del periodo anterior. En este mismo año, se firma el Convenio de Facilidad Ampliada con el FMI en el que el gobierno mexicano se compromete a seguir una política de "moderación" salarial y "disciplina en el gasto público" para el periodo 76-79. ⁴⁶

En 1977, comienzan a cumplirse estos compromisos. Es en este año, justamente, cuando los salarios mínimos caen un 15% respecto al año anterior y el déficit fiscal del Estado disminuye un 27%.⁴⁷

De 1978 a 1981, la expansión de las exportaciones petroleras y el incremento de los

⁴⁶ Villarreal, René. *La contrarrevolución monetarista*. *op. cit.* p. 389

⁴⁷ Saénz, *op. cit.* p. 22

préstamos externos posibilitan un alivio temporal a la situación de crisis.⁴⁸ La disponibilidad de estos nuevos y masivos recursos financieros le permitió al gobierno mexicano ignorar parcialmente los compromisos adquiridos con el FMI...especialmente en lo relativo al gasto público...El programa de ajuste sólo se aplicó íntegramente durante los últimos meses de 1976 y 1977. A partir de 1978, se renovó la política de expansión de la inversión pública que se consideraba indispensable para impulsar la reactivación económica".⁴⁹

La década de los ochenta.

En 1982, los efectos de la coyuntura internacional (caída de los precios internacionales del petróleo y aumento en las tasas de interés) evidencia las contradicciones de la economía mexicana y acaba bruscamente con el espejismo del "boom" petrolero, profundizando la crisis presente desde la década anterior.

Las medidas urgentes destinadas a enfrentar la crisis en este año son: devaluación de la moneda, fijación de tipos de cambio diferenciales y adopción de un programa de ajuste cuyo rasgo central es el recorte inmediato al gasto público.

Es en este momento cuando el Estado mexicano comienza a asumir abiertamente una política neoliberal, como instrumento para enfrentar el periodo crítico y propone para el país un proyecto modernizador a mediano plazo, que entraña una nueva fase del desarrollo capitalista

⁴⁸ Las exportaciones petroleras aumentan en el periodo 1977-1981 en un 13.9% y la deuda externa pasa de 29 894 millones de dólares a 72 007 en el mismo lapso, según Huerta, Arturo. Economía mexicana más allá del milagro. Ediciones de Cultura Popular, México, 1987. p. 246

⁴⁹ Sáenz, *op. cit.* p. 24

mexicano, cuyo patrón de acumulación podría considerarse como secundario-exportador.^{50 51}

Las características económicas ⁵² del nuevo modelo de acumulación:

- integración cada vez más orgánica a la economía norteamericana.
- sujeción a los organismos internacionales de apertura al expansionismo de los E.U.A. (GATT, FMI, BID, etc.).
- privatización y modernización selectiva de la planta industrial: desarrollo de empresas de "punta" (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica y siderúrgica) altamente tecnificadas y ligadas al capital extranjero.
- fomento a la "competitividad" internacional de los productos nacionales.
- reforzamiento de la actividad maquiladora.

Este proyecto, impone pautas regresivas a la distribución del ingreso y profundiza la exclusión política y económica de grandes grupos de población. Se promueve una transnacionalización creciente de la estructura productiva, en donde los sectores dominantes insertan y organizan los intereses privados al interior del aparato estatal, que comienza a funcionar con una lógica privatista y modernizadora, que reordena las relaciones sociales.

Estas modificaciones significan una transformación en las estructuras de distribución de la riqueza nacional⁵³ en la estructura de clases y en el reparto social del poder.⁵⁴

⁵⁰ Valenzuela Feijoo, José. *El capitalismo mexicano en los ochenta*. Editorial ERA, México, 1986, p. 30

⁵¹ Gilly, Adolfo. Prólogo. *El capitalismo mexicano en los ochenta*. de Valenzuela Feijoo, p. 3.

⁵² Calderón R. José. "Ruptura del colaboracionismo de clases". en: Gutiérrez G. Estela. *Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar* Ed. Siglo XXI, México, 1988. p. 87

⁵³ Para 1988, la apropiación de la riqueza era del 77 % para el capital y 23 % para el trabajo. Una distribución semejante a la de los años 50. Calderón, *op. cit.*

⁵⁴ Calderón, *op.cit.* p. 88

El Estado mexicano -tardíamente, en comparación con otros países de América Latina- transita de un paradigma de relaciones económico-políticas a otro. Las vertientes de transición se podrían englobar en: el conjunto de relaciones económico financieras con el exterior y la redefinición del sistema de alianzas que articulan la relación entre Estado y sociedad.⁵⁵

El agotamiento del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones y la transición a una nueva forma de acumulación, comienza a restringir la alianza que incorpora a las clases "de apoyo" y a producir modificaciones en la estructura del bloque en el poder y en los mecanismos fundamentales de dominación.

La tendencia al desmantelamiento del Estado de bienestar y las modificaciones en los mecanismos de dominación, permiten muy pocos "coqueteos" populistas y configuran un Estado cuyos rasgos lo sitúan cercanamente a los llamados estados burocrático-autoritarios.⁵⁶

La burguesía nacional e internacional y el FMI, en coincidencia plena con los grupos más conservadores de la tecnoburocracia nativa, presionan para que se garantice una mayor acumulación de capital, se abran nuevos espacios al capital privado (nacional y extranjero) y se rompa el corporativismo, que para este nuevo modelo de desarrollo resulta anacrónico. Como ejemplo, se puede citar la reforma al artículo 25 constitucional que coloca al sector privado en igualdad formal con el sector "social", redefiniendo la tutela estatal sobre éste último.⁵⁷

Desde esta perspectiva se responsabiliza a la intervención estatal de la espiral inflacionaria

⁵⁵ *Ibid.* p. 89

⁵⁶ O'Donnell, Guillermo. *op. cit.*

⁵⁷ Calderón, *op. cit.* p.89

y de la baja en la productividad. Se inicia una estrategia global de reestructuración económica cuyos ejes centrales son: el recorte al gasto público, la reconversión industrial, la liberalización del comercio y la privatización de empresas y servicios. Es decir, se propone el desmantelamiento del Estado benefactor y el estrechamiento de los márgenes de su intervención en la economía. Este pensamiento "modernizador", propone a la teoría del mercado como articuladora de la vida social y el retraimiento selectivo del Estado.

Paralelamente a la transición económica se redefinen los espacios políticos. La transición política puede caracterizarse por: a) la creciente hegemonía de la fracción financiera de la burguesía y el desplazamiento de las otras fracciones que integran el bloque dominante; b) el debilitamiento del sistema de dominación corporativa, con la consecuente marginación de las cúpulas obreras (CTM, CROM, CROC, CT) en la orientación de la política económica y social y, c) la conformación de un nuevo sector de la "clase política": la tecnoburocracia.

Esta se impone al conjunto de la sociedad, a través de cinco vías principales:⁵⁸ a) el reforzamiento del poder ejecutivo, b) la institucionalización de la crisis, c) la despolitización de las demandas sociales y políticas convirtiéndolas en actos administrativos, d) la subordinación de las acciones de gobierno a una modernización que abarca a las instituciones y al conjunto de la sociedad (empresas, sindicatos, universidades, etc.) y, e) un manejo particular del lenguaje y la comunicación.

Mientras el ámbito económico se caracteriza por el liberalismo, en la esfera de lo político se refuerza el carácter autoritario del Estado. Es decir, se presenta un desfase entre el proyecto económico neoliberal y la inexistencia del liberalismo en lo político.

⁵⁸ *Ibid.* p. 96

La contradicción que se establece entre la necesidad de gestión e intervención del Estado para apoyar activamente los procesos de valorización y expansión del capital y el regular, encauzar e institucionalizar el conflicto de clases a través de una política social que cumpla con los derechos sociales establecidos en la Constitución, provoca una crisis entre la racionalidad económica y la necesidad de legitimación del régimen político.

Se establece así un espacio de confrontación entre el proyecto modernizador y las formas de dominación cuyos hábitos políticos se formaron en una "alianza redistributiva" del Estado con los medianos y pequeños industriales, los trabajadores y los campesinos.⁵⁹ Este proyecto se enfrenta con una configuración de clases que corresponde a la prolongación del pacto social poscardenista, bajo la forma del arbitraje estatal y la regulación corporativa de la lucha de clases.

Esta contradicción se evidencia con claridad -en prácticamente todos los ámbitos de la vida nacional- a través del enfrentamiento entre "modernizadores" y grupos políticos de tradición populista y delinea en forma global el funcionamiento del Estado y las características concretas que asume la política social. Así, el proyecto modernizador tiene que confrontar la característica social más importante del Estado de bienestar:⁶⁰ la tradición sobre la obligación estatal de proporcionar bienes y servicios sociales en forma colectiva, aunque "fetichizada".⁶¹

Los límites que impone el nuevo modelo de acumulación a las alianzas de clase y la

⁵⁹ Valenzuela, *op.cit.* p. 20

⁶⁰ Farfán, *op. cit.* p. 50

⁶¹ El Estado logra fetichizar las relaciones sociales por la vía de la destrucción, fragmentación y reconstitución de la unidad de clase, conformando diversos grupos funcionales: ciudadanos, pueblo. "El obrero social existe sólo como tendencia: sus partes rotas, económicas y políticas, públicas y privadas, médicas y educacionales deben ser recompuestas", según propone Farfán, *op. cit.*, p. 37.

pugna entre "modernizadores y populistas", se evidencian en la transformación del panorama político, produciendo una crisis de hegemonía cuya expresión más clara es la elección presidencial del 6 de julio de 1988.

Si se reconoce que las alianzas que incorporan -en forma alienada- a las clases subalternas requieren de una capacidad económica cuyos márgenes son impuestos por las características del patrón de acumulación, en el país existen actualmente muy pocas posibilidades de preservar una articulación de este tipo. Esto significa, necesariamente, la redefinición del pacto social sobre bases totalmente nuevas.

El viraje neoliberal en la política social se expresa en la redefinición de los vínculos Estado-sociedad,⁶² cuyos componentes centrales son: el desplazamiento de la responsabilidad estatal hacia los distintos grupos sociales y la tendencia al desmantelamiento del Estado benefactor que se expresa -entre otras cosas- en la contracción del gasto público y del gasto social.

A diferencia del convenio pactado con el FMI en 1976, el programa de ajuste firmado en 1982, compromete al gobierno mexicano a sostener y profundizar las "medidas correctivas". Este programa contemplaba la reducción -cumplida cabalmente- del déficit fiscal como proporción del PIB de 16.5% en 1982 a 3.5% en 1985.⁶³

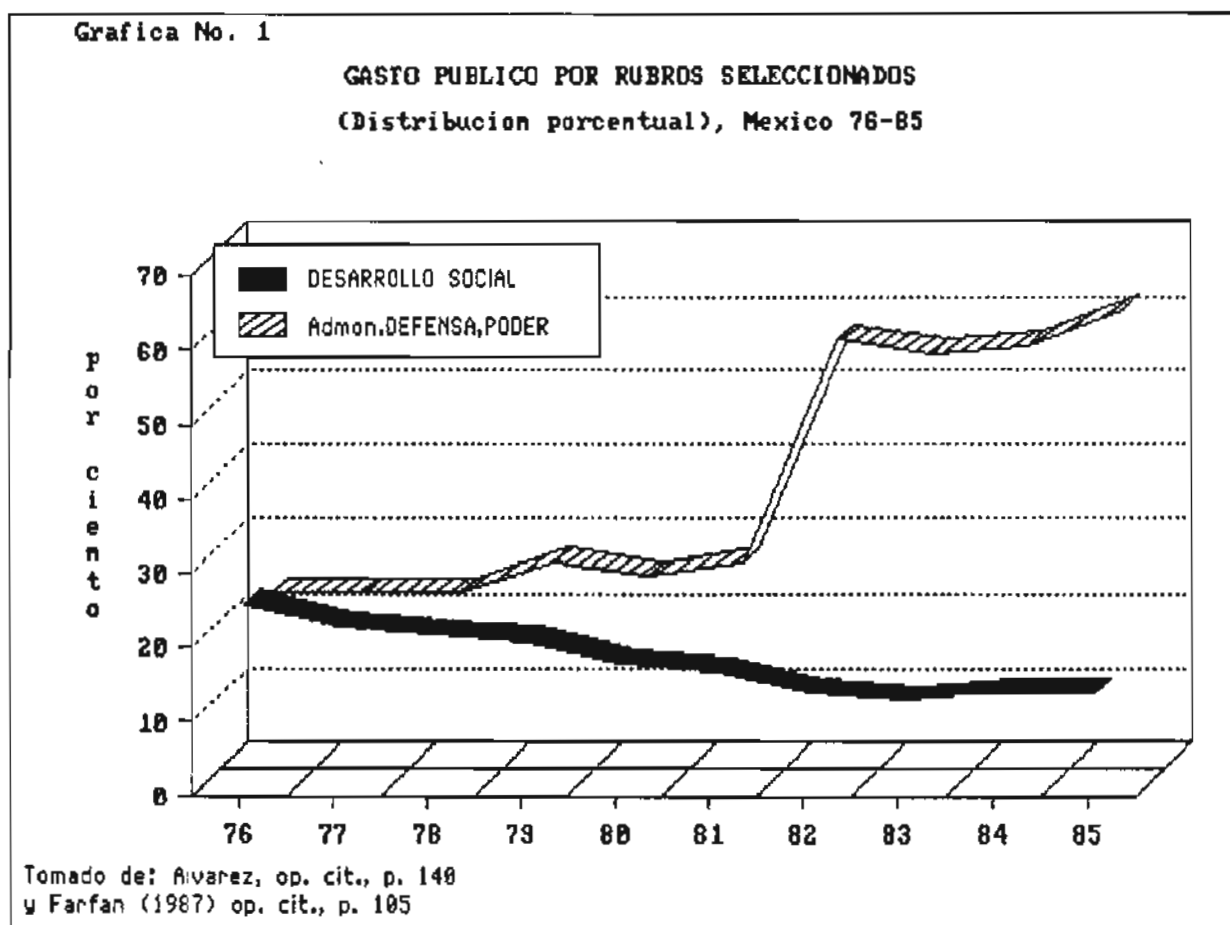
Además de esta "corrección", la contracción del gasto público y la redistribución interna de los recursos asumen una importancia capital a través de cuatro vertientes básicas: **contracción**

⁶² Farfán, Guillermo: "Gasto público y bienestar social en México. 1983-1986", en: Pérez, Germán y Samuel León (Coordinadores), *17 Angulos de un sexenio*, Ed. Plaza y Valdés, México, 1987, pp. 71-113.

⁶³ Alvarez, Alejandro. *La crisis global del capitalismo en México. 1968-1985*. Ed. Era, México, 1987. p.115

salarial, profundización del desempleo, decremento del rubro "desarrollo social" dentro del gasto público y aumento relativo de los gastos en administración, defensa y poderes.^{64 65}

(Ver Gráfica No. 1)



El "adelgazar" y refuncionalizar al Estado de modo que se corresponda con el proyecto modernizador y, al mismo tiempo, preservar ciertas políticas sociales que se inscriban en la construcción de la hegemonía, conduce a una **propuesta eficientista y modernizadora de la propia**

⁶⁴ *Ibid*, p.116

⁶⁵ El aumento en la participación porcentual del rubro Administración Defensa y Poderes, se explica esencialmente por el aumento del peso del servicio de la deuda en el presupuesto federal.

política social. En esta lógica, se racionalizan los recursos, se intenta abaratar los costos, se simplifica al máximo la prestación de los servicios y se redefinen con claridad las poblaciones a las que se orientan estas políticas.

La intervención "distributiva" del Estado de bienestar se transforma, modificando sustancialmente el carácter de la política social que transita del control estatal a la creciente "regulación" de las fuerzas del libre mercado. El Estado mexicano reduce su participación a un mínimo de servicios, destinados fundamentalmente a los grupos de mayor marginación en el país. En cierto modo, se reedita una versión moderna de la Beneficencia decimonónica.

"La etapa de la sustitución de importaciones se vió acompañada de políticas sociales comprometidas con la consolidación del corporativismo -como lo demuestra la seguridad social. Con el agotamiento del modelo se acudió a la extensión solidaria de los servicios de salud a la población marginada a partir de instituciones de seguridad social. La reconversión [económica] parece estar asociada a modificar sustancialmente estos esquemas"⁶⁶

En este contexto de cambio en el carácter de la política social, de disminución del gasto público y particularmente del gasto social, se propone un "nuevo federalismo" para hacer viable la modernización del país y de la propia política social. Sus componentes principales, son:

1. "La descentralización de la vida nacional" con dos dimensiones: la descentralización territorial y la reordenación de la economía acompañada de la descentralización de funciones y recursos con objeto de **transferir responsabilidades y costos** de la Federación a los estados.

⁶⁶ González, B., Miguel Angel y R. Leyva. "Economía política de la descentralización de la salud en México: un análisis comparativo de sus consecuencias en la planeación sectorial y regional". Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Mimeo, Julio de 1988, p. 1.

2. La modernización administrativa que pretende optimizar los recursos existentes evitando la duplicidad de funciones y el ejercicio dispendioso del presupuesto.^{67 68}

En este proceso se pretende responsabilizar a la periferia de actividades que paulatinamente fueron concentrándose en el centro del país y en la administración pública federal, comprometiendo a los estados y municipios en la resolución de los conflictos al pulverizar su impulso y su gestión. Se intenta, también, "desarticular estructuras sindicales de alcance nacional cuyas burocracias se han erigido ...en poderosos sostenes de cacicazgos y oligarquías renuentes al cambio o bien en caparazones organizativos que tienden a otorgar una excesiva rigidez a la fuerza de trabajo".⁶⁹

El proceso descentralizador busca establecer nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social, que permitan contener las consecuencias del desempleo y de la creciente desigualdad social producto del nuevo modelo económico y confrontar el corporativismo sobre la base de las estructuras paralelas que caracterizan al "nuevo federalismo".⁷⁰

Se propone que "la descentralización puede disminuir o enfocar el conflicto ...sobre el gobierno local, protegiendo al nivel central de la inevitabilidad de la redistribución o de la represión y consecuente pérdida de legitimación".⁷¹

⁶⁷ Ruiz Massieu, Francisco. "La descentralización de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, vol. 26, No. 1, Enero-febrero de 1984. p. 15.

⁶⁸ Vázquez, Sergio. "Antecedentes y perspectivas de la descentralización de los servicios de salud en México". Documento fotocopiado, S/F., p. 2.

⁶⁹ Calderón, *op. cit.* p. 105

⁷⁰ González B. *op. cit.* p. 11

⁷¹ *Ibid*, p. 11

La direccionalidad estratégica que impone este "nuevo federalismo" no es despreciable, a pesar de los errores en los supuestos básicos y en el cambio drástico de algunas variables e incluso, en el abandono o superación formal de los instrumentos de planeación (Plan Nacional de Desarrollo, Programas Sectoriales a Mediano Plazo, Convenios Unicos de Desarrollo, etc.).⁷²

En síntesis, se puede concluir que la política social en el marco de este proyecto neoliberal se "moderniza", dejando atrás la intencionalidad de cumplir con los derechos sociales asentados en la Constitución mexicana y transita hacia una política social de "neo-beneficencia", caracterizada sobre todo por la descentralización, la reorganización institucional y la drástica disminución del financiamiento destinado a su desarrollo, en donde el Estado sólo garantiza un mínimo de servicios "baratos" a los grupos más depauperados, dejando el resto a la lógica del libre mercado.

⁷² Alvarez *op. cit.* p 118

TERCERA PARTE: LA POLÍTICA SANITARIA EN MEXICO.

En esta dinámica, la política de salud -como ámbito particular de la política social- también se redefine. La contradicción existente entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de legitimación del Estado mexicano, responsable aún de una gran parte de la prestación de servicios de salud, conducen a una propuesta eficientista y modernizadora para reorganizar al Sector Salud.

Para este fin, se eligen cinco estrategias: 1) modernización administrativa, 2) sectorización, 3) coordinación intersectorial, 4) descentralización y, 5) participación comunitaria, que tienen como propósito la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS),⁷³ que incremente la eficiencia de los servicios y la racionalización de los recursos.

El SNS se integra con tres tipos de subsistemas, para los que se definen diversas líneas de instrumentación:

- a) Entidades del sector salud, para las cuales se aplica la obligatoriedad.
- b) Gobiernos estatales que se vinculan con el gobierno federal a través de la coordinación.
- c) Sectores privado y social, que se incorporan mediante la concertación e inducción.

Estos sectores se articulan a través del Programa Sectorial de Salud, que pretende consolidar el SNS y garantizar los mecanismos "para hacer operativo el derecho a la protección

⁷³ Para profundizar sobre la concepción del Sistema Nacional de Salud como un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan para "ofrecer prestaciones integrales a un costo compatible con los fondos disponibles", se puede consultar a Bravo, Leonardo: Sistema Nacional de Salud, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica No. 234, 1972.

a la salud".⁷⁴ El programa sectorial está conformado por trece programas sustantivos y tres programas de apoyo.⁷⁵

El propósito fundamental del SNS consistía en tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejoría en el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rezagados y de los grupos más vulnerables.⁷⁶

Descentralización de los servicios de salud.

La descentralización -en los hechos- se constituye en la estrategia de mayor importancia. Las declaraciones oficiales insistentemente hablan sobre las ventajas de este proceso, considerándolo la opción correcta y viable para "...democratizar la vida social, lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos..."⁷⁷ y revertir el proceso de concentración nacional que se manifiesta en graves desigualdades regionales. En el ámbito sanitario se pretende que el proceso descentralizador permita ampliar las coberturas, mejorar la calidad de los servicios y conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y los derechos de los trabajadores.⁷⁸

Entre los propósitos explícitos de la descentralización se identifican: el abaratamiento de los costos y la racionalización del gasto en salud. "Dar uso más racional a los recursos que se

⁷⁴ Valdéz, Cuauhtémoc y col. *Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas*. Cuadernos de la SSA, No. 7, México, junio de 1984, p.55

⁷⁵ (Atención Médica, Atención Materno-Infantil, Salud Mental, Prevención y Control de Enfermedades, Educación para la Salud, Nutrición, Salud Ocupacional, Contra Adicciones, Salud Ambiental, Saneamiento Básico, Control Sanitario, Planificación Familiar y Asistencia Social) y tres programas de apoyo (Investigación, Formación de Recursos Humanos e Información). Ver: *Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas*, p.56

⁷⁶ Soberón A. y J. Kumate (comp.) *La salud en México: Testimonios 1988. El cambio Estructural* Tomo I, Ed. Ssa y FCE, México, 1988, p. 48.

⁷⁷ Soberón, *op. cit.*, p. 103.

⁷⁸ Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, México, 1984-1988.

destinan a los servicios, por medio de una organización y funcionamiento más idóneo".⁷⁹ En este proceso, se pretende también "...vigorizar la acción de los estados distribuyendo las competencias entre los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal con objeto de sumar esfuerzos financieros."⁸⁰

El primer antecedente -en los años 80- de este proceso, es la desconcentración de diversas facultades de la acción administrativa en el campo sanitario (Diario Oficial, 24 de noviembre de 1981).

El balance oficial del funcionamiento de los servicios de salud en ese momento, es que las diferencias e inequidades en la prestación de servicios se debían a la ausencia de una entidad rectora que coordinara las acciones de las instituciones públicas y de los sectores privado y social y a los procesos de concentración nacional y regional, que se traducían "en una calidad heterogénea en la cobertura, en costos diferentes en la prestación de los servicios y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles".⁸¹ La situación de los servicios de salud en las entidades federativas antes de iniciar el proceso descentralizador, se caracterizaba por:⁸²

- Una base legal estatal deficiente, compleja e inoperante que propicia el privilegio de la legislación federal en el ámbito de los estados.
- Una tipificación inapropiada de las instancias rectoras de la actividad sanitaria.
- Operación simultánea de diversos servicios y programas, heterogéneos, técnica y financieramente desiguales, no coordinados y de diseño y operación vertical.

⁷⁹ Ruiz Massieu, op. cit. p. 15.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Ruiz Massieu, J.F. "La descentralización de los servicios de salud". Rev. Salud Pública de México. Vol.26 No.1. Enero-Febrero de 1984. p 15.

⁸² Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta, Ssa, México, s/f, Documento fotocopiado, pp. 2-4

- Desatención de los programas de salud pública por los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados (SCSPE).
- Estructuración inadecuada de los niveles de atención.
- Incipiente capacidad de gestión.
- Desarrollo anárquico de la organización de la infraestructura.
- Reducida participación de los gobiernos de las entidades federativas en el financiamiento de los servicios.

Los cambios jurídicos que sientan las bases para la descentralización se inician explícitamente con la reforma al Artículo 4o Constitucional,⁸³ que eleva a garantía social el derecho a la protección a la salud de la población y establece la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas.⁸⁴

Esta adición constitucional sustenta la expedición de la Ley General de Salud, que distribuye la competencia entre la federación y los estados y establece la transferencia de facultades en materia de salud pública, asistencia social y atención médica.

Posteriormente se publica el 30 de agosto de 1983, en el Diario Oficial de la Federación, el decreto presidencial en el que se establecen las bases para la transferencia gradual de los servicios que presta la Secretaría de Salud. En un segundo decreto (8 de marzo de 1984) publicado en el Diario Oficial de la Federación, se dispone que los servicios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del Programa IMSS-COPLAMAR, se descentralicen para integrarse orgánicamente en los servicios estatales de salud, bajo la responsabilidad operativa

⁸³ Es importante destacar que el derecho a la salud ya existía en la Constitución y que la reforma al artículo 4o consiste en señalar la protección a la salud como derecho individual y como responsabilidad del Estado.

⁸⁴ Secretaría de Salud: Las reformas jurídicas para el SNS, Cuadernos de la Ssa, No. 1, México, 1983., pp. 11-21.

de los gobiernos estatales. En el decreto se plantean dos etapas del proceso descentralizador: la integración programática y la integración orgánica, que atañe únicamente a los sistemas de atención a población abierta. El decreto del 24 de junio de 1985, establece la desaparición gradual y progresiva de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SCSPE) y de los servicios de salud del Programa IMSS-COPLAMAR.

Para llevarla a cabo, se proponen una serie de criterios: a) proceder de manera gradual y casuística; b) impedir el deterioro de los servicios; c) considerar las características particulares de las entidades federativas y ajustar el proceso a sus condiciones jurídicas, políticas, técnicas y administrativas y, d) respetar los derechos de los trabajadores.⁸⁵

Se pretende fortalecer el federalismo, revertir el proceso centralizador y trasladar la responsabilidad de la operación, la capacidad de decisión y los recursos al lugar donde se efectúa la prestación de los servicios, en el marco de los sistemas estatales y locales de salud.⁸⁶ Esta estrategia intenta contribuir a la conformación del SNS, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.⁸⁷

La descentralización de los servicios de salud en su conjunto, se orienta tanto a la formación de Sistemas Estatales de Salud (SESA) como a la transformación de la Secretaría de Salud en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación.

El proceso tiene dos vertientes, la desconcentración de las facultades a los SCSPE y en

⁸⁵ "Evaluación de la descentralización...", *op. cit.*, p. 69

⁸⁶ Oszlak, Oscar y col.: "El Estado y los servicios de salud", Seminario sobre Descentralización de los Servicios de Salud, Buenos Aires, Serie: Desarrollo de Servicios de Salud, No. 17, 1987.

⁸⁷ Soberón, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (Compiladores): **La salud en México: Testimonios, 1988: El cambio estructural**, Tomo I, FCE, México, 1988, p. 110.

el Distrito Federal (SCSPDF) y la descentralización propiamente dicha, a través de la creación de los Sistemas Estatales de Salud.⁸⁸

La desconcentración pretende "reordenar y modernizar" los SCSPE mediante la transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas de la Secretaría de Salud a las unidades administrativas de los Servicios Coordinados de Salud Pública con autonomía técnica, pero sin personalidad jurídica, ni patrimonio propio y bajo las normas y el control jurídico del centro.

En cambio, la descentralización consiste en la transferencia de facultades, programas y recursos a una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y orgánica, aún cuando a nivel central se conserven las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación de funciones.

Durante el proceso, en las entidades federativas se reactivaron y/o surgieron diversas instancias de coordinación: COPLADES (Comité de Planeación para el Desarrollo); Subcomité de Salud y Seguridad Social del COPLADES; Consejo Interno de los SCSPE; Consejo Estatal de Vigilancia de los Servicios del IMSS-COPLAMAR; Acuerdo directo del gobernador con los titulares de los SCSPE y de IMSS-COPLAMAR.

La primera fase de la estrategia de descentralización (coordinación programática) se emprendió en 31 estados y alcanzó diversos grados de avance. La segunda etapa (integración orgánica) se inició en el estado de Tlaxcala en mayo de 1985. Al finalizar ese año, el proceso abarcaba nueve entidades federativas (Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabas-

⁸⁸ Espinoza, Jorge: "Descentralización y desconcentración de las funciones de regulación, control y fomento sanitario". Memoria del Seminario-Taller de capacitación para la regulación, control y fomento sanitarios, Tlaxcala, México, octubre de 1986, p. 86

co, Jalisco, Querétaro y Sonora). En marzo de 1986, se sumaron tres estados (Colima, Guanajuato y México) y a fines de 1987, dos entidades federativas más se habían descentralizado (Aguascalientes y Quintana Roo).

El proceso se limitó a las instituciones que atienden población "abierta" (sin seguridad social) y según datos oficiales, sólo 14 estados finalizaron la etapa de integración orgánica y descentralización operativa, por lo que este proceso quedó inconcluso. En estos estados, desaparecieron los Servicios Coordinados de Salud Pública y el Programa IMSS-COPLAMAR, con la consecuente creación de dependencias estatales responsables de los servicios. Se descentralizaron las facultades patronales a través de condiciones de trabajo aplicables a todos los trabajadores integrados a los Servicios Estatales de Salud y la administración presupuestal también se descentralizó, incorporando los recursos de todos los programas.⁸⁹ Se pretendía que en el mediano plazo, todos los servicios de salud de los estados estuvieran reorganizados en Sistemas Estatales de Salud.

Otro componente fundamental de la descentralización de los servicios de salud, fué la redefinición del financiamiento. En este proceso, se identifican dos tendencias: 1) el incremento y reorientación de los recursos financieros federales y estatales y, 2) la diversificación de las fuentes de financiamiento que involucra convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad.

La participación financiera de los gobiernos estatales se da a través de los compromisos contraídos en los Convenios Unicos de Desarrollo (CUD), en donde se obligan a participar con el 20% del costo total de los proyectos de inversión (Programa Integral de Inversiones) y con el

⁸⁹ *Ibid*, pp. 86-87

30% como contraparte de los recursos financieros que la Ssa transfiera a las entidades federativas por la vía del Programa de Desarrollo Regional. Como ejemplo, se puede mencionar que en 1985-86 los gobiernos cuyos servicios de salud fueron descentralizados, incrementaron sus aportaciones en 88% "...debido a una mayor corresponsabilidad en el proceso."⁹⁰ "La gran tarea [de los gobiernos estatales] es asumir de manera creciente la responsabilidad de la operación de los programas de salud proporcionando mayores apoyos presupuestales propios y del CUD".⁹¹

En la diversificación de las fuentes de financiamiento se destacan, por lo menos, tres estrategias: integración de patronatos, integración de comités de salud y, obtención de créditos externos. Se propone integrar en cada hospital un patronato "...con personas importantes de la comunidad, con la mira de conseguir fondos para cubrir carencias o reforzar proyectos y vigilar la correcta aplicación de los recursos obtenidos."⁹² La misma función de los patronatos puede ser asignada a los comités de salud, en el caso de las unidades médicas de primer nivel, "los cuales, a más de obtener recursos financieros, pueden colaborar con trabajo directo y recursos en especie, pintura, mantenimiento, etc."⁹³

El avance del proceso descentralizador en los estados fué desigual pero, en mayor o menor medida, enfrentó problemas de diverso orden. Entre los más importantes se pueden mencionar:

Problemas financieros:

- Insuficiencias en la asignación y disponibilidad de los recursos financieros (contribución estatal insuficiente, falta de oportunidad en la distribución de los recursos federales, uso de "candados" financieros y disminución en términos reales del financiamiento por el

⁹⁰ Soberón, *op. cit.*, p. 121.

⁹¹ *Ibid.*, p. 151.

⁹² *Ibid.*, p. 127.

⁹³ *Ibid.*, p. 127.

fenómeno inflacionario y por el recorte al gasto destinado a salud y seguridad social).

Problemas laborales:

- Persistencia del modelo centralizado en el manejo de personal por razones sindicales. Oposición de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) al proceso descentralizador.
- Negativa de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios de salud por las repercusiones económicas y políticas para los estados.
- Restricciones severas en la apertura de plazas y contratación de personal.
- Imposibilidad financiera y laboral para garantizar la homologación funcional (categorías y salarios).

Problemas de recursos materiales:

- Modelo centralizado de comodato en el manejo de bienes muebles.
- Insuficiencia de recursos financieros, de infraestructura y de canales adecuados de distribución que generaron desabasto de insumos y equipo médico en el nivel jurisdiccional y saturaron la capacidad de almacenamiento, conservación y mantenimiento de los niveles estatal y local. "Las limitaciones financieras determinaron que en las áreas centrales y aún en las estatales nunca se llegara a más del 76% de la capacidad de abastecimiento".⁹⁴

Problemas por la "horizontalización" de programas verticales:

Una característica particular del proceso descentralizador en México fue la "horizontalización" de los programas verticales de control de enfermedades, en un intento de ampliar la

⁹⁴ "Evaluación de la descentralización...", *op. cit.*, p. 11

cobertura, aprovechar al máximo los recursos y obtener mayor rendimiento desde el punto de vista costo-beneficio, en un contexto de limitaciones financieras. Los programas verticales fueron entregados a todos servicios estatales para su operación, independientemente si estaban centralizados o no.⁹⁵

La "horizontalización" de los programas verticales se caracterizó por:

- Falta de capacidad técnica y financiera de los servicios estatales para asumir de manera integrada, las acciones de cada programa.
- Rigidez en los procedimientos administrativos de los SESA que impidió la gestión oportuna de recursos, equipo y materiales.
- Resistencia del personal para incorporarse como recursos humanos "regulares" bajo la jerarquía jurisdiccional y estatal.
- Adscripción de las "brigadas móviles" a los establecimientos fijos, con la consecuente pérdida de movilidad de los equipos especializados.
- Concentración del personal en las oficinas estatales con la consecuente desatención de los niveles jurisdiccionales y/o locales.
- Desmantelamiento y/o atomización de equipos especializados.
- Insuficiencia de recursos financieros para garantizar: a) los viáticos que permitieran movilizar al personal de sus sitios de adscripción; b) partidas para combustible y erogaciones diversas por traslados y, c) vehículos para la movilización del personal operativo y supervisor, del material y del equipo.

Estos problemas -con diversos niveles de gravedad- se presentaron en todos los estados. La integración del personal y la continuidad de las actividades de control fué variable, dependien-

⁹⁵ Fernández de Castro, Jorge: *Panorama histórico y epidemiológico del paludismo en México*, Ssa, México, 1988, pp. 20-24.

do fundamentalmente del nivel de desarrollo de la red de establecimientos fijos y de la capacidad económica de los gobiernos estatales. Como ejemplo se puede citar el programa de vigilancia y control del paludismo, en el que "...en un extremo tenemos el caso de estados como Yucatán donde las actividades de control están enteramente a cargo de los Servicios Coordinados y no se encuentra más personal con dedicación exclusiva a este programa; en el otro extremo colocaríamos a estados como Oaxaca, que responde al esquema de un programa 'vertical-estatal' con escasa participación de servicios fijos".⁹⁶

Los múltiples problemas a los que se enfrentó la desconcentración de los programas de control de enfermedades determinaron -en los hechos- el desmantelamiento (por lo menos temporal) de estos programas. Entidades federativas con recursos pudieron atenuar los problemas que prácticamente tocaron fondo en los estados "pobres". No fué lo mismo la "horizontalización" de programas en los estados de Tabasco o Nuevo León que en Guerrero o Oaxaca.

En el caso del Programa IMSS-COPLAMAR los problemas se profundizaron, pues la entrega de las unidades médicas a los SESA se realizó sin el soporte material, humano y logístico-administrativo obtenido -hasta antes de la descentralización- del régimen ordinario del IMSS.

A pesar de todo, la evaluación oficial⁹⁷ es optimista. Se señala que los SESA de los catorce estados descentralizados mostraron en conjunto un mejoramiento de la capacidad de la atención. Entre 1983 y 1988, la cobertura **potencial** de los servicios de salud en estos estados creció en 71% (cobertura potencial por consultorio) y 140% (cobertura potencial por médico). El número de usuarios (pacientes de primera vez) se incrementó en 52% (2 millones), mientras

⁹⁶ *Ibid.*, p. 24

⁹⁷ "Evaluación de la descentralización...", *op. cit.*, pp. 9-11

que en los estados no descentralizados el aumento fué de 5% (276 mil).

Entre 1985 y 1988, los indicadores de servicios prestados también se incrementaron: la consulta externa general creció en 52.6% y la especializada en 25.6% y los egresos en hospitalización general aumentaron en 32.5%. "Hubo un mejor aprovechamiento de los recursos [pues se pasó de] 10 a 13 consultas por consultorio y de 8.0 a 10.8 consultas por médico". El total de dosis aplicadas de vacuna aumentó en un 157% en promedio.⁹⁸

En relación a las unidades del Programa IMSS-COPLAMAR, "...se observó que durante la fase inicial de la descentralización experimentaron disminuciones en su desempeño, para luego mostrar una tendencia hacia la recuperación, a medida que se consolidaban los servicios estatales. Este deterioro ...parte del hecho de que el soporte recibido por dichas unidades del régimen ordinario del IMSS y los fondos que les proporcionaba el esquema de Solidaridad Social fueron retirados después de la entrega de las unidades".⁹⁹

Los estados con mayor avance en el proceso descentralizador son: Nuevo León, Sonora, Tabasco, México, Baja California Sur, Jalisco, Colima y Guerrero. Guanajuato, Morelos, Querétaro y Tlaxcala obtuvieron un avance intermedio; mientras que Aguascalientes y Quintana Roo, no son evaluables por su reciente incorporación al proceso.¹⁰⁰

Sin embargo, es evidente que los parámetros de evaluación del proceso descentralizador se limitan a indicadores de servicios prestados y de coberturas potenciales, dejando de lado lo que el aparente mejoramiento de estos índices ha significado en la calidad de la atención médico-sani-

⁹⁸ *Ibid.*, p. 11

⁹⁹ *Ibid.*, p. 11

¹⁰⁰ "Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta en cuatro entidades federativas". Ssa, México, julio de 1989. Documento fotocopiado, pp. 1-32.

taria y su impacto sobre la salud de las poblaciones. Por esta razón, para evaluar el proceso descentralizador y más específicamente la "horizontalización" de los programas, es necesario un análisis del comportamiento de las enfermedades a los que van dirigidos, a través de indicadores de morbi-mortalidad.

Otro ámbito problemático de la descentralización en México, se ubica en el terreno de lo político. La verticalidad y el autoritarismo que caracterizó al proceso, anularon el potencial democratizador que conlleva el planteamiento descentralizador. A pesar de ser una propuesta viable para reordenar al sector, el SNS se debate entre los límites impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios de valorización del capital) y la construcción de la hegemonía (derecho ciudadano a la protección de la salud, atención a grupos más desprotegidos, ampliación de la cobertura de los servicios de salud) dadas las características del contexto sociopolítico y económico en el que surge.

La experiencia latinoamericana^{101 102} sobre procesos de descentralización en un contexto en el que prevalece una política neoliberal, muestra claramente que la reestructuración de los servicios de salud no es sólo una transformación administrativa o técnica, sino esencialmente una redefinición política y económica. En "su variante neoliberal es un medio de desestatización que permite instrumentar nuevos esquemas de producción de servicios y de financiamiento....".¹⁰³

El desarrollo de la descentralización, en el marco del "nuevo federalismo" impuesto por las directrices de la política neoliberal tuvo como características esenciales: la verticalidad de una

¹⁰¹ Belmartino, S. y C. Bloch. "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global". *Estudios sociológicos*, Vol. 2 no. 2-3, 1984.

¹⁰² Fassler, C. "Política sanitaria de la junta militar chilena". *Rev. Latinoamericana de Salud*. vol. 1 no. 2. 1982.

¹⁰³ Laurel, Cristina: "Por una política social alternativa: la producción de servicios públicos", México, mayo de 1989, Documento fotocopiado, p. 12.

estrategia decidida en el centro e impuesta a los trabajadores, a los usuarios e incluso a los gobiernos estatales. El traslado de responsabilidades de la Federación a los estados sin el apoyo financiero y técnico y el rápido deterioro de los servicios de salud en un proceso con estas características, generó la oposición de algunos gobiernos locales de corte populista.¹⁰⁴

Por otra parte, la redefinición de grupos de poder dentro de la burocracia de las instituciones del sector salud, confrontó a las cúpulas del IMSS y de la Ssa principalmente. Este enfrentamiento explica por qué al finalizar el proceso de descentralización en los 14 estados, el Programa IMSS-COPLAMAR sólo había cedido el 28% de sus unidades, conservando una población potencial de 6.5 millones de habitantes.¹⁰⁵

En una dinámica de liberalismo económico, pero de creciente autoritarismo en el plano político, los trabajadores de la salud organizados y los usuarios, no tuvieron la capacidad de rescatar el potencial democratizador de la descentralización, ni de avanzar en propuestas para modificar las tendencias de desarrollo de los servicios. "Aún en el caso de que se hubiera dado [la participación de los trabajadores de la salud] resultaría una formalidad en el contexto del sistema corporativo mexicano donde los mecanismos democráticos no operan...impidiendo una representación real de los ciudadanos y los trabajadores...".¹⁰⁶

Otro fenómeno que se evidenció, fué el traslado de responsabilidades y problemas de la Federación a los estados sin la transferencia de la capacidad resolutive, técnica y financiera. Esto trajo como consecuencia fallas serias en la operación de los programas. Asimismo, favoreció el

¹⁰⁴ Como ejemplo, se puede citar que en el estado de Michoacán, el gobierno de Cuauhtémoc Cárdenas (1982-87) se opuso abiertamente a la descentralización de los servicios de salud, ya que las etapas iniciales del proceso generaron un deterioro de los programas y de los servicios, que fué percibido como un problema político lesivo para su gestión.

¹⁰⁵ González Block, M. A. y R. Leyva: "Economía política de la descentralización", Centro de Investigaciones en Salud Pública, INSP, México, 1988, Doc. fotocopiado, p. 4

¹⁰⁶ Laurell, Cristina: "Por una política social alternativa: la producción de servicios públicos", Mayo de 1990, Documento fotocopiado, pp. 11-12.

traslado de los costos de la atención y del mantenimiento de los servicios a los usuarios.

Se fracturaron los mecanismos de redistribución del presupuesto federal posibilitando que, paradójicamente, estados con mayores recursos absorbieran un porcentaje más elevado del apoyo financiero de la Federación. Los estados de México, Jalisco, Nuevo León y Tabasco, concentraron en el trienio 1985-87 más del 50% del total del financiamiento federal.¹⁰⁷ Mientras que en los estados "pobres" la falta de apoyo financiero provocó el deterioro acelerado de los servicios de salud y la necesidad de allegarse recursos de diversas fuentes, sentando las bases para la búsqueda de esquemas "novedosos" de financiamiento (impuestos estatales y municipales, formas de prepago, pago por servicios, inversión privada, aumento de cuotas de recuperación).^{108 109 110}

Puede suponerse que la oposición de algunos gobiernos estatales, la insuficiencia de recursos financieros (federales y locales) para apoyar el proceso descentralizador y las pugnas de las cúpulas burocráticas institucionales, fueron los determinantes por los que este proceso quedó inconcluso. En los casos en que se concretó, prevalecieron las formas autoritarias, antidemocráticas, con privilegio de la atención de bajo costo, en donde programas y servicios de las instituciones que atienden a población sin seguridad social, prácticamente fueron desmantelados profundizando la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad.

En síntesis, se puede decir que 6 años no fueron suficientes para lograr la integración funcional y orgánica de los servicios de salud. En este periodo, ni siquiera se pudieron

¹⁰⁷ Soberón, *op. cit.*, p. 121.

¹⁰⁸ Un ejemplo notable de las propuestas de "modernidad" y financiamiento se encuentra en Frenk, Julio: "Las oportunidades de la reconstrucción", Revista NEXOS, No. 96, México, diciembre de 1985.

¹⁰⁹ Creese, Andrew: "Financiamiento de la Atención a la Salud". Ponencia al V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, México, marzo de 1987.

¹¹⁰ Banco Mundial: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 103, No. 6 (especial), Washington, diciembre de 1987.

resolver los problemas administrativos que afectan al sector. El proceso descentralizador y las medidas de coordinación resultaron insuficientes para modificar las tendencias de desarrollo de las diversas instituciones. Más bien, se profundizaron las diferenciales de recursos y se consolidaron tres subsistemas; cada uno con características, prioridades y universos poblacionales claramente distinguibles: las instituciones que atienden a población abierta (Ssa, IMSS-COPLAMAR), las instituciones de seguridad social y el subsistema de atención privada al que accede la población que puede pagar el costo de este tipo de atención.

Gasto en salud

Otra característica de la política de salud en los 80, fué la disminución del financiamiento, ámbito privilegiado para documentar las formas concretas que asume la política neoliberal, la transformación de la política social y las prioridades reales de la política sanitaria.

La tendencia descendente de los recursos financieros asignados al sector, pone en entredicho la prioridad que la política de salud tiene dentro del proyecto modernizador mexicano.

En el periodo 1980-1988, disminuye de 2.5% a 1.3% la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). Desciende la participación del gasto en salud de 6.2% a 2.5% del total del financiamiento del sector público, lo que significa un retroceso de casi 60% en el periodo. El gasto en salud *per cápita* también disminuye, pasando de \$299.3 a \$145.5.^{111 112}

El drástico recorte al gasto en salud queda claramente evidenciado, cuando se considera

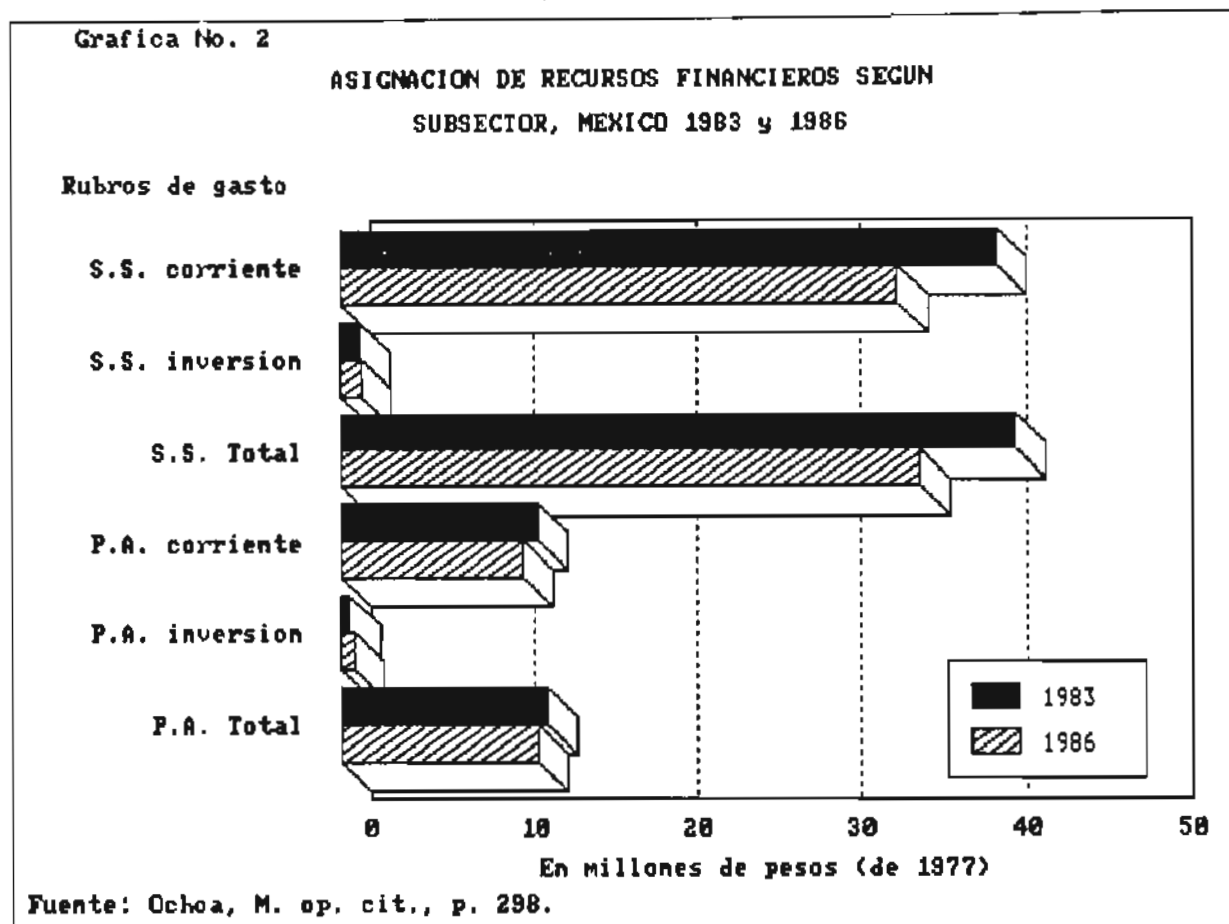
¹¹¹ Este dato se refiere a pesos de 1970, deflactados con base en los índices del Banco de México y la SPP

¹¹² Vázquez, Sergio y col.: "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud. 1980-1987", Revista Salud-Problema, No. 15, UAM-X, México, otoño de 1988, pp. 37-46

que el PIB también ha descendido en el periodo. Así, mientras los principales objetivos de SNS son: ampliar la cobertura de los servicios de salud, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos; homogeneizar y elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud atendiendo sobre todo problemas prioritarios, con especial énfasis en las acciones preventivas, los recursos financieros gastados en su consecución, muestran otra vertiente de la "modernidad sanitaria" que el discurso no explicita, pero que los hechos señalan tercamente.

El impacto diferencial de la disminución del gasto sobre los distintos subsistemas del sector salud, en lugar de favorecer la homogenización en la calidad de la atención, profundiza la desigual atención que recibe la población que accede a las instituciones de seguridad social y aquella que es atendida por el subsector dirigido a la población no derechohabiente. Analizar los recursos financieros asignados a gasto corriente y gasto de inversión en los años 1983 y 1986, ejemplifica esta situación.¹¹³ (Ver Gráfica No. 2)

¹¹³ Ochoa, Margarita: "Política de gasto en el sector salud (1977-1986)", en: Almada, Ignacio (Coordinador): *Salud y crisis en México*, Editorial Siglo XXI, México, 1990, p. 298.



En 1980, la proporción del gasto sectorial ejercido por las principales instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE), fué de 76.4%, en tanto que el subsistema de atención a población abierta solo accedió al 23.6% (52.8 puntos porcentuales de distancia). En 1987, la distancia se incrementa pasando a 57.2% de diferencia. Para 1988, a pesar de que el subsistema de seguridad social sufre una reducción importante respecto a 1987, y el de atención a población abierta se incrementa ligeramente, la diferencial sigue siendo importante (46.4 puntos porcentuales).

Mientras las instituciones de seguridad social ejercen, en 1988, un 3% menos que en 1980, su cobertura funcional se incrementa en 5 puntos porcentuales. El subsector que atiende a población abierta incrementa su participación en el gasto sectorial casi 3% y su cobertura crece en 2%.

Cuadro No. 1

PROPORCION DEL GASTO SECTORIAL Y COBERTURA FUNCIONAL
SEGUN SUBSISTEMAS, MEXICO, 1980-1988.

SUBSISTEMA	1980		1988	
	GASTO(*)	COBERTURA(**)	GASTO(*)	COBERTURA(**)
Instituciones de seguridad social	76.1	28.3	73.2	33.0
Instituciones de atención a población abierta.	23.9	12.0	26.8	14.6
	100.0	40.3	100.0	47.6

Fuente: Modificado de: Blanco José y col. "Contribución al análisis del Sexto Informe de Gobierno (1988). Seguridad Social". Grupo de Estudios en Salud (GES), México, septiembre de 1988, documento fotocopiado.

(*) Gasto en salud (Ver Nota metodológica 1)

(**) Cobertura funcional (Ver Nota metodológica 2)

Cuando se analiza la distribución del gasto por programas se observa que en 1980, el programa de atención preventiva (YU) recibió el 5.8% del gasto ejercido por las principales instituciones públicas del sector salud; para 1988, esta proporción desciende a 5.4%. Los programas de saneamiento básico (6S), formación y capacitación de recursos humanos (5B), planeación de la salud y asistencia social (YO), administración de la salud y asistencia social (YI) y, asistencia social (ZO), también presentan decrementos. El programa que presenta un incremento relativo importante es atención curativa (YV) que pasa de 54.9% a 81.1% en el periodo.

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION PROGRAMATICA DEL GASTO DEL SECTOR SALUD
MEXICO, 1980-1988.

Apertura programática		1980 %	1988 %
Atención preventiva	(YU)	5.8	5.4
Atención curativa	(YV)	54.9	81.1
Capacitación de la población	(YW)	0.4	0.4
Saneamiento básico	(6S)	1.1	0.2
Formación y capacitación de recursos humanos	(5B)	3.4	2.8
Investigación	(UB y UT)	0.9	0.8
Producción de bienes	(YX)	0.2	0.2
Administración de la salud y asistencia social	(YI)	28.3	8.4
Planeación de la salud y de la asistencia social	(YO)	3.7	0.4
Asistencia social	(ZO)	1.3	0.3
TOTAL		100.0	100.0

Fuente: Los datos referentes a 1980 se tomaron de: Vásquez S. y col. "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el Sector Salud. 1980-1987. Rev. Salud Problema, no. 15 UAM-X, México, otoño de 1988. pp. 37-46. Para la información de 1988 se consultó la apertura programática al cierre del ejercicio presupuestal de cada institución.

Al analizar el gasto por programas seleccionados, diferenciando el subsistema que atiende a población abierta del subsector de seguridad social, nuevamente se observa un comportamiento desigual. Mientras la proporción del gasto destinada a los programas YU y YW aumenta en el subsistema de seguridad social, los porcentajes descienden en las instituciones que atienden a la población abierta. El programa YU, desciende ligeramente en el subsistema de seguridad social, incrementando su participación en las instituciones que atienden a población abierta.

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO SECTORIAL, SEGUN PROGRAMAS SELECCIONADOS Y SUBSISTEMAS, MEXICO 1980-1988

Subsistemas	Programas seleccionados					
	(YU)		(YV)		(YW)	
	1980	1988	1980	1988	1980	1988
Seguridad Social	38.6	66.8	84.1	82.8	47.5	68.8
Población abierta	61.4	33.2	15.9	17.2	52.5	31.2
TOTALES:	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Los datos referentes a 1980 se tomaron de: Vásquez S. y col. "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el Sector Salud. 1980-1987. Rev. Salud Problema, no. 15 UAM-X, México, otoño de 1988. pp. 37-46. Para la información de 1988 se consultó la apertura programática al cierre del ejercicio presupuestal de cada institución.

Como se sabe, el programa de atención preventiva (YU), está conformado por diversos subprogramas entre los que destacan el de control de enfermedades prevenibles por vacunación (YU-01), el subprograma de control de enfermedades transmisibles (YU-02) y el subprograma de detección oportuna de enfermedades (YU-03). El decremento en la proporción del gasto destinado al programa de atención preventiva (casi el 50%) refuerza la tesis de que durante el proceso de "horizontalización" de programas, se produjo una parálisis de las actividades de control de enfermedades que afectó más intensamente a las instituciones que atienden a población abierta. Es decir, en franca contradicción con el discurso oficial, a los grupos sociales más desprotegidos atendidos por la Ssa y por IMSS-COPLAMAR, se les pasó la cuenta de la "modernidad sanitaria".

El desarrollo de la infraestructura también muestra el impacto de la reducción presupuestal.

En el periodo 1983-87, el nivel de inversión cae a menos del 50% de la registrada en el sexenio anterior, con proporciones menores al 5% dentro del gasto sectorial. Las instituciones de seguridad social muestran un decremento del 75% en 1983, manteniéndose en este nivel hasta 1986.¹¹⁴

Mientras en el periodo 1980-82, se crearon 2 102 unidades de salud con una inversión de 9.5 % en 1980, de 12.4 % en 1981 y de 7.6 % en 1982, el ritmo de crecimiento en el número de unidades se redujo a 1 234 en el periodo 1983-87.^{115 116}

En resumen, podría afirmarse que además de la reducción global del financiamiento del sector, que dificulta la ampliación de la cobertura y la homogeneización y elevación de la calidad de los servicios, se trasladó -con mayor intensidad- el peso del recorte presupuestal a las instituciones que atienden a población sin seguridad social y a los programas de desarrollo de infraestructura, de prevención y promoción de la salud (p.ej., los programas de control de paludismo y dengue y de enfermedades prevenibles por vacunación), en contradicción abierta con los objetivos planteados por la política declarativa.

Tendencias privatizadoras en el sector salud.

La conformación del Sistema Nacional de Salud, en tanto se inscribe dentro de una política explícitamente neoliberal -que persigue la redefinición de la intervención del Estado en la economía y la readecuación de la política social- cada vez se aleja más de un SNS integrado y conducido bajo objetivos socialmente coordinados. En la década de los 80 predominan las formas baratas de prestación de los servicios que el discurso oficial plantea como eficiencia y

¹¹⁴ Ochoa, Margarita: citada por Laurell, *op. cit.*, p. 9.

¹¹⁵ Miguel de la Madrid Hurtado: Sexto Informe de Gobierno-1988, Poder Ejecutivo Federal, México, 1988.

¹¹⁶ Según datos de los informes de Gobierno V y VI, de José López Portillo, la inversión realizada por las instituciones públicas que prestan servicios de atención médica ascendió, de 1980 a 1982, a 34 827 millones de pesos (medida con pesos constantes de 1970)

modernidad, o aquellas que suponen una mayor rentabilidad económica.

Esta rentabilidad económica (léase apertura de espacios al capital privado) ha sido otro eje de la modernización sanitaria de los servicios de salud. Esta política, inscrita en la estrategia tendiente al "adelgazamiento" del Estado, se concreta en la progresiva desaparición de la intervención estatal en la producción de bienes y servicios, dejando ésta al libre juego de las fuerzas del mercado. Este modelo económico profundiza la concentración regresiva del ingreso y excluye a grandes grupos de población de servicios de salud de calidad.

En esta lógica, las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social (Ssa e IMSS-COPLAMAR), atienden -mediante servicios masificados y "baratos", que no garantizan sino parte de la atención de primer nivel- a los grupos marginados rurales y urbanos. En "compensación", son estos grupos a los que se dirigen los programas de autocuidado y de educación para la salud.¹¹⁷

Los grupos de población que ocupan lugares críticos en la producción y en los servicios -por ejemplo, trabajadores petroleros y empleados bancarios- acceden a una atención especializada, en cuya organización se entrecruzan los servicios de la medicina privada con la alta especialidad de los institutos públicos.¹¹⁸ Este proceso de diferenciación se ha profundizado en los últimos años por el impacto negativo que la reorganización productiva ha tenido sobre la estructura y capacidad defensiva de la clase trabajadora mexicana y por el deterioro de los servicios públicos de salud.

¹¹⁷ Kumate, Jesús: "Programa Nacional de Promoción y cuidado de la salud", Trabajo presentado en la Reunión del Gabinete de Bienestar Social del 5 de enero de 1989, México.

¹¹⁸ Vázquez, Sergio: "El modernismo en la salud pública", trabajo presentado en el I Foro Nacional de Trabajadores de la Salud, abril de 1988, México, p. 13

La calidad de la atención hospitalaria brindada por el sector público, ha tenido un desgaste acelerado por la reducción del financiamiento para el sector salud en general y más específicamente por el decremento en las proporciones destinadas a hospitalización general y de alta especialidad. En el periodo 1983-86, el gasto corriente registra un ajuste en el primer nivel de atención, una disminución moderada en el segundo nivel y una drástica reducción en el tercer nivel; considerando los recursos totales, únicamente el primer nivel presenta un crecimiento mínimo.¹¹⁹

Esta situación ha sido aprovechada por algunos sectores gubernamentales y privados para orquestar una campaña de desprestigio hacia las instituciones públicas, con el objeto de crear un clima ideológico propicio para desafiliación de sindicatos fuertes del IMSS y para la progresiva privatización de los servicios médicos.

Se propone a la iniciativa privada, la nada despreciable tarea de completar el esquema de servicios desarrollando el segundo nivel, con servicios hospitalarios "accesibles", en condiciones de atractiva rentabilidad. El crecimiento de los seguros médicos privados, como plataforma financiera para la expansión de las instituciones privadas y los reclamos de la Cámara de Hospitales Privados para el establecimiento de una política de subrogación y de compra de medicamentos a precios preferenciales y de subsidio a la importación de equipo médico, son buen ejemplo de una nueva lógica en el sector.¹²⁰

Los voceros del sector privado han propuesto la eliminación de la atención médica de las prestaciones que integran el salario indirecto de los trabajadores, argumentando que se generaría

¹¹⁹ Ochoa, *op. cit.*, p. 289.

¹²⁰ Eibenschutz, Catalina y O. López Arellano: "La política sanitaria en el marco de la transformación del Estado mexicano", Ponencia presentada en el VI Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife, septiembre de 1989

un fuerte dinamismo en el mercado interno, por demanda de servicios privados. Según ellos, esta "activación" del mercado interno posibilitaría la formación de una especie de seguro médico -a semejanza de los seguros privados norteamericanos- y alentaría el desarrollo de empresas médicas, seguramente asociadas al capital transnacional. Más ahora, que los controles para regular la inversión extranjera prácticamente han desaparecido.

En este marco, es posible imaginar una progresiva competencia de la iniciativa privada con el sector estatal en la atención médica, transformando el modelo actual de la seguridad social hacia un modelo neoliberal de atención médica. El gobierno ha tenido un papel muy importante en este proceso, reduciendo su participación en el financiamiento del IMSS.¹²¹

La revisión de las Cuentas Nacionales refuerzan esta hipótesis al mostrar un progresivo crecimiento de las ganancias del sector privado en la prestación de los servicios. En 1980, la participación del sector privado en el gasto en servicios de atención médica representó el 25.4% de los recursos, en tanto que el sector público aportaba el restante 74,6%. En cambio, en el usufructo del producto, los empresarios privados se apropiaron del 44%, mientras las instituciones públicas usufructuaron el 56%. Para 1986, las proporciones en el gasto se mantuvieron, pero el porcentaje en el usufructo privado del producto se incrementó a 54%, mientras la apropiación pública retrocedió a 46%. "Mientras los empresarios privados obtuvieron 3.3 por cada peso gastado, los servicios públicos apenas recuperaron los recursos erogados".¹²²

El auge que están cobrando los seguros médicos privados y la amenaza de varios sindicatos de desafiliarse masivamente del IMSS y contratar sus propios seguros, se inscriben

¹²¹ En 1980, el porcentaje correspondiente al gobierno federal en el financiamiento tripartita del IMSS, era del 15%; en 1988, este se reduce al 5%. Farfán (1987), *op. cit.*, p. 89.

¹²² Vásquez, Sergio: "Acercas de la privatización de la atención médica y sanitaria en México", México, octubre de 1989, Doc. fotocopiado, pp. 6-7

en un proceso de deterioro de los servicios públicos y en el supuesto (reforzado desde los sectores oficiales) de que servicio privado es sinónimo de eficiencia y calidad. Desde luego, no se vislumbra un proceso de "desincorporación" de las instituciones públicas de salud, sino "...el crecimiento paralelo de la iniciativa privada... y la subrogación de algunos servicios pero sin que llegue a ser la forma dominante como es, p.e., en Brasil".¹²³

La tendencia de un modelo de esta naturaleza se concretaría en una negociación individual entre sindicatos fuertes (capaces de contratar un seguro colectivo) y algunas empresas, con la consecuente exclusión de la seguridad social de grandes grupos de trabajadores.

En este proceso, se favorecería la emergencia de pequeños grupos privilegiados de trabajadores que pueden acceder a un servicio médico de alta calidad y grandes sectores de la población (subempleados, trabajadores eventuales) que serán totalmente excluidos de la seguridad social y parcialmente atendidos por servicios de salud de mínima calidad. Por no hablar de los millones de mexicanos que hoy no tienen acceso a servicios permanentes de atención médica y mucho menos a seguridad social.

En definitiva, se puede afirmar que el modelo económico adoptado por el Estado Mexicano, se expresa en un modelo neoliberal de la atención médica, donde el sector público reconoce su incapacidad para gestionar los servicios de salud y deja espacios -antes regulados por el Estado- al libre juego del mercado, que, aparentemente, garantiza una mayor eficiencia, aún a costa de aumentar la inequidad. Se evidencia claramente una decisión política de "sanear" la economía, haciendo rentables los servicios públicos aunque esto implique mantener y profundizar la desigualdad.

¹²³ Laurell, *op. cit.*, p. 17.

En los hechos, se expresa un proyecto de desarrollo capitalista "moderno" para el que sobran millones de mexicanos, que nos acerca peligrosamente al modelo chileno adoptado por la dictadura pinochetista, o al modelo brasileño que la nueva Constitución intenta modificar.

CUARTA PARTE: IMPACTO EPIDEMIOLOGICO.

Hasta aquí se analizó la lógica que sustenta la respuesta del Estado en la "cuestión sanitaria" en el país. Sin embargo, conviene añadir que, a partir de la profundización de la crisis en 1982 -en la formación social mexicana- también se delinearán formas particulares de enfermar y morir, determinadas por el deterioro de la calidad de vida y de trabajo de las clases sociales mayoritarias. Estas formas particulares tendrán su expresión empírica en los perfiles patológicos relativamente característicos de cada clase social.

Esta afirmación se desprende de un hecho reconocido: La enfermedad como fenómeno colectivo sólo puede ser entendida correctamente si se analiza a partir de sus determinaciones históricas y sociales, identificando las mediaciones que posibilitan el análisis de las leyes y categorías más generales, hasta las expresiones particulares e individuales del fenómeno.

Por esta razón, se afirma que a las diversas formaciones sociales y a sus diferentes momentos de desarrollo histórico, corresponderán formas específicas de enfermar y morir de los distintos grupos sociales.

Por otra parte, la experiencia sanitaria demuestra que la práctica médica¹²⁴ -aún cuando no es determinante en el comportamiento de los perfiles patológicos, tiene un impacto relativamente inmediato sobre algunas enfermedades para las que la ciencia y la técnica epidemiológica han desarrollado acciones de control específicas y simplificadas.

¹²⁴ Complejo dialéctico de actividades teórico prácticas que desarrolla la sociedad para conocer y modificar activamente su problemática de salud.

En estos términos, se reconoce que la intervención sanitaria es capaz de modificar -limitadamente- el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades y en diversos casos de impedir el paso de la enfermedad a la muerte.

Este impacto epidemiológico depende en gran medida de la existencia de "tecnología para la salud" (vacunas, medios simplificados de diagnóstico, mecanismos de detección temprana de padecimientos); vulnerabilidad de las enfermedades y, **fundamentalmente de la organización social¹²⁵ de los sistemas de atención médica, que posibilita las coberturas reales y la eficiencia y eficacia de la intervención.**

La experiencia nacional e internacional ha mostrado que ciertas intervenciones epidemiológicas puntuales tienen un impacto sobre la morbilidad y/o la mortalidad de diversos padecimientos, tal sería el caso de:

- Los programas de control de lepra y tuberculosis que reducen la gravedad y la infectividad de estas enfermedades y contribuyen a disminuir su incidencia.^{126 127}
- El programa de control del paludismo, que en México contribuyó a la reducción del problema, llegando incluso a plantear su erradicación.¹²⁸
- El programa de hidratación oral que en algunos países (Bangladesh, Nicaragua, Costa Rica) ha demostrado gran eficacia para disminuir la mortalidad infantil por deshidratación.¹²⁹

130 131 132

¹²⁵ Conjunto estructurado e institucionalizado de relaciones sociales, políticas, económicas e ideológicas.

¹²⁶ Abreu, Alfredo y col.: **Nuevo programa de control de lepra**, Ministerio de Salud Pública, La Habana, s/f

¹²⁷ "El control de la tuberculosis", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 104, No. 5, mayo de 1988, pp. 485-488.

¹²⁸ Sánchez, Manuel: "Horizontalización de la lucha contra el paludismo en México", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 106, No. 2, febrero de 1989, p. 163.

¹²⁹ Rahaman, M.M. y col.: "Diarrhoeal Mortality in two Bangladeshi Villages with and without Community-based oral Rehydration Therapy", *Lancet*, 1979, pp.809-812.

¹³⁰ Mota, Felipe: "La hidratación oral en niños con diarrea", *Salud Pública de México*, Vol. 26, No. 1, 1984, pp. 9-30.

¹³¹ "Oral Rehydration Therapy: An Annotated Bibliography", Panamerican Health Organisation, Scientific Publication No. 445, Washington, 1983.

- El programa de alimentación complementaria, que en Chile, a pesar del deterioro de la calidad de vida y de trabajo de grandes grupos de la población, impuesto por la dictadura pinochetista, impactó favorablemente la tasa de mortalidad infantil.
- Los programas de inmunizaciones (Nicaragua, Cuba) que en 2-3 años erradicaron padecimientos como la poliomielitis, la tosferina y la difteria.¹³³
- Los programas de control prenatal que tienen un peso determinante en la disminución de la tasa de mortalidad materna.¹³⁴
- El programa de planificación familiar, responsable fundamental de la reducción acelerada de la tasa de natalidad en nuestro país.¹³⁵

Si se reconoce que los programas sanitarios y las instituciones que los llevan a cabo, expresan en el nivel particular las condiciones sociohistóricas más generales, que determinan a la política sanitaria, se hace necesario su análisis en una situación concreta. Este análisis orientará sobre su viabilidad, sobre la posibilidad real de implementarlos y sobre su impacto sobre la enfermedad y/o la muerte como fenómenos colectivos. Un programa sanitario absolutamente factible en una formación social determinada, en otra no será planteado -ni remotamente- como necesidad.

En México, las características neoliberales del modelo económico en el periodo 1982-1988 y su impacto sobre la política social, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos de población.

¹³² Hernández, Augusto: "Tratamiento de diarrea aguda en niños. Estudio comparativo de tres soluciones de rehidratación oral y venoclisis en Colombia", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 102, No. 6, junio de 1987, pp. 606-616.

¹³³ La situación de salud de las Américas, OPS, Publicación Científica No. 500, pp. 90-95 y 198-202.

¹³⁴ "La situación de las madres y los niños en México: 1988", UNICEF, México, Documento fotocopiado.

¹³⁵ Bronfman, Mario y col.: "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México. La experiencia reciente", Estudios Demográficos y urbanos, Vol. 1, No. 2. mayo-agosto de 1986, pp. 165-203.

La política de salud ha sido modelada a la luz del recorte al gasto público, la disminución del presupuesto al sector, la descentralización autoritaria y sin recursos, la privatización, el traslado del costo de los servicios al usuario, el fomento del autocuidado y señalar la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad.¹³⁶

Estos rasgos característicos de la política sanitaria en la década de los 80 han producido el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reducido la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potenciado el deterioro de la salud producto de la salida neoliberal para sortear la crisis económica.

En el periodo analizado, el desmantelamiento de programas de control de enfermedades, como consecuencia de la disminución del gasto en salud, y de la descentralización en el sector, pone en entredicho la viabilidad y eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales.¹³⁷

La regresión sanitaria en esta década puede ejemplificarse analizando el comportamiento de algunas enfermedades "índice"¹³⁸ seleccionadas: paludismo, dengue, tuberculosis pulmonar, lepra, poliomielitis parálítica y sarampión. En un primer momento, se presenta una esquematización del impacto que la crisis y la política de salud tendrían sobre los aspectos epidemiológicos de cada una de las enfermedades seleccionadas y posteriormente, se analiza el comportamiento de la morbimortalidad por esta patología en el periodo 1982-1988, teniendo como referente a la década anterior.

¹³⁶ Blanco Gil, José y O. López Arellano: "Impacto epidemiológico de la política económica". Ponencia presentada en el I Foro de Economía, Partido de la Revolución Democrática, México, marzo de 1990

¹³⁷ Blanco Gil, José y O. López Arellano: "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis", en: **La política sanitaria mexicana en los años 80**, Colectivo CES-Editorial Fin de Siglo, México, 1990.

¹³⁸ Esta patología fue seleccionada con tres criterios básicos: ser de importancia epidemiológica nacional, ser susceptible de controlarse con medidas puntuales de intervención y estar sujeta a programas de prevención y control.

De entrada, se reconocen las dificultades para realizar una evaluación suficiente de la situación sanitaria **actual** en México, por la falta de oportunidad de la información,¹³⁹ las dificultades en la clasificación y la homogeneidad que se introduce al hacer un análisis "promedial" "...la confluencia de perfiles patológicos de diversas clases y regiones en un perfil general del país cuando se hace un análisis promedial...no permite...[identificar las diferenciales] según las distintas regiones y grupos sociales."¹⁴⁰

Otro problema es el uso de los indicadores de morbilidad que frecuentemente son desdichados pues, se aduce, que los problemas para el diagnóstico, registro y clasificación, sumados al hecho de que se trata de morbilidad por demanda atendida anulan su utilidad. Sin embargo, la diferencial observada -en las últimas dos décadas- entre la tendencia ascendente de la morbilidad y la tendencia descendente de la mortalidad¹⁴¹ evidencia la necesidad de incluir ambos indicadores para aproximarse a la realidad sanitaria del país.

La mortalidad como indicador extremo, es insuficiente para evaluar las condiciones de salud de los grupos humanos. El hecho de que la mortalidad descienda no significa -necesariamente- que la población tenga mejores condiciones de salud puesto que, en muchos casos, sólo se evita el paso de la enfermedad a la muerte. Esto, desde luego, no es un hecho despreciable pero resulta a todas luces insuficiente.

Los principales indicadores de mortalidad muestran una tendencia descendente en el periodo analizado. De 1982 a 1987, la mortalidad general pasa de 5.7 a 5.1 por mil habitantes.

¹³⁹ Uno de los problemas más frecuentes cuando se trabaja con información en salud es la falta de oportunidad con que los datos son publicados. Por ejemplo, los últimos datos desagregados de mortalidad corresponden a 1985, con excepción de las emergencias epidemiológicas (SIDA y sarampión).

¹⁴⁰ Blanco Gil, José y O. López Arellano: "De la transición...." *op. cit.*

¹⁴¹ Boletín de la Dirección General de Epidemiología (en adelante, DGE), vol. 4, No. 14-15, México, 1984, p. 76.

La mortalidad infantil desciende de 33.0 a 23.6 por mil nacidos vivos registrados (NVR) en el periodo 1982-1986 y la mortalidad preescolar disminuye de 2.6 a 2.3 por mil habitantes del grupo de 1 a 4 años en el mismo lapso. Mientras, la mortalidad materna desciende de 0.9 a 0.6 por mil NVR.¹⁴²

Reconociendo que estos indicadores han mejorado, habría que señalar las discrepancias entre los datos reportados en México y la información publicada por UNICEF, OPS y OMS. Mientras que fuentes oficiales mexicanas refieren (1986) una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 23 por mil NVR y una tasa de mortalidad preescolar (TMP) de 2.3, en el mismo año UNICEF calcula una TMI de 50 por mil NVR y una TMP de 3.9.¹⁴³ Por otro lado, se da el caso que la Encuesta Nacional de Salud reporta cifras aún más elevadas.¹⁴⁴ Respecto a la mortalidad materna sucede algo semejante: el sector salud reporta tasas de 0.6 por mil NVR (1986), en el mismo año UNICEF presenta una tasa de 0.8 por mil NVR, con variaciones regionales que duplican el promedio nacional.¹⁴⁵

En el periodo 1982-1988, la información sobre enfermedades que expresan indirectamente las condiciones materiales de vida, particularmente en el ámbito de algunos componentes del consumo simple: vivienda, vestido y equipamiento básico, presentan una morbilidad en ascenso. El incremento en la incidencia de enfermedades como amibiasis, gastroenteritis, infecciones respiratorias agudas y neumonías se manifiesta desde 1978, sin embargo, la tendencia francamente ascendente se presenta a partir de 1981. En conjunto, la patología transmisible presenta una

¹⁴² Salinas de Gortari, Carlos: *Primer Informe de Gobierno, 1989*. Anexo, Poder Ejecutivo Federal, México, pp. 199-200.

¹⁴³ UNICEF, *op. cit.*, pp. 11-14.

¹⁴⁴ *Encuesta Nacional de Salud*, Ssa. México, 1988.

¹⁴⁵ UNICEF. *op. cit.*, p. 13.

tendencia ascendente en el periodo 1982-1988. (Ver cuadros 4, 5A y 5B y gráficas 3, 5, 6 y 7).¹⁴⁶

Por tratarse de morbilidad por demanda se podría argumentar que este incremento se debe a un mejor registro y/o al aumento en la notificación de casos por la ampliación de la cobertura. Con objeto de mostrar que la tendencia ascendente de la morbilidad no depende de manera directa del incremento en la base poblacional que demanda atención, se comparó la tasa de incidencia de enfermedades transmisibles, usando como denominadores: la cobertura potencial y la población general del país. En esta comparación se observa que el comportamiento de la incidencia es muy semejante, variando únicamente la frecuencia del problema. (Ver cuadro 4 y gráfica 3)

Cuadro No. 4

MORBILIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
MEXICO, 1982-1988

Año	Tasa (*) Población general	Tasa (*) Población cubierta
1982	12 039.9	19 200.3
1983	13 988.8	22 000.1
1984	15 800.7	23 400.6
1985	17 549.8	25 599.9
1986(**)	18 800.2	26 933.4
1987(**)	20 074.3	26 158.9
1988(**)	21 866.3	27 415.0

(*) Por 100 mil habitantes

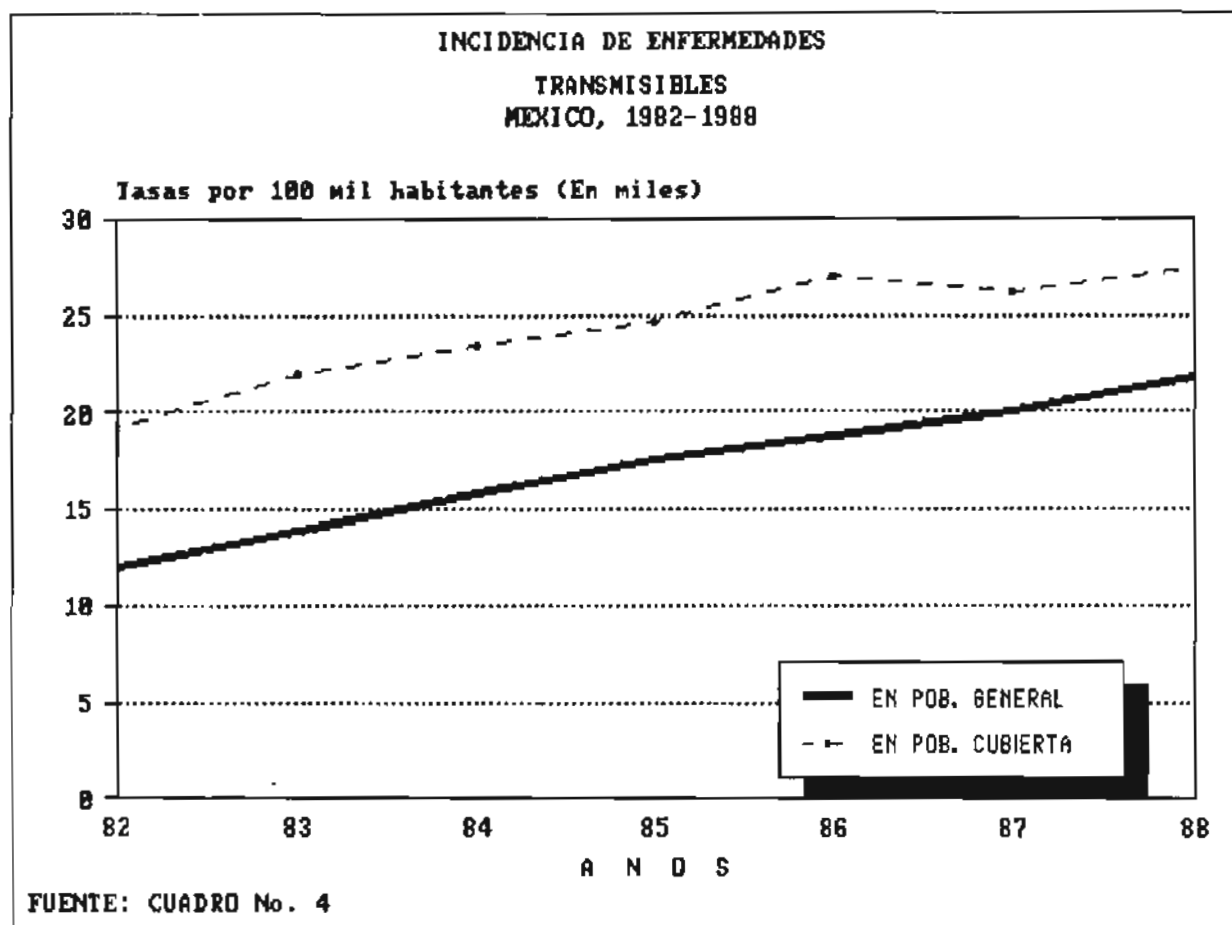
FUENTE: Cálculo propio con base en los casos de enfermedades transmisibles consignados en el anexo estadístico del 1er. Informe de Gobierno, México, Noviembre de 1989. (**) Boletines de la Dirección General de Epidemiología, Ssa.

Por otra parte, las coberturas presentan un ascenso gradual de 1980 a 1988, que no se corresponde con el incremento acelerado en la incidencia de los padecimientos transmisibles

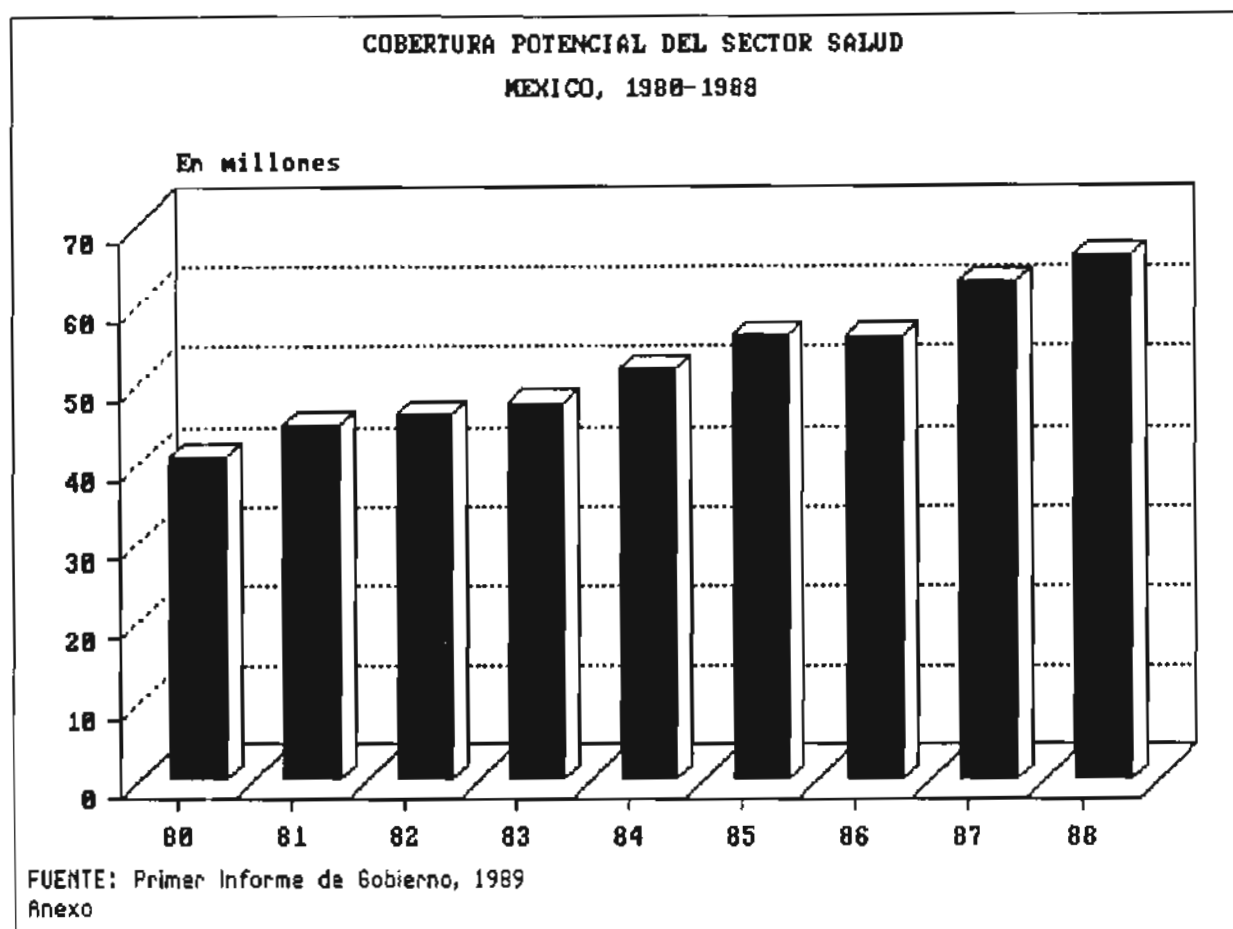
¹⁴⁶ Los cuadros y las gráficas que se presentan en adelante, son elaboración propia con base en la información consignada en los Boletines Epidemiológicos Nos. 15-16 (agosto de 1982); vol. 4, No. 6 (junio de 1989) y vol. 5, No. 1 (enero de 1990) de la Dirección General de Epidemiología, Ssa; asimismo, en información de los Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años 1984, 1985 y 1986.

seleccionados.

Gráfica No. 3



Gráfica No. 4



Tomando como año base a 1982, se calculó el incremento relativo anual de la cobertura y de la incidencia. Mientras la cobertura se incrementa en 3.3% de 1982 a 1983, la tasa de enfermedades transmisibles crece 14.6% en el mismo periodo. En el año de mayor descenso relativo en la cobertura la tasa de incidencia crece en 9.5%, respecto al año anterior y el año de mayor incremento en la cobertura, paradójicamente, la tasa presenta un crecimiento negativo de 2.9%. Es decir, ambos fenómenos (cobertura e incidencia) se comportan de manera independiente. (Ver Cuadro 4 bis y gráfica correspondiente)

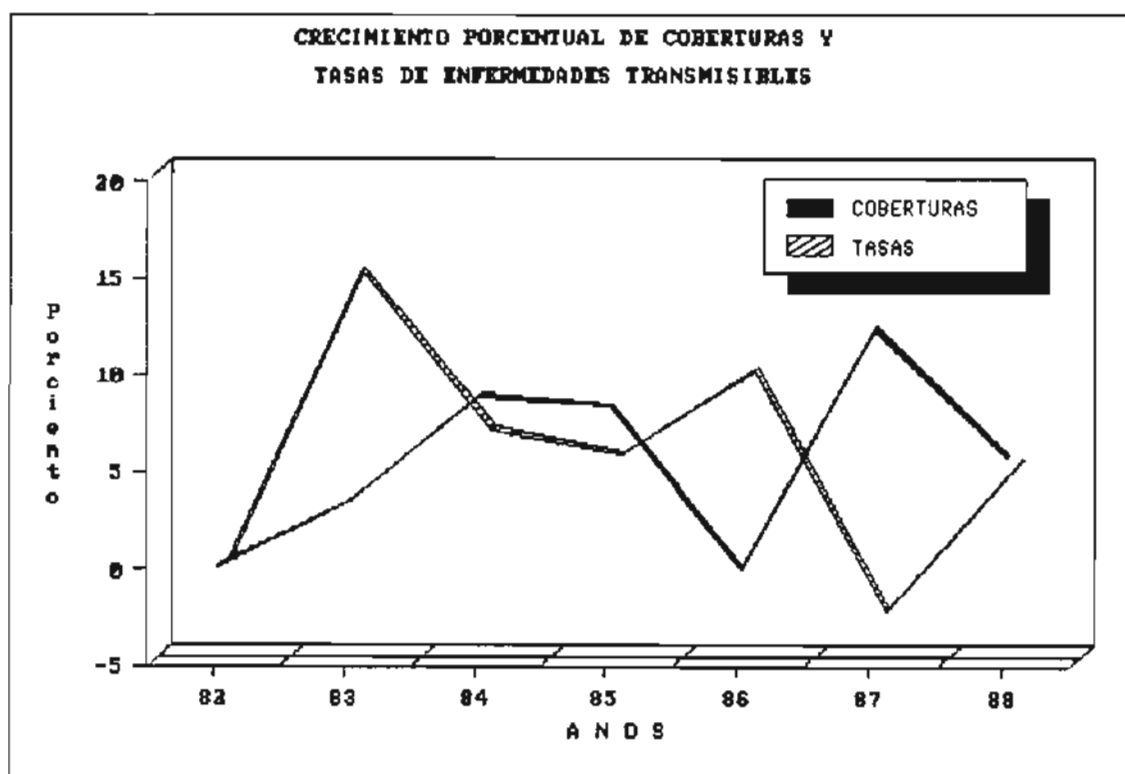
Cuadro 4 bis

**CRECIMIENTO RELATIVO DE COBERTURA Y DE INCIDENCIA
DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, MEXICO, 1982-1988**

AÑO	Crecimiento de cobertura	Crecimiento de incidencia
1982	Año base	Año base
1983	3.3	14.6
1984	8.7	6.4
1985	8.2	5.1
1986	- 0.2	9.5
1987	12.2	- 2.9
1988	5.6	4.8

FUENTE: Elaboración propia a partir del Cuadro No. 4 y Primer Informe de Gobierno, 1989. Anexo

Gráfica No. 4 bis



Cuadro No. 5 A

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES SELECCIONADAS
MEXICO 1973-1981

ENFERMEDAD	A Ñ O S								
	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
AMIBIASIS	108.1	118.9	143.9	160.9	198.3	221.9	301.6	498.9	770.1
GASTROENTERITIS	603.2	591.3	672.1	733.3	881.7	869.7	857.5	1706.7	2442.5
NEUMONIAS	16.2	18.7	19.5	23.2	36.4	31.2	29.2	48.7	64.9
INF. RESPIRATO- RIAS AGUDAS	N.D.	N.D.	N.D.	235.9	1244.7	1406.6	1681.1	3425.1	5791.1
PALUDISMO	44.2	48.9	47.8	29.8	30.1	29.4	30.2	38.1	60.6
DENGUE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	8.9	76.1	24.6
TUBERCULOSIS	24.9	20.1	18.2	17.6	15.2	14.4	13.8	16.5	18.2
LEPRA	1.4	1.3	0.9	1.1	0.9	0.9	1.1	0.9	0.9
POLIOMIELITIS PARALITICA	0.4	0.4	1.6	0.5	1.4	1.1	1.2	1.1	0.3
SARAMPION	32.9	4.1	2.5	38.2	37.2	4.6	15.4	15.6	16.0

FUENTE: Elaboración propia con base a la información consignada en el boletín epidemiológico no. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982). Dirección General de Epidemiología, SSA, México, 1984 y en los Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años de 1984, 1985 y 1986.

adro No. 5 B

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES SELECCIONADAS

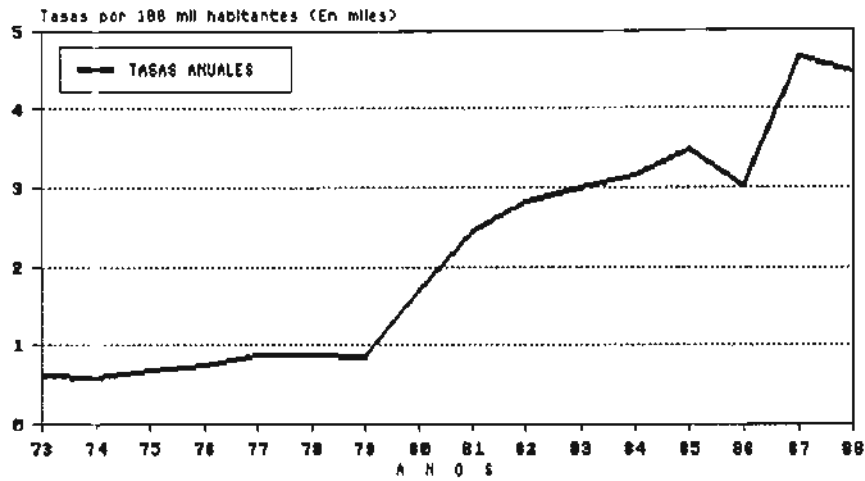
MEXICO 1982-1989

ENFERMEDAD	A Ñ O S							
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
DIABIASIS	947.1	1031.6	1116.1	976.5	1061.5	S.D.	S.D.	S.D.
DISGASTROENTERITIS	2821.7	2991.8	3161.9	3485.1	3018.3	4674.0	4475.3	S.D.
NEUMONIAS	65.3	71.4	77.6	72.2	88.5	136.0	140.8	S.D.
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	6627.3	8005.3	9383.3	10909.7	9495.1	14225.4	16117.7	S.D.
DIABETISMO	73.1	94.6	150.1	171.5	164.5	126.9	140.9	150.8
ANGINA	45.8	32.1	25.1	17.6	24.7	20.0	12.4	
TUBERCULOSIS	11.6	14.1	16.5	14.4	16.5	21.6	20.1	
LEUCEMIA	0.9	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.4	
ENFERMEDAD DE POLIOMIELITIS PARALITICA	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.09	0.02	
DIPTERISMO	8.9	7.8	6.8	25.0	11.1	4.7	4.7	23.8

NTE: Elaboración propia con base a la información consignada en el boletín epidemiológico no. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982). Dirección General de Epidemiología, SSA, México, 1984 y en los Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años de 1984, 1985 y

Gráfico No. 5

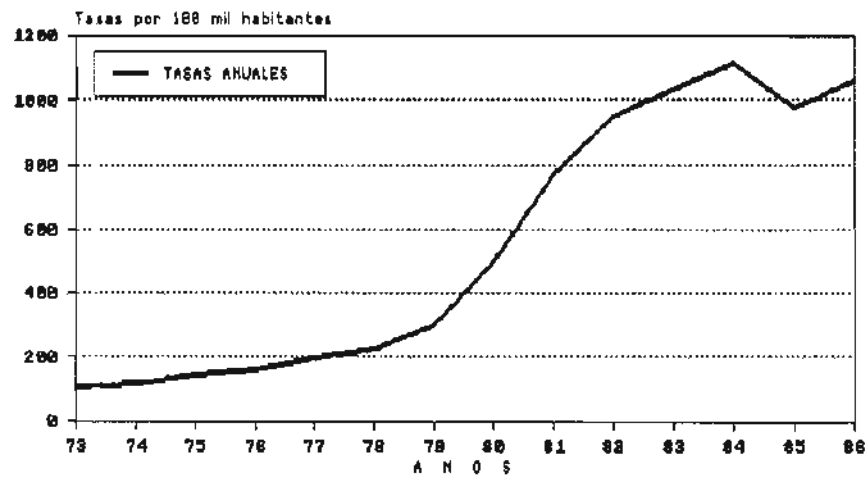
INCIDENCIA DE GASTROENTERITIS
MEXICO, 1973-1988



FUENTE: CUADROS No. 5 A y 5 B

Gráfico No. 6

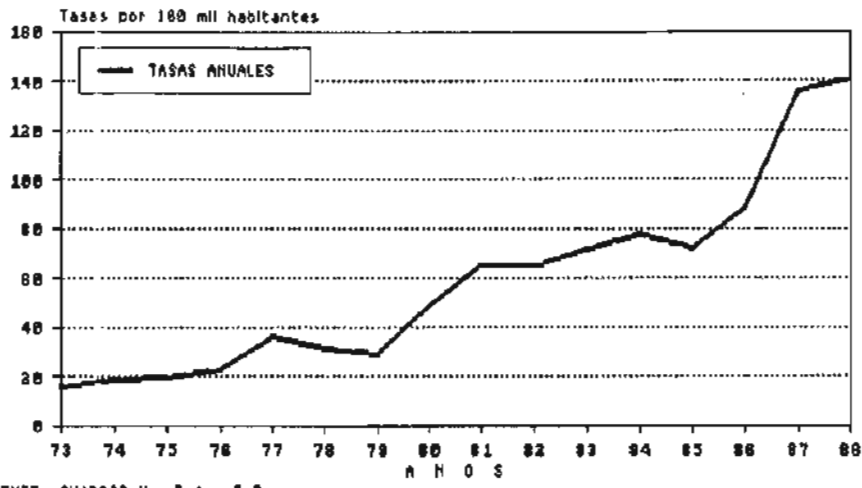
INCIDENCIA DE AMIBIASIS INTESTINAL
MEXICO, 1973-1988



FUENTE: CUADROS No. 5 A y 5 B

Grafica No. 7

INCIDENCIA DE NEUMONIAS
MEXICO, 1973-1988



FUENTE: CUADROS No. 5 A y 5 B

SARAMPION

Enfermedad viral aguda, sumamente contagiosa, con síntomas prodrómicos de fiebre, conjuntivitis, coriza, bronquitis y manchas de Koplik en la mucosa bucal. Entre el tercero y séptimo día aparece una erupción característica de manchas rojas parduscas que comienza en la cara y luego se generaliza. Dura entre 4 y 7 días y termina con descamación furfurácea. Pueden presentarse complicaciones (otitis media, neumonía y encefalitis) a consecuencia de la replicación vírica y/o superinfección bacteriana. El sarampión es una enfermedad más grave entre los niños desnutridos, alcanzando una letalidad entre 5% y 10%. Agente infeccioso: virus del sarampión (género morbillivirus, familia paramyxoviridae). El reservorio es el hombre y la transmisión es por diseminación de gotillas o por contacto directo con secreciones de la nariz o garganta de personas infectadas. Periodo de incubación: entre 8 y 13 días, desde la exposición al contagio hasta el inicio de la fiebre. El periodo de transmisibilidad es antes del periodo prodrómico hasta 4 días después de que aparece la erupción. La susceptibilidad es general entre quien no ha padecido la infección natural o no ha sido inmunizado. La inmunidad producida por la enfermedad es permanente y la inmunidad por vacunación es duradera. Medidas preventivas y de control: vacunación, investigación y protección de contactos. En caso de epidemia se recomienda vacunar masivamente.

S A R A M P I O N

IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento productivo:

Desempleo, inestabilidad laboral, inseguridad salarial y disminución del poder adquisitivo del salario que impacta sobre las posibilidades de acceder con suficiencia a medios de vida.

Momento de consumo:

Restricciones en el consumo simple: hacinamiento, deterioro del nivel nutricional. Acción sinérgica entre desnutrición y sarampión.

Reducción de los tiempos extralaborales, menor disponibilidad de tiempo para acceder a los servicios de salud.

IMPACTO DE LA POLITICA
SANITARIA

Recursos financieros insuficientes para apoyar la vacunación antisarampionosa (programa permanente y campaña nacional de vacunación).

Insuficiencia de las acciones del programa de vacunación:

- Dotación insuficiente e inoportuna del biológico.
- Disminución de la autosuficiencia en la producción del biológico.
- Progresivo desmantelamiento de los mecanismos estatales para controlar la calidad de la vacuna.
- Deterioro de la red fría: termos dañados, insuficientes, refrigeradores sin mantenimiento. Imposibilidad de ampliarla. Esta situación es muy grave cuando se trata de vacuna antisarampionosa, dada su enorme labilidad y riesgo de inactivación cuando se expone a temperaturas inadecuadas.
- Reducción del personal de los servicios de inmunizaciones por "congelación" de plazas, jubilaciones forzosas, permisos y vacaciones no cubiertos, etc.
- Restricciones en los horarios de aplicación de vacunas.
- Cierre temporal y/o definitivo de unidades y turnos de atención.
- Restricciones en el financiamiento destinado a la investigación seroepidemiológica. Imposibilidad de identificar niveles reales de inmunidad y zonas y grupos que tendrían que ser priorizados por el programa.

IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

Aumento en la incidencia de sarampión.

Aumento en la letalidad.

Aumento en la mortalidad.

Presentación cíclica de brotes.

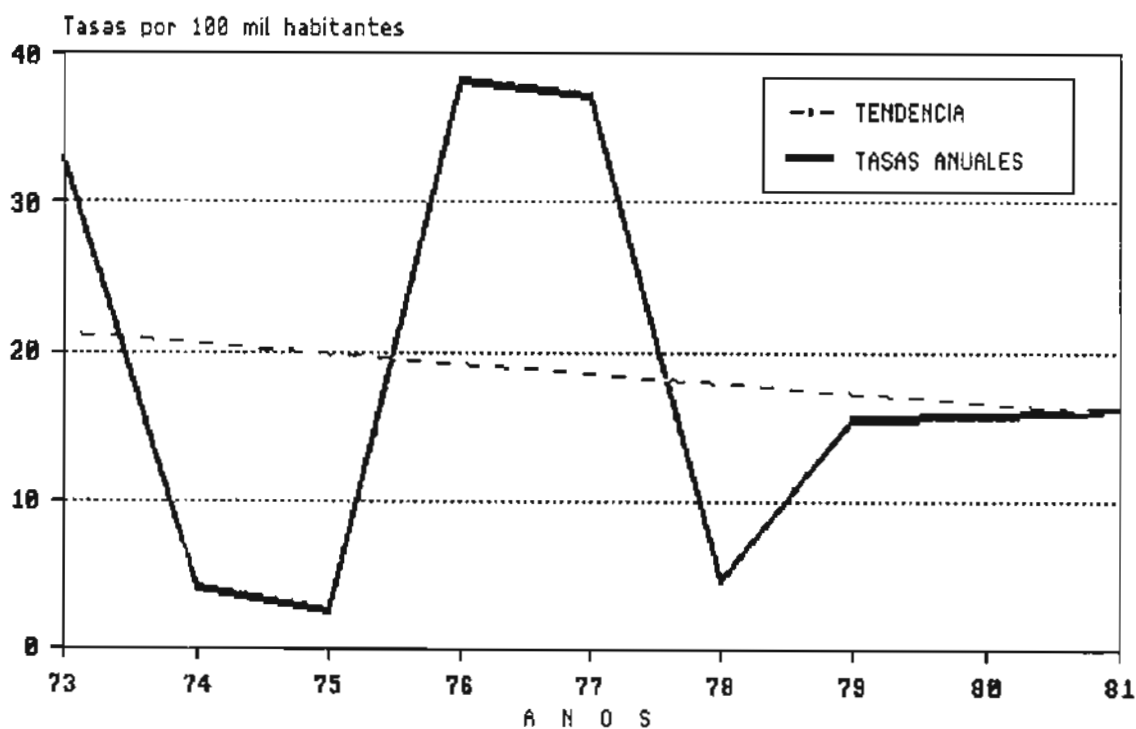
Imposibilidad de erradicar este padecimiento.

El sarampión en México, ocupa un lugar importante dadas sus características de presentación, transmisión y secuelas y, fundamentalmente, por la relativamente fácil manera de prevenirlo.

El uso masivo de la vacunación antisarampionosa marca una reducción importante de la incidencia por sarampión en el país. "Los registros de la enfermedad mostraban que hasta 1972 los casos se habían presentado en el rango de 34 000 a 61 000 por año". Para 1973, año en que se inicia la vacunación masiva, el número de casos disminuye a 19 000. En 1974 se registran 2 000 casos y 1 800 en 1975.¹⁴⁷ (Ver gráfica no. 8)

Grafica No. 8

INCIDENCIA DE SARAMPION
MEXICO, 1973-1981



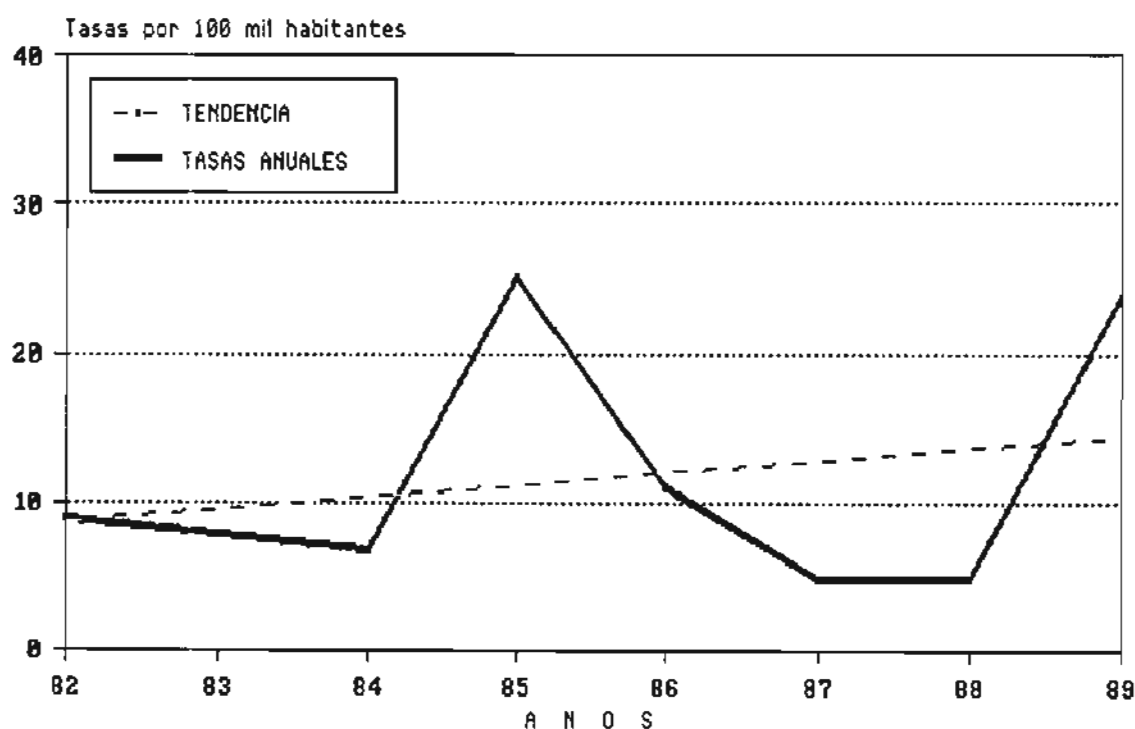
FUENTE: CUADRO No. 5 A

¹⁴⁷ Meneses, Fernando y col.: "La investigación epidemiológica del sarampión en México", Boletín Mensual Epidemiología, DGE, vol. 4, No. 6, México, 1983, p. 86

La observación del comportamiento del sarampión muestra una tendencia descendente de 1973 a 1981. En los años de 1984 y 1985, las coberturas de vacunación son insuficientes, fluctuando entre 66.2% y 69.8%,¹⁴⁸ favoreciendo así la aparición de la epidemia de 1985. Es justamente en este año, cuando se observa un incremento de la morbilidad por sarampión, que coloca al país en una situación sanitaria semejante a la de 1977. En 1986, la tasa es de 10.4 por 100 mil y la presentación epidémica vuelve a producirse en 1989 ¹⁴⁹ (Ver gráfica no. 9).

Grafica No. 9

INCIDENCIA DE SARAMPION
MEXICO, 1982-1989



FUENTE: CUADRO No. 5 B

En el periodo de enero de 1983 a enero de 1989, se notifican en el país 138 brotes que

¹⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud. Sistema Nacional de Salud en México: "Control del sarampión", Trabajo presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, México, marzo de 1990, p. 2

¹⁴⁹ Ver referencia No. 146

afectan a 23 entidades federativas. El mayor número de ellos se presenta en el año de 1985.¹⁵⁰

La epidemia nacional de sarampión más reciente, (cuyos primeros casos aparecen en mayo de 1989) constituye una emergencia epidemiológica que, al final de ese año, afecta a todos los estados de la República con un total de 200 brotes registrados. Según datos publicados por la Dirección General de Epidemiología, en 1989 se notificaron 20 076 casos con una tasa de 23.8 por 100 mil habitantes.¹⁵¹ En 1988 (año no epidémico), la tasa fué de 4.7 por 100 mil habitantes (3 908 casos); es decir, comparativamente, el número de casos en 1989 se quintuplica.

Los estados más afectados por la epidemia son: Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Querétaro, con tasas de morbilidad de 96.2, 59.5, 56.1 y 54.8, por 100 mil habitantes, respectivamente.¹⁵²

Además del incremento en la incidencia de sarampión, el ascenso esperable de la mortalidad por sus complicaciones ensombrece el panorama sanitario. La tasa de letalidad en 1989,¹⁵³ es de 6.6 por cien casos con un total de 1300 defunciones aproximadamente, que rebasan con mucho las cifras previstas por el Secretario de Salud en el mes de octubre de ese mismo año.¹⁵⁴

El deterioro del nivel nutricional es otro hecho que agrava el problema -sobre todo en población infantil y preescolar-. La elevada letalidad¹⁵⁵ por complicaciones de sarampión en estos grupos (11.9 y 8.9 por 100 casos en 1989) -indiscutiblemente ligada a la desnutrición- ocasiona

¹⁵⁰ Meneses, *op. cit.*, p. 85

¹⁵¹ "Panorama epidemiológico del sarampión. Estados Unidos Mexicanos, 1990", DGE. Dirección de Información y Emergencias Epidemiológicas, México, marzo de 1990

¹⁵² *Ibid.*, pp. 9-10

¹⁵³ Las tasas de letalidad están referidas a los brotes estudiados.

¹⁵⁴ La declaración del Secretario de Salud, aparecida en el diario La Jornada del 3/X/89, señala que se esperaba cerrar el año con 10 000 casos de sarampión y aproximadamente 500 defunciones por esta causa.

¹⁵⁵ "Panorama epidemiológico...", *op. cit.*, p. 25

que este índice sea mucho más alto en México que en otros países.¹⁵⁶

En 1985,¹⁵⁷ la mortalidad por sarampión fué de 2.2 por 100 mil habitantes, con diferencias regionales que oscilan entre 0.06 y 10.9. Las tasas de mortalidad más elevadas se presentan en los estados de Guerrero (10.94), Oaxaca (10.92) y Puebla (7.6).¹⁵⁸

La versión oficial explica esta epidemia como un fenómeno continental cuya ocurrencia era inevitable ya que se reconoce un comportamiento cíclico de este padecimiento -por acumulación de susceptibles- con brotes cada 3 años. "Se ha establecido que en las localidades **parcialmente** vacunadas, un brote reduce, pero no elimina el número de susceptibles; [por lo que] se requieren aproximadamente 3 años para la generación de nuevos susceptibles antes de que una epidemia ocurra".¹⁵⁹

Otra parte de la explicación dice que la vacuna no deja inmunidad permanente como siempre se había creído (con la consecuente aparición de la enfermedad en adolescentes y/o adultos jóvenes ya vacunados). Difícilmente, esta hipótesis se sostiene para México, cuando los grupos más afectados son los menores de 1 año (Tasa de 156.4 por 100 mil menores de 1 año) y los preescolares (Tasa de 77.9 por 100 mil niños de 1 a 4 años). Además, el 88.7 % de los casos reportados -en los 200 brotes de 1989- no tenían antecedentes vacunales, "...confirmando que el problema se dió por acúmulo de susceptibles y deficiencias en las coberturas vacunales".¹⁶⁰

¹⁵⁶ Werthein, Leonardo y Mirtha Eiman: "Sarampión en la Argentina", Ministerio de Salud y Acción Social, República Argentina. Trabajo presentado en la 8a. Reunión del grupo técnico asesor del PAJ y la erradicación de la polio, OPS, México, marzo de 1990, p. 15 y siguientes. Por ejemplo, Canadá informa 2 defunciones por cada mil casos notificados; Argentina, por su parte, reporta 5 defunciones por cada mil casos notificados.

¹⁵⁷ Último año con información de mortalidad por causa específica disponible

¹⁵⁸ "Panorama epidemiológico...": *op. cit.*, p. 5

¹⁵⁹ Meneses, *op. cit.*, p. 87

¹⁶⁰ "Control del sarampión...": *op. cit.*, p. 3

En el país, la aparición de los casos en mayores de 15 años tal vez tendría su explicación en el hecho de que la vacunación masiva se inició en 1973, exclusivamente en menores de 5 años, por lo que los sujetos que no tuvieron oportunidad de ser vacunados (antes o después de ese año) y tampoco estuvieron expuestos a la infección natural, pasaron a formar parte de los susceptibles.

Las coberturas de vacunación reportadas por los estados usualmente superan el 100% de las metas programadas, sin embargo, las "encuestas rápidas de cobertura" muestran porcentajes menores (entre 9% y 93% de lo planeado).¹⁶¹ Además, investigaciones sobre los efectos de la crisis en la salud muestran que de 1982 a 1986, hubo una disminución en los porcentajes de cobertura de vacunación antisarampionosa, con un impacto mayor en las localidades de menos de 2 500 habitantes (-24.3 puntos porcentuales) y de 2 500 a 20 000 habitantes (-18 puntos porcentuales).¹⁶²

Seguramente, de haberse intensificado la campaña de vacunación con objeto de garantizar coberturas suficientes, la magnitud del problema habría disminuído ya que el comportamiento cíclico del sarampión alertaba -desde 1985- sobre un alza epidémica en 1989.

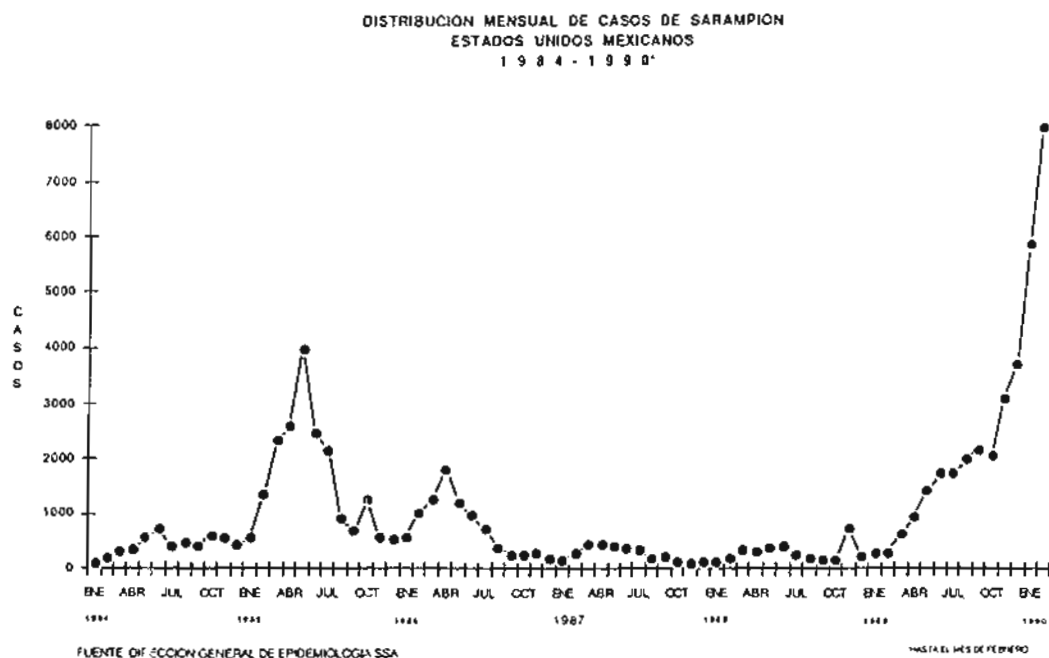
Todavía en estos momentos, las declaraciones oficiales soslayan y ocultan la información sobre la epidemia de 1989-1990. Mientras se declara insistentemente ante la prensa que la epidemia está controlada,¹⁶³ en una publicación oficial de la Dirección General de Epidemiología del

¹⁶¹ Meneses, *op. cit.*, p. 87

¹⁶² Langer, Ana y col.: "Los efectos de la crisis sobre la salud de los niños y las mujeres en México", Centro de Investigaciones en Salud Pública, INSP-S-a, México, s/f, Doc. fotocopiado, pp. 34-35

¹⁶³ Las declaraciones de diversos funcionarios del sector salud, publicadas por la prensa nacional tienen un tono optimista y aseguran, sin lugar a dudas, que la epidemia de sarampión está controlada. La actitud autocrítica de las autoridades está ausente, insistiendo en que la epidemia es "un fenómeno continental y natural" y que, en todo caso, los culpables del problema son los padres de familia que no vacunan a sus hijos. Ver, por ejemplo: *Heraldo* (9/02/90); *Universal* (10 y 19/02/90); *Sol* (10/02/90); *Nacional* (10/02/90); *Uno mas Uno* (11/02/90); *Día* (14 y 19/02/90); *Excelsior* (17 y 24/02/90) y *Jornada* (14/02/90)

mes de marzo de 1990,¹⁶⁴ se proporcionan datos de las nueve primeras semanas de este año reportándose 13 773 casos; es decir, en menos de tres meses se ha presentado el equivalente al 68 % de los casos registrados el año anterior. (Ver gráfica no. 10)



¹⁶⁴ "Panorama epidemiológico...": *op. cit.*, p. 14

POLIOMIELITIS.

Enfermedad vírica aguda cuya gravedad varía desde una infección asintomática hasta la enfermedad febril sin parálisis, la meningitis aséptica y la forma paralítica. Los síntomas más frecuentes son fiebre, cefalea, malestar general, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y espalda con o sin parálisis flácida. Agentes infecciosos: poliovirus 1, 2, y 3. El tipo 1 es el más paralitógeno. Reservorio: el hombre. Modo de transmisión: por contacto directo con personas infectadas. En condiciones de saneamiento inadecuadas la transmisión fecal-oral es la principal, en caso de epidemias la transmisión faríngea es más importante. Periodo de incubación: de 7 a 14 días. El periodo de mayor infectividad son los primeros días después del comienzo de los síntomas. La susceptibilidad es general pero el riesgo de presentar formas paralíticas se incrementa con la edad. Medidas preventivas y de control: vacunación, desinfección concurrente, investigación y protección de contactos. En caso de epidemia debe vacunarse masivamente.

IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento de consumo:

Deterioro de la vivienda (hacinamiento, condiciones insalubres, manejo de excretas inadecuado).

Deterioro de la infraestructura de servicios básicos.

Intervención "distributiva" del Estado:

Disminución de las acciones estatales para ampliar y mantener las redes de alcantarillado, drenaje y agua potable.

IMPACTO DE LA POLITICA
SANITARIA

Recursos financieros insuficientes para apoyar las campañas de vacunación antipoliomielítica (programa permanente y días nacionales de vacunación).
Insuficiencia de las acciones del programa de vacunación:

- Dotación insuficiente e inoportuna del biológico.
- Disminución de la autosuficiencia en la producción del biológico.
- Progresivo dismantelamiento de los mecanismos estatales para controlar la calidad de la vacuna.
- Dependencia en la dotación de la vacuna de organismos privados y/o internacionales (p. e. Club Rotario).
- Adiestramiento "al vapor" de vacunadores con el consecuente deterioro de los aspectos técnicos de la vacunación (inactivación del biológico por manejo inadecuado de la red fría, aplicación de la vacuna en situaciones de contraindicación, etc.)
- Deterioro de la red fría: termos dañados, insuficientes, refrigeradores sin mantenimiento. Imposibilidad de ampliarla.
- Reducción del personal de los servicios de inmunizaciones por "congelación" de plazas, jubilaciones forzosas, permisos y vacaciones no cubiertos, etc.
- Restricciones en los horarios de aplicación de vacunas.
- Cierre temporal y/o definitivo de unidades y turnos de atención.
- Restricciones en el financiamiento destinado a la investigación seroepidemiológica. Imposibilidad de identificar niveles reales de inmunidad y zonas y grupos que tendrían que ser priorizados por el programa.

IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

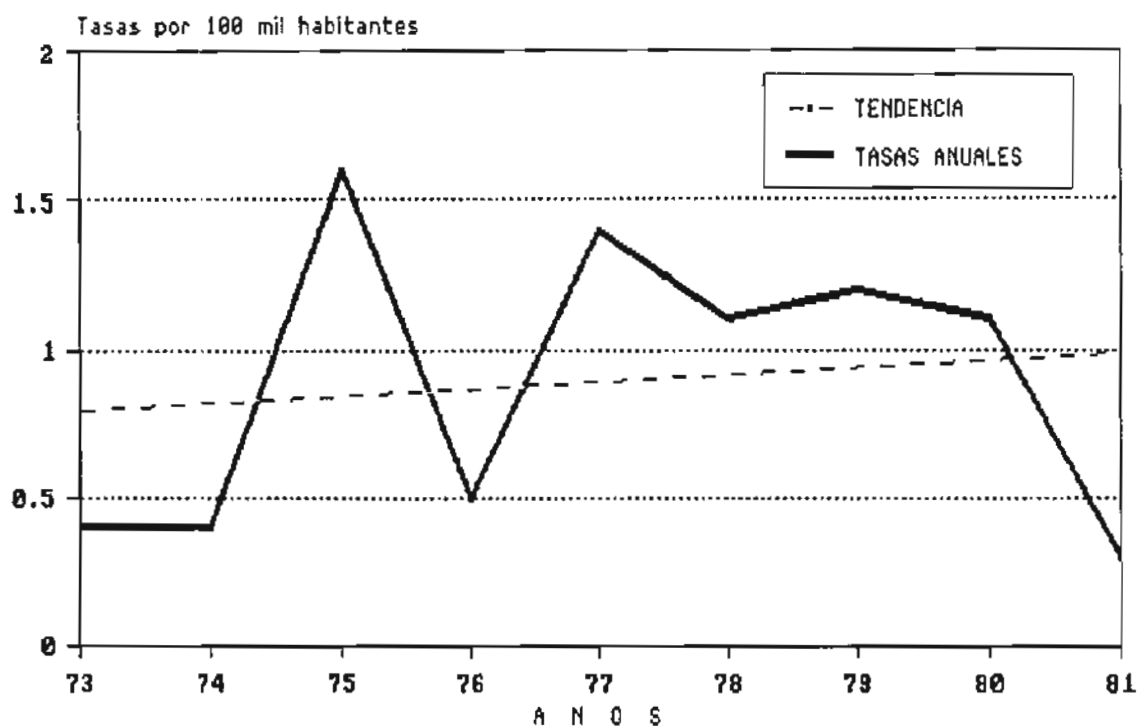
Desaceleración en la tendencia descendente de la morbilidad por poliomyelitis paralítica.

Imposibilidad de erradicar este padecimiento en 1990.

La morbilidad por poliomielitis parálitica presenta, de 1973 a 1979, un comportamiento irregular, explicado principalmente por las fluctuaciones en las coberturas de las campañas de vacunación. (Ver gráfica no. 11)

Grafica No. 11

**INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS PARALITICA
MEXICO, 1973-1981**

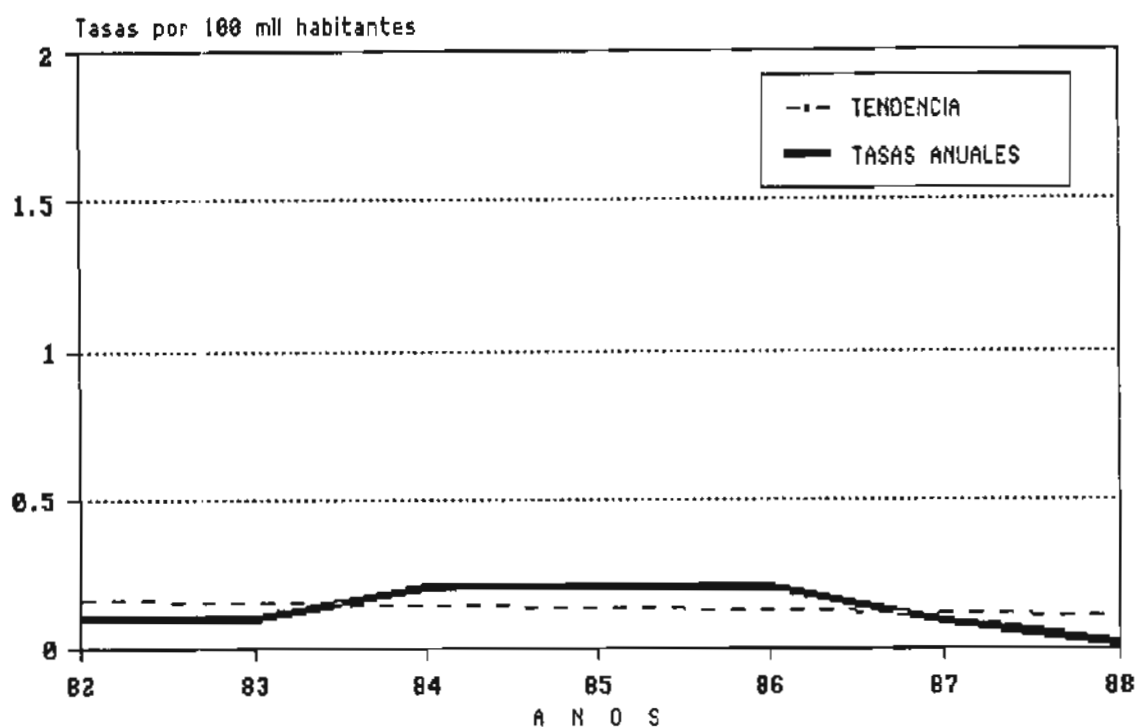


FUENTE: CUADRO No. 5 A

De 1981 a 1983, se evidencia un descenso, en los años de 1984-1986 se observa un ligero incremento para descender nuevamente en 1987-1988. De hecho, la tendencia en este periodo es estacionaria. (Ver gráfica no. 12).

Grafica No. 12

**INCIDENCIA DE POLIOMIELITIS PARALITICA
MEXICO, 1982-1988**



FUENTE: CUADRO No. 5 B

En 1986, el número de casos comprobados es de 64; para 1987, el número asciende a 81 (21 casos por arriba de la mediana de los 5 años anteriores), para descender a 39 en 1988.

El uso de la vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin,¹⁶⁵ posibilita la difusión en el ambiente de virus vacunales, desplazando al "virus salvaje" y produciendo un fenómeno de "inmunidad de grupo".¹⁶⁶ Sin embargo, la discontinuidad en las campañas de vacunación masiva aumenta el riesgo de parálisis en los niños no vacunados.

¹⁶⁵ Cepas vivas atenuadas del virus de la poliomiélitis tipos I, II y III

¹⁶⁶ Taller del PAI, Módulo 1, Unidad 4: "Las enfermedades del PAI: poliomiélitis", OMS/OPS, s/f, Doc. fotocopiado

Este hecho cobra mayor importancia en los momentos en que las instituciones del sector salud carecen de recursos suficientes y se observa una creciente incapacidad del Estado para garantizar la continuidad de las acciones. Desde 1986, año en que se adopta la estrategia de "Días Nacionales de Vacunación", la vacunación antipoliomielítica -depende cada vez más- de financiamiento externo y de los recursos que la sociedad civil puede aportar para llevarla a cabo. No sólo en ámbitos de difusión e información, sino en terrenos esenciales como la dotación de biológico, termos, termómetros, hielo, congelantes y recursos humanos voluntarios.^{167 168}

A pesar de los recursos movilizados (se estima que el 80% de los recursos humanos y económicos corresponden a colaboraciones gratuitas y aportaciones voluntarias) esta estrategia muestra su insuficiencia en los hechos. Tercamente, la realidad sanitaria demuestra que es demagógico "hacer más, con menos" y lograr coberturas de vacunación cercanas al 100 % en un solo día, con voluntarios adiestrados "al vapor" y reclutados -en muchos casos- con métodos coercitivos. A esto se agrega una "red fría" insuficiente y deteriorada por la falta de mantenimiento, un sistema logístico ineficiente, incluso, para satisfacer las demandas del programa de vacunación permanente y una visión administrativista del cumplimiento de las metas.¹⁶⁹

A pesar de la intensa campaña publicitaria para difundir el éxito de la vacunación antipoliomielítica y de los logros obtenidos (en 1989 se inmunizaron 11 millones de niños menores de 5 años), no se ha conseguido el desplazamiento del virus "salvaje"^{170 171 172} y, mucho

¹⁶⁷ Ver, por ejemplo: "Plan y lineamientos Generales para la implementación del Programa 'Días Nacionales de Vacunación poliomielítica'", Ssa, Subsecretaría de Servicios de Salud, México, 1985, Doc. fotocopiado

¹⁶⁸ "Relación de puntos de colaboración que se solicitan a las organizaciones del sector social y privado", Ssa, Coordinación General "Días Nacionales de vacunación", México, septiembre de 1985, Doc. fotocopiado.

¹⁶⁹ Blanco Gil y O. López Arellano: "De la transición...; *op. cit.*

¹⁷⁰ En 1989, se aislaron en los estados de Sinaloa, Sonora y Guerrero, poliovirus "salvajes" tipo III; en este año, sólo 4 países tenían circulación de virus "salvaje": Brasil, Colombia, México y Venezuela

¹⁷¹ Boletín Informativo PAI, año XI, No. 6, Washington, diciembre de 1989, p. 1

menos, se podrá cumplir con el compromiso de erradicar la poliomielitis paralítica a finales de 1990.

Como último recurso para erradicar la poliomielitis paralítica se desarrolla actualmente un programa emergente llamado "Operación Limpieza"¹⁷³ que refuerza las actividades de vigilancia epidemiológica de los casos de parálisis flácida en los hospitales, en las áreas de mayor riesgo (presencia de casos y/o bajas coberturas de vacunación) e intensificación de la vacunación en municipios que presentaron casos confirmados en 1988 y 1989 y en localidades apartadas que reportaron bajas coberturas.

¹⁷² Andrus, J y col.: "Classification and characteristics of confirmed cases of polio, Americas, 1989", Documento presenta en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4

¹⁷³ "Control de la poliomielitis", Sistema Nacional de Salud de México, Documento presenta en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OMS/OPS, México, marzo de 1990, p. 4

TUBERCULOSIS

Enfermedad micobacteriana crónica. La infección primaria generalmente pasa desapercibida, las lesiones se curan dejando calcificaciones de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales. La tuberculosis pulmonar generalmente surge por la reactivación de un foco latente. Se diagnostica por la presencia de bacilos en el esputo o por cambios radiológicos (infiltración, cavernas o fibrosis). En periodos avanzados de la enfermedad existe pérdida de peso, fatiga, fiebre, tos ronquera, dolres torácicos y hemoptisis. Agente infeccioso: *Mycobacterium tuberculosis*. Reservorio: El hombre y en algunas zonas el ganado vacuno. Modo de transmisión: por exposición al bacilo a través de núcleos de gotillas suspendidas en el aire procedentes del esputo de personas bacilífero positivas. La exposición prolongada y cercana a un caso activo puede producir infección en los contactos. Periodo de incubación: desde el momento de la infección hasta que aparecen las lesiones primarias transcurren alrededor de 4 a 12 semanas. El periodo de transmisibilidad dura mientras se expulsan bacilos. En paciente no tratados o con tratamiento insuficiente el esputo puede permanecer infectante durante años. La susceptibilidad es mayor en personas desnutridas o afectadas por silicosis, diabetes o sometida a tratamientos inmunodepresivos. Las medidas preventivas y de control se orientan a la mejoría de condiciones de vida, vacunación BCG, detección temprana de los casos (baciloscopía y examen radiológico), tratamiento oportuno a los casos y quimioprofilaxis a los contactos.

TUBERCULOSIS PULMONAR

IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento Productivo:

Intensificación de los ritmos de trabajo.
Prolongación de la jornada laboral.
Incremento de las formas de trabajo a destajo.
Deterioro de las condiciones de trabajo (mayor exposición a sustancias químicas, polvos, humos, etc.).
Aumento del desgaste laboral con reducidas posibilidades de recuperación (efecto sinérgico entre enfermedades infecciosas, desnutrición y enfermedades degenerativas).
Desempleo, inestabilidad laboral, inseguridad salarial, disminución del poder adquisitivo del salario.

Momento de consumo:

Deterioro de la vivienda, hacinamiento con el consecuente incremento del riesgo de contagio.
Reducción de las posibilidades de adquirir medios de vida; restricción del consumo simple, deterioro del nivel nutricional. Acción sinérgica entre desnutrición y tuberculosis pulmonar.
Disminución de los tiempos extra-laborales de descanso y recuperación. Menor disponibilidad de tiempo para acceder a los servicios de salud.

Intervención "distributiva" del Estado.

Reducción de los subsidios a alimentos básicos.
Liberación de precios en alimentos de consumo "popular".
Disminución de los programas de alimentación complementaria y apoyo nutricional.

IMPACTO DE LA POLITICA
SANITARIA

Disminución de la calidad y cantidad de las actividades de control y prevención de la tuberculosis.

Disminución de los recursos destinados al fortalecimiento de laboratorios y a la capacitación de técnicos laboratoristas.

Disminución de las actividades de pesquisa, control de contactos, tratamiento de casos y seguimiento epidemiológico.

Descentralización vertical y "horizontalización" del programa sin los recursos suficientes, que acelera la pérdida de equipo y personal específico del programa.
Atomización de los equipos técnicos.

Gestión tardía de los recursos financieros.

Desabasto de antifímicos por dotación inoportuna y/o problemas en la importación de las materias primas necesarias en su elaboración.

IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

Aumento en la incidencia de la tuberculosis pulmonar.

Aumento en la mortalidad por tuberculosis pulmonar.

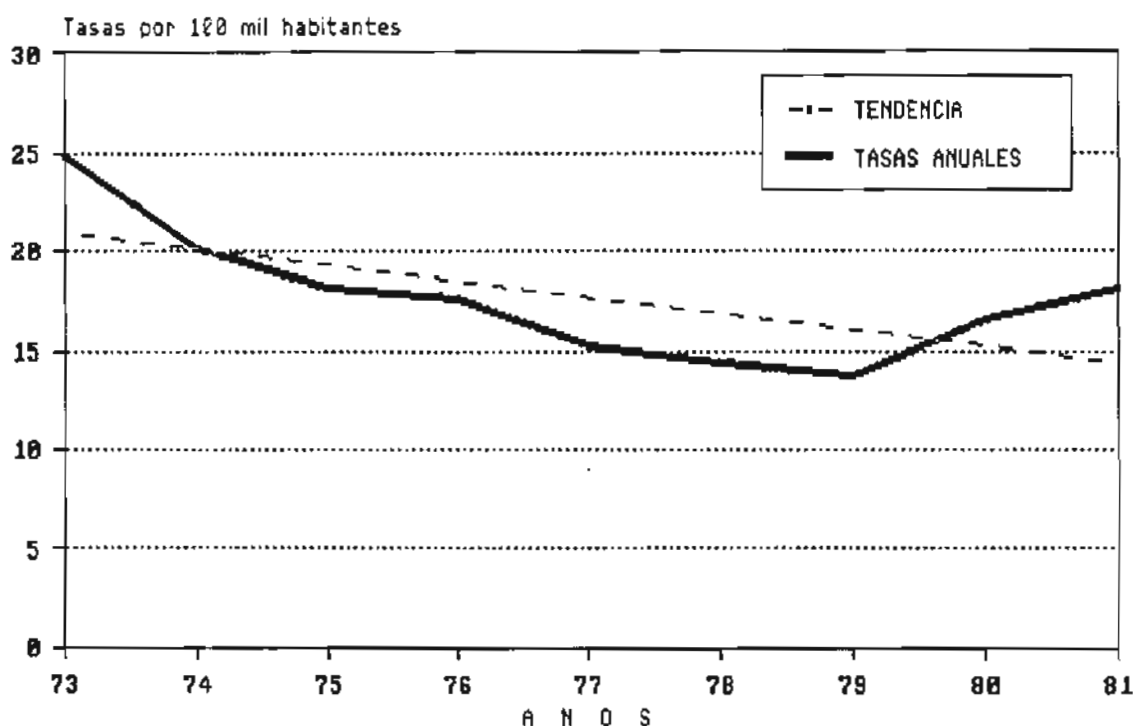
Incremento en el porcentaje de abandono de tratamiento.

Incremento en la resistencia bacteriana al tratamiento.

La tuberculosis pulmonar -una de las pocas enfermedades a las que se le reconoce abiertamente el sustrato "social" de su origen- presenta en el periodo 1973-1981, una tendencia descendente con tasas de incidencia que van de 24.9 a 18.2 por 100 mil habitantes. (Ver gráfica no. 13)

Grafica No. 13

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR
MEXICO, 1973-1981



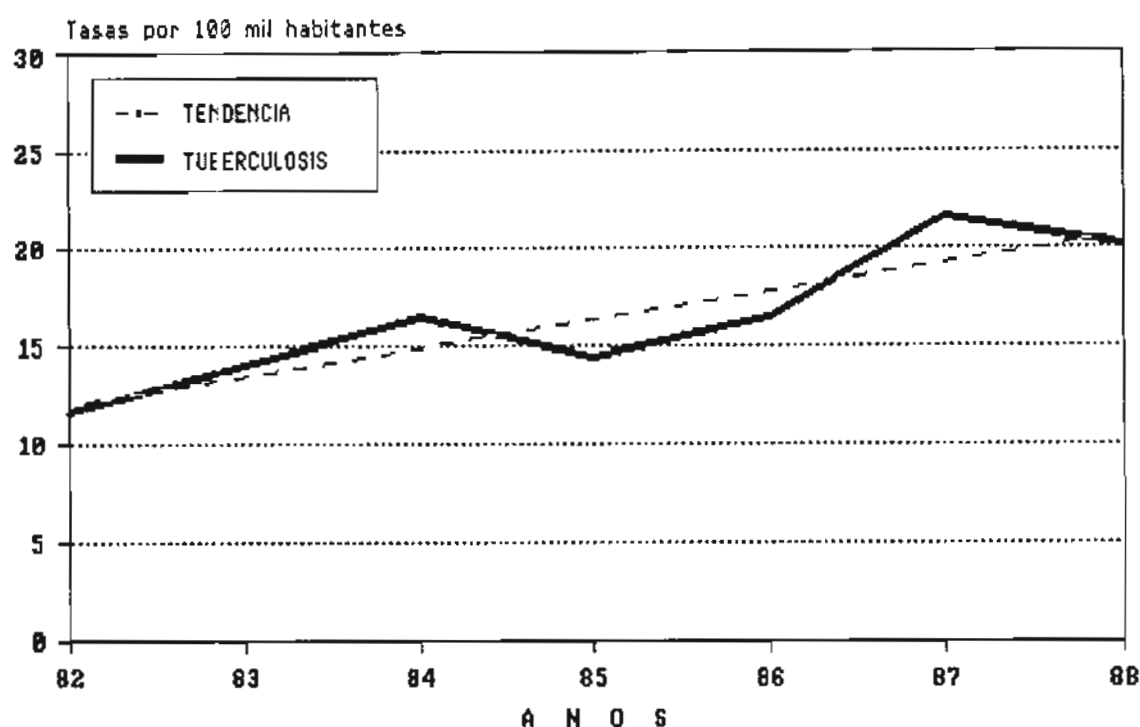
FUENTE: CUADRO No. 5 A

A partir de 1982, la tendencia descendente se revierte. (Ver gráfica no. 14). Las tasas de incidencia en este periodo presentan incrementos importantes; así, en 1982, se reportan 11.6 casos por cada 100 mil habitantes, cifra que asciende a 16.5, 21.6 y 20.1 en los años de 1986, 1987 y 1988, respectivamente.¹⁷⁴

¹⁷⁴ Ver referencia No. 146

Grafica No. 14

**INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR
MEXICO, 1982-1988**



FUENTE: CUADRO No. 5 B

Sin embargo, es muy probable que estos indicadores subestimen la incidencia por el subregistro de casos nuevos, producto de los problemas operativos a los que se enfrentó el programa de prevención y control de la tuberculosis durante el proceso de "horizontalización". "No deja de percibirse un deterioro de la información que antes llegaba a la Dirección de Control de Tuberculosis, una baja en los insumos y materiales de laboratorio disponibles y una disminución de las actividades de supervisión y asesoría del programa".¹⁷⁵

En México la relación entre casos nuevos notificados y defunciones registradas es de 4.4 a 1, sin embargo, las características epidemiológicas de la enfermedad han mostrado, en estudios

¹⁷⁵ Soberón, G. y J. Kumate (compiladores): La salud en México. Testimonios 1988. Problemas y programas de salud, Tomo II, FCE, México, 1988, p. 103

particulares, que la relación real es de 6 o 7 casos nuevos por cada defunción por tuberculosis pulmonar.¹⁷⁶ Trabajando con esta relación, la tasa de incidencia (por 100 mil habitantes) en 1986, sería de 30.2.

A pesar de que la horizontalización del programa se inicia en 1984, no es sino hasta 1987 cuando se logra reestablecer la reserva mínima de medicamentos en los almacenes estatales, mantener las actividades de capacitación y reanudar la supervisión y la asesoría.¹⁷⁷

Otros parámetros que indirectamente apoyan la hipótesis sobre el desmantelamiento (por lo menos temporal) del programa de prevención y control de la tuberculosis, especialmente las actividades de seguimiento de pacientes, son los porcentajes de abandono de tratamiento, que se incrementan en el periodo 1983-1985 y el descenso en los indicadores de eficiencia.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 104

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 103

Cuadro No. 6

EVALUACION DE LAS COHORTES DE CASOS POSITIVOS SOMETIDOS A TRES
ESQUEMAS BASICOS DE TRATAMIENTO
MEXICO, 1983-1985

INDICADOR	ESQUEMA	1983	1984	1985
Porcentaje de abandono del tratamiento	Corta duración	10.4	10.4	12.6
	Supervisado	15.1	20.7	21.8
	Autoadministrado	26.1	28.1	21.9
Eficacia: Porcentaje de curados entre los que terminaron el tx.	Corta duración	93.1	90.0	91.4
	Supervisado	83.5	81.4	80.8
	Autoadministrado	76.3	79.6	76.8
Eficiencia: Porcentaje de curados entre los que iniciaron el tx.	Corta duración	78.6	73.1	73.0
	Supervisado	61.2	55.8	53.0
	Autoadministrado	45.3	47.2	49.7

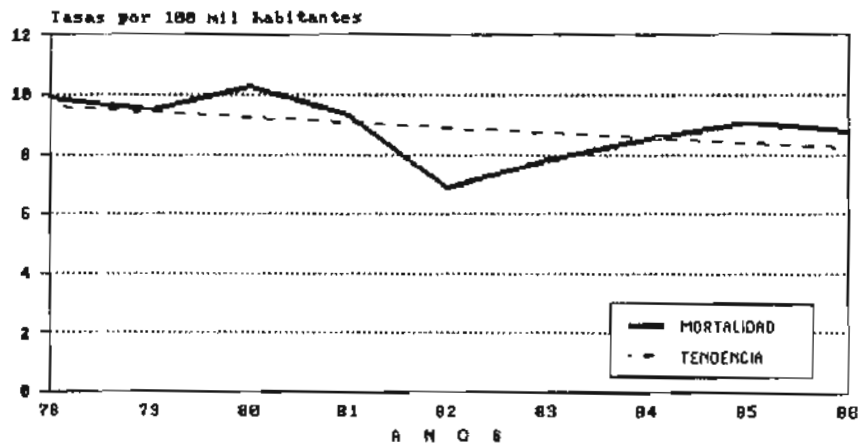
FUENTE: Informes estatales de Evaluación operacional. Tomado de: La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo II Problemas y Programas de Salud, Ed. FCE, México, 1988. p. 108

La mortalidad por este padecimiento presenta una tendencia descendente en el periodo 1982-1986. (Ver gráfica no. 15) Pese a esto, México está considerado -en América Latina- como un país con cifras intermedias de mortalidad por tuberculosis.¹⁷⁸

¹⁷⁸ *Ibid.*

Grafica No. 15

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS
MEXICO, 1978-1986



LEPRA

Enfermedad transmisible de evolución crónica que se caracteriza por lesiones cutáneas y de las membranas mucosas (infiltración, máculas, pápulas, placas y nódulos. Frecuentemente se presenta engrosamiento palpable de los nervios periféricos con la consecuente anestesia, debilidad y parálisis musculares, así como alteraciones tróficas de la piel, los músculos y los huesos. A menudo las lesiones iniciales (lesiones cutáneas planas, pigmentadas o eritematosas) no son características del padecimiento y el exámen bacteriológico es negativo. Según la reacción inmunobiológica del enfermo, estas lesiones pueden desaparecer, estabilizarse o progresar hasta convertirse en lepra lepromatosa o tuberculode. Agente infeccioso: *Mycobacterium leprae*. Reservorio: el hombre. Modo de transmisión: el contacto familiar íntimo y prolongado tiene importancia. En los exudados nasales de enfermos de lepra lepromatosa no tratados y en la leche de mujeres lactantes se liberan diariamente millones de bacilos. El microorganismo puede introducirse a través de la piel abierta y las vías respiratorias. La persistencia y la forma de lepra depende de la capacidad para desarrollar una inmunidad de base celular efectiva. El periodo de incubación es de 3 a 6 años. Medidas preventivas y de control: detección precoz de casos y administración de tratamiento, desinfección concurrente, control y protección de contactos.

 IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
 LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento de consumo:

Deterioro de la vivienda.
 Retorno a la familia extensa
 como estrategia para afrontar
 el deterioro de condiciones
 de vida.
 Hacinamiento con el
 consecuente aumento de las
 posibilidades de contagio.
 Menor disponibilidad de
 tiempo para acceder a
 servicios médicos.

 IMPACTO DE LA POLITICA
 SANITARIA

Disminución de los recursos
 destinados al programa.

Descentralización vertical y
 "horizontalización" del
 programa sin apoyo financiero
 y técnico con la consecuente
 reducción de las acciones
 específicas para el control
 de la lepra.

Pérdida de recursos
 materiales y humanos.
 Atomización de los equipos
 especializados del programa,
 disminución de la capacidad
 técnica para enfrentar la
 enfermedad.

Pérdida de enfermos,
 disminución de la pesquisa,
 de la búsqueda y del control
 de contactos. Detección
 tardía de los casos.

Gestión tardía de los
 recursos financieros y
 materiales.

Utilización de la
 infraestructura y del
 personal para actividades no
 relacionadas con el control
 del padecimiento.

 IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

Disminución aparente de la
 incidencia por pérdida de
 enfermos.

Incremento en la proporción
 de lepra "L" respecto a otros
 tipos de lepra.

Permanencia de zonas
 endémicas de lepra en el
 país.

Reducción de las
 posibilidades para erradicar
 el padecimiento.

En América Latina tres países concentran el mayor número de casos de lepra: Brasil, Colombia y México. Este último ocupa el tercer lugar por número de enfermos, concentrando la mayor endemia en las áreas rurales de los estados de Sinaloa, Guanajuato y Jalisco.¹⁷⁹

La lepra presenta dos formas bien diferenciadas: la lepromatosa -LL- (progresiva y generalizada) y la tuberculoide -LT- (localizada y regresiva) y dos formas clínicas transitorias, la dimorfa -LD- y la indiferenciada -LI-. El predominio de las formas LL y LD en México, habla de una endemia activa ya que éstas son infectantes (bacilífero-positivas).

Cuadro No. 7

MORBILIDAD POR LEPRA, SEGUN LAS DISTINTAS FORMAS CLINICAS
MEXICO, 1982, 1986 Y 1988

Año	LL		LD		LT		LI		Total de casos	Tasa (*)
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%		
1982	315	55.9	36	6.4	51	9.0	162	28.7	564	0.8
1986	150	63.0	7	3.0	29	12.1	53	22.3	239	0.3
1988	184	60.7	25	8.3	17	5.6	77	25.4	303	0.4

FUENTE: Cálculo propio con base en los casos de lepra según forma clínica notificados en el Boletín de la Dirección General de Epidemiología, Ssa.Vol 4,No. 14-15, México 1984, Vol. 5, No. 1, México, 1989 y Testimonios de la Salud, Vol. II, Ed. FCE, pp. 78-79, México, 1988.

La incidencia es un indicador útil para medir la reducción de la transmisión de la lepra y por lo tanto la eficacia de las medidas de control, sin embargo, esta información sólo es posible captarla mediante un sistema de vigilancia epidemiológica sumamente eficiente. "En general, las cifras de incidencia citadas en la literatura traducen solamente la suma de los casos nuevos

¹⁷⁹ *Ibid*, p. 79

detectados durante las actividades de pesquisa de casos durante un periodo de tiempo".¹⁸⁰ Las tasas de detección de casos son muy sensibles a las variaciones en la cobertura y/o en la eficiencia de los servicios, por lo que confundir incidencia con detección puede dar resultados engañosos.¹⁸¹

Existen diversas formas de validar una tasa de detección:

- a) $(D/T) \frac{\text{Número de casos nuevos detectados con deformación}}{\text{Número de casos nuevos detectados}}$
- b) $(L/T) \frac{\text{Número de casos L detectados}}{\text{Número total de casos detectados}}$
- c) $(M/T) \frac{\text{Número de casos multibacilares detectados}}{\text{Número total de casos detectados}}$
- d) $(L/NL) \frac{\text{Número de casos lepromatosos detectados}}{\text{Número de casos no lepromatosos detectados}}$
- e) $(M/P) \frac{\text{Número de casos multibacilares detectados}}{\text{Número de casos paubacilares detectados}}$

Cuando los programas de detección y control tienen un periodo de tiempo funcionando adecuadamente, la proporción entre L y el total de casos (L/T) y la M/T descienden y se estabilizan.

En el periodo analizado, en México, la proporción L/T, la proporción M/T y la razón M/P no sólo no se estabilizan, sino incluso se incrementan. Esto expresa que el programa de prevención y control de lepra no está funcionando eficientemente: el control de contactos es inadecuado por lo que la detección de casos es en etapas tardías; además, es muy probable un retraso en la negativización de los casos bacilífero-positivos. Otro indicador que orienta sobre los problemas

¹⁸⁰ Lechat, M. y M. Vanderveken: *Indicadores epidemiológicos básicos para la vigilancia de la lucha contra la lepra*, OMS/OPS, Washington, 1984, p. 8

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 9

de funcionamiento) del programa es la presencia de incapacidad en los casos detectados. Este indicador, fué del orden de 13.3%, sólo superado por tres países: Colombia, Paraguay y Trinidad-Tobago.¹⁸²

Cuadro No. 8

PROPORCIONES L/T, M/T Y RAZON M/P
MEXICO, 1982, 1986 Y 1988

Año	L/T	M/T	M/P
1982	0.55	0.62	1.64
1986	0.62	0.65	1.91
1988	0.61	0.69	2.2

FUENTE: Cálculo propio con base en el cuadro No. 7

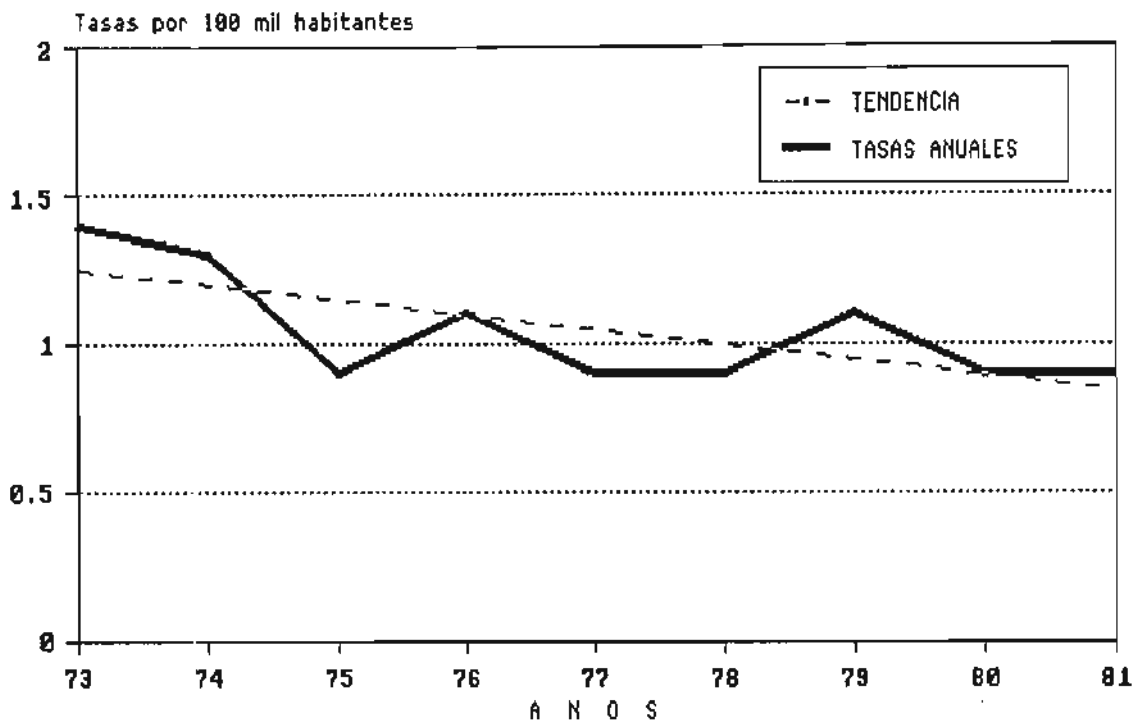
Si se consideran únicamente los datos referidos a morbilidad por lepra se observa una tendencia descendente desde 1973.¹⁸³ (Ver gráfica no. 16 y 17)

¹⁸² Lombardi, Clovis: "Situación epidemiológica de la lepra en 12 países de América Latina y el Caribe. 1980-1983", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 105, No. 1, julio de 1988, pp. 20-30.

¹⁸³ Ver referencia No. 146

Grafica No. 16

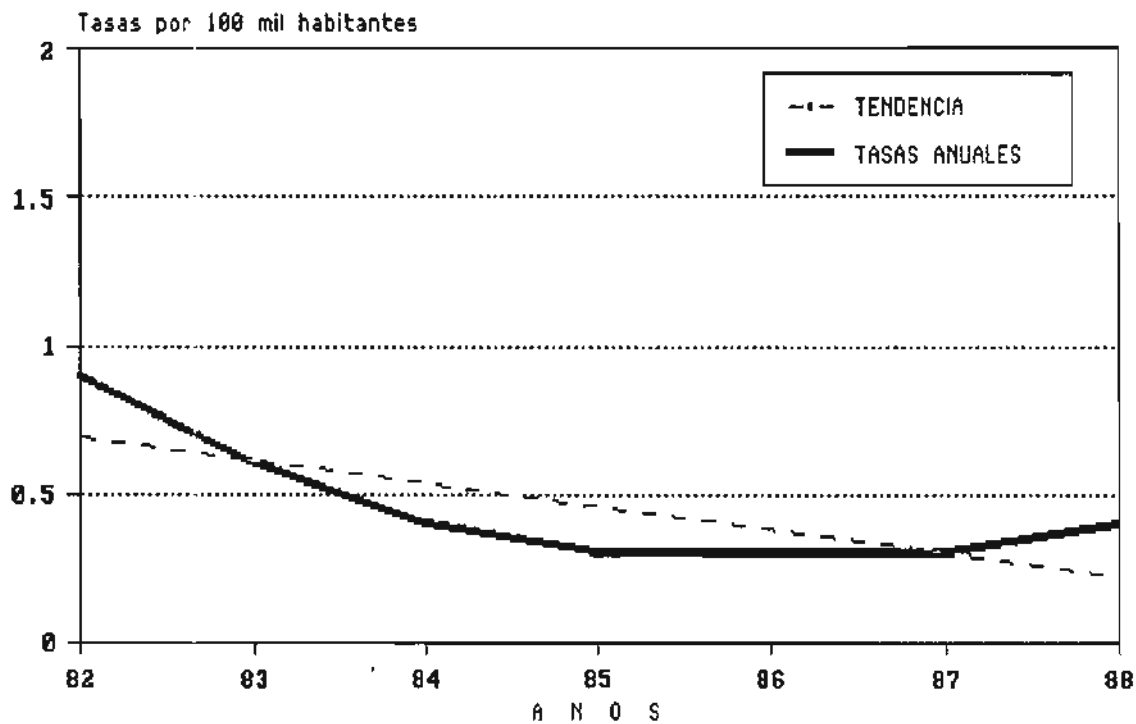
INCIDENCIA DE LEPROSIA
MEXICO, 1973-1981



FUENTE: CUADRO No. 5 A

Grafica No. 17

INCIDENCIA DE LEPROSIA
MEXICO, 1981-1988



FUENTE: CUADRO No. 5 B

Sin embargo, utilizando el procedimiento expuesto en páginas anteriores es válido preguntarse si en el periodo 1982-1988, el decremento de la morbilidad es real, o es resultado de la pérdida de casos y de la disminución de las actividades de pesquisa, a consecuencia de la reducción de los recursos para la operación del programa de control de lepra.

Según una evaluación (1980-1983) sobre la situación epidemiológica de la lepra en 12 países de América Latina y el Caribe, México fué clasificado como país con endemia estacionaria de lepra.¹⁸⁴

¹⁸⁴ Lombardi, *op. cit.*, pp. 20-30.

PALUDISMO

La enfermedad puede iniciar con malestar indefinido, al que siguen escalofríos fuertes y rápida elevación de la temperatura, generalmente acompañada de cefalea, náuseas y sudoración profusa. Después de un intervalo afebril, se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudor, ya sea diario, en días alternos o cada tercer día. La duración de un ataque primario sin tratamiento varía entre una semana y un mes y las recaídas son frecuentes. Las infecciones palúdicas pueden persistir durante años con episodios febriles recurrentes. Agente infeccioso: *Plasmodium vivax*, *P. malariae*, *P. falciparum* y *P. ovale*. Reservorio: el hombre es el único reservorio importante. La enfermedad se transmite por la picadura de una hembra anofelina infectante. La mayoría de las especies se alimentan al anochecer o en las primeras horas de la noche.

Periodo de incubación: El promedio es de 12 días para *P. falciparum*, 14 días para *P. vivax* y *P. ovale* y 30 días para *P. malariae*. El mosquito se infecta mientras circulan en el enfermo gametocitos infectantes, permaneciendo infectante toda su vida. La transmisión por transfusión sanguínea puede ocurrir mientras permanezcan en la sangre formas asexuales. Medidas preventivas y de control: lucha antivectorial (uso de insecticidas de acción residual, relleno y drenaje de charcas, control biológico), empleo regular de medicamentos supresivos y fomento a las acciones de protección individual.

 IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
 LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento productivo:

Cambio en la inserción laboral.
 Prolongación de la jornada.
 Aumento de los movimientos migratorios.
 Radicación temporal en barracas o campamentos de trabajo.
 Abandono de la vivienda con la consecuente proliferación de condiciones insalubres.
 Retorno y/o incremento del trabajo campesino: incorporación de tierras más alejadas de los asentamientos humanos, regreso nocturno a la vivienda, que aumenta la exposición al riesgo de picadura.

Momento de consumo:

Deterioro de las condiciones de la vivienda y de saneamiento básico.

Intervención "distributiva" del Estado:

Reducción de las acciones estatales destinadas al saneamiento ambiental, especialmente de las actividades de drenaje y relleno de charcas y arroyos que sirven de criaderos.

 IMPACTO DE LA POLITICA
 SANITARIA

Disminución en la calidad y la cantidad de las acciones orientadas al control del paludismo.

Disminución de los recursos destinados a las actividades de lucha antivectorial.

- Investigación e identificación de focos y de la densidad de las poblaciones de vectores.
 -Compra y aplicación de insecticidas y larvicidas.

-Mantenimiento del equipo (vehículos, bombas nebulizadoras, etc.)

-Relleno y drenaje de charcas.

Descentralización vertical y sin recursos del programa de prevención y control del paludismo. Desaparición de la CNEP con la consecuente pérdida de plazas y recursos humanos y materiales específicos del programa.

- Atomización de brigadas de entomólogos y rociadores.

-Problemas sindicales por la ausencia de una política de homologación salarial y la homogeneización de prestaciones y condiciones de trabajo.

- Oposición del personal de la desaparecida CNEP a realizar actividades con menor salario y/o prestaciones.

-Gestión tardía de los recursos financieros y materiales.

-Utilización de la infraestructura del programa y del personal para actividades no relacionadas con el control del paludismo.

 IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

Multiplicación de los focos infestados por el vector.

Crecimiento de las localidades positivas a Anopheles.

Aumento en la incidencia del paludismo y presentación cíclica de brotes de este padecimiento.

Riesgo de presentación epidémica de paludismo por Plasmodium Falciparum.

El paludismo, enfermedad transmitida por un vector y ligada invariablemente a condiciones de vivienda y saneamiento básico y, enormemente susceptible de controlarse con medidas sanitarias puntuales, tiene, en el periodo 1982-1988, una tendencia escandalosamente ascendente que representa una regresión sanitaria de 30 años.¹⁸⁵ (Ver gráficas no. 18 y 19).

Cuadro No. 9

INCIDENCIA POR PALUDISMO, MEXICO, 1980-1988

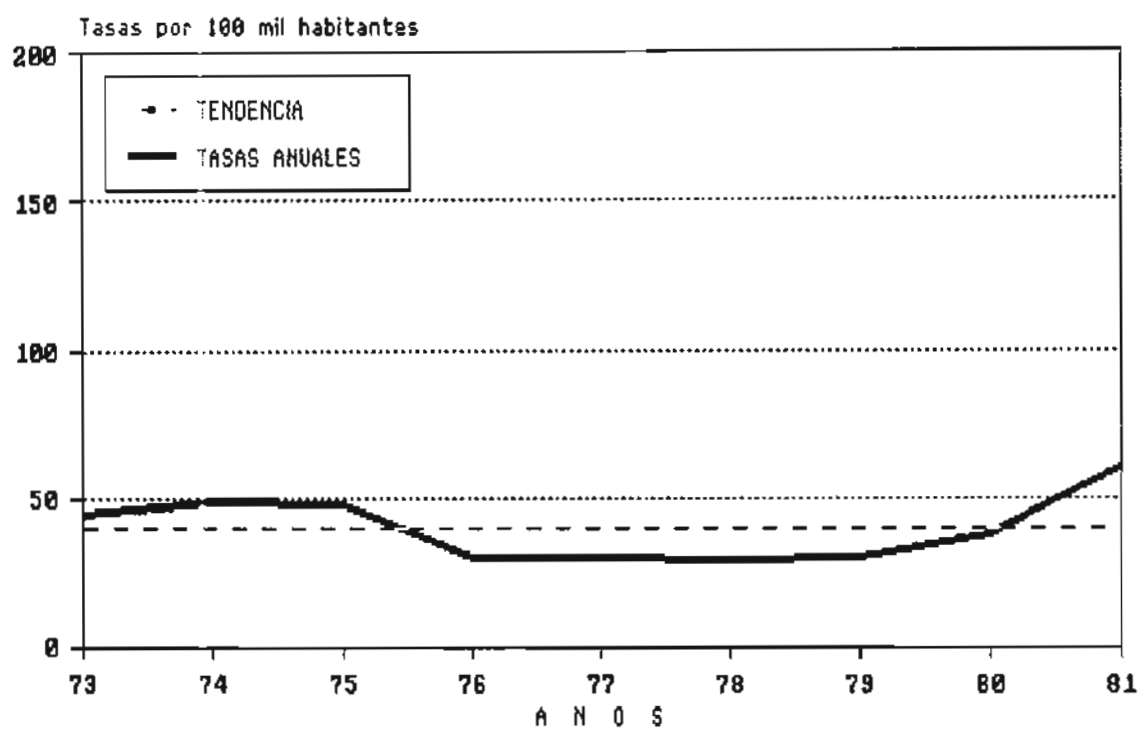
Año	Tasa por 100 mil hab.
1980	38.1
1981	60.6
1982	73.1
1983	94.6
1984	150.1
1985	171.6
1986	164.5
1987	126.9
1988	140.9
1989	150.8

FUENTE: Elaboración propia con base a la información consignada en el Boletín Epidemiológico no. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982), Dirección General de Epidemiología, Ssa, México 1984 y en los Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud, correspondientes a los años de 1984, 1985 y 1986; Boletines de la Dirección General de Epidemiología, Ssa, semana 52, 1987 y 1988 y "Panorama Histórico y epidemiológico del paludismo en México", Ssa, 1989.

¹⁸⁵ Blanco, "De la transición...": *op. cit.*

Grafica No. 18

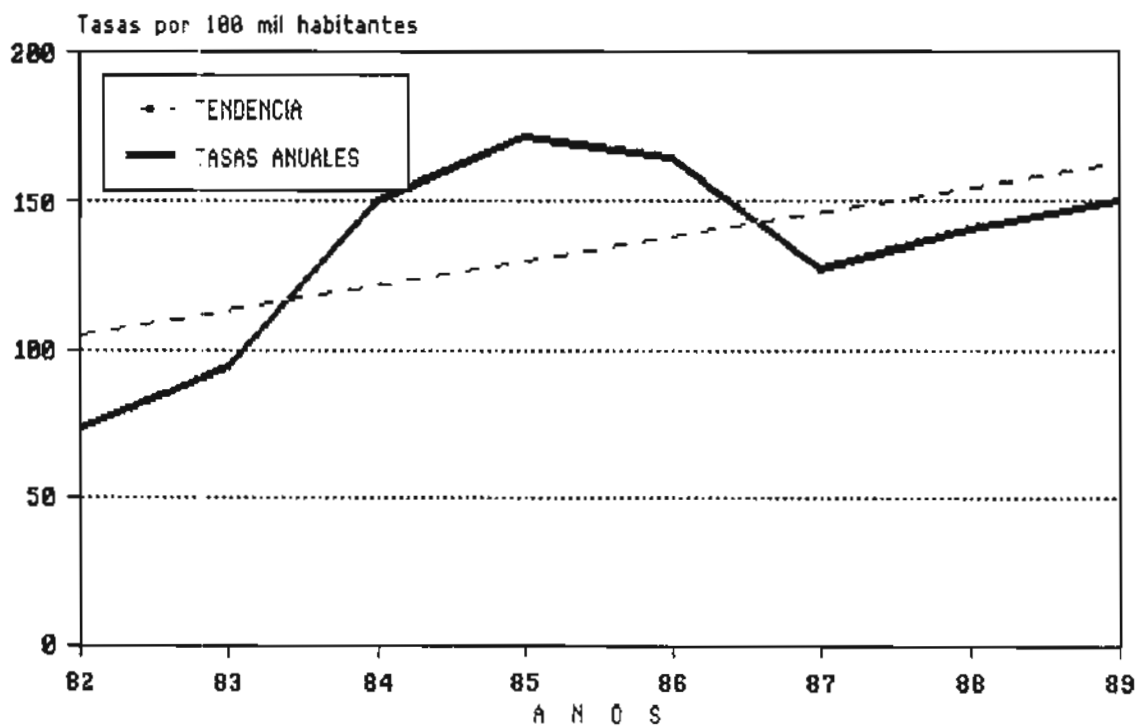
**INCIDENCIA DE PALUDISMO
MEXICO, 1973-1981**



FUENTE: CUADRO No. 5 A

Grafica No. 19

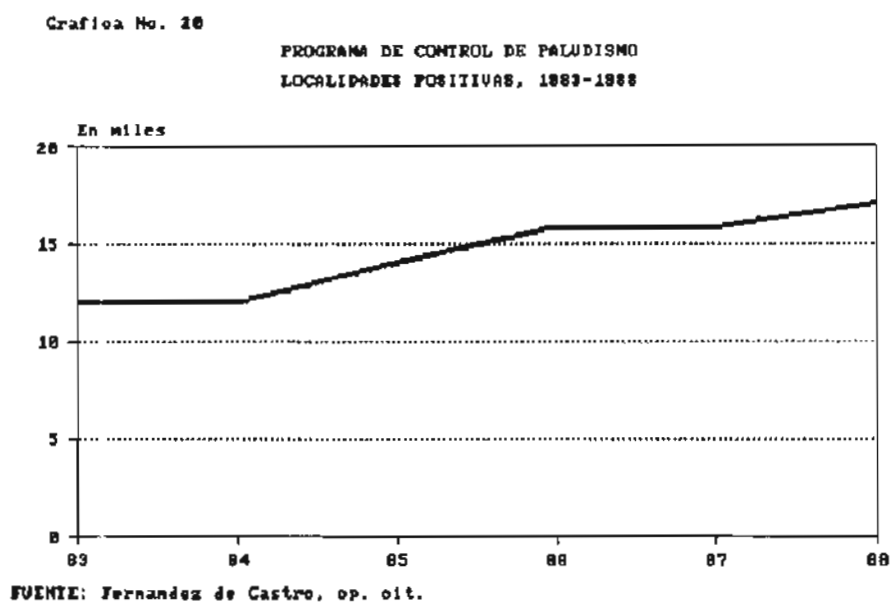
**INCIDENCIA DE PALUDISMO
MEXICO, 1982-1989**



FUENTE: CUADRO No. 5 B

En 1988, los casos de paludismo se incrementan 13% respecto al año anterior y la morbilidad pasa de 126.9 a 140.9 por 100 mil habitantes. La contribución mayor en el ascenso la aportan los estados de Michoacán, Guerrero y Oaxaca. La mortalidad en este año se mantiene en ceros.¹⁸⁶

Otro indicador que refleja la gravedad de este problema es el incremento de localidades positivas que pasa de 11 995 en 1983, a 17 161 en 1988.¹⁸⁷ (Ver gráfica no. 20)



El ascenso de la incidencia por paludismo, puede explicarse de dos formas complementarias y sinérgicas: por el deterioro de las condiciones de trabajo y de vida (especialmente de aquellos elementos que conforman el consumo simple, sobre todo en lo referente a la vivienda) y por el desmantelamiento del programa de control del paludismo, como consecuencia de las

¹⁸⁶ Fernández de Castro, *op. cit.*, p. 1

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 4

políticas de austeridad y de la modernización del sector, con la consecuente congelación de plazas para personal específico del programa, o utilización de este personal en otras actividades, ineficiencia en la gestión oportuna de recursos, viáticos e insumos, disminución de las actividades de rociado, de pesquisa y de tratamiento.

La versión oficial resta importancia al desmantelamiento del programa de control de paludismo, e insiste que el aumento de la enfermedad es un fenómeno continental ligado, sobre todo, a la resistencia del vector a los insecticidas de acción residual. Sin embargo, la resistencia de los plasmodios a los medicamentos y de los anofelinos a los insecticidas, está parcialmente documentada, "...pero no hay pruebas de que este fenómeno esté impidiendo el desarrollo de la prevención y control de la malaria. La importancia de estos fenómenos de resistencia para la transmisión de la malaria aún no está bien documentada en las Américas."¹⁸⁸

Con base en los indicadores malario-métricos, se identifican 4 grupos de países: 1) Donde no existe transmisión de paludismo; 2) Donde se ha reducido la transmisión; 3) Donde la incidencia está aumentando en zonas endémicas y, 4) Donde existen graves problemas socioeconómicos, políticos, administrativos para el control del padecimiento. México, se ubica en este último grupo.¹⁸⁹

"En México, la IPA [Incidencia Parasitaria Anual] se incrementó ...de 0.29% en 1978, a ...1.11% en 1984. La tasa media de rociamientos domiciliarios por mil habitantes se conservó en 89.85 viviendas entre 1959 y 1971, pero luego experimentó una gran disminución y bajó de 91.49 en 1972 a 4.39 en 1984. La

¹⁸⁸ "Malaria en las Américas. Análisis crítico", OPS, Serie Cuadernos Técnicos 1, (Documento condensado), Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 101, No. 5, noviembre de 1986, pp. 525-526.

¹⁸⁹ *Ibid.*, pp. 530-533.

productividad del sistema de búsqueda de casos también se redujo considerablemente y el IAES [Índice Anual de Exámenes de Sangre] bajó de 5.27% en 1962 a 1.42% en 1984.....las restricciones presupuestales obligaron a limitar las medidas de control en las zonas de peor situación epidemiológica."¹⁹⁰

En 1989, los casos de paludismo en México ascendieron a 125 537 cifra que rebasa el número de casos registrados para 1988 (116 236 casos) y el promedio anual de casos registrados entre 1984 y 1988 (113 889 casos). Es decir, comparativamente con el año anterior, en 1989 se presentan 9 299 casos más (8 %, de "sobremorbilidad").

La elevación de la morbilidad en 1989 y la concentración del 78% de los casos en cuatro estados: Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Michoacán define la implementación de un programa de control emergente con recursos adicionales.

¹⁹⁰ *Ibid.*, pp. 532-533.

DENGUE

Enfermedad febril aguda, que se caracteriza por un principio brusco con fiebre, cefalea intensa, dolores retroorbitarios, articulares y musculares y erupción maculopapular o escarlatiforme. Agente infeccioso: flavivirus, serotipos 1, 2, 3 y 4. Reservorio: el hombre y el mosquito. Modo de transmisión: por picadura de mosquitos infectantes *aedes aegypti*, *aedes albopictus* o *aedes scutellaris*. Periodo de incubación: de 3 a 15 día, por lo general entre 5 y 6 días. Transmisión por vector, los enfermos son infectantes para el mosquito desde el día anterior a la aparición de los síntomas y continúan infectantes hasta el quinto día de la enfermedad. El mosquito se vuelve infectante a los 8-11 días de haberse alimentado con la sangre del enfermo y permanece infectante toda su vida. Susceptibilidad universal, más frecuente en las mujeres y los niños por una mayor exposición al riesgo, dados los hábitos domésticos y peridomiciliarios del vector.

Medidas preventivas: encuestas para determinar la densidad de la población de vectores, lucha antivectorial (con medios físicos, químicos o biológicos), fomento a las medidas de protección personal contra la picadura del mosquito (uso de repelentes, mosquiteros, etc.)

Las formas clínicas graves se caracterizan por una permeabilidad vascular anormal, hipovolemia y trastornos en los mecanismos de coagulación. Comienzan bruscamente con fiebre elevada y signos inespecíficos (anorexia, vómitos, cefalea y dolores abdominales), los fenómenos hemorrágicos van desde prueba del torniquete positiva, propensión a contusiones, epistaxis, hemorragia gingival, erupción petequiral puntiforme hasta hemorragia gastrointestinal y choque. La mayoría de los casos de choque del dengue se observan durante las segundas infecciones secuenciales de dengue.

 IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE
 LA DINAMICA EPIDEMIOLOGICA

Momento productivo:

Cambio en la inserción
 laboral.

Aumento en los movimientos
 migratorios, con
 modificaciones en los tiempos
 de radicación.

Abandono temporal de la
 vivienda con la consecuente
 proliferación de condiciones
 insalubres.

Momento de consumo:

Deterioro de la vivienda y de
 la infraestructura básica de
 servicios; desarrollo de
 vegetación peri-
 domiciliaria, colección de
 agua en depósitos abiertos,
 formación de charcas por
 carencia de alcantarillado y
 drenaje, basura
 peridomiciliaria que favorece
 los criaderos en recipientes
 artificiales.

Intervención "distributiva"
 del Estado:

Reducción de las acciones
 estatales destinadas al
 saneamiento ambiental,
 disminución en el
 mantenimiento y extensión de
 las redes de agua entubada,
 alcantarillado y drenaje.

 IMPACTO DE LA POLITICA
 SANITARIA

Disminución en la calidad y
 la cantidad de las acciones
 orientadas al control del
 dengue.

Disminución de los recursos
 destinados a las actividades
 de lucha antivectorial.

- Investigación e
 identificación de focos y de
 la densidad de las
 poblaciones de vectores.
 -Compra y aplicación de
 insecticidas y larvicidas.

-Mantenimiento del equipo
 (vehículos, bombas
 nebulizadoras, etc.)
 -Relleno y drenaje de
 charcas.

Descentralización vertical y
 sin recursos del programa de
 prevención y control del
 dengue, con la consecuente
 pérdida de plazas y recursos
 humanos y materiales
 específicos del programa.

- Atomización de brigadas de
 entomólogos y rociadores.
 -Problemas sindicales por la
 ausencia de una política de
 homologación salarial y la
 homogeneización de
 prestaciones y condiciones de
 trabajo.

- Oposición del personal de
 la desaparecida Campaña
 Nacional de Erradicación del
 Paludismo (CNEP) a realizar
 actividades con menor salario
 y/o prestaciones.

-Gestión tardía de los
 recursos financieros y
 materiales.

-Utilización de la
 infraestructura del programa
 y del personal para
 actividades no relacionadas
 con el control del dengue.

 IMPACTO EPIDEMIOLOGICO

Multiplicación de los focos
 infestados por el vector.

Crecimiento de las
 localidades positivas a
Aedes.

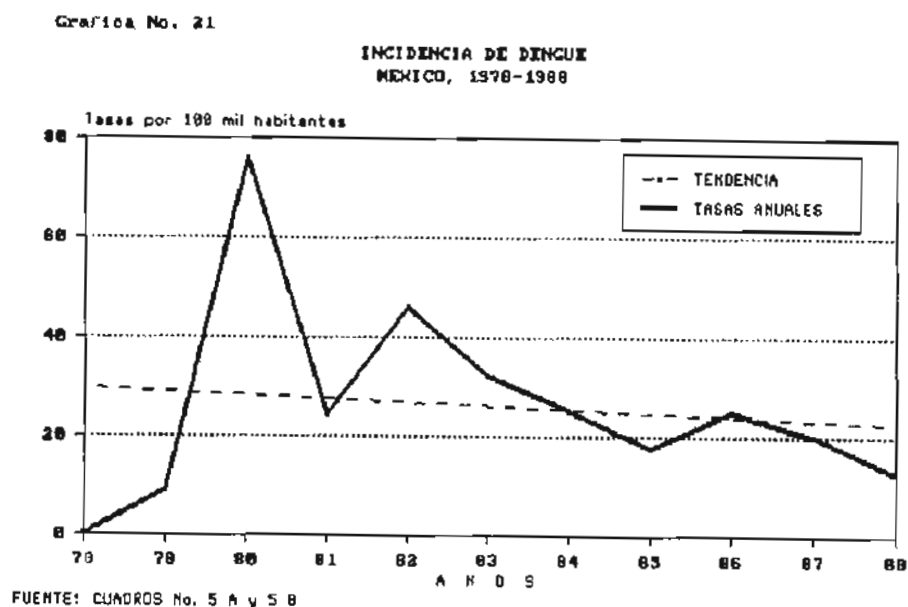
Aumento en la incidencia de
 dengue benigno y presentación
 cíclica de brotes de este
 padecimiento.

Riesgo de presentación
 epidémica de dengue
 hemorrágico.

Los primeros registros epidemiológicos acerca del dengue en México datan de 1942. Hasta 1956, este padecimiento es endémico en el país y a partir de este año se inicia un descenso sostenido que se atribuye a la intensificación de la campaña de erradicación del paludismo.

La erradicación del *aedes aegypti*, trasmisor del dengue y la fiebre amarilla se logra en 1963, como resultado colateral de la lucha antivectorial de la campaña de erradicación del paludismo.¹⁹¹ Sin embargo, a partir de 1967 se identifican sitios infestados por el vector que paulatinamente van en expansión. Este problema no merece ninguna atención de parte de las autoridades sanitarias y en 1978, el dengue se presenta en forma epidémica en los estados fronterizos con Guatemala y Belice.

La mayor incidencia de dengue se presenta en 1980, con una tasa de 76.1 por 100 mil habitantes, a partir de ese año se observa una tendencia descendente, con tasas que van de 45.8 en 1982 a 12.4 en 1988. (Ver gráfica no. 21)



¹⁹¹ Soberón, *La salud...*, Tomo II, *op. cit.*, p. 85

Cualquiera de los cuatro tipos de virus del dengue es capaz de producir la forma clínica clásica (benigna), pero esta primoinfección crea las condiciones inmunológicas para que una infección subsecuente produzca dengue hemorrágico. La investigación virológica ha establecido que el serotipo 2 es el más ligado a las formas graves. "La fiebre hemorrágica dengue (FHD) ocurre en las áreas del mundo donde circulan diversos tipos del virus dengue simultáneamente o donde han existido epidemias".¹⁹²

En México, además del serotipo 1 (responsable de la epidemia de 1978-1980), se reconoce -desde 1984- la circulación de los serotipos 2 y 4¹⁹³ por lo que existe el riesgo potencial de que en las zonas infestadas por el vector se presenten formas clínicas graves (Fiebre Hemorrágica del Dengue -FHD- y Síndrome del Shock del Dengue -SSD-). En 1985, se presentan los primeros casos de dengue hemorrágico en los estados de Yucatán y Campeche y para 1988 se reportan 37 casos de las formas hemorrágicas graves.¹⁹⁴

La letalidad de las formas hemorrágicas del dengue es elevada (20% - 50%) y está directamente relacionada con la capacidad institucional para diagnosticar oportunamente los casos y dar el tratamiento de sostén adecuado. Como ejemplo, se puede citar la epidemia de FHD en Cuba que presentó la mortalidad más baja (1%) que se ha reportado en el mundo "...gracias a las medidas organizativas desarrolladas para hacer frente a esta terrible epidemia, las cuales contaron con la participación y el apoyo del gobierno y de todo el pueblo.. en la lucha contra el vector, el diagnóstico precoz, la hospitalización de todos los enfermos y el tratamiento oportuno".¹⁹⁵

¹⁹² Dotres, M. y col.: "Dengue hemorrágico en el niño", La Habana, Cuba, 1985, Documento fotocopiado, pp. 4-5

¹⁹³ Telex-Circular No. 48, DGE, México, 1984

¹⁹⁴ Boletín DGE, vol. 4, No. 6, México, 1986, p. 95

¹⁹⁵ Dotres, *op. cit.*, p. 12

A pesar de que en un periodo relativamente corto, el dengue se constituye en un problema de salud pública en México, que existe grave riesgo de la presentación de formas hemorrágicas de la enfermedad y de que no existe la capacidad institucional para hacerle frente a una epidemia de FHD-SSD, la respuesta oficial es de gran resignación declarándose públicamente que la crisis económica imposibilita la suficiencia de los recursos para el control de esta enfermedad y que, por lo tanto, el dengue seguirá siendo endémico con brotes ocasionales. En contrapartida, los recursos aparecen cuando se trata de controlar el paludismo y el dengue en las zonas de turismo extranjero.¹⁹⁶

A finales de 1989, y a raíz de que en países sudamericanos se reportaron brotes de dengue hemorrágico, se anuncia la puesta en marcha del plan "Escudo". Programa emergente para disminuir el riesgo de una epidemia de FHD-SSD en México. Nuevamente, aparece la respuesta selectiva y focalizada para enfrentar los problemas epidemiológicos.

¹⁹⁶ Soberón, *La salud...*, Tomo II, *op. cit.*, p. 85

CONCLUSIONES.

Existen diversas maneras de abordar el análisis de la política de salud. Una de ellas es analizar el discurso y los objetivos explícitos de la política sanitaria. Una segunda forma es identificar las regularidades de su concreción y el impacto que éstas tienen sobre los problemas de salud de las poblaciones.

En el periodo analizado, en México, la política de salud se disocia en dos vertientes: la primera -ubicada en el terreno del discurso- se podría resumir en la propuesta de modernidad sanitaria, eficiencia, racionalidad, calidad, equidad, derecho universal a la protección a la salud y responsabilidad del Estado para garantizarlo, haciendo especial énfasis en revertir el proceso de centralización nacional, democratizar la vida social, lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios y remontar las desigualdades regionales.

La segunda vertiente se manifiesta en las formas en que esta modernidad sanitaria se concreta a través del financiamiento, la reorganización institucional, la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud y, fundamentalmente, en su impacto. Es en este ámbito, justamente, donde la "modernidad" se presenta muy claramente.

La reducción del gasto, la descentralización autoritaria y sin apoyo técnico y financiero, provoca una fractura en los mecanismos de distribución de los recursos para la atención médico-sanitaria. El traslado de los costos de la atención a los usuarios y las tendencias privatizadoras, muestran un progresivo retraimiento del Estado en la "cuestión" sanitaria y el viraje neoliberal de la política de salud. Progresivamente, se clarifican las características modernas que el proyecto neoliberal impone.

El tránsito hacia esta política de salud significa un Estado que garantiza sólo un mínimo

de servicios de salud "baratos", destinados fundamentalmente a los grupos de mayor marginación en el país. En contraste, propicia formas de producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y plantea su regulación a través de las fuerzas del libre mercado.

Otra constante de la "modernidad" en salud es el desmantelamiento (por lo menos temporal) de los programas de control de enfermedades, que reduce la limitada eficacia de la intervención epidemiológica puntual y agrava el deterioro de la salud que resulta de la propuesta neoliberal para sortear la crisis.

Los programas permanentes van siendo sustituidos por programas emergentes que responden de manera coyuntural a situaciones extremas, focalizando los recursos en grupos o zonas problemáticas. Son buenos ejemplos, el "Plan Escudo" (contra el dengue), la "Operación Limpieza" (contra la poliomielitis) y el Programa Emergente de lucha contra el paludismo.

La regresión sanitaria que caracteriza a la década de los 80, en gran medida es producto de la reducida importancia que los complejos problemas de enfermedad y muerte de los mexicanos tienen dentro de un proyecto global de país y de la incapacidad del "modernismo" de mantener la relativa estabilidad epidemiológica lograda la década anterior.

Al analizar en los hechos el proceso de descentralización, el comportamiento del gasto en salud, las propuestas "novedosas" para financiar al sector y la incidencia de las enfermedades "índice" seleccionadas, se evidencian las regularidades de una política que no se orienta a la resolución de la problemática de salud.

En síntesis se puede decir que las dos vertientes de la política de salud (el discurso y la concreción) transitan por caminos divergentes, o en el mejor de los casos paralelos. La supuesta

modernidad sanitaria no es sino un discurso vergonzante de neoliberalismo social, que en los años 80 no ha podido resolver siquiera, los problemas administrativos que afectan al sector y mucho menos impactar favorablemente sobre las condiciones de salud de la mayoría de los mexicanos. Esto último sería, a fin de cuentas, el principal elemento de evaluación de esa política.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Alfredo y col.: **Nuevo programa de control de lepra**, Ministerio de Salud Pública, La Habana, s/f

ALVAREZ, Alejandro. **La crisis global del capitalismo en México. 1968-1985**. Ed. Era, México, 1987.

ALVATER, Elmar: "¿Reestructuración o desmantelamiento del Estado social?", *Revista Estudios Políticos*, Vol. 5, Nos. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1986

ALVATER, Elmar. *Crisis económica y planes de austeridad en: Transición No. 1*, Barcelona 1978.

ANDRUS-JON, Ciro A. de Quadros y col.: "Classification and characteristics of confirmed cases of polio, Americas, 198". Documento presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la erradicación de la Polio, México, marzo de 1990.

BANCO MUNDIAL: "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 103, No. 6 (especial), Washington, diciembre de 1987

BELMARTINO, Susana y Carlos Bloch. "Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global". *Estudios sociológicos*, Vol. 2 Nos. 5 y 6, mayo/diciembre de 1984. El Colegio de México.

BELTRAN., Ulises y Santiago Portilla: "El proyecto de descentralización del gobierno mexicano (1983-1984)", en: TORRES, Blanca (compiladora): **Descentralización y democracia en México**, El Colegio de México, México, 1986.

BLANCO Gil, José y col. "Contribución al análisis del Sexto Informe de Gobierno (1988). Seguridad Social". Grupo de Estudios en Salud (GES), México, septiembre de 1988, documento fotocopiado.

BLANCO GIL, J. y O. López Arellano: "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis", En: **La Política sanitaria mexicana en la década de los 80's**, Colectivo CES, Ed. Fin de Siglo, México, 1990.

BLANCO Gil, José y O. López Arellano: "Impacto epidemiológico de la política económica". Ponencia presentada en el I Foro de Economía, Partido de la Revolución Democrática, México, marzo de 1990

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 93, No. 5, Washington, 1983.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 80, No. 5, Washington, 1976.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 92, No. 1, Washington, 1982.

Boletín Dirección General de Epidemiología. Vol. 4 No. 14-15, México, 1984.

Boletín Dirección General de Epidemiología. Vol. 4 No. 6, México, 1989.

Boletín epidemiológico No. 15 y 16 (agosto-septiembre de 1982). Dirección General de Epidemiología, Ssa. México, 1984.

BOWLES, S y R. Edwards: "Government and the Economy", **Understanding Capitalism**, Harper & Row, New York, 1985

BRAVO, Leonardo: Sistema Nacional de Salud, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica No. 234, 1972.

BRONFMAN, Mario y col.: "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México. La experiencia reciente", Estudios Demográficos y urbanos, Vol. 1, No. 2, mayo-agosto de 1986

BUSTELO, Eduardo y Ernesto Isuani: "Estado, política social y crisis de legitimidad", Trabajo presentado en el Simposio Internacional sobre Políticas de desarrollo Social en América Latina y el Caribe durante la década de los 80. CEPAL-ILPES- UNICEF, marzo de 1982.

CALDERON, R. José. Ruptura del colaboracionismo de clases. En: GUTIÉRREZ G. Estela (coordinadora). **Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar**. Ed. Siglo XXI, México, 1988.

CORDOVA, Alejandro y col.: "La salud en crisis: un balance sexenal", Revista Iztapalapa de Ciencias Sociales y Humanidades, No. 9 (extraordinario), México, julio-diciembre de 1989.

CREESE, Andrew: "Financiamiento de la Atención a la Salud". Ponencia al V Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, México, marzo de 1987

CUEVA, Agustín. "El estado latinoamericano en la crisis del capitalismo". En: Pedro LÓPEZ (comp.) **La crisis del capitalismo. Teoría y práctica**, Ed. Siglo XXI, México, 1984.

DIETZ, Vance y Miguel A. Lezana: "Surveillance of flaccid paralysis: Observation in México", Documento presentado en la VIII Reunión del Grupo Técnico Asesor del PAI y la erradicación de la Polio, México, marzo de 1990.

DONNANGELO, Ma. Cecilia. La medicina en la sociedad de clases. En: **Salud y Sociedad**. Librería Dos Ciudades, Sao Paulo, 1976.

DOS SANTOS, Theotonio. "Teorías sobre la crisis del capitalismo". En: **La crisis del capitalismo**. Documento fotocopiado, s/f.

DOTRES M. C. y Col. "Dengue hemorrágico en el niño". La Habana, Cuba, 1985, doc. fotocopiado.

EIBENSCHUTZ, Catalina y O. López Arellano: "La política sanitaria en el marco de la transformación del Estado mexicano", Ponencia presentada en el VI Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife, Islas Canarias, septiembre de 1989.

ESPINOZA F., Jorge. "Descentralización y desconcentración de las funciones de regulación, control y fomento sanitario". Memoria de Seminario-Taller de capacitación para la regulación, control y fomento sanitario. Tlaxcala, México, Octubre de 1986.

- FARFAN., Guillermo. "Capital, Trabajo y Estado del Bienestar en el capitalismo avanzado". En: GUTIÉRREZ G. Estela (coordinadora). **Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar**. Ed. Siglo XXI, México, 1988.
- FARFÁN, Guillermo: "Gasto público y bienestar social en México. 1983-1986", en: PÉREZ, Germán y Samuel León (Coordinadores), **17 Angulos de un sexenio**, Ed. Plaza y Valdés, México, 1987
- FASSLER, C. Política sanitaria de la junta militar chilena. Rev. Latinoamericana de Salud. Vol. 1 No. 2, 1982.
- FERNANDEZ de CASTRO, J.: **Panorama histórico y epidemiológico del paludismo en México**, Ssa, México, 1988.
- FLEURY, Sonia. "Estado capitalista e politica social. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, Julio 27-31 de 1987.
- FLEURY, Sonia: "Ciudadanía, direitos sociais e Estado", 8a. Conferencia Nacioanl de Saúde, Brasil, s/f, Doc. fotocopiado.
- FLEURY, Sonia. "Política social em crise na América Latina". Trabalho apresentado no III Seminario Latinoamericano de Medicina Social em Ouro Preto, Brasil. Novembro de 1984. Documento fotocopiado.
- FOUCAULT y Boltanski, citados en: Fleury, S.: Estado capitalista e politica social. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, Julio 27- 31 de 1987.
- FRENK, Julio: "Las oportunidades de la reconstrucción", Revista NEXOS, No. 96, México, diciembre de 1985.
- GIL VILLEGAS, Francisco: "Descentralización y democracia: una perspectiva teórica:. En: TORRES, Blanca (compiladora): **Descentralización y democracia en México**, El Colegio de México, México, 1986.
- GILLY, Adolfo: "Prólogo": en: VALENZUELA Feijóo, José: **El capitalismo mexicano en los ochenta**, Editorial ERA, México, 1986
- GONZALEZ, B., M.A. y R. Leyva. "Economía política de la descentralización de la salud en México: un análisis comparativo de sus consecuencias en la planeación sectorial y regional". Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, México, Julio de 1988. Doc. fotocopiado.
- GUTIERREZ, G. Estela (coordinadora). **Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar**. Ed. Siglo XXI, México, 1988.
- HERNÁNDEZ, Augusto: "Tratamiento de diarrea aguda en niños. Estudio comparativo de tres soluciones de rehidratación oral y venoclisis en Colombia", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 102, No. 6, junio de 1987
- HUERTA, Arturo. **Economía mexicana más allá del milagro**. Ediciones de Cultura Popular, México, 1987.

JEANNETTI, Elena: "Descentralización de los servicios de salud". En: TORRES, Blanca (compiladora): **Descentralización y democracia en México**, El Colegio de México, 1986.

KUMATE, Jesús: "Programa Nacional de promoción y cuidado de la salud", Documento presentado en la Reunión del Gabinete de Bienestar Social, 5 de enero de 1989, México, D. F.

LANGER, Ana y col.: "Los efectos de la crisis sobre la salud de los niños y las mujeres en México", Centro de Investigaciones en Salud Pública. INSP-Ssa, México, 1989, Documento fotocopiado.

LAURELL, Cristina: "Para un programa popular de salud", Cuadernos Políticos No. 57, Ed. ERA, México, 1989.

LAURELL, Cristina: "Por una política social alternativa: la producción de servicios públicos", México, mayo de 1989, Documento fotocopiado

LECHAT, M. F. y M. Vanderveken. **Indicadores Epidemiológicos Básicos para la Vigilancia de la Lucha contra la Lepra**. OMS/OPS, Washington, 1984.

LOMBARDI, Clovis: "Situación epidemiológica de la lepra en 12 países de América Latina y el Caribe. 1980-1983", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 105, No. 1, julio de 1988

LÓPEZ PORTILLO, José: Informes de Gobierno V y VI, Poder Ejecutivo Federal, México.

MADRID de la Miguel: Sexto Informe de Gobierno-1988, Poder Ejecutivo Federal, México, 1988

MANDEL, Ernest. "La crisis periódicas". En: **Tratado de economía marxista**, Vol. 2, Cap. XI, Ed. ERA, Serie Popular, México, 1978.

MANDEL, Ernest. **Las ondas largas del desarrollo capitalista. La interpretación marxista**. Siglo XXI, México, 1986.

MARSET, Pedro: "Políticas neoliberales en Salud", Ponencia presentada en el VI Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife, septiembre de 1989.

MENESES, Fernando y col.: "La investigación epidemiológica del sarampión en México", Boletín Mensual Epidemiología, DGE, vol. 4, No. 6, México, 1989

MOTA, Felipe: "La hidratación oral en niños con diarrea", Salud Pública de México, Vol. 26, No. 1, 1984

NAVARRO, Vicente: "El Estado de bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución", Documento fotocopiado

O'DONELL, Guillermo: "Sobre el corporativismo e a quietao do Estado", Cadernos do Departamento de Ciencia Política, Brasil, s/f, Documento fotocopiado.

O'DONNELL, Guillermo. "Apuntes para una teoría de Estado". Documento CEDES/G.E. CLACSO, No. 9, Buenos Aires, 1977

OCHOA, Margarita: "Política de gasto en el sector salud (1977-1986)", en: Almada, Ignacio (Coordinador): **Salud y crisis en México**, Editorial Siglo XXI, México, 1990

OMS: **El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**, Publicación Científica No. 442, Washington, 1983.

OMS: **Ordenamiento del medio para la lucha antivectorial**. Cuarto informe del Comité de expertos de la OMS en biología de los vectores y lucha antivectorial, Serie de Informes Técnicos, No. 649, Ginebra, 1980.

OPS/OMS: Taller del PAI, Módulo 1, Unidad 4: "Las enfermedades del PAI: poliomielitis", s/f, Doc. fotocopiado

OPS: "El control de la tuberculosis", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 104, No. 5, mayo de 1988

OPS: **La situación de salud de las Américas**, Publicación Científica No. 500

OPS: "Malaria en las Américas. Análisis crítico", Serie Cuadernos Técnicos 1, (Documento condensado), Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 101, No. 5, noviembre de 1986

Organización Panamericana de la Salud. Sistema Nacional de Salud en México: "Control del sarampión", Trabajo presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, México, marzo de 1990

Organización Panamericana de la Salud. Sistema Nacional de Salud en México: "Control del sarampión", Trabajo presentado en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, México, marzo de 1990

OSZLAK, Oscar y col.: "El Estado y los servicios de salud", Seminario sobre Descentralización de los Servicios de Salud, Buenos Aires, Serie: Desarrollo de Servicios de Salud, No. 17, 1987

PAHO: "Oral Rehydration Therapy: An Annotated Bibliography", Panamerican Health Organisation, Scientific Publication No. 445, Washington, 1983

PALENCIA, Marta y Raúl Molina: "La crisis económica y su repercusión en el sector salud", Revista Iztapalapa de Ciencias Sociales y Humanidades, No. 9 (extraordinario), México, julio-diciembre de 1989.

PÉREZ, Germán y Rosa Ma. Mirón: "Keynes: racionalidad y crisis en el Estado contemporáneo", Revista Estudios Políticos, Vol.5, Nos. 3 y 4, julio-diciembre, México, 1986

PIZARRO, Roberto. "América Latina, la nueva etapa del capitalismo en la crisis económica mundial", Revista Comercio Exterior, no. 4 vol. 31, abril de 1981

RAHAMAN, M.M. y col.: "Diarrhoeal Mortality in two Bangladeshi Villages with and without Community-based oral Rehydration Therapy", Lancet, 1979

RIVERA, Miguel Angel: **Crisis y reorganización del capitalismo mexicano. 1960-1985.**, Editorial ERA, México, 1986

ROSE, R.: **Public Employment in Western Nations**, Cambridge University Press, 1985

ROUX, D. Gustavo y col.: "Participación social en los Sistemas Locales de Salud", 1984, Documento fotocopiado.

RUIZ MASSIEU, Francisco. "La descentralización de los servicios de salud", Salud Pública de México, vol. 26, No. 1, Enero-febrero de 1984

RUÍZ DE CHÁVEZ, Manuel: "Descentralización y descincetración de la regulación sanitaria: dos procesos convergentes". Memoria del seminario-taller de capacitación para la regulación, control y fomento sanitarios. Tlaxcala, México, 1986.

SAÉNZ, Orlando: "Crisis, reestructuración y condiciones de vida en México (1970-1988)", Informe de trabajo al Seminario en Urbanismo, Programa de doctorado en Urbanismo, Facultad de Arquitectura, UNAM, México, abril de 1990, Documento fotocopiado

SALINAS de Gortari, Carlos: **Primer Informe de Gobierno, 1989. Anexo**, Poder Ejecutivo Federal, México

SÁNCHEZ, Manuel: "Horizontalización de la lucha contra el paludismo en México", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 106, No. 2, febrero de 1989

Secretaría de Salubridad y Asistencia: "Presupuesto por programas", Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. 1, No. 5, México, mayo de 1984.

Secretaría de Salubridad y Asistencia: "Programa Nacional de Salud. 1984-1988", Cuadernos Técnicos de Planeación, Vol. 1, No. 6, México, agosto de 1984.

Secretaría de Salud: **Las reformas jurídicas para el SNS**, Cuadernos de la Ssa, No. 1, México, 1983

Sistema Nacional de Salud de México: "Control de la poliomielitis", Documento presenta en la VIII Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OMS/OPS, México, marzo de 1990

Ssa: **Encuesta Nacional de Salud**, México, 1988

SOBERÓN, G. y J. Kumate (compiladores): **La salud en México. Testimonios 1988. Problemas y programas de salud**, Tomo II, FCE, México, 1988

SOBERÓN, Guillermo, J. Kumate y J. Laguna (Compiladores): **La salud en México: Testimonios, 1988: El cambio estructural**, Tomo I, FCE, México, 1988

SORIA, Víctor y Guillermo Farfán: "El deterioro del bienestar social y de la salud en México", en: **Testimonios de la crisis.**, México, 1990, (En prensa).

SORIA, Víctor: "La crisis de la protección social en México. Un análisis de largo plazo con énfasis en el periodo 1971-1985", en: GUTIERREZ, Estela (coordinadora): **Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado de bienestar**, Editorial Siglo XXI, México, 1988.

TORRES, Blanca (compiladora): **Descentralización y democracia en México**, El Colegio de México, México, 1986.

UNICEF: "La situación de las madres y los niños en México: 1988", México, Documento fotocopiado

VALDÉZ, Cuauhtémoc y col. **Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas**. Cuadernos de la SSA, No. 7, México, junio de 1984

VALENZUELA Feijóo, José. **El capitalismo mexicano en los ochenta**. Editorial ERA, México, 1986

VÁSQUEZ, Sergio: "Acerca de la privatización de la atención médica y sanitaria en México", México, octubre de 1989, Doc. fotocopiado

VÁSQUEZ, Sergio: "El modernismo en la salud pública", trabajo presentado en el I Foro Nacional de Trabajadores de la Salud, abril de 1988

VÁSQUEZ, Sergio. "Antecedentes y perspectivas de la descentralización de los servicios de salud en México". Documento fotocopiado, S/F

VÁSQUEZ, Sergio y col.: "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud. 1980-1987", Revista Salud-Problema, No. 15, UAM-X, México, otoño de 1988

VERGOPOULOS, Kostas. "El neoliberalismo contra el estado?" en: *Le Monde Diplomatique* en español, julio de 1981, México

VILLARREAL, René. "Monetarismo e ideología de la 'mano invisible' a la '*manu militari*'" en: Revista Comercio Exterior no. 10, vol. 32, octubre de 1982, México

VILLARREAL, René. **La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo**. Ed. Océano, México, 1984

WERTHEIN, Leonardo y Mirtha Eiman: "Sarampión en la Argentina", Ministerio de Salud y Acción Social, República Argentina. Trabajo presentado en la 8a. Reunión del grupo técnico asesor del PAI y la erradicación de la polio, OPS, México, marzo de 1990

DOCUMENTOS

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Epidemiología: "Programa de sectorización de áreas urbanas con alto riesgo para la transmisión del dengue", México, s/f, Documento fotocopiado.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Epidemiología: "Actividades del agente sanitario para la aplicación de medidas antilarvarias", México, s/f, Documento fotocopiado.

Secretaría de Salud: "Modelo de atención a la salud de la población abierta", México, abril de 1985. Documento fotocopiado

Secretaría de Salud, Gerencia General de Biológicos y reactivos: "Instructivo para el manejo y aplicación de vacunas", México, 1984, Documento fotocopiado.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Epidemiología: "Lineamientos generales para la elaboración de programas de control y vigilancia epidemiológica del dengue", México, s/f, Documento fotocopiado.

Ssa, Coordinación General "Días Nacionales de vacunación": "Relación de puntos de colaboración que se solicitan a las organizaciones del sector social y privado", México, septiembre de 1985, Doc. fotocopiado.

Ssa, Subsecretaría de Servicios de Salud: "Plan y lineamientos Generales para la implementación del Programa 'Días Nacionales de Vacunación poliomiéltica", México, 1985, Doc. fotocopiado

Ssa. Dirección de Información y Emergencias Epidemiológicas "Panorama epidemiológico del sarampión. Estados Unidos Mexicanos, 1990", México, marzo de 1990

Ssa: "Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta en cuatro entidades federativas". México, julio de 1989. Documento fotocopiado

Ssa: Evaluación de la descentralización de los servicios de salud a población abierta, México, s/f, Documento fotocopiado

Telex-Circular No. 48, DGE, México, 1984

Nota metodológica 1.

Nota metodológica sobre la información de gasto en salud.

Los datos del gasto total ejercido de enero a diciembre de 1982, de las instituciones del sector salud (Ssa, IMSS, Programa IMSS- COPLAMAR, ISSSTE y DIF) se tomaron del apartado programático del I Informe de Gobierno 1983, Salud y seguridad social.

La información correspondiente a 1988 fué captada de los informes del cierre del ejercicio presupuestal de cada una de las instituciones y de las entidades coordinadas (Institutos Nacionales de Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Psiquiatría, Cancerología y Perinatología).

En la apertura programática de la Ssa se incluyeron las entidades coordinadas por ella debido a que forman parte de su estructura.

Se consideraron los rubros comparables de la apertura programática. Es decir, se dejaron fuera del análisis aquellos que sólo aparecían uno de los años y/o habían sufrido reagrupaciones. No se consideraron los programas de servicio social (Ssa) y de reconstrucción de daños sísmicos.

Nota metodológica 2.

Nota metodológica sobre el cálculo de cobertura funcional.

En el sector salud, no existe un concepto único de cobertura. Para algunas instituciones la cobertura expresa una situación de responsabilidad legal, para otras, constituye una imagen objetivo, que representa el pleno uso de instalaciones y recursos o una población "potencial" a cubrir definida sobre criterios demográficos y territoriales y no sobre capacidad institucional real de atención. Por estas razones, el cálculo del número de personas protegidas se realiza de diversas formas: a) instituciones que calculan la cobertura con base en el número de asegurados, al cual aplican un coeficiente promedio de beneficiarios (coeficiente familiar); b) otras, que obtienen el dato a partir del número de pacientes que acuden a la consulta externa, multiplicados por el número de dependientes declarado por el mismo y finalmente, c) para otras, la cobertura resulta de multiplicar el número de módulos de atención para la población media, calculada en 2,500 ó 3,000 habitantes o bien de calcular la población radicada en las localidades en donde existen unidades de servicios y restar del resultado las que están protegidas por otras instituciones. En este último caso, el dato se emplea como "cifra de ajuste" que aumenta o disminuye según la situación en que se aplica.

Por este motivo las cifras de coberturas usadas en este documento se basan en una propuesta desarrollada por el Grupo de Estudios en Salud (GES). Se trata de cobertura funcional que se construye sobre la base del número de servicios prestados a la población.

Se toma en cuenta la población usuaria del IMSS en los años de estudio y se compara con la población derechohabiente en dichos años, obteniendo la proporción. Se procede a dividir el total de consultas registradas de medicina familiar (mismos años) entre la población usuaria y se obtiene el promedio de consulta familiar por derechohabiente usuario.

A partir de este índice se determina la cobertura funcional del resto de instituciones del sector salud, dividiendo el número de consultas generales entre el promedio mencionado. Este procedimiento daría el número de habitantes que efectivamente accedieron a los servicios y la suma total sería la cobertura funcional en el país.

La cobertura formal que reportan las instituciones tiene una utilidad reducida para el análisis, por lo que esta propuesta de cálculo permite una mayor aproximación a la cobertura real.