



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE GOBIERNO EN MATERIA DE
SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO: 2005-2011

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública

PRESENTA

ISRAEL EDUARDO GÁMEZ ENRÍQUEZ



Directora: Mtra. Maricarmen Sandoval Rubio

Toluca, Estado de México; abril de 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE GOBIERNO EN MATERIA DE
SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO: 2005-2011

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública

PRESENTA

ISRAEL EDUARDO GÁMEZ ENRÍQUEZ



Directora: Mtra. Maricarmen Sandoval Rubio

Toluca, Estado de México; abril de 2016

Nunca dejo para mañana lo que puedo vivir hoy...
Y en eso van incluidas las alegrías, las obligaciones laborales,
las expresiones de perdón cuando siento que he herido a alguien
y la contemplación del momento presente como si fuera el último.

Como el río que fluye.

Dedicatoria

A todas las personas que contribuyeron con sus ideas, sus palabras, su esfuerzo y sobre
todo su fe para realizar este documento.

Les agradezco infinitamente.

Pero sobre todo a mi Madre

Esté donde esté, me acompañará hasta el fin de los tiempos.

CONTENIDO

	Pag.
Introducción.....	1
Capítulo I	
Consideraciones Teóricas.....	12
1.1 Política pública y política de gobierno.....	14
1.2 Fases del análisis de las políticas públicas.....	21
1.3 Teorías para el análisis de políticas públicas.....	24
Capítulo II	
Política de Salud en el Estado de México 2005-2011.....	27
2.1 Política de Salud en el Plan de Desarrollo 2005-2011 del Estado de México.	27
2.2 Situación de Salud en los Informes de Gobierno 2006-2011.....	36
Capítulo III	
La política de salud y desarrollo humano.....	44
3.1 Política de salud y papel de Estado.....	45
3.2 La salud en los informes internacionales y regionales.	47
3.3 La salud en los informes y mediciones nacionales.....	56
Conclusiones	72
Anexos.....	76
Bibliografía.....	79
Índice de tablas, gráficas y mapas.....	81

INTRODUCCIÓN

*“La salud no lo es todo,
pero sin ella todo lo demás es nada”,*

Arthur Schopenhauer (1788-1860), Filósofo Alemán.

Con esta cita se puede dimensionar la verdadera importancia de la salud en la vida de los seres humanos. Schopenhauer, quien tuvo una vida marcada por algunos padecimientos y se encontraba obsesionado por la salud, al grado tal de recluirse durante la última década de su vida por temor al cólera, comprendía muy bien la fortuna personal de poseer una buena salud.

En esta frase se encuentra a su vez una de las sensaciones más sentidas de este filósofo, el desapego de la familia y la constante sensación de morir por alguna enfermedad dolorosa. Sin embargo, el no colocar de primera instancia a la salud en el lugar preponderante y dejarla semi encubierta o en la oscuridad, pretende enseñar que no es lo único que existe en la vida, pero todas las sensaciones y experiencias de nuestra existencia, no serían iguales si no se contara con una salud adecuada, lo cual nos muestra lo valiosa que es, sin colocarla en un sitio preponderante.

La salud es fundamental para la sobrevivencia humana, quizá para todas las demás especies también lo sea, pero somos nosotros los seres humanos los únicos que podemos socializarlo y expresarlo. En este sentido, las políticas públicas en materia de salud se vuelven irremplazables, y su evaluación y modificación son necesarias.

En el autocuidado, se presentan conductas que la persona puede adoptar para mantener su organismo en situación de salud. Muy similar al autocuidado se encuentra la prevención de las enfermedades, cuyos términos en muchas ocasiones se pueden confundir, sin embargo, la prevención se presenta cuando en el entorno inmediato existe alguna enfermedad, lo cual nos obliga adoptar medidas para prevenir el contagio o cuidar nuestra salud.

Junto con estos antecedentes, las políticas públicas en materia de salud se vuelven irremplazables, y su evaluación y modificación son necesarias. En lo que se refiere al estudio de las políticas públicas, es importante recordar que desde que Harold D. Lasswell comenzó a diseñar un proyecto original para las ciencias de la política, basado principalmente en: “el conocimiento del proceso de la política y en el proceso de la política” (Aguilar, 1992: 39), sembró la inquietud entre los estudiosos de la ciencia política y conminó a muchos investigadores para que comenzaran a analizar la vida política con ojos diferentes. La ciencia de la política se enfocó un poco más a lo público y hacia la construcción de ese campo, desde el punto de vista social y hasta filosófico en algunos casos.

En el caso de México, el tema de las políticas públicas no ha sido objeto del análisis continuado y sistemático de los científicos sociales, debido por un lado, a la falta de interés en su estudio y sobre todo porque en la mayoría de las ocasiones se prefiere observar las consecuencias positivas o negativas de las mismas políticas, las fallas en el sistema político mexicano al momento de su implementación, o las explicaciones que ofrecen los políticos sobre los errores cometidos.

En este sentido, las políticas públicas en materia de salud son de las menos analizadas por los especialistas, por ejemplo en la revista *Gestión y Política Pública*, editada por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), durante los primeros diez años de publicación de la misma solamente se editaron 3 artículos en torno al tema de salud, los cuales fueron:

- Miriam Cardozo Brum, “La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política”, volumen II, número 2, julio-diciembre de 1993.
- Gustavo Leal F., “Voces, salidas, lealtades, oportunidades, “denominación de

origen”, interés y tempo de una política pública: la reforma mexicana de la salud y la seguridad social”, volumen VII, número 1, primer semestre de 1998.

- Carolina Martínez S. y Gustavo Leal F., “De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política de salud y seguridad social”, volumen IX, número 2, segundo semestre de 2000.

Posteriormente se hará referencia a los trabajos de tesis presentados en la Facultad sobre el tema de salud, lo cual nos convence de la necesidad de favorecer su acercamiento, así como iniciar la presentación de trabajos sobre esta temática.

La motivación fundamental de este trabajo, es precisamente contribuir en el campo del análisis de la salud, para revisar los porqués de algunas políticas públicas en especial. Y de alguna manera, observar que las políticas públicas en salud han dejado de ser inerciales y se busca crearlas y conducir las de manera sistemática, para ello habrá que revisar lo que se ha realizado en un período específico.

La presente investigación parte de la política pública de salud en el Estado de México durante el sexenio 2005-2011, como un período específico de la historia estatal y un momento en el cual algunas de las regiones o municipios de la entidad lograron iniciar un camino de mayor bienestar y desarrollo, por lo menos en el tema de salud.

Sin embargo, la situación de la prestación de los servicios de salud también presenta escenarios que socialmente no se han podido resolver a pesar del tiempo transcurrido, por lo cual también este tema toca aristas de diversos aspectos de la vida social. A través del acceso a los servicios de salud podemos relacionar cuestiones en torno a la actividad económica que se desarrolla, el acceso al transporte y otros servicios públicos como el agua potable y el drenaje.

Solamente como un ejemplo; la basura y los sitios para su disposición final, llámense basureros o tiraderos, son uno de los focos donde se pueden generar diversas enfermedades, y eso también influye en el acceso a los servicios de salud, pues en muchas ocasiones no se cuenta con ellos, o se tienen condiciones que no permiten al ser humano obtener la salud por la exposición a los elementos medioambientales que los rodean.

Esta investigación no pretende solucionar todos los problemas relacionados a la salud y tampoco ofrecer recetas de aplicación inmediata, se sabe que existen muchas otras problemáticas y en este trabajo se observan desde una óptica particular, a través del análisis de las políticas públicas en el campo de la salud, de conocer cómo se han expresado y cuál ha sido su alcance final.

El objetivo general de este trabajo de tesis, es, analizar la política pública de salud implementada en el Estado de México durante el sexenio 2005-2011, a partir de la información contenida en el Plan de Desarrollo respectivo y los sucesivos informes de gobierno; para demostrar el cumplimiento o no de los planes y programas de trabajo enunciados y los compromisos contraídos al inicio de dicha administración.

Los objetivos específicos que han guiado a esta investigación son los siguientes:

- Analizar la política pública de salud implementada en el Estado de México durante el sexenio 2005-2011, a partir de la información del Plan de Desarrollo respectivo.
- Analizar la política pública de salud implementada en el Estado de México durante el sexenio 2005-2011, a partir de los resultados incluidos en los respectivos informes de gobierno.

El supuesto o hipótesis que se pretende comprobar a través del presente trabajo de tesis es: “Los programas de trabajo enunciados en el Plan de Desarrollo de la Administración 2005-2011, respecto a la política pública de salud, no lograron cumplirse adecuadamente en el momento de su aplicación, tomando como parámetro de análisis los informes de gobierno respectivos”.

Esta hipótesis parte del interés de situar tanto el momento en el cual se diseñó y estructuró el Plan de Desarrollo de la gestión 2005-2011 del Estado de México, así como los diferentes informes de gobierno, que cada año de la administración fueron dando cuenta de los acontecimientos más importantes de la misma, los logros alcanzados, las metas cumplidas y sobre todo, la situación que se presentó con respecto a los 608 Compromisos de Gobierno contraídos durante los meses de campaña, de los cuales en materia de salud se signaron 86 de ellos, los cuales representando 14%.

El trabajo es novedoso, pues no había sido abordada la problemática de salud como política pública de Estado, y su tratamiento dentro de las ciencias políticas, tomando en cuenta que los politólogos se sienten mayormente atraídos por otras temáticas, siendo lo electoral y de servicios públicos las más socorridas.

Lo anterior se puede constatar al realizar la búsqueda de trabajos similares realizados al interior de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEM, pues se encontraron enunciadas 6 tesis sobre el tema de salud en general, las que más se acercan a nuestra temática de salud son 3 de y corresponden a la Licenciatura en Comunicación y a la Maestría en Administración y Políticas Públicas, siendo las siguientes:

1. Políticas de comunicación social para campañas de acción gubernamental: el caso de “Haciendo sumas...tres años de gobierno”, 1999, presentada por Rocío Lechuga Pichardo. Este trabajo se centra principalmente en la revisión de la política de comunicación social llevada a cabo como parte de la campaña de acción gubernamental estudiada. Toma el tema de salud pero no como parte central del estudio.
2. La obesidad como problema de salud pública, reflexiones desde el marco de la promoción de la salud y la comunicación, 2010, presentada por Judith Negrete Méndez. En este ensayo, se aborda un tema de salud pública, como la obesidad, dentro de lo que es una campaña de comunicación social, se vuelve a tomar de manera colateral el tema de la salud, como parte de los esfuerzos de una campaña de sensibilización y promoción de la salud, en este tema.
3. La descentralización de los servicios de salud en el Estado de México, en los umbrales del nuevo milenio, 1999, presentada por Efraín Ángeles Ruíz. Esta tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas, se refiere al tema de la descentralización de los servicios de salud en la entidad, partiendo de los acontecimientos ocurridos a nivel nacional y la influencia que éstos tuvieron en la política del estado. Es importante señalar que se acerca más al tema de políticas públicas, pero no es la temática central del estudio la política pública como tal.

En los tres casos señalados, no se refiere al aspecto de las políticas públicas de salud de forma específica, se aborda el tema de salud de manera colateral como parte de un tema de investigación diferente, asimismo, los trabajos de investigación ya referidos son de fechas muy diferentes, lo cual puede demostrar que no se ha planteado la necesidad de crear una línea de investigación de análisis de políticas públicas en general y mucho menos en especial dentro del tema de salud.

Así mismo, se intenta llamar la atención hacia una veta de conocimiento, de la cual se pueden extraer nuevos temas y caminos científicos.

Se debe reconocer que el análisis de las políticas públicas es una especialidad en la cual convergen diversas disciplinas sociales, por lo que en muchas ocasiones encontramos contribuciones de la sociología, economía, antropología social, filosofía y otras más, para el abordaje de los procesos políticos, por lo que no es extraño referirnos a la salud desde diversos puntos de vista y con enfoques variados, lo más importante es buscar una explicación científica y concreta a los fenómenos sociales, que nos permita acercarnos a ellos, comprenderlos y explicar su comportamiento o naturaleza, según sea el caso.

La salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona” (OMS, 2014). Sin embargo, como en muchas ocasiones ocurre, el concepto no muestra todo lo que se intenta explicar, hay necesidad de recibir complementación, ya sea de diversos autores o a través de la propia experiencia.

En este sentido, la salud puede tener aspectos sociales, mentales y físicos que se encuentran vinculados entre sí, lo cual se conoce como visión biopsicosocial de la salud y permite un mejor entendimiento de la misma. Es por esto que esta investigación de converger hacia ese punto y no mostrar a la salud solamente en el plano médico sino percibirla de una manera holística o integral.

La salud física es la más cercana a nosotros y la más común, es la que vivimos todos los días por lo que merece mayor atención.

La salud mental implica observar las capacidades del individuo y su desenvolvimiento en un medio social especial, donde se pueden observar, y en muchos casos analizar, la forma de relacionarse con los demás, la manera en la cual se dominan las situaciones sociales comunes la forma en la cual el ser humano hace frente a los conflictos que le aparecen.

La salud social por su parte, combina aspectos de las dos anteriores, colocando el énfasis en el equilibrio psicodinámico y la satisfacción de las necesidades individuales, dentro de un entorno social específico, esto es, en otras palabras, cómo influye nuestro entorno en la salud física y mental y como influimos nosotros en dicho entorno.

La salud se vuelve un elemento indispensable para ser observado dentro de la sociedad, y por lo tanto se justifica su estudio como parte de las políticas públicas desarrolladas por el Estado, al ser un aspecto que toca la parte social, biológica, física, ambiental, económica y sobre todo psicológica de los individuos.

Es importante tener en cuenta que la misma definición de la OMS, incluye en muchos de los casos el tema de la salud pública, la cual se refiere a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos del Estado para la prevención de enfermedades y discapacidades, con la intención por un lado de prolongar la vida, hacerla más llevadera en caso de tener algún padecimiento terminal y para fortalecer la educación de las personas en lo relativo a la higiene personal, entre otros ejemplos.

La salud generalmente es considerada como una responsabilidad de los gobiernos, pero debe existir un principio de corresponsabilidad, donde los individuos hacen lo que les corresponde y conserven su salud a través de las pequeñas acciones diarias de prevención; no se debe olvidar que el Estado requiere de la participación activa de la sociedad.

Actualmente, la política se construye no sólo por políticos, también por medio de la experiencia social, la implementación de medidas y programas que independientemente que hayan logrado obtener resultados, pueden ayudar a determinar cuál es el camino a seguir; se habla en muchas ocasiones de las experiencias exitosas como formas de educar y aleccionar a la sociedad. Sería importante considerar que en ocasiones se aprende más de los fracasos que de los éxitos.

La salud, abarca diversos aspectos de la vida social de la humanidad, por ejemplo, el ámbito laboral, también llamada salud ocupacional, la cual se refiere de manera general a la actividad que promueve la salud de las personas en sus espacios laborales, tiene relación con las condiciones físicas y psicológicas del trabajador, así como con la presencia de accidentes, contingencias o enfermedades contraídas al interior del centro de trabajo, y que precisamente hayan sido causadas por la actividad laboral.

La relación salud y política se debe analizar de acuerdo a los parámetros adecuados y sin olvidar que una y otra influyen de manera decisiva en el desarrollo de los individuos (ciudadanos). Estos últimos como entes sociales que deben cumplir obligaciones y se han ganado derechos que el mismo quehacer de la política les ha otorgado.

Antes de culminar la introducción se presenta un bosquejo del contenido de los tres capítulos que integran la tesis.

En el Capítulo I Consideraciones teóricas, se indican los elementos teóricos y de referencia necesarios para dar una explicación de la realidad en el tema de políticas públicas.

Se parte del concepto de la política y las políticas públicas; se analizan de manera general como elementos dinámicos de la sociedad. En un segundo momento se incluye la cuestión de la salud como objeto de la política, esto es, la política pública de salud, los elementos que la constituyen y la forma en que se puede abordar, es importante relacionar ambos conceptos y como ya quedó referido en esta introducción, comprender que la salud es una actividad pública y por lo tanto debe analizarse como un elemento de la política.

La salud como elemento garante del Estado, necesita de la política democrática para poder desarrollarse de la forma más adecuada.

En el Capítulo II Salud en el Estado de México 2005-2011, se desarrolla a partir de la política pública de salud contenida en el Plan de Desarrollo 2005-2011 del Estado de México, propuesto al inicio de dicha administración y en donde se plantean los objetivos, estrategias, líneas de acción y sobre todo los compromisos de gobierno en este campo.

En este sentido, se indica el Plan de Desarrollo y las líneas generales que se abordan en el

mismo para el tema de la salud, se revisan los 6 informes de gobierno de dicha administración, que mencionan los logros de cada uno y las principales acciones realizadas y las metas alcanzadas. Es muy importante hacer reflexión sobre los compromisos contraídos en el tema de la salud, los cuales se indican en este capítulo.

Al final de este apartado, se discute si el cumplimiento de las acciones y metas señaladas en los informes de gobierno, realmente satisfacen lo señalado en el Plan de Desarrollo de esta gestión, situación que permite conocer el estado que guarda la política pública de salud.

En el Capítulo III La política de salud y el desarrollo humano, se realiza un comparativo que incluye una serie de mediciones e informes de carácter internacional y nacional, en donde se considera a la salud como uno de los elementos de medición del desarrollo social y humano, así como a otros indicadores y variables.

Este ejercicio de comparación o de muestra de resultados, se realiza para ejemplificar la importancia que tiene el tema de la salud a nivel general, y demostrar que la salud es parte de la medición del desarrollo, entonces independientemente de considerarlo como una política pública, también se considera como desarrollo humano y social.

Finalmente, se integran informes y mediciones realizadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), las cuales se han realizado a partir de los resultados de los censos generales y conteos de población y vivienda, tratando de incluir a los más actuales en cada caso.

Con esta breve introducción, damos paso a la información contenida en cada uno de los capítulos elaborados, la propuesta y las conclusiones de la presente tesis.

Capítulo I

Consideraciones Teóricas

El análisis de las políticas públicas implementadas por el Estado, también llamadas políticas de gobierno, necesariamente deben considerar la elaboración de dichas políticas y la implementación de las mismas.

De acuerdo con ello, la elaboración de las políticas enfocadas a atender la salud, considerada como derechos humanos fundamentales, se aproximan en muchas ocasiones a las actividades de desarrollo social, desarrollo humano, análisis de las políticas sociales y la idea de pobreza y desigualdad social.

Con estos elementos, las políticas de gobierno en materia de salud se pueden considerar como transversales en las políticas sociales, pues hacen referencia a todo el quehacer humano y su desempeño en la vida diaria.

En este sentido, la medición de la situación de salud de la sociedad se ha convertido en una de las variables más importantes para medir el desarrollo social y durante las últimas dos décadas desarrollo humano, tomando en cuenta las recomendaciones emitidas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desde 1990.

A partir de este año, el PNUD (PNUD, 2013:144).diseñó el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual toma en consideración para cada edición anual o bianual tres variables principales para su medición, las cuales son:

- Esperanza de vida al nacer.
- Años promedio y esperados de escolaridad.
- Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita.

La primera variable, esperanza de vida al nacer, se encuentra totalmente ligada a la situación de salud de un país o territorio, debido a que los servicios de salud juegan un papel fundamental en

la obtención de una condición de vida sin enfermedades y con menor riesgo de muerte, la esperanza de vida al nacer se mide por la capacidad de cada persona por alcanzar cierto nivel de resistencia a las enfermedades y a las acciones relacionadas con los servicios de salud, los cuales contribuyen a favorecer el alargamiento de dicha esperanza de vida.

Mapa 1.

Índice de Desarrollo humano (América Latina 2013).



Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2013; recuperado de <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-2013>

Cabe destacar el interés que tiene la comunidad internacional sobre la situación de salud en los diferentes países del mundo, por lo que no es el análisis de las políticas públicas en esta materia, que sirve como base para el desarrollo social y humano de las naciones.

En este primer capítulo se parte de la concepción de política, la importancia de enunciar las políticas públicas y las políticas de gobierno; de igual forma se toman en cuenta las fases a través de las cuales se construyen las políticas públicas, y como parte final de este capítulo se hace referencia a las teorías que permiten explicarlas como parte de los fenómenos sociales.

1.1 Política pública y política de gobierno

La política pública implica el diseño, elaboración y desarrollo de la misma, esto es lo que comúnmente conocemos como la puesta en marcha, sin embargo, actualmente se puede encasillar el concepto de política pública como algo que solamente hacen los gobernantes, administradores y/o políticos, cuando esto también sucede gracias a la participación de los ciudadanos de su comunidad.

El concepto de política pública se encuentra íntimamente ligado a la política de gobierno, por lo que, no debemos olvidar que: “Nuestra ciencia política ha estudiado sistemáticamente casi todo menos la manera como el gobierno construye y desarrolla sus decisiones, federales y locales” (Aguilar, 1992: 8); con esta afirmación el autor es incisivo en torno a la discusión de las decisiones gubernamentales como aspectos que deben de ser investigados científicamente y sobre todo analizados bajo la lupa de la ciencia política.

De igual manera, no se han realizado estudios sistemáticos y continuados sobre las políticas implementadas por el gobierno, la forma en la que se toman las decisiones y la manera en cómo se implementan las políticas.

En este sentido, dentro de la presente investigación, los términos de políticas públicas y políticas de gobierno se encuentran presentes de forma igualitaria, no son sinónimos en el estricto sentido de la palabra, pero se pueden utilizar con un significado similar, por lo que se inicia con la definición en ambos casos y su uso común durante el desarrollo de la tesis.

La elaboración de las políticas públicas no se puede concebir en la actualidad sino se hace con el apoyo de los primeros involucrados en su diseño y sobre todo en el resultado esperado, pues en la actualidad el concepto ha dejado de ser inmóvil como hace algunos años y se ha transformado en algo sumamente dinámico y progresivo.

Por lo anterior: “Las políticas públicas se refieren a aquello que alguna vez Dewey (1927) expresara como “lo público y sus problemas” (en Parsons, 2007: 31). A pesar de tener casi un siglo de antigüedad esta aseveración, no deja de ser actual y precisa, derivado en primer lugar de que se refiere a los problemas de las cosas públicas, que nos afecta a todos.

Las políticas públicas, se enfocan en intentar resolver los problemas públicos, en ofrecer una solución a los mismos y sobre todo y explicación a los mismos. Es importante hacer énfasis en la palabra público, pues sobre todo en el tema de la política, todo lo que hacen los profesionales de esta disciplina está bajo la lupa del escrutinio social. Por lo tanto, es fundamental que la política abone a la solución de los problemas de los ciudadanos, de la forma más transparente posible.

Muchas veces la comunicación de los políticos hacia la ciudadanía no es la más adecuada por lo que se requiere la búsqueda de canales apropiados para ello. Debido a esto, el diseño de las políticas públicas permite tener ese diálogo entre el ciudadano y el político, o en este caso más específico el gobernante.

Por lo anterior, las políticas públicas, se refieren a la forma en que se definen y construyen cuestiones y problemas, y a la forma en que llegan a la agenda política y a la agenda de las políticas públicas, asimismo, estudian “cómo, por qué y para qué los gobiernos adoptan determinadas medidas y actúan o no actúan” (Heidenheimer et. al., 1990: 3; citado por Parsons, 2007: 31).

En este caso, es necesario resaltar que las políticas públicas incluyen una agenda, que se construye alrededor de las problemáticas que se desean resolver, es necesario el concurso y la acción de los gobernantes y los gobernados, para construir la agenda de acciones que permitir el desarrollo de las acciones. De igual manera puede parecer que las políticas públicas pueden volverse auditables y evaluables, a través del análisis de las mismas.

Esto es, la agenda de políticas públicas permite saber qué hace un gobierno, cómo lo hace, para qué lo hace y cuáles pueden ser las posibles modificaciones que sobre la marcha requiere la política pública para que se haga realidad.

Como se menciona anteriormente, la construcción de las políticas públicas implica la consideración de la dinámica social en la cual se pretende desarrollar la misma, de igual forma, aunque esté programada una política pública, eso no impide que se pueda modificar o realinear sobre la marcha o en el momento de su ejecución, pues no es algo que pueda permanecer inmóvil sino que se vuelve un ente dinámico para cumplir su objetivo primordial.

El análisis, estudio y diseño de políticas públicas, encuentra su razón de ser al observar cuáles son los fines públicos que se desean alcanzar; de acuerdo a un redimensionamiento del Estado, esto es básico pues en el caso de México se han presentado grandes barreras para favorecer el crecimiento económico durante los últimos 30 ó 40 años, derivado por un lado de condiciones sociales imperantes, así como de las restricciones que el propio Estado se ha impuesto recordemos:

“Antes de la transición democrática el poder del presidente disciplinaba con castigos y muchos premios discrecionales que, si bien terminaron por quebrar a la economía, permitían un mayor control por parte del Ejecutivo. Ya no funciona así el poder de la presidencia. Se necesita más mercado, pero también más Estado que discipline a nuestros monopolios y oligopolios públicos y privados, así como a otros grupos que hoy cuentan con el poder suficiente para evitar que se les premie o castigue con base en el mérito y no gracias a su posición político (Elizondo, 2012: 25)”.

El autor continua con su exposición con referencia a las restricciones que tiene el Estado, tales como: “altas barreras de entrada para nuevos jugadores en muchos de los mercados importantes (incluido el político), poca competencia, autoridades regulatorias débiles, burocracias al servicio de sí mismas y no de los ciudadanos, sindicatos que permiten cobrar un sueldo a quienes trabajan poco o no hacen nada relevante” (Elizondo, 2012: 25).

Con este panorama se puede observar que el adelgazamiento del Estado es un hecho irrefutable, por lo menos tal y como se señala:

“El Estado, como institución que nos representa a todos, se hizo más esbelto en términos de su intervención directa en la economía, pero no se volvió más fuerte: carece del poder suficiente para encauzar el interés ciudadano por encima de los intereses corporativos o de los individuos

que cuentan con un gran poder personal gracias a los recursos que controlan. De hecho, es visible que el Estado mexicano, cuando trata de hacer valer la regulación existente, de resolver conflictos conforme a dicha regulación, o de reformarla, es rehén de los actores a los que tendría, precisamente, que estar regulando. La liberalización económica y la democratización política llevaron a un Estado cuya autonomía está severamente minada (Elizondo, 2012: 26-27)”.

El caso de México es peculiar, pues el fenómeno del adelgazamiento del Estado ha traído más consecuencias negativas que positivas; por un lado ha bloqueado de manera general su participación en la economía, y por lo tanto la distribución de la riqueza nacional no ha logrado ser una realidad; por otro lado, no logra permear su acción ante los grandes monopolios y oligopolios, (cfr. Elizondo, 2012: 27), lo que debería combatir y poner en orden, se le vuelve en su contra y termina estrangulándolo.

Se pensaba que el adelgazamiento del Estado tendría una reacción positiva, pues convendría eliminar, aunque fuera en parte, la burocracia administrativa estatal, pero realmente lo que se perdió fue una serie de funciones y responsabilidades que tenía que cumplir, para permitir la libre competencia entre los actores sociales. Debido a ello, Elizondo (cfr. 2012:26-27) señala “la condición de rehén del Estado ante los que tienen que cumplir la ley y sus obligaciones”.

Esta situación social y política trae como consecuencia una desatención del Estado, en el mejor de los casos, o la agudización de diversos problemas, por lo tanto:

“El redimensionamiento del estado ha sido, en el fondo, tirar el lastre y crear las condiciones para atender con eficiencia los muchos males, necesidades y problemas públicos. Pero el simple hecho institucional de un estado reducido no significa la solución de males y problemas públicos. Más allá del redimensionamiento, están las políticas a imaginar, a construir cerebralmente, a seleccionar rigurosamente, estimando costos, consecuencias, efectividad, para hacer frente en circunstancias de escasez a los ingentes problemas públicos y a los dramáticos problemas sociales de grandes números de población (Aguilar, 1992: 21).”

Esto último, sin duda es muy importante y nos hace suponer que México como país se ha quedado inmóvil, a pesar de los 22 años que han transcurrido desde que Luis F. Aguilar hiciera esta aseveración, parece que nada ha cambiado.

Seguimos teniendo la circunstancia perenne de los recursos escasos, las políticas públicas se deben pensar y razonar en circunstancias de falta de información y de que la mayoría de la población vive en condiciones sociales deplorables.

La idea de que se piense en políticas públicas conlleva en la mayoría de los casos a tener que decidir entre la realización de una o de otra, debido precisamente a los recursos escasos; por lo cual es importante priorizar aquello que se debe de realizar primero y dejar en un segundo plano lo de menor urgencia o con costos más elevados.

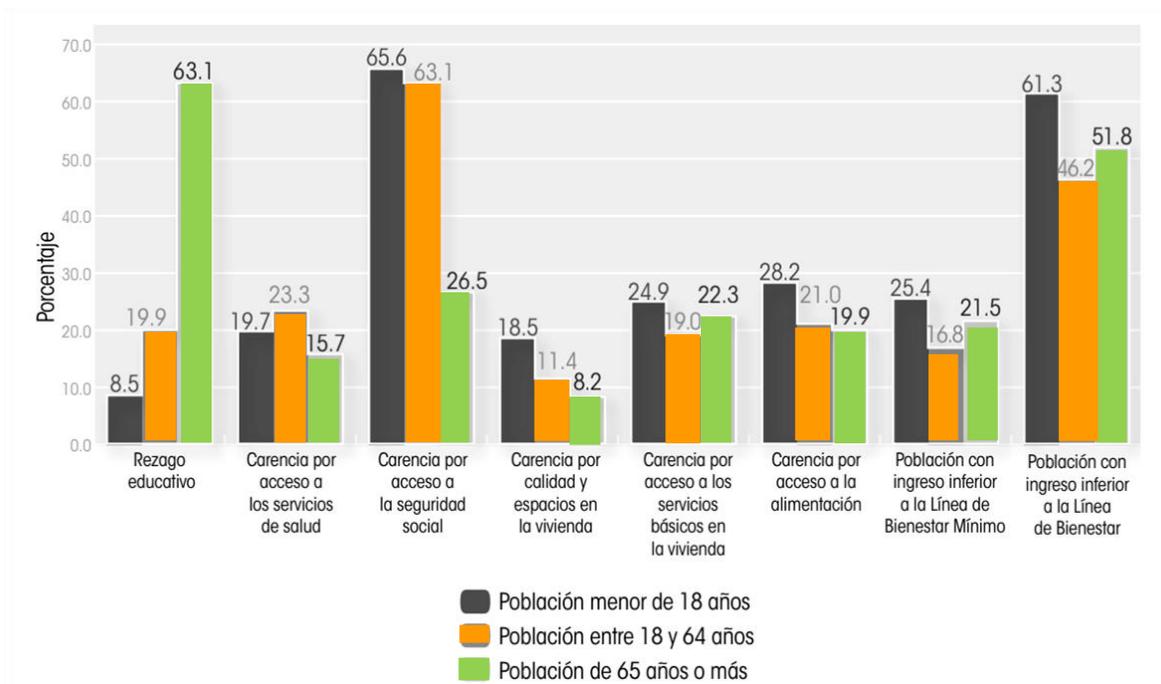
De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL):

“El análisis de los resultados de la medición de la pobreza en 2010 permite señalar que la población en esta condición se ubicó en 46.3 por ciento, es decir, 52.1 millones de personas vivían con al menos una carencia social y disponían de un ingreso insuficiente para adquirir la canasta básica (CONEVAL, 2012: 23)”.

Con esta cita la realidad es demoledora en términos sociales, más de 52 millones de personas se encuentran en situación de pobreza, sobre todo tomando en cuenta la medición de las carencias sociales y la condición de un ingreso económico que no les alcanza para adquirir la canasta básica ni subsistir.

Gráfica 1.

Niveles de carencia de la población por grupos de edad en las dimensiones de pobreza, México, 2012.



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social: recuperado de <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe>

En este sentido, las políticas públicas están llamadas a analizar la realidad social, además de proponer y buscar soluciones a los problemas sociales de cualquier orden, sin dejar de lado las acciones que se deban realizar, por lo que el hilo conductor de estas políticas públicas debe originarse a través de un acuerdo entre todos los actores sociales, además debe quedar plasmado en un documento que permita verificar lo que hace el Estado, el gobierno y la acción de la sociedad. En este sentido:

“Es conocido que el estilo de gobernar en México, y tal vez en otros países, cuando ha buscado superar el estilo personal en su sentido más peyorativo de arbitrio, ha intentado proceder de acuerdo a plan y a plan nacional. El plan pretendía significar racionalidad de gestión y universalidad del consenso. Por ello se inspiraba en un conjunto de valoraciones más o menos coherentemente ordenado, cuyo fundamento quería encontrarse en una (La) interpretación de la historia-cultura nacional. El plan nacional actualizaba, concretizaba, en un específico tiempo político del país, un proyecto nacional cuyo sentido, meta y herramental se consideraba claro, manifiesto y, sobre todo, colectivamente compartid (Aguilar, 1992: 25)”.

La forma de ser gobierno y hacer política se entrelazan en momento en que el Estado propone una política pública. Sin embargo, lo público y lo privado interfieren en mayor o menor medida en el gobierno y la política, esencialmente se vuelven variables, en ocasiones incontrolables, que permiten la creación y diseño de una política pública, como se indica:

“Política Pública no es sin más cualquier política gubernamental. En efecto, supone gobernantes elegidos democráticamente, elaboración de políticas que son compatibles con el marco constitucional y se sustancian con la participación intelectual y práctica de los ciudadanos, políticas que no mortifican arbitrariamente las libertades, las oportunidades y las utilidades de los ciudadanos ni introducen un trato desigual inmerecido entre ellos. Esta es su norma más que su utopía, la cual permite descubrir, denunciar y corregir los defectos de las políticas gubernamentales en curso (Aguilar, 1992: 33)”.

En términos conceptuales, esta idea de la política que se ha mencionado es válida y sobre todo muy adecuada para un gobierno democrático como el de México. Es importante tener una forma de gobierno elegida de manera directa y con participación ciudadana, independientemente de los mecanismos y reglas del juego político, que pueden ser peculiares para cada nación del mundo.

En este momento es cuando se cruzan de manera completa los términos de política pública y la política de gobierno, es importante diferenciarlos, pues parece existir una línea muy delgada entre un concepto y otro.

Como afirma Aguilar, “una política pública no es sin más cualquier política gubernamental” (Aguilar 1992: 33). Esto es, no se refiere a que cualquier política pública se vuelve política de gobierno, o en este sentido antes de ser política de gobierno tuvo que ser política pública; pareciera que así debe ser, pero el tema es un poco más complicado”.

Para que sea considerada como política de gobierno, la política debe ser resultado de la existencia de un gobierno elegido de manera libre y democrática y referirse a las acciones que implementa como un gobierno formalmente establecido.

Las políticas públicas parecen ser muy similares a las políticas de gobierno. No obstante, se pueden considerar como políticas públicas al momento de colocarlas en acción y convertir las decisiones de gobierno en acciones concretas. Se quedan como políticas de gobierno cuando se enuncian de manera específica pero no son puestas en acción o, no se aplican.

Recapitulando, la política de gobierno responde a lo que desea hacer un gobierno formalmente establecido, lo que propone llevar a cabo y enuncia a través de un plan de trabajo; el momento en el cual aparece la política pública es cuando se aplican o se ponen en funcionamiento las acciones que propuso el gobierno, el momento en el cual se aplica la política, los recursos y todos los implementos necesarios para echar a andar al gobierno y obtener resultados.

La política de gobierno se enuncia pero no se encuentra en ese momento en práctica y mucho menos ha logrado ningún resultado. En cambio la política pública responde a los intereses e intenciones de la estructura de poder, lo que desea alcanzar y lo que puede realizar durante el período de gobierno que le ha sido señalado.

Con esta aclaración, en el transcurso de la tesis y en lo que se refiere a las políticas de gobierno y las políticas públicas, las cuales son dos concepciones que se refieren en buena medida a lo mismo, aparecerán de manera indistinta durante el resto de la presente investigación y se manejarán como si fueran sinónimos.

1.2 Fases de análisis de las políticas públicas

Antes de iniciar con la revisión de los argumentos metodológicos para el análisis de la política de gobierno en materia de salud, es importante tomar en cuenta las fases para llevar a cabo dicho análisis de políticas públicas, como objeto de investigación de la ciencia política.

Las etapas o fases en las cuales se pueden analizar las políticas públicas pueden ser diversas de acuerdo al autor o investigador que sea consultado, pero para este caso, se retoma lo propuesto por Eugene Bardach (1998), a través de ocho pasos, los cuales se indican a continuación:

1. “Definición del problema.
2. Obtención de información.
3. Construcción de alternativas.
4. Selección de criterios.
5. Proyección de los resultados.
6. Confrontación de costos.
7. ¡Decida!
8. Cuente su historia (Bardach, 1998: 14)”.

En este caso, Bardach nos propone seguir estos aspectos para el análisis de las políticas, aunque hay que adoptarlos con reserva, pues puede encasillar el concepto de tal manera que se realicen las cosas de forma estrictamente mecánica, si se usa de forma rígida.

Para este trabajo de tesis, se ha desarrollado la definición del problema o tema de investigación, como parte de una inquietud personal intentando explicar un aspecto de la realidad, sin embargo, la investigación social nos obliga a no dejarlo de lado si queremos desarrollarla adecuadamente. En el segundo paso, la obtención de información, es relevante pues se convierte en nuestra materia prima para el desarrollo de la tesis; es necesario definir claramente de dónde se van a obtener los datos que nos permitirán realizar el análisis y sobre todo que las fuentes de información sean confiables. Como lo menciona Bardach:

“El contexto (mundo real) en el cual se realiza el análisis de políticas rara vez nos permite el tiempo necesario para llevar a cabo una investigación académicamente rigurosa. De hecho, "la presión del tiempo" en el análisis de políticas es un enemigo tan peligroso, o incluso más, que los sesgos provocados por un interés político particular. Por lo tanto, es esencial economizar en sus actividades de recolección de datos. La clave para ello es ésta: trate de obtener únicamente aquellos datos que puedan convertirse en "conocimiento" que, a su vez, pueda convertirse en "información" que tenga que ver con el problema previamente definido” (Bardach, 1998:25).

Este segundo paso alcanza una importancia vital para la presente investigación, ya que debemos poner énfasis en seleccionar los datos que pueden convertirse en conocimiento para explicar el problema economizando tiempo y realizar de manera rápida y adecuada la interpretación de la información.

El tercer paso, que menciona Bardach referente a la construcción de alternativas, es también relevante desde el principio de la investigación, entendiendo por alternativas las opciones de política, cursos de acción alternativos o las diferentes “estrategias de intervención para solucionar o mitigar el problema” (Bardach, 1999: 31).

Los análisis de políticas pueden ser muy diferentes de acuerdo a lo que se desea alcanzar. Pero cuando hablamos de solucionar o mitigar el problema, estamos considerando que podemos modificar la política que estamos analizando y sobre todo se pueden cambiar las consecuencias de su aplicación. En momentos en los cuales analizamos una política de gobierno que no podemos modificar, significa que ya culminó su proceso y aplicación; lo único que podemos hacer es describirla y explicarla, recomendando opciones para no cometer los mismos errores en un futuro.

En este caso, no podemos usar de manera lineal y secuencial los ocho pasos que nos señala Bardachya que no todos esos pasos tendrán utilidad en los análisis de políticas que se lleven a cabo.

El cuarto paso, la selección de criterios, también pasa por la parte teórica-metodológica de explicación, pues se refiere a las posiciones analítica y evaluativa de las políticas.

“Por supuesto, el criterio más importante es que el resultado proyectado "resuelva el problema de política" en un grado aceptable. Pero esto es únicamente el comienzo. Después de todo, es probable que cualquier curso de acción afecte al mundo de muchas maneras, algunas deseadas y otras no. Cada uno de estos efectos -o "resultados proyectados", utilizando nuestro lenguaje de los ocho pasos- requiere un juicio de nuestra parte para saber si se considera deseable y por qué. Y es precisamente en nuestro marco de criterios donde están inmersos estos juicios. Puesto que cualquier efecto significativo exige un juicio, cuanto mayor sea la variedad de efectos significativos más amplio será el conjunto de criterios que necesitaremos para tratar con ellos (Bardach, 1998: 38)”.

La selección de criterios en el cuarto paso también exige que podamos hacer modificaciones a las políticas, sin embargo, cuando dichas acciones se han aplicado ya no es posible modificar su planteamiento, únicamente se pueden observar sus efectos, para seleccionar los criterios.

Debemos cubrir los criterios que señala Bardach, con el análisis de los resultados alcanzados al ser puesta en práctica la política de gobierno aplicada.

El quinto paso, se refiere a la proyección de los resultados, para el análisis que se está proponiendo en este trabajo son poco útiles, pues ya fueron obtenidos; es decir, ya son resultado de una política de gobierno aplicada durante el sexenio de 2005 a 2011. Por lo tanto lo que se sugiere hacer es replantearlos para no repetir los errores cometidos durante ese período de gobierno.

El sexto paso, se encarga de enfatizar la relación entre costos y beneficios refiriéndose a lo siguiente:

“A veces sucede que una de las alternativas de política consideradas parece dar mejor resultado respecto a cada uno de los criterios evaluativos que las demás alternativas. En este caso no es necesario confrontar los costos y beneficios entre las alternativas. Esto se llama "predominio". Pero por lo general uno no es tan afortunado y tiene que confrontar los costos y beneficios de los resultados asociados a sus distintas opciones de política para satisfacer a su cliente o a su público” (Bardach, 1998: 38).

Como se puede observar, nuevamente se hace mención de las acciones a realizar antes de implementar las políticas señaladas. Por lo tanto no en todos los casos aplica, por ejemplo, en el análisis de la presente tesis, se hace referencia a que las políticas ya fueron aplicadas y culminadas; la relación costo y beneficio no es aplicable pues ya no se puede modificar en ningún sentido la política de salud realizada.

Los últimos dos pasos, “*decida y cuente su historia*”, resultan de una aplicación especial ya que se puede proyectar hacia el futuro y proponer un mejor plan de trabajo y hacer modificaciones de acuerdo al punto de vista del investigador. Pero en muchos de los casos esto ocurre cuando ya la política ha sido aplicada y ha tenido los resultados alcanzados. Sin embargo, es bueno dejar constancia de las experiencias obtenidas y aprender de los errores que se pudieran haber cometido.

Después de lo anteriormente expuesto, como parte de la investigación se realiza la explicación teórica de las políticas públicas, a través de la revisión diversos enfoques y autores que brindan un panorama más amplio del tema.

1.3 Teorías para el análisis de políticas públicas

La teoría, se ha tomado de la obra de Fernando Martín Jaime y otros autores, la cual se titula “Introducción al análisis de políticas públicas”, señalada en la bibliografía final de esta tesis.

Dentro de los enfoques o teorías se encuentran los siguientes: 1) enfoque o perspectiva institucionalista; 2) enfoque de redes de política pública; 3) teoría de la construcción social; y 4) marco de las coaliciones promotoras. Revisaremos de manera general cada una en ese orden.

1) El enfoque institucional: Consiste “en analizar de qué manera las instituciones afectan los incentivos que enfrentan los individuos, sus comportamientos y sus formas de interacción, influyendo así sobre el resultado del proceso de las políticas” (Jaime y otros, 2013: 154).

En este análisis o teoría de explicación se hace énfasis en el aspecto social, la participación de los individuos es fundamental para que se genere la política pública y por lo tanto, se reconoce la influencia que tienen las instituciones dentro de la vida común de los actores sociales. No se intenta solamente imponer las políticas públicas sino favorecer la participación social y analizar el grado de participación.

2) El enfoque de redes de políticas: Ha surgido como un marco de explicación durante los años 80 del siglo XX, experimentando un notable desarrollo en la década siguiente. Se utiliza el concepto de redes para diversos sentidos, pero mencionaremos los dos más relevantes. Por un lado se aplica de manera “genérica a cualquier tipo o patrón de interacción que se establece con actores públicos y privados en el marco de subsistemas de política pública específicos” (Jaime y otros, 2013: 160). Y por otro lado, se hace “referencia a una nueva forma (o estructura) de gobierno, distinta tanto a las jerarquías organizadas verticalmente como a las estructuras de mercado organizadas en forma horizontal” (Jaime y otros, 2013: 160).

De esta forma, utilizando cualquiera de los dos enfoques antes mencionados sobre las redes, se enfatiza nuevamente la interacción con los actores públicos y privados en cada uno de los temas específicos de política. Por ejemplo en nuestro caso, la salud como tema específico, se podría revisar la interacción con diversos actores públicos para conocer cómo se diseñó la política pública en este tema.

Es muy importante recordar, que muchos de estos ejercicios referentes a las intervenciones de actores públicos para el diseño de políticas públicas, se realizan en la actualidad a través de consultas y reuniones de trabajo para llevar a cabo los planes de desarrollo sexenales. Este es un punto que será analizado en el siguiente capítulo.

3) La teoría de la construcción social: Es un marco conceptual que se ha construido a partir de la década de los 90 del siglo pasado y se ha centrado en el estudio de las variables intervinientes en el diseño, selección, implementación y evaluación de políticas públicas. “Por un lado se incluyen componentes racionales utilizados para caracterizar la formulación de política pública y por otro lado, se reconoce explícitamente que los diseños de las políticas tienen consecuencias importantes” (Jaime y otros, 2013: 165-166).

La parte principal de este enfoque radica en la idea de la realidad como construcción social, lo cual le da un matiz filosófico a este modelo de explicación; se entiende que la arena de la política es una construcción social y por lo tanto se pueden crear escenarios que posibilitan la enunciación y desarrollo de políticas públicas para resolver problemas específicos que no siempre son los más importantes o relevantes para la población en general.

Se puede considerar a este enfoque como selectivo, pues las políticas públicas explicadas a partir de la construcción social, intentan conocer a quiénes se les está premiando con el diseño de una política pública en especial, así como a qué sector de la sociedad se le está castigando para influir en su orientación y formas de participación política.

4) El marco de las coaliciones promotoras: Es una forma de explicación de las políticas públicas que surge a finales de los 80 del siglo pasado, teniendo desde ese momento algunas modificaciones sustanciales. Este marco, “asume que el proceso de las políticas es tan complejo que los participantes deben especializarse si desean tener alguna posibilidad de influir en el proceso de formulación e implementación de políticas públicas” (Jaime y otros, 2013: 172).

Dicha especialización se “desarrolla al interior de cada uno de los subsistemas de políticas, que están conformados por actores que buscan participar y moldear la definición de los problemas, influir en el debate público y condicionar la toma de decisiones” (Jaime y otros, 2013: 172).

En este caso, la salud como el subsistema específico que propone este marco de explicación, debería ser tomado en cuenta por los especialistas y personas capacitadas en esta área de conocimiento, que pueden tener la capacidad de definir las políticas públicas a ser adoptadas. La participación de estos actores se da por la posibilidad que el propio grupo gobernante les otorga para hacer propuestas y ser actores con vida propia.

Este enfoque tiene mucho que ver con la forma de hacer política en nuestro caso de estudio, pues como ya se ha repetido, se integran propuestas a partir de las consultas sociales dentro de una serie de paneles de discusión; lo cual deriva en la integración de un plan de desarrollo, que guiará las acciones de gobierno en un momento dado.

En algunas ocasiones las críticas más recurrentes a este modelo de trabajo, es que la participación a veces va dirigida a actores que no incomoden al gobierno, que tengan cierta afinidad con el mismo; por lo tanto se presenten propuestas y políticas públicas que confluyan con las acciones que ya lleva a cabo el Estado. Puede ser una crítica válida y podría convertirse a futuro en un tema de investigación que pudiera ser abordado en otro momento.

Dentro de este trabajo de tesis, el enfoque de redes y el marco de las coaliciones promotoras, son las teorías que se pudieran analizar, sin embargo la política pública ya fue implementada.

Es irrelevante evaluar la política pública de salud para modificarla o cambiarla, si no estudiarla en un momento determinado para explicar los resultados arrojados por la misma.

Capítulo II

Política de salud en el Estado de México 2005-2011

En este capítulo se presentan dos elementos fundamentales que le dan cuerpo a esta tesis, por un lado la política pública de salud durante el sexenio 2005-2011 que se inscribió en el Plan de Desarrollo correspondiente a este período que se presenta como el punto de partida de lo que fue la política pública de salud, la forma en la cual se construyó dicho plan, los objetivos y estrategias que se marcaron como guía para ser desarrollada en los seis años de gobierno y los principales compromisos gubernamentales sobre este tema.

En un segundo punto, se muestra la información más importante de los informes de gobierno sobre la aplicación de la política pública de salud; así como, dar a conocer las acciones que se cubrieron durante la administración 2005-2011 y los resultados que se obtuvieron. Es importante aclarar que las propuestas expresadas en el Plan de Desarrollo no siempre se cumplen al pie de la letra, pero el ejercicio es interesante para conocer qué se logró hacer y qué faltó por llevar a cabo.

2.1 Política de salud en el Plan de Desarrollo 2005-2011

La atención a la salud durante la gestión 2005-2011 en el Estado de México, se planteó en el Plan de Desarrollo del Estado de México, correspondiente a dicha gestión, partiendo del diagnóstico que para tal efecto se realizó.

Cabe destacar que dicho Plan se dividió en tres pilares fundamentales de acción: Seguridad Social, Seguridad Económica y Seguridad Pública.

Dichos pilares permitieron guiar la acción del gobierno estatal durante este sexenio, marcando como pauta fundamental el cumplimiento de 608 compromisos de campaña.

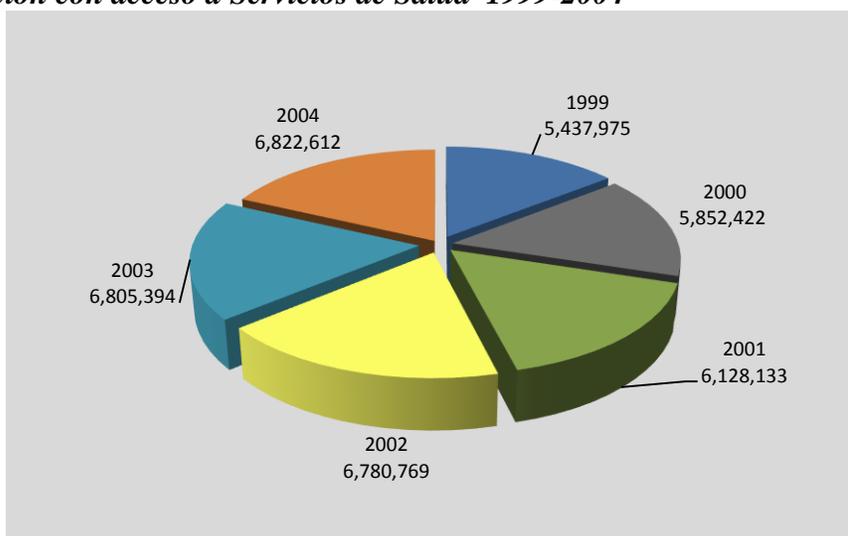
En lo que se refiere al diagnóstico en salud, dicho apartado se incluye dentro del pilar de Seguridad Social, en donde se indican entre otros la información sobre la cobertura y la calidad de los servicios de atención a la salud de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro 1.
Población con acceso a los servicios de salud.

Años	Población total	Población abierta	Población con seguridad social			
			Total	IMSS	ISSSTE	ISSEMYM
1999	12'833,088	7'395,113	5'437,975	4'230,336	566,173	641,466
2000	13'096,686	7'254,830	5'852,422	4'618,528	566,173	667,721
2001	13'377,270	7'249,137	6'128,133	4'824,330	617,464	686,339
2002	13'642,704	6'861,935	6'780,769	5'375,076	719,354	686,339
2003	14'217,493	7'412,099	6'805,394	5'375,076	719,354	710,964
2004	14'447,120	7'624,508	6'822,612	5'134,252	907,947	780,413

Fuente: GEM, 2006: 25.

Gráfica 2.
Población con acceso a Servicios de Salud 1999-2004



Fuente: Elaboración propia con base en GEM, 2006: 25.

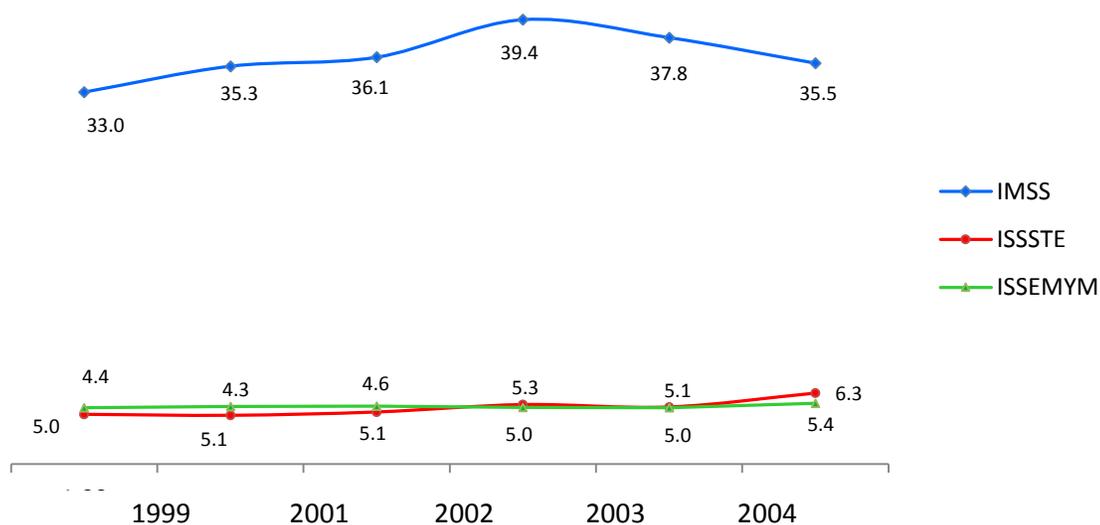
Resulta interesante observar que de las cifras que corresponden a estos 6 años, la población con seguridad social en la entidad fue en aumento, en términos nominales en 1'384,637 personas, lo cual representa un 25.46 % más de 1999 a 2004. Algo que resalta es que la población que gozaba de seguridad social en dicho período, nunca rebasó el 50 % de la población total de la

entidad. En el mejor de los casos, en 2002, representó el 49.70 % del total poblacional del estado.

Con esto último, se volvía una prioridad el brindar atención y servicios de salud a la población que no tenía acceso a la seguridad social otorgada por el Estado, situación que debería convertirse en la prioridad para el gobierno estatal.

Gráfica 3.

Porcentaje de Población Atendida por unidad 1999-2004



Fuente: Elaboración propia con base en GEM, 2006: 25.

Dentro de los elementos más destacados durante el diagnóstico que se incluyó en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, se indicaban:

Los principales factores que inciden en la calidad y cobertura de los servicios de atención a la salud son: abasto insuficiente de medicamentos, falta de capacitación al personal y equipo de diagnóstico obsoleto. A esta situación se agregan las nuevas características que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica, que aumentan la demanda de servicios y modifican el tipo de enfermedades (GEM, 2006: 25).

Todos los elementos antes señalados, implicaban en cada uno de los casos un enorme compromiso para favorecer su cumplimiento y realizar acciones concretas durante el sexenio.

Siguiendo con este diagnóstico, el mismo Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, refería: “Cabe destacar que en 2002, el Estado de México, junto con Puebla y Tlaxcala, fue una de las entidades federativas con mayores tasas de mortalidad por infecciones respiratorias”. Asimismo, “durante 2003, se ubicó entre las entidades con mayores tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años, junto con Chiapas, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala” (GEM, 2006: 26).

Continuando con la misma fuente de información, se señala que:

De acuerdo con el informe Salud: México 2004, el Estado de México presentó una de las tasas más altas de mortalidad materna del país, la cual ascendió a 73.4 por cada 100 mil nacidos vivos. Dicho problema se presentó con mayor incidencia en los municipios de Zacualpan, Tenango del Aire, Almoloya de Alquisiras, Jaltenco y Villa Victoria. La mayor parte de los casos se presentaron en mujeres jóvenes y las causas fueron la preclamsia y las hemorragias obstétricas. Asimismo, el estado ocupa el lugar número 25 en la incidencia de SIDA, con una tasa de 2.22 casos por 100 mil habitantes en 2004, por debajo del promedio nacional que tiene una tasa de 3.96 (GEM, 2006: 26-27).

Con lo anterior, se observa que el reto en salud que se presentaba a la naciente administración era de una magnitud notable y tocaba diversas aristas de la situación social de la población en general, sobre todo la atención a casos específicos que se presentaban en municipios rurales o menos urbanizados y también en aquellos donde se sabe que la pobreza afecta durante muchos años a los ciudadanos.

El Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, presentó tanto el diagnóstico en términos generales de la situación de salud de la población estatal, así como de otros rubros dentro del pilar de seguridad social, tales como: dinámica demográfica, servicios educativos, cultura física y deporte, mujeres y sociedad, preservación y difusión de los valores culturales y atención especial a sectores de la sociedad.

Después de este diagnóstico, se presenta una prospectiva, donde se plantean algunos de los retos más importantes para cada uno de los sectores que componen la seguridad social, los cuales para el caso de salud se indican a continuación:

Las nuevas características demográficas tendrán diversos impactos en los ámbitos del desarrollo estatal. En materia de salud, la transición demográfica aumentará la demanda de servicios para el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores, debido a que la población de más de 60 años prácticamente se duplicará en la próxima década hasta alcanzar una cifra de 1.5 millones de personas, lo que implicará ampliar la infraestructura médica, la disponibilidad de personal especializado y la adquisición de medicamentos de uso permanente. (GEM, 2006: 37-38).

En este momento se puede aquilatar el enorme reto que significa la dotación de servicios de salud para la población del Estado de México, como lo indica la cantidad de población que cada día demanda mayores servicios de salud y muchos otros aspectos que son colaterales a los mismos, hace que exista una mayor presión para el gobierno estatal y la necesidad de actuar con celeridad. Continuando con la cita:

El sistema de salud, entre otras prioridades, dará una mayor atención a la calidad de los servicios para la atención obstétrica. Es imperativo reducir la mortalidad materna y neonatal, que constituyen serios problemas de salud pública. Igualmente se incrementarán las acciones de prevención de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y tuberculosis, con programas para su detección temprana, desarrollando campañas para concientizar a la población sobre los factores de riesgo y capacitando al personal de salud para la atención de estos padecimientos. (GEM, 2006: 37-38).

El sistema de salud como tal, pretendía al momento de explicar sus actividades para el naciente sexenio, concentrar la mayor cantidad de enfermedades crónico-degenerativas, que afectan a la población del estado. De igual forma, incentivar la capacitación permanente para que la prevención se vuelva algo cotidiano para las familias del Estado de México.

Uno de los grupos que requería mayor atención es el de las mujeres en edad reproductiva, las cuales al inicio del sexenio presentaban condiciones de mortalidad materna que debían ser atendidas, finalmente, se señala:

De igual forma, se impulsarán campañas para disminuir la incidencia de la cirrosis hepática, con programas contra las adicciones, especialmente entre los jóvenes. Además se dará atención especial a la protección de la niñez para evitar el contagio de sarampión, con una adecuada cobertura de vacunación. La paulatina extensión del SIDA requiere de una política sanitaria que, además de atender los aspectos clínicos, incida en el respeto a los derechos de las personas que lo padecen (GEM, 2006: 37-38).

En esta prospectiva, se empiezan a bosquejar algunas de las prioridades en materia de salud para la gestión estatal, por ejemplo la atención de la mortalidad materna e infantil, sobre todo la neonatal; la atención a la salud de los adultos mayores, lo cual conecta el tema con la situación de envejecimiento natural del país, atención a enfermedades de la niñez, algunas de ellas prevenibles y curables como la tuberculosis y el sarampión; así como la atención a la salud reproductiva y a enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

Con este diagnóstico y la prospectiva señalada, se plantearon los objetivos, estrategias y líneas de acción que guiaran el trabajo de la administración estatal y que permitan medir en un futuro inmediato la gestión de gobierno.

Dentro del Plan de Desarrollo enunciado para el sexenio 2005-2011, se le dio al tema de salud y seguridad social un lugar destacado, derivado de la trascendencia del mismo y la necesidad de plantear estrategias y líneas de acción concretas.

En el anexo 1 al final de la tesis, se incluye el texto completo de la denominada Vertiente 1: “Calidad de vida, incluida en el Plan de Desarrollo”, la cual presenta 5 estrategias y acciones que desarrollaron en materia de salud durante el sexenio.

En la segunda estrategia, salud y seguridad social en su primer línea de acción, pretendía avanzar en la medida de lo posible en la atención a la población que no contaba en ese momento con la seguridad social, vinculando los tres niveles de atención de la salud, así como observando las nuevas enfermedades que se encuentran presentes en la población.

De igual forma, permitir la mayor especialización médica y ampliar la cobertura de la medicina especializada; sin descuidar la atención a las urgencias médicas y las contingencias que se pueden presentar entre la población.

La segunda línea de acción, buscaba dar atención al segundo nivel de salud, especialmente con el personal médico necesario y el equipamiento suficiente, estableciendo una mayor infraestructura hospitalaria y de clínicas, que permitan resolver los casos sin tener que desplazarse de su lugar de origen.

También se ponía énfasis en el esquema de cuotas para que fuera universal y equitativo de

acuerdo a los ingresos de la población, con lo cual se podría mejorar la atención y favorecer la inversión en infraestructura.

De igual forma, las estrategias siguientes plasman la necesidad de ampliar y modernizar el equipamiento médico, los servicios de salud, favorecer la medicina preventiva, más que la correctiva y sobre todo prestar un servicio de calidad con sentido humano.

Con esta estrategia se busca desarrollar un programa de ampliación de la cobertura de salud en la entidad teniendo como parte fundamental la calidad y el acceso a los servicios, la política pública de salud estaría basada en:

- 1) Acceso a la salud a toda la población a través de la ampliación de la infraestructura hospitalaria y la creación de nuevos organismos como el Centro Regulador de Urgencias Médicas y el Instituto Estatal de Prevención de Adicciones.
- 2) Vincular los tres niveles de atención a la salud como parte de un sistema integrado de servicios, favoreciendo en la mayoría de los casos la prevención y la educación para la salud a toda la población.
- 3) Favorecer el desarrollo de las diferentes regiones de la entidad a través de la modernización de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura de especialidades médicas.
- 4) Generar un esquema de cuotas de recuperación acorde a las condiciones y nivel de vida de la población.
- 5) Promoción de nuevos esquemas de financiamiento, incluyendo en su caso la participación de organismos ciudadanos.

Con estos 5 elementos podemos englobar de manera general la política de salud de la administración 2005-2011 de la entidad, principalmente en lo referente al acceso y cobertura de los servicios de salud. Es importante rescatar que la generación de infraestructura hospitalaria y

de laboratorios es fundamental para la prestación de los servicios en el tema de la salud, por lo que uno de los grandes retos consiste en ofrecer servicios de calidad y sobre todo de manera universal, ya que resulta complicado llegar a toda la población que requiere la atención y hacerlo de manera oportuna.

El gran reto que se le presentaba a la administración estatal en ese momento consistía precisamente en abatir el rezago del servicio público, pues como ya se puede observar en el cuadro 1, más de la mitad de la población de la entidad en 2004, no contaba con servicios públicos de salud.

La pretensión de los 5 rubros antes indicados como parte de esta política de salud en el entidad, parece ser la de observar los servicios de salud como un sistema que permitiera el tránsito de los usuarios de acuerdo a las necesidades que deberían ser cubiertas y por lo tanto pudieran realmente resolver la problemática de los servicios, así como impulsar al sector salud como elemento garante de atención adecuada.

Dentro del mismo Plan de Desarrollo, se propone un segundo objetivo en el área de salud y seguridad social, con sus correspondientes estrategias y líneas de acción, las cuales se encuentran en el anexo 1 y en donde incluyen aspectos que tienen que ver con los derechohabientes a servicios de seguridad social que otorga el Estado, los cuales en este momento no son el objeto principal del actual análisis. Sin embargo, es de destacarse la transversalidad que se le pretende incluir al tema de la salud, al otorgarle una posición preponderante en los programas de combate a la pobreza, así como también el impulso que se le otorgaría a la asistencia privada en el Estado de México.

Después de la exposición del diagnóstico y la prospectiva en salud, así como de los objetivos, estrategias y líneas de acción; es necesario resaltar que se plantearon dentro del Plan de Desarrollo 2005-2011 del Estado de México, la realización de 608 compromisos adquiridos durante la campaña. Cabe mencionar que también se incluyeron compromisos estatales y regionales, los cuales a continuación se enumeran, de estos últimos, los más importantes en el tema de salud:

Cuadro 2.***Compromisos Estatales y Regionales Plan de Desarrollo del Estado de México 2005 -2011.***

COMPROMISOS ESTATALES	COMPROMISOS REGIONALES
<ul style="list-style-type: none">● Construir tres hospitales de tercer nivel para atender la demanda estatal de salud.● Otorgar servicios médicos especializados para la atención de niños y mujeres.	<ul style="list-style-type: none">● Rehabilitación, construcción, equipamiento y operación de un hospital regional con especialidades en Chalco.● Modernización, ampliación y equipamiento del centro de salud con hospitalización en El Oro.● Modernización y equipamiento del Hospital General de Ixtlahuaca.● Modernización de área para atención de emergencias por accidentes pirotécnicos en el nuevo hospital regional con especialidades, ubicado en Zumpango.● Ampliación y equipamiento del Hospital General de Otumba.● Modernización, ampliación y equipamiento del centro de salud con hospitalización en la cabecera municipal de Temascalapa.● Modernización, ampliación y equipamiento del centro de salud con hospitalización en la cabecera municipal de Teotihuacán.● Construcción y equipamiento de clínica especializada para la atención de mujeres y niños en la cabecera municipal de Nezahualcóyotl.● Modernización del Hospital General de Tejupilco, incluyendo la construcción y equipamiento de un nuevo módulo de hospitalización.● Construcción, equipamiento y operación de un hospital regional con especialidades en Zumpango (GEM, 2006:180-181).

Fuente: Elaboración propia con base en el Plan de Desarrollo del Estado de México, 2005-2011

Como se puede observar, la mayoría parte de dichas acciones o compromisos giran en torno a la construcción de infraestructura, modernización de la ya existente, en este sentido nos encontramos con una contradicción, equipamiento al interior de los hospitales o centros de salud, según sea el caso, en este sentido nos encontramos con una contradicción en cuanto a la prospectiva y los compromisos adquiridos dentro de la política pública de salud en el Estado de México, durante el periodo, ya que se privilegiaron las acciones que implican la construcción de infraestructura e inversión económica, pero se perdieron algunas de las directrices que se habían señalado en la prospectiva y el diagnóstico, al momento de brindar la atención y el servicio de salud, no se ponderaron las acciones para capacitar y ofrecer un mejor servicio a la población, para contar con un verdadero sistema de salud integrado y funcional.

2.2 Situación de salud en los informes de Gobierno 2006-2011

Después de haber revisado la información contenida en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, en el cual se indicaron los objetivos, estrategias y líneas de acción para el rubro de salud, así como los compromisos contraídos al inicio de la administración y que permitirían ser la guía bajo la cual se trazarían las actividades desarrolladas durante esta administración gubernamental, revisaremos de los informes de gobierno de la administración 2005-2011.

En el caso de esta administración estatal, los informes de gobierno presentaron una estructura similar y conservaron de forma general la información acorde a los pilares señalados en el Plan de Desarrollo ya citado.

En este sentido, el Pilar I de Seguridad Social, incluyó las áreas dedicadas al desarrollo integral de la familia, atención a la población infantil y personas con capacidades diferentes, seguridad social, salud y asistencia social, papel de la mujer y perspectiva de género, apoyo a los adultos mayores y jóvenes, grupos étnicos, situación demográfica, educación, cultura, arte, identidad mexiquense, investigación, ciencia y tecnología; entre los más relevantes.

Son temas que presentan la posibilidad de comparar los resultados que ofrecen, presentando los datos en los apartados correspondientes durante los seis años de gobierno; en este caso la información que nos interesa es la correspondiente al numeral 1.6 Salud y asistencia social,

incluida en el Pilar I Seguridad Social, la cual se refiere a lo que se logró durante el año de gestión en materia de salud.

Dentro de los principales rubros del tema de la salud, se puede dividir la información que contienen los informes de gobierno en tres grandes apartados, el primero de ellos tiene que ver con la atención a los pacientes considerando la población abierta o sin servicio de seguridad social, de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM); organismos que tienen injerencia en la atención a la población trabajadora, en el Estado.

En contraparte, se cuenta con el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM); los cuales atienden a la población que no cuenta con la derechohabiencia de los servicios de salud y que deben pagar una cuota simbólica para tener derecho a la salud. Este sector de atención primordialmente se tocará en el primer rubro.

En un segundo rubro, se incluyen los resultados obtenidos en la atención a la salud derechohabiente, la cual por su situación laboral es atendida en los tres grandes sistemas de salud ya señalados y que recibe los servicios a través del pago de una cuota quincenal que es descontada vía nómina.

El tercer rubro que interesa retomar en este apartado se refiere a la infraestructura, en ocasiones remodelada o modernizada y en muchos otros casos, construida desde su origen.

Dando inicio al primer rubro, el de la atención sanitaria de la población abierta, presentamos a continuación la tabla que contiene esta información y a explicar algunos puntos. Solamente para aclarar, se incluye la acción, los resultados del primer y sexto informe, para ubicar en una cuarta columna el porcentaje de avance o retroceso de acuerdo al comportamiento de la acción. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3.***Acciones realizadas en el rubro de población abierta 2006-2011***

Acciones	Primer Informe 2006	Sexto Informe 2011	%
Programas del ISEM encaminados a la mejora de los servicios de salud.	10	30	200
Atención del Servicio de Urgencias del Estado de México (SUEM) a personas accidentadas en vía pública, hogar, trabajo y escuela.	9,775	23,903	145
Cobertura de eventos especiales solicitados por instancias oficiales y sociedad en general.	1,212	1,527	26
Abatizaciones para la eliminación del vector del dengue y paludismo	246,131	871,510	254
Detecciones de paludismo y dengue a través de consulta (pacientes).	10,414	21,115	103
Consultas para detectar enfermedades transmisibles	1'719,069	2'640,573	54
Consultas para tratamiento a personas afectadas por VIH Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.	70,147	73,647	5
Consultas por enfermedades de los dientes.	1'027,141	2'119,407	106
Información y orientación a personas sobre prevención y control del alcoholismo, causa de cirrosis hepática, tabaquismo, causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar, abuso de drogas y causas de discapacidad y muerte.	49,711	98,194	98
Personas capacitadas en autocuidado de la salud familiar.	25,048	243,509	872
Incorporación de personas a capacitación en materia de salud en áreas rurales y urbanas marginadas.	29,290	691,874	2,262
Verificaciones sanitarias a establecimientos industriales, comerciales y de servicios.	10,694	18,216	70
Pláticas para la protección contra riesgos sanitarios.	6,392	9,242	45
Acciones de detección y control de tuberculosis (personas).	289	2,171	651
Atención médica en servicios de urgencia ISEM, ISSEMYM, IMSS, ISSSTE.	1'856,648	2'448,119	32
Capacitación en servicio a recursos humanos ISEM, ISSEMYM.	16,284	9,508	-42
Seguro médico para una nueva generación, familias afiliadas.	0	0	0

Fuente: Elaboración propia con base en GEM, 2006: 21-27 y GEM, 2011: 26-32.

En este primer rubro, se puede observar que se incluyen tanto los programas de salud encaminados a la mejora de los servicios, incide en la atención al público, así como las acciones encaminadas a detectar las enfermedades de mayor presencia entre los pacientes.

Cabe señalar que la mayor parte de las acciones incluidas lograron avances sustanciales durante el sexenio 2005-2011, sin embargo, en algunos casos específicos se estancaron o retrocedieron las actividades. Por ejemplo el rubro de capacitación en servicio a recursos humanos ISEM, ISSEMYM, el cual se redujo en un 42 % durante este período.

En el caso del seguro médico para una nueva generación, familias afiliadas; se incluyen en la acción, a pesar de aparecer en 0. Por el contrario, en el Tercer Informe de la gestión se incluyó el dato de 61,194 familias (GEM, 2008: 26), por lo que se toma en consideración, a pesar de que no se volvió a incluir en los informes subsecuentes.

Cabe destacar que los seis informes en su estructura son similares, sin embargo varían en su contenido, por lo tanto no todas las acciones pueden ser comparadas.

Algunas de las acciones señaladas en la tabla anterior, tienen un crecimiento bastante notable, por ejemplo detección y control de Tuberculosis (personas) crecen un 651 % durante los 6 años, a pesar de que en el tercero y cuarto informe de gobierno desaparecen y vuelven a surgir en el quinto informe.

Con respecto a las acciones realizadas en el rubro de la población derechohabiente, la cual se incluye en el siguiente cuadro, es importante reflexionar que se trata del sector de la población que gracias a su actividad laboral cuenta con los servicios de salud y puede ser atendida, sin que sea de interés en este trabajo la calidad de los servicios.

Cuadro 4.

Acciones realizadas en el rubro de población derechohabiente primer y sexto informe.

Acciones	Primer Informe 2006	Sexto Informe 2011	%
Aplicación de dosis de fluoruro a población escolar	1'184,163	958,040	-19
Personas beneficiadas en edad escolar con acciones de detección en trastornos de nutrición, audición, visión y posturales	357,117	0	-100
Consultas de medicina general ISSEMYM	1'430,878	1'679,484	17
Consultas de especialidad ISSEMYM	868,119	904,041	4
Egresos de hospitales del sector salud	315,996	172,437	-45
Atención de diversas especialidades	175,618	248,215	41
Canalización de pacientes al tercer nivel de atención ISSEMYM e IMSS	20,490	9,454	-54
Consultas a personas con discapacidad temporal o permanente ISSEMYM, IMSS e ISSSTE	20,874	86,177	313

Fuente: Elaboración propia con base en GEM, 2006: 21-27 y GEM, 2011: 26-32.

En este mismo cuadro se incluye información de población que se encuentra en edad escolar, la cual no significa que necesariamente deban considerarse como derechohabientes, pero población cautiva que por el hecho de estar cursando la educación obligatoria sujeta a planes y programas de salud cuando lo consideran necesario las autoridades. De igual forma se debe de recordar que durante el sexenio analizado, se propuso la creación de un seguro de vida y atención médica para todos los alumnos de la entidad cursan la primaria y secundaria, situación que los convirtió de alguna forma en población sujeta al esquema de salud obligatoria.

En este rubro tenemos algunas acciones como; aplicación de dosis de fluoruro a población escolar que se vio disminuida en un 19%, así como las personas beneficiadas en edad escolar con detección en trastornos de nutrición, audición, visión y posturales; la cual aparece al inicio de la gestión y desaparece al final de la misma. Sin embargo, se presenta en el Segundo Informe, donde se reportan 368,704 personas (GEM, 2007: 24) y en el Tercer Informe con 252,637 personas beneficiadas (GEM, 2008: 23).

En los rubros de consultas de medicina general y de especialidad en el caso del ISSEMYM se observan aumentos muy interesantes de 17% y 4%. Es importante aclarar que no se indican las consultas en otras instituciones de atención a la salud como el ISSSTE y el IMSS, derivado de que corresponden a los informes de gobierno a nivel federal. En este sentido, si se incluyen las consultas a personas con discapacidad temporal o permanente de las instituciones como ISSEMYM, IMSS e ISSSTE; las cuales por cierto han tenido un incremento de 313 %, debido a que es un segmento de la población que requiere mayor atención y por lo tanto es adecuado prestarle los servicios que se necesitan.

Finalmente, en este rubro, la canalización de pacientes al tercer nivel de atención ISSEMYM e IMSS, presenta en los 6 años un descenso de 54%, lo cual puede deberse a diferentes causas. No obstante es importante destacar que los hospitales de especialidades han tenido una mayor presencia en los últimos años, favoreciendo la descentralización de los servicios de salud, así como también la inversión en la entidad en lo que se refiere a la modernización y equipamiento de la infraestructura de salud, tema que se incluye en el siguiente cuadro:

Cuadro 5.

Acciones realizadas en el rubro de investigación y profesionalización primer y sexto informe.

Acciones	Primer Informe 2006	Sexto Informe 2011	%
Cursos de capacitación del personal de salud de instituciones públicas y privadas	4	0	-100
Personal médico en actualización y formación	3,565	6,287	76
Protocolos de investigación registrados ISEM e ISSEMYM	351	425	21
Acciones de modernización de hospitales	20	4	-80
Inversión en modernización de hospitales, millones	32.80	0	-100
Acciones de rehabilitación de hospitales	10	0	-100
Inversión en acciones de rehabilitación en hospitales, millones	3.47	0.00	-100
Acciones de equipamiento en hospitales generales	7	0	-100
Inversión en acciones de equipamiento en hospitales generales, millones	151.45	0.00	-100
Construcción y ampliación de centros de salud	67	2	-97
Municipios atendidos con construcción y ampliación de centros de salud	24	2	-92
Inversión en construcción y ampliación de centros de salud, millones	51.90	0.00	-100

Fuente: Elaboración propia con base en GEM, 2006: 21-27 y GEM, 2011: 26-32.

Es importante resaltar que la acción de Personal médico en actualización y formación, se vio incrementada en un 76 % durante los seis años de gobierno, lo cual se puede traducir en una mejor plantilla de médicos y especialistas de la salud que operan el sistema a nivel estatal.

Aparejado con lo anterior, la acción de protocolos de investigación registrados ISEM e ISSEMYM presenta un incremento de 21 por ciento durante el sexenio, lo que se traduce, en una mejora integral de los servicios de salud pues por un lado se favorece la actualización de los médicos y por el otro se incentiva la investigación al registrar protocolos de investigación que se deberán traducir en mejoras en términos de exploración de nuevos medicamentos, nuevas técnicas de atención pre y hospitalaria, pero sobre todo, en mejores servicios de salud para los derechohabientes y la población abierta, que no cuentan con un servicio de seguridad social.

La mayoría de las acciones del primero y sexto informes de gobierno en el rubro de investigación y profesionalización se encuentran en números negativos, aunque esto no signifique que hayan dejado de realizar, por ejemplo, en las acciones de modernización de hospitales arrojan un total de 48 actividades, el doble del inicio de la gestión, la inversión también mantiene su incremento con 247.26 millones de pesos durante todo el sexenio.

Las acciones de rehabilitación de hospitales durante el sexenio son un total de 35, con una inversión de 38 millones de pesos, gracias a ello, se logran ponderar las actividades tanto de modernización como de rehabilitación, que junto a la profesionalización e investigación en el área médica refuerzan de mejor manera el sistema de salud.

En la inversión en construcción y ampliación de centros de salud, durante el período de 2005 a 2011 se invirtieron 318.7 millones de pesos, en 172 centros de salud; situación que permite tener mayor cercanía con la ciudadanía al ubicar servicios cercanos a su domicilio.

En la rehabilitación de centros de salud el impacto fue positivo, pues rehabilitaron 191 áreas de atención a la salud con inversión de 214.78 millones de pesos.

En torno a toda la información presentada en este capítulo, se destacan las acciones que se realizan en el campo de la salud y el número de personas que participan en ella.

Se puede observar un incremento en el rubro de atención a la salud de la población abierta, en contraste con la capacitación en el servicio de recursos humanos ISEM e ISSEMYM y el rubro de población derechohabiente (Personas beneficiadas en edad escolar con acciones de detección en trastornos de nutrición, audición, visión y posturales) ya que su reducción fue notable.

Las acciones con incremento son las consultas a personas con discapacidad temporal o permanente en el ISSEMYM, IMSS e ISSSTE, la cual aumentó en 313%.

Las acciones que no se ejecutaron durante el sexenio, fueron las de investigación y profesionalización, en contraste, las que se refieren al Personal médico en actualización y formación, y protocolos de investigación registrados en el ISEM e ISSEMYM, presentaron un incremento.

Con esto se puede concluir que la administración 2005-2011 enfocó sus acciones a la atención de la población que no había sido tomada en cuenta en los servicios de salud y que presenta una mayor vulnerabilidad. Es necesario reconocer que se había anunciado como un sexenio de infraestructura, la construcción de varias obras de todo tipo, incluyendo las construidas en el sector salud que acercaron estos servicios a la población más desprotegida.

Capítulo III

La política de salud y desarrollo humano

Después de revisar la información incluida en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011 y los seis Informes de Gobierno del mismo sexenio, en este capítulo se puede explicar la situación de la política de salud y el papel del Estado, tomando en cuenta las acciones que debe desarrollar un gobierno para dotar de servicios de salud adecuados a su población.

De igual forma, se realiza una comparación de los aspectos más relevantes de algunos de los informes mundiales, regionales, nacionales o estatales que se abordan de manera específica o general el tema de la salud. Esta parte nos permite tener un punto de comparación y de análisis de la situación que se vive en otras latitudes.

En este apartado se presenta el tema de la salud como un fenómeno neurálgico para el desarrollo de cualquier nación, estado, municipio o territorio, por lo tanto, no se puede desvincular la política pública de lo que pasa en el contexto general de la sociedad.

Con estos informes y documentos que se incluyen y revisan de forma general, se muestra la importancia de la salud en el desarrollo humano, social y económico, así como la necesidad de contar con adecuados servicios de salud, las recomendaciones que se realizan desde diversas esferas y por distintos actores, en donde la mayor parte de ellos prioriza que la salud es un derecho humano y social que debe ser atendido y resuelto con políticas integrales a corto, mediano y largo plazo.

Se aborda la política de salud y el lugar que ocupa el Estado en ella, posteriormente se analizan los informes internacionales y regionales sobre la salud, donde es relevante la información que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ambas entidades que presentan información anual o bianual sobre el tema, ubicándola en un contexto de globalización.

En un segundo apartado, se incluyen los documentos de carácter nacional y los estatales, enfatizando la situación de nuestra Entidad, con ellos se puede entender lo que implica la salud y la importancia de atacar los problemas más sentidos de la sociedad sobre este tema.

3.1 Política de salud y papel de Estado

En los últimos años, la vida y la salud de los seres humanos ha dejado de ser sólo concepto de lo humano, transformándose en categorías que incorporan los principales derechos de toda persona, esto es, el derecho a existir y a vivir con salud.

Los derechos humanos desde su concepción básica pretenden clarificar la vida y la existencia humana como elemento básico de salud, misma que tiene un precio económico y moral a un triple nivel (social, familiar y personal). Decir que la salud no tiene precio es una falacia ya que puede ser en ocasiones tan alto que obligue a cuestionarse su posible racionamiento, situación que origina reflexiones económicas y políticas.

En el informe de la situación de la salud en el mundo, publicado por la OMS, se hace referencia a preservar el derecho a la salud, con costos accesibles y permitiendo a los ciudadanos acceder a la misma en un esquema de igualdad y calidad.

Aunque la salud se ha convertido en un problema más público y político que privado, se percibe como un bien privado que cada uno está obligado a respetar y cuidar, dejando claro que la salud es un bien público, por lo que puede ser catalogada como un derecho humano básico.

En este sentido, la salud es una necesidad existencial que debe aspirar a la mayor plenitud del ser humano, también puede ser interpretada como un derecho humano básico. Garantizar el derecho de acceso a una adecuada asistencia médica puede asegurarse con el ejercicio de corresponsabilidad, es decir, como individuos se debe asumir esa responsabilidad y como colectividad asegurar la asistencia médica.

Se puede decir que estamos obligados moralmente a no atentar contra la salud y a intentar

recuperarla cuando la veamos mermada o perdida. Por lo que la salud más que un derecho se convierte en deber personal y social, y aunque en cierto modo lo es, también es un derecho inexcusablemente social, en el cual el Estado tiene una participación básica.

La salud también se ha convertido en una industria, pues sus servicios son vistos como bienes de consumo, esto es, la salud ha pasado de ser un bien de producción a ser un bien de consumo, un producto más de la sociedad consumista. Por eso, y dada la imposibilidad de ofrecer un sistema que cubra totalmente todas las demandas poblacionales, se puede decir que en la profesión médica siempre será necesario seguir manteniendo cierta atención gratuita (por caridad social o por filantropía humana). No obstante, es necesario un sistema político-sanitario donde, además de sufragarse por los impuestos que todos los ciudadanos tienen obligación de aportar, pueda encontrar otras fórmulas o alternativas como el pago, la corresponsabilidad para determinadas prestaciones sociales y sanitarias.

Si la salud al convertirse en un bien de consumo que obliga a impulsar criterios de gestión empresarial que privilegien y maximicen el ahorro, pero no a costa de mantener principios utilitaristas que distribuyan insuficientemente los recursos disponibles y cubran parcialmente los estándares de calidad mínimamente exigibles.

Los presupuestos para la atención médica están creciendo en todos los países del mundo, tanto en los desarrollados como en los subdesarrollados debido factores como; mercantilización de la medicina, sofisticación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, ampliación de coberturas y prestaciones asistenciales, costos en recursos materiales y humanos, especialización y profesionalización del personal médico, inversión en infraestructura y medicamentos, y otros más.

Será necesario apostar por unas medidas ponderadas de control del gasto y una educación sanitaria como ejes orientadores de las políticas de salud propuestos por los principales agentes políticos, sobre todo si se pretenden mantener los objetivos que hoy por hoy debe perseguir toda planificación de la atención sanitaria: equidad, eficiencia y calidad.

Pero estas medidas de distribución y utilización de los recursos no son sólo una responsabilidad de los políticos o de los gestores sanitarios; corresponde también a los clínicos –que son los que directamente prescriben la indicación- y también al ciudadano-paciente. En el fondo, es una apelación a la corresponsabilidad de todos en la gestión racional y justa de recursos.

El progreso de la medicina actual es constante y está provocando un aumento considerable del gasto sanitario, y dado que los recursos son limitados y malgastarlos es injusto, el presupuesto del estado y la participación de la sociedad en la prestación de servicios debe ser transparente.

3.2. La salud en los informes internacionales y regionales.

En 2010 la OMS publicó el informe sobre la salud en el mundo, titulado: “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”, en dicho documento la OMS pone mayor atención en la necesidad de reorientar las acciones realizadas por todos los países del mundo hacia mejorar la asistencia sanitaria.

La OMS señala la falta recursos económicos, los cuales, son relativamente escasos en muchos países del mundo, pero contribuyen a mejorar las acciones dirigidas a la atención de la salud sobre todo en los servicios sanitarios.

La OMS intenta convencer a los países, pobres o ricos, de que la mayor eficiencia en el uso de los recursos económicos y sociales de los que disponen, les permitirá mejorar sus servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención. Sin embargo, se requiere maximizar lo que ya se tiene y usarlo de forma racional.

El énfasis de la Organización está en la cobertura universal de la población en los servicios sanitarios, los cuales son prioritarios para mantener equilibrio social y superar las barreras económicas a nivel mundial; aunque, también se deben atender otras realidades que complican mucho más el panorama de la salud a nivel mundial; resultando ser para algunos países más urgentes y prioritarios.

En palabras de la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, tener orientación en la atención sanitaria, en un escenario mundial: "...que se caracteriza por la recesión económica y por unos costes crecientes de la atención sanitaria ya que la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas y se dispone de tratamientos nuevos y más caros" (OMS, 2010: vi).

En este sentido, es necesaria la respuesta gubernamental adecuada y precisa para atacar los problemas de salud, cada país deberá hacer lo que le corresponde en la medida de sus posibilidades y realidades sociales, ya que para algunos las enfermedades crónicas y las transmisibles como es el actual caso del Ébola en África y otras partes del mundo, son temática fundamental.

En algunos casos será prioritario el tema del envejecimiento de la población y la atención que se le debe dar a este sector, apoyándose de las terapias, instrumental, infraestructura y capacitación que debe tener el personal médico y de enfermería para atender a estos pacientes.

Una de las principales recomendaciones de la Directora General de la OMS es:

En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia. Todos los sistemas sanitarios, en todas partes, podrían hacer un mejor uso de los recursos, ya sea a través de prácticas de contratación mejores, de un mayor uso de los productos genéricos, de mejores incentivos para los proveedores o de una financiación y procedimientos administrativos simplificados (OMS, 2010: vi).

Esta recomendación hace referencia a "hacer más con menos", lo cual pareciera una consigna común y quede tanto escucharla termina siendo cotidiana, cabe destacar que todos los gobiernos hacen hincapié en la eficiencia como condición sine qua non (sin la cual no) para continuar operando.

Las mejores prácticas de contratación del personal dedicado a preservar, cuidar y atender la salud, tienen que ver con cuestiones laborales y legales, sin embargo uno de los temas que más ha golpeado al mundo es la falta de trabajo y con las prestaciones de ley de acuerdo a cada nación del mundo, debido a esto, no se puede basar un sistema de salud en una forma de contratación inadecuada y que viola la legislación laboral aplicable.

Por otro lado el uso de los medicamentos de patente en contraposición de los genéricos, es una de las estrategias más socorridas de los sistemas de salud en el mundo, sin embargo, es importante no abusar de una u otra práctica, pues en ambos casos se generan empleos y se requiere la comercialización adecuada de los dos tipos de medicina para que siga operando el sistema, lo mismo puede pensarse con respecto a los proveedores de los medicamentos y los demás participantes de la cadena de producción y comercialización.

La parte en la que Estado o gobierno puede contribuir, es en favorecer la simplificación administrativa y eliminar la excesiva tramitología, tanto para contratar a los proveedores como para llevar a cabo el puntual pago de su mercancía.

Por ello, es necesario que los gobiernos también cumplan de manera adecuada y en tiempo con sus compromisos económicos, sobre todo, pagando a los proveedores y personal que participa de los servicios de salud, sin que ello implique un desfaldo o desequilibrio de las finanzas públicas.

De manera sintética, la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, “... hace referencia a 10 áreas específicas en las que una política y práctica más adecuada puede aumentar el impacto de los gastos en salud. Esto es, el invertir de manera más sensata los recursos puede permitir acercarse a la cobertura universal de los servicios de salud sin que esto último signifique un aumento considerable del gasto” (OMS, 2010: vi).

A continuación se indican las 10 causas principales de la falta de eficiencia en los servicios de salud, que se incluyen en el capítulo 4 del informe y que se sintetizan para después pasar a algunos comentarios sobre los mismos:

Cuadro 6. P

Principales causas de la falta de eficiencia en los servicios de salud

No.	Rubro	Causa
1	Medicamentos	Infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario.
2	Medicamentos	El uso de medicamentos de baja calidad y falsificados
3	Medicamentos	Uso inadecuado e ineficaz.
4	Productos y servicios sanitarios	Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos

Continúa...

No.	Rubro	Causa
5	Personal sanitario	Plantilla inadecuada o cara. Trabajadores desmotivados
6	Los servicios sanitarios	Admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas.
7	Los servicios sanitarios:	El tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras).
8	Los servicios sanitarios	Errores médicos y calidad asistencial insuficiente.
9	Despilfarro en los sistemas sanitarios	Derroche, corrupción y fraude.
10	Intervenciones sanitarias	Combinación ineficiente o nivel inadecuado de estrategias. (OMS, 2010: 67-88).

Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 2010: vi.

Como se puede observar el esfuerzo de síntesis es notable respecto a las principales causas de la falta de eficiencia en los servicios de salud y es importante aclarar que no todos los fenómenos ocurren de la misma manera en todos los países del mundo, acorde a las características sociales, económicas y culturales de cada uno.

Vale la pena resaltar el tema de los medicamentos; la escasa utilización de los genéricos, que en algunos lugares del mundo, todavía no tienen presencia, el uso ineficaz del medicamento y las falsificaciones de los mismos; son asuntos que preocupan, pues representan un engaño a la población y un eslabón en la cadena del crimen organizado mundial.

En el caso de los servicios sanitarios, tanto la excesiva hospitalización como la infrautilización de los mismos resulta dañino para todo el sistema, pues en ocasiones se utilizan las instalaciones en exceso, sin que haya la necesidad real; o viceversa, demasiados servicios y poca ocupación para los padecimientos que se presentan en una región o país determinado, por lo que es prioritario planear la prestación de los servicios de salud, acorde a las necesidades reales de la comunidad, ciudad o región a la que se le quiere atender, para no generar un gasto inadecuado y que no sea de utilidad.

Esto último se encuentra íntimamente relacionado con lo que se refiere al tema de la corrupción, derroche y despilfarro de los servicios; los cuales en ocasiones se presentan por desconocimiento, falta de planeación, resultado de licitaciones y contrataciones no muy claras que encarecen los servicios de salud.

Finalmente, en el tema del encarecimiento de servicios de salud, resalta que en la mayoría de los casos se debe al pago de las cuotas que realizan los usuarios, por lo tanto, es necesario crear fondos comunes que permitan ofrecer servicios de salud adecuados y que se pague por ellos lo justo para que el sistema siga operando sin fallas.

En este sentido, la información de la OMS nos ayuda a situar al tema de la salud dentro de la discusión de los problemas sociales del mundo, pero sobre todo a comprender que la salud sólo es parte de un enorme entramado de cualidades y características de la sociedad, que se entrecruzan y se mezclan de forma tan especial que es imposible diferenciarlos.

Dentro de un contexto más general, se encuentra el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2000 en el que se establecieron metas concretas para mejorar las condiciones de vida de la población mundial, sobre todo en lugares donde era necesario abatir serias desigualdades sociales y acercar los servicios más elementales a la mayoría de la población.

A 14 años de esta resolución, y que al final se volvió un compromiso de todas las naciones, se han editado diversos informes dando seguimiento al cumplimiento de estos 8 objetivos, sobre todo al acercarse la fecha del cumplimiento final, fijada para el año 2015.

Es importante recordar que el cumplimiento de los 8 objetivos se alcanzaría en cada uno de los casos a través de indicadores que permitirían comparar el avance de las políticas públicas en cada uno de los temas, tomando como año base de comparación 1990, para poder analizar el avance de los últimos 25 años.

Dentro de los 8 objetivos señalados, existen tres de ellos ligados principalmente al tema de la salud, estos son: objetivo 4: “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, objetivo 5: “Mejorar la salud materna y objetivo 6:”Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

En el Objetivo 4: “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”, la meta considerada era la de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. El informe al 2014 señala que: “A pesar de los sustanciales avances logrados todavía no se ha conseguido alcanzar la meta en cuanto a la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años” (Naciones Unidas, 2014: 24).

Uno de los motivos por el cual no se ha cumplido con este objetivo, es derivado de la presencia de enfermedades prevenibles como la neumonía, diarrea y paludismo como las principales causas de mortandad entre los niños menores de 5 años, estas enfermedades son atacables y con amplias posibilidades de erradicación, contando con medidas sanitarias adecuadas y el acceso a servicios públicos básicos como el agua y drenaje. Por lo anterior, es posible cumplir esta meta y hacer realidad este objetivo, a pesar del corto plazo que resta.

Respecto al Objetivo 5: “Mejorar la salud materna, la meta propuesta era la de Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes”. El informe 2014 señala que: “Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en todo el mundo un 45%, pasando de 380 a 210 muertes por cada 100,000 niños nacidos vivos. Sin embargo, esa mejora no alcanza todavía la meta de los ODM de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna para el año 2015” (Naciones Unidas, 2014: 29).

A pesar de los esfuerzos realizados, la mortalidad de las madres al momento del parto no se ha logrado disminuir, no obstante, hay que reconocer que la mayor parte de estos hechos son prevenibles, por lo que es necesario contar con medidas de contención y sobre todo debe existir el acceso universal a la atención previa al parto, así como se debe tener el personal capacitado para realizar las intervenciones con las medidas de higiene adecuadas, sin embargo, es difícil el cumplimiento de la meta, derivado a las grandes disparidades en regiones del mundo y entre países.

En el Objetivo 6:”Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”, se ha propuesto como meta a ser cubierta la de haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, sobre esto, el informe 2014 señala que:

A nivel mundial, entre 2001 y 2012 la cantidad de nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por cada 100 adultos (personas de 15 a 49 años) disminuyó un 44%. África meridional y África central, las dos regiones con mayor incidencia, tuvieron descensos pronunciados del 48% y del 54%, respectivamente. No obstante, se estima que hubo 2.3 millones de nuevos infectados de todas las edades, y que se produjeron 1.6 millones de muertes por causas relacionadas con el SIDA (Naciones Unidas, 2014: 35).

En este objetivo, la meta es difícil de conseguir, ya que no se han podido detener las infecciones de VIH/SIDA ni reducir la propagación de esta enfermedad. Por lo que es importante intensificar las campañas de prevención y atención a la salud, las acciones dedicadas a difundir la salud reproductiva y apelar al compromiso de los gobiernos y la población para evitar que siga avanzando este padecimiento.

Se debe recordar que es necesaria una educación para la salud integral, que cubra aspectos dedicados a la capacitación del personal médico, la disposición adecuada de los residuos peligrosos como jeringas y agujas, que pueden propiciar que se difundan las enfermedades y sobre todo tener medidas de higiene y salud adecuadas.

Con estos ejemplos se puede demostrar la relación directa de la salud con muchos otros aspectos de la vida social, económica y cultural; pero sobre todo el ambiente en el que se desarrollan las enfermedad debe de ser combatido con medidas de higiene, lo cual implica acceso al agua, drenaje y saneamiento; variables que en muchas naciones son difíciles de obtener. Similar a este tema, se encuentra el caso de los informes de desarrollo humano generados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) los cuales de forma anual han dado cuenta de los avances en la temática del desarrollo humano a partir de la medición de tres variables que son; esperanza de vida al nacer, años promedio y esperados de escolaridad e ingreso nacional bruto (INB) per cápita.

Con base en estas variables y algunas estadísticas que complementan lo que se entiende como desarrollo humano (perspectiva de género, control de los recursos naturales, integración social, tendencias poblacionales, tecnología e innovación, flujos de capitales internacionales y migración, entre los más importantes), se construye un índice de desarrollo humano que va de 1 a 0, donde 1 es lo más avanzado o desarrollado y 0 es lo menos avanzado o desarrollado.

Este índice de desarrollo humano en su diseño y utilización marca estándares internacionales, por ejemplo: los países que se encuentran en el nivel de desarrollo humano muy alto, son tradicionalmente los que generan los mayores avances económicos, aunque también son los que más aportan a la asistencia para el desarrollo, con esto, se traduce también en mejora económica para los habitantes y el resto de la población mundial.

Es necesario considerar que desde 1990, año del primer informe de desarrollo humano, se han medido prácticamente las mismas variables para la construcción del mismo, pero la construcción del índice de desarrollo humano de cada nación del mundo, y permite realizar compararse a través del tiempo.

En la siguiente página se presenta la tabla de los primeros 10 países en el índice de desarrollo humano con el valor de la medición y la posición que guarda México para el año 2013:

Cuadro 7.

Clasificación del Índice de Desarrollo Humano (10 primeros y México).

Clasificación	Países	Índice de Desarrollo Humano (valor)
1	Noruega	0.955
2	Australia	0.938
3	Estados Unidos de América	0.937
4	Países Bajos	0.921
5	Alemania	0.920
6	Nueva Zelanda	0.919
7	Irlanda	0.916
8	Suecia	0.916
9	Suiza	0.913
10	Japón	0.912
61	México	0.775

Fuente: PNUD, 2013: 144.

Como se puede observar en la tabla anterior los países incluidos son totalmente industrializados y desarrollados, en donde los servicios públicos tienen un funcionamiento adecuado y presentan economías sólidas y estables, algunos de ellos han caído en situación de recesión económica que los ha visto debilitarse de manera económica, pero al parecer socialmente no se han presentado repercusiones serias.

El caso de México es muy diferente, al encontrarse en la posición 61, forma parte del grupo de países de desarrollo humano alto, los cuales presentan mejorías en algunos puntos pero ven disminuida su situación en otros. Esto ocasiona que no fueran incluidos en el selecto grupo de los de desarrollo humano muy alto, como los 10 primeros, el mismo informe para el caso de México, presenta los siguientes datos generales:

Cuadro 8.
Variables de salud y su medición, para México

No.	Variable	Medición
1	Cobertura de inmunización en difteria, pertusis y tétanos	96%
2	Cobertura de inmunización en sarampión	95%
3	Niños con bajo peso (moderado a grave, en menores de 5 años)	3.4%
4	Incidencia del VIH Mujeres (15 a 24 años)	0.1%
5	Incidencia del VIH Hombres (15 a 24 años)	0.2%
6	Tasa de mortalidad infantil (1,000 nacidos vivos)	14
7	Tasa de mortalidad menores de 5 años (1,000 nacidos vivos)	17
8	Tasa de mortalidad mujeres (1,000 adultos)	88
9	Tasa de mortalidad hombres (1,000 adultos)	157
10	Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes (1,000 personas)	237
11	Médicos por cada 1,000 personas	2.9
12	Porcentaje de satisfacción con la calidad de la atención de salud	69%

Fuente: PNUD, 2013: 167.

En algunos países como Noruega, algunas cifras son similares, en cambio, en el caso de la tasa de mortalidad infantil, por cada 1,000 nacidos vivos, lo cual representa menos de una cuarta parte de la cifra de nuestro país.

Otra de las variables en las cuales nuestro país no está bien colocado a nivel mundial, es la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes ya que comparado con Noruega la cifra es de 124 personas y en México es casi el doble. Debemos recordar que desde hace algunos años nuestro país se ubica en el primer lugar en obesidad y diabetes, siendo este dato un campo de acción y decisión que debe ser adoptado por la política.

El interés fundamental de esta sección, es colocar a la salud en contexto dentro de otras variables o indicadores sociales, que tiene relación directa con la vida cotidiana y las realidades que presenta.

En el siguiente apartado, se revisan algunos indicadores nacionales, por ejemplo, el de pobreza en el cual la salud juega un papel fundamental, pues se incluye en las mediciones sobre este rubro en el que la falta o carencia en el acceso a los servicios de salud se considera un elemento fundamental de la situación de pobreza de una sociedad. No es posible concebir a la salud sin relacionarla con la obtención de servicios básicos y sobre todo con lo que ocurre cuando hacen falta esos servicios.

3.3 La salud en los informes y mediciones nacionales.

El índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), es generado desde 1990 y actualmente se publica cada 5 años, con la información básica que ofrecen los Censos Generales y los Conteos de Población y Vivienda, según corresponda el caso en cada año de emisión y presenta la información incluida en el índice de marginación correspondiente al año 2010, el cual es producto del censo del mismo año.

Es importante resaltar que el índice de marginación es una medida resumen; que integra diversas variables para formar un indicador que permita posicionar a las entidades federativas y/o municipios del país en un ranking, a partir de la presencia de carencias entre la población estudiada.

Razón por la cual se utiliza el censo general o conteo de población y vivienda para obtener esta medida resumen y para tener una fotografía de la realidad y así poder analizarla, estudiarla y proponer medidas de mejora, las cuales reeditarán en mejores condiciones de vida de la población. Es necesario, antes de presentar los datos de este informe, señalar que se entiende por marginación de acuerdo al CONAPO:

La marginación como fenómeno estructural expresa la dificultad para propagar el progreso en el conjunto de la estructura productiva, pues excluye a ciertos grupos sociales del goce de beneficios que otorga el proceso de desarrollo. La precaria estructurado oportunidades sociales para los ciudadanos, sus familias y comunidades los expone a privaciones, riesgos y vulnerabilidades sociales que, a menudo, escapan al control personal, familiar y comunitario, cuya reversión requiere del concurso activo de los agentes públicos, privados y sociales (CONAPO, 2011: 11).

Queda claro que la marginación, se puede medir tomando en cuenta las variables adecuadas para conocer donde existen carencias en materia de servicios o acceso a mejores condiciones de vida. Es necesario señalar que no se incluyen todas las variables del censo de población, sino solamente las que atañen más directamente a la situación social de las personas, comunidades, municipios y entidades federativas.

En este caso, se ha convenido la estimación del índice de marginación a partir de la información de nueve indicadores que permiten conocer las carencias sociales y los lugares en donde se presentan. A continuación se incluyen las mismas de acuerdo a las dimensiones donde se ubican.

Cuadro 9.

Dimensiones e indicadores para elaborar el índice de marginación 2011.

No.	Dimensiones	Indicadores
1	Educación	Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta
2		Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa
3	Vivienda	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni servicio sanitario
4		Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin energía eléctrica
5		Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada
6		Porcentaje de viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento
7		Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares con piso de tierra
8	Distribución de la población	Porcentaje de población que reside en localidades de menos de 5 mil habitantes
9	Ingresos por trabajo	Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos

Fuente: CONAPO, 2011: 11-13.

Con estas dimensiones e indicadores se construye el índice de marginación, pudiera parecer extraño que no se incluye ningún indicador que se relacione con el tema de la salud, pero como se ha expuesto durante este trabajo de tesis, la salud tiene relación directa e indirecta con diversos aspectos de la vida social, por lo tanto, entre los indicadores que se incluyen, existen algunos de ellos referentes a los servicios al interior de las viviendas, los cuales tienen relación con la salud.

Las viviendas que no cuentan con servicio de drenaje o sanitario que les permita eliminar sus desechos, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad o riesgo ante la propagación de enfermedades que pueden ser prevenibles, como diarrea, infecciones gastrointestinales, cólera o algunas otras.

Cuadro 10.
Indicadores del índice de marginación, Nacional y Estado de México 2011.

No.	Indicadores	Porcentaje	
		Nacional	México
1	Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta	6.93	4.41
2	Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa	19.93	14.29
3	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni servicio sanitario	3.57	3.18
4	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin energía eléctrica	1.77	0.79
5	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada	8.63	5.67
6	Porcentaje de viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento	36.53	37.93
7	Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares con piso de tierra	6.58	3.94
8	Porcentaje de población que reside en localidades de menos de 5 mil habitantes	28.85	19.10
9	Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos	38.66	35.34

Fuente: CONAPO, 2011: 26.

En el cuadro 5, como comparación, se incluyen las cifras de cada una de las variables del índice de marginación para el caso de todo el país y del Estado de México. Se observa que en el caso

de las cifras nacionales, la mayor parte de ellas son mayores que las que presenta nuestra entidad federativa.

Este hecho es normal, pero resulta interesante que en el caso de las viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento, el porcentaje presentado en el país es menor que en el Estado de México, lo cual genera algunas interpretaciones.

Por ejemplo, las viviendas en condiciones de hacinamiento, son aquellas en las que existen más de una o dos familias habitando, por lo tanto, no cuentan con los espacios suficientes para los miembros de la familia. Esto repercute en las medidas de sanidad e higiene al interior de estas viviendas no sean las más adecuadas, por lo tanto la salud tiende a deteriorarse rápidamente.

La construcción del índice de marginación, a pesar de que no tiene un componente directo de la salud tiene influencia sobre él, pues algunos indicadores se encuentran ligados a la salud y afectan las políticas públicas en esta materia.

A continuación, se presenta parte del contenido que se incluye en el informe de desarrollo humano para el Estado de México, realizado en 2011, como del PNUD para contar con elementos de análisis internacionales, nacionales y estatales, en algunos casos.

La mecánica de construcción de este índice ha sido igual que el mundial, tomando en cuenta las mismas variables, pero añadiendo algunos otros aspectos que en ocasiones son particulares para cada entidad federativa, por ejemplo la situación de la inversión y el gasto en diversas áreas, en lo que se refiere al gasto social; en este rubro se incluyen las aportaciones generadas por la entidad, las participaciones federales y algunos fondos específicos (Fondo de Aportaciones a Entidades Federativas y Municipios (FAFEFM), Fondo para la Infraestructura Social Municipal (FAISM), Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS), Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM), Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y otros más)).

En este sentido y de acuerdo a la fuente señalada, a nivel nacional, el Estado de México presenta la siguiente situación:

Cuadro 11.***Índice de desarrollo humano nacional y del Estado de México***

No.	Variables	Valores	
		Nacional	México
1	Esperanza de vida al nacer (años)	75.30	75.90
2	Tasa de alfabetización de adultos (%)	92.44	95.36
3	Tasa bruta de matriculación de educación primaria, secundaria y terciaria (%)	76.68	72.90
4	PIB per cápita 2009 en dólares PPC	10,034	7,196
5	Índice de salud 2009	0.8380	0.8483
6	Índice de educación 2009	0.8719	0.8788
7	Índice de ingreso 2009	0.7692	0.7137
8	Valor del índice de desarrollo humano 2009	0.8263	0.8136

Fuente: PNUD, 2011: 224-225.

En la tabla anterior, tenemos variables que en la mayoría de los casos representan un porcentaje más elevado para el Estado de México, excepto en la tasa bruta de matriculación de educación primaria, secundaria y terciaria el cual es mayor a nivel nacional que en el Estado de México.

En el caso del índice de salud los valores son más elevados en el Estado de México respecto al nacional, sin embargo, respecto al valor del índice de desarrollo humano en general, la media nacional es mayor que en el Estado de México, por lo que pudiera parecer que el desarrollo humano es mejor en otros puntos del país; situación que se aclara cuando nos percatamos que el lugar de nuestra entidad en el conjunto de toda la nación se sitúa en el número 19, estando por debajo de la mitad de los estados del país.

Es importante resaltar que a pesar de ser el centro neurálgico del país, el Estado de México se encuentra en una situación de desarrollo humano por debajo de entidades como Distrito Federal, Nuevo León, Baja California Sur, Chihuahua, Aguascalientes, Quintana Roo, Jalisco, Colima y Morelos, por mencionar algunas.

Con este ejemplo se puede observar la gravedad de la situación, pues siempre se ha comentado que los estados del norte del país son los más adelantados y desarrollados en casi todos los rubros sociales y económicos, por lo tanto es normal que se encuentren en los

primeros lugares. En este caso, es así que el Estado de México está por debajo de entidades de todos los puntos de la nación, del norte, sur, sureste y occidente, por lo que es necesario reflexionar sobre el caso.

Como última fuente de información para ejemplificar la situación de salud en los informes y mediciones nacionales se presenta el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) el cual incluye algunos indicadores sobre la situación social del país y las entidades federativas.

En este sentido, el CONEVAL evalúa el impacto de las políticas de desarrollo social que se aplican en el país y los diferentes programas sociales por lo que es pertinente pensar en los resultados que han tenido en los últimos años.

A continuación se presentan los resultados correspondientes al Estado de México:

Cuadro 12
Medición de la pobreza, México 2010-2012

Indicadores	Porcentaje		Miles de personas	
	2010	2012	2010	2012
Población en situación de pobreza	42.9	45.3	6,712.1	7,328.7
Población en situación de pobreza moderada	34.3	39.5	5,370.8	6,383.1
Población en situación de pobreza extrema	8.6	5.8	1,341.2	945.7
Población con al menos una carencia social	75.0	74.8	11,743.3	12,094.8
Población con al menos tres carencias sociales	26.6	17.8	4,159.4	2,869.9
Rezago educativo	18.5	15.4	2,896.9	2,492.7
Carencia por acceso a los servicios de salud	30.7	25.3	4,807.4	4,097.7
Carencia por acceso a la seguridad social	59.0	64.8	9,235.5	10,468.5
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	12.9	10.2	2,021.5	1,649.3
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	15.9	11.5	2,489.5	1,863.9
Carencia por acceso a la alimentación	31.6	17.7	4,938.9	2,858.0
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	14.5	15.9	2,261.3	2,578.0
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	48.5	53.1	7,590.8	8,591.8

Fuente: Información obtenida en la página de internet del CONEVAL.

Gráfica 4.

Porcentaje de Pobreza Rural y Urbana 2010-2012



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social: recuperado de <https://www.google.com/pobrezaen México del 2010-2012>

En el caso de los rubros más impactantes, encontramos al de la población en situación de pobreza y en situación de pobreza moderada, ambos indicadores aumentaron de 2010 a 2012, el primero de ellos en más de 2 puntos porcentuales y el segundo en más de 5 puntos. Por lo tanto, la situación social en la entidad no es tan buena y sobre todo no se logra abatir el problema de la pobreza en el estado.

Las carencias sociales son elementos que han cobrado relevancia en los últimos años. Se han convertido en factores que pretenden determinar posibles riesgos que se puede presentar la población si cambiara su situación social o existieran factores externos, como una recesión económica, que implicaran modificaciones sustanciales al nivel de vida de la sociedad.

En este sentido la población que presenta al menos una carencia social, en términos porcentuales tiene un leve descenso, el cual no se presenta en los números absolutos por lo que se deben tomar en cuenta ambas ponderaciones y no quedarnos solamente con el porcentaje de esta variable, pues en la realidad la población que presenta este riesgo o situación de carencia social es mayor.

Los términos de estas carencias sociales pueden estar relacionados con el rezago educativo, con los servicios de salud, con acceso a la seguridad social, los espacios de la vivienda, los servicios básicos al interior de la misma o el acceso a la alimentación.

De todos los anteriores, el acceso a la seguridad social, que tiene relación directa con los servicios de salud, es uno de los que más ha crecido en términos negativos para el estado. En 2012 son 64.8% las personas que presentan esta carencia, lo cual representa 10 millones 468 mil habitantes. Esto resulta interesante, pues la mayoría de las personas del estado no tiene acceso a la seguridad social y se encuentran a la deriva en la atención de la salud.

Con esto último, es necesario recordar que la política pública de salud, como ya lo hemos observado y documentado, no está siendo tan efectiva como debería ser. Se encuentran todavía enormes rezagos de atención y prestación de servicios que van más allá de la construcción y mantenimiento de hospitales así como de los centros de salud.

La solución a los atrasos sociales relacionados a la salud no radica en la construcción de infraestructura. Es necesario incentivar la generación de esquemas que permitan el mejor acceso a los servicios de salud a la población abierta, no solamente a los que tienen un trabajo que les otorgue esta prestación, lo cual se sabe es muy limitado.

Los informes mundiales, están siendo enfáticos en el acceso universal a los servicios de salud y de la necesidad de que los países del mundo garanticen el acceso a todos los habitantes a servicios adecuados para mantener alejadas las enfermedades. Los requerimientos mundiales se vuelven de una u otra forma, parte de las estrategias gubernamentales. No obstante, en muchas de las ocasiones se quedan en el papel y no llegan a convertirse en realidad.

La salud como política pública no siempre se traduce en mejoras sociales, la mejor forma de poderlo constatar es a través de los resultados de las mediciones e informes internacionales o nacionales comparando lo que se enuncia en el campo de la política, con lo que se mide en la sociedad, ya sea a través de censos, conteos o por medio de análisis específicos sobre la temática. A continuación se enuncian dos ejemplos específicos de lo que se ha presentado en la política pública de salud del Estado de México.

3.4 Ejemplos específicos de política de gobierno de salud

Dentro de los ejemplos se incluyen, el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, es un espacio de salud que fue inaugurado el 11 de enero de 2009, y en el cual se otorgan los servicios de atención a mujeres que presentan embarazos de alto riesgo y a niños recién nacidos en condiciones críticas. Este hospital está ubicado en la ciudad de Toluca, Estado de México; y oferta servicios en las siguientes especialidades:

Cuadro 13.

Especialidades del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”

No.	Especialidades	No.	Especialidades
1	Anestesiología	16	Neonatología
2	Biología de la Reproducción	17	Neurocirugía
3	Cardiología Adultos	18	Neurología
4	Cardiología Pediátrica	19	Nutrición
5	Cirugía Pediátrica	20	Psicología Clínica
6	Endoscopia ginecológica	21	Trabajo Social
7	Histeroscopia	22	Traumatología y Ortopedia
8	Endoscopia	23	Inhalo terapia
9	Epidemiología	24	Cirugía general
10	Estimulación Temprana	25	Cirugía oncológica
11	Genética	26	Cirugía gineco oncológica
12	Ginecología	27	Colposcopia
13	Medicina Interna	28	Uro ginecología
14	Medicina Materno Fetal	29	Oftalmología pediátrica (voluntario)
15	Medicina Preventiva	30	Hematología

Fuente: Información obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Código Mater

¿Qué es?

Es un sistema de respuesta inmediata que se activa para la atención de urgencias obstétricas, cuyo objetivo es reducir la muerte materna.

El Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz" implementó este mecanismo y en el último año y medio ha atendido a 217 pacientes.



Participa un equipo multidisciplinario para estandarizar la atención de la mujer en una urgencia obstétrica y minimizar las demoras en diagnóstico y tratamientos.

Este sistema opera las 24 horas del día, los 365 días del año.



9 mil nacimientos al año atiende, en promedio, el Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz".

Mexiquenses más sanos



A continuación se presentan algunos cuadros que indican los recursos humanos con los que cuenta el Hospital y las consultas externas otorgadas hasta el mes de mayo 2014, fecha de la última información con la que se cuenta.

La plantilla de recursos humanos médicos y de enfermería registrada al 26 de junio de 2014:

Cuadro 14.

Plantilla de recursos humanos del Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini"

PERSONAL RAMA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA ADSCRITO	
Plantilla total de Médicos en contacto con el paciente	160
Plantilla total de Médicos en actividades administrativas	19
Plantilla total de Enfermeras en contacto con el paciente	419
Plantilla total de Enfermeras en otras actividades (Comisión o fuera del cargo)	2
Plantilla total de Enfermeras en actividades administrativas	21
Plantilla total de Enfermeras en contacto con el paciente (suplentes)	20

Fuente: Información obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Cuadro 15.**Recursos humanos en formación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”**

PERSONAL EN ADIESTRAMIENTO	
Médicos Internos	10
Médicos Residentes	46
Enfermeras Pasantes	44

Fuente: Información obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Cuadro 16.**Productividad de Consulta Externa en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”**

ÍNDICADOR	2014					TOTAL
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	
GENÉTICA	18	47	45	43	46	199
GINECOLOGÍA	233	630	506	475	273	2,117
CLINICA DE MAMA	37	60	100	76	0	273
COLPOSCOPIA	79	322	193	223	130	947
HISTEROSCOPIA	39	46	38	0	0	123
GINECOLOGIA	78	202	175	176	143	774
PRECONSULTA	0	0	0	0	0	0
INVESTIGACIÓN	126	311	271	171	175	1,054
MEDICINA INTERNA	57	176	123	119	142	617
MEDICINA PREVENTIVA	94	142	142	98	68	544
NEUROCIRUGÍA	12	17	2	5	14	50
NEONATOLOGÍA	127	242	193	206	209	977
CARDIOLOGÍA NEONATAL	49	65	47	60	53	274
CIRUGÍA NEONATAL	9	22	31	26	29	117
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	16	25	24	20	15	100
SEGUIMIENTO NEONATAL	53	130	91	100	112	486
NEUROLOGÍA	39	133	84	97	100	453
NUTRICIÓN	374	749	669	688	656	3,136
OBSTETRICIA	891	1,146	1,120	1,348	1,218	5,723
CARDIOLOGÍA GO	7	2	0	3	15	27
CLÍNICA DEL ADOLECENTE	64	140	139	147	115	605
CONTROL PRENATAL	83	225	135	221	190	854
MEDICINA MATERNO FETAL	590	504	568	734	628	3,024
PRECONSULTA	147	275	278	243	270	1,213
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	189	316	226	232	244	1,207
SALUD MENTAL ADOLESCENTES/ADULTOS	132	200	192	194	200	918
CIRUGIA ORTOPÉDICA	10	47	47	39	42	185
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	121	274	246	260	291	1,192
ANESTESIOLOGÍA	0	0	0	0	5	5
HEMATOLOGÍA					8	8
TOTAL DE CONSULTA DE ESPECIALIDAD	2,423	4,430	3,866	3,975	3,691	18,385

Fuente: Información hasta mayo 2014, obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Algo que se reconoce en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretellini” es que de acuerdo a la productividad del mismo, las áreas de hospitalización se encuentran rebasadas, se han adoptado diversas estrategias como dar de alta a las pacientes post cesárea a las 36 de 48 horas en que debe mantenerse en vigilancia, y a las pacientes postparto a las 6 de 8 horas que se recomienda mantener en vigilancia.

En este nosocomio se cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO), con tecnología de punta, sin embargo el área física tiene diversas observaciones por la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) al no considerarse desde la construcción un área de trabajo para médicos (Hospital escuela) y la falta de cuarto séptico, actualmente el hospital ya cuenta con la infraestructura en esta dos áreas.

La demanda de la atención medica en UCIO y la falta de servicios integrales para el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos hacen necesaria la reparación de equipo existente y adquisición de equipo nuevo necesario para el servicio entre lo más destacado se encuentran las camas de UCIO con fallas, funcionamiento intermitente.

Se cuenta con un prisma (insumos muy costosos), se opta por la renta de máquina de Hemodiálisis en promedio 1 a 2 pacientes al mes (2 a 3 sesiones semanales).

Por lo anterior, es necesaria la adquisición del siguiente equipo:

- Toco cardiógrafo.
- Doler para frecuencia cardíofetal.
- Gasómetro con medición de lactato.
- Ventilador de traslado.

Cabe mencionar que a la fecha todo este equipamiento médico ya fue adquirido para el servicio de la población.

De igual forma, el servicio de neonatología se encuentra rebasado de acuerdo a su capacidad instalada, es necesaria la ampliación ya que por cada cama de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se debe contar con 3 camas de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIREN), además de un quirófano neonatal.

A pesar de estas carencias no se puede negar el alto impacto que ha tenido la puesta en marcha del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, de acuerdo a la información recabada en campo al interior de dicha institución, desde 2009 y hasta 2012 ha atendido 25,000 nacimientos de alto y muy alto riesgo; teniendo aproximadamente un promedio de atención de 8,000 eventos de este tipo por año.

Es importante considerar que a nivel nacional se presentan actualmente unos 230,000 embarazos de alto y muy alto riesgo; de los cuales el 16.5%, esto es unos 38,000 ocurren en el Estado de México, por lo cual el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretellini” está cumpliendo con su meta de proporcionar servicios adecuados de salud a madres y recién nacidos.

El segundo ejemplo, es el Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”, el cual es un hospital de tercer nivel de atención en salud, inaugurado el 7 de septiembre de 2005 y ubicado en la ciudad de Toluca, Estado de México.

Esta institución es otorga atención médica de calidad, con recursos especializados y tecnología de vanguardia. A continuación se presentan algunos cuadros de información que contienen la plantilla de recursos humanos y las especialidades con las que cuenta esta institución.

Cuadro 17
Plantilla de recursos humanos del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”.

PERSONAL RAMA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA ADSCRITO	
Plantilla total de Médicos en contacto con el paciente	195
Plantilla total de Médicos en actividades administrativas	73
Plantilla total de Enfermeras en contacto con el paciente	527
Plantilla total de Enfermeras en actividades administrativas	21
Plantilla total de Personal Técnico	171
Plantilla total de Personal Administrativo y Profesional	365
Total	1352

Fuente: Información hasta febrero 2015, obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Cuadro18.**Recursos humanos en formación del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”**

PERSONAL EN ADIESTRAMIENTO	
Médicos Internos	113
Médicos Residentes	84
Pasantes de Nutrición	14
Pasantes QFB	6
Técnicos de Laboratorio Clínico	20
Pasantes de Terapia Física	2
Pasantes de Enfermería	55
Total	294

Fuente: Información hasta febrero 2015, obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Cuadro 19.**Especialidades del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”**

No.	Especialidades	Nº	Especialidades
1	Acupuntura	19	Nefrología
2	Alergología	20	Neumología
3	Cardiología	21	Neurocirugía
4	Cirugía de Tórax	22	Oftalmología
5	Cirugía General	23	Otorrinolaringología
6	Cirugía Maxilofacial	24	Psicología
7	Cirugía Plástica	25	Psiquiatría
8	Coloproctología	26	Reumatología
9	Dermatología	27	Terapia Intensiva
10	Endocrinología	28	Trasplantes
11	Gastroenterología	29	Traumatología y Ortopedia
12	Geriatría	30	Urología
13	Hematología	31	Hemodinamia
14	Infectología	32	Anestesiología
15	Medicina Familiar	33	Endoscopia
16	Medicina Integrada	34	Gastro Cirugía
17	Medicina Interna	35	Urgencias
18	Medicina Preventiva	36	Banco de Sangre
		37	Banco de Tejidos

*Nota: El Banco de Tejidos es un Organismo Público Descentralizado que trabaja en coordinación con el Centro Médico.

Fuente: Información hasta febrero 2015, obtenida en trabajo de campo y proporcionada por el Instituto de Salud del Estado de México.

Al final de este capítulo, se pueden encontrar diferentes resultados, inicialmente la política pública de salud explica de manera específica lo que desea hacer, los objetivos que quieren cumplir y las estrategias que se pretenden seguir. Posteriormente, los hechos nos permiten constatar la realidad a través de los informes gubernamentales.

Finalmente se puede comparar lo reportado en informes de gobierno con lo que se muestra en informes y mediciones de instancias públicas. En la mayoría de los casos, donde se presentan datos recogidos de forma independiente, nos permiten mostrar otras variables y formas de medición que son muestra de cómo se comporta la sociedad.

Analizando las políticas públicas sobre la salud y otros servicios se concluye que no se puede trabajar de manera descontextualizada con la realidad, no podemos extraer lo que pasa en el campo de la salud con referencia a otros acontecimientos sociales. No debemos dejar de relacionar la salud con la disposición de servicios públicos, sobre todo agua y drenaje, la salud en relación a la situación de pobreza económica y social, la salud en relación a la falta de acceso a los propios servicios de manera adecuada y con celeridad.

La salud es muy importante y nuevamente queda clara la idea de Arthur Schopenhauer quien menciona, “la salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada”, no tiene sentido la vida si no se tiene una condición de salud adecuada.

La salud no sólo es parte de la política, en términos generales, aunque aquí ha sido una forma de abordarla, no se refiere nada más a la vida pública, también debe ser observada como una forma de relación social, como manera de integración de los individuos y acorde a los elementos culturales de cada sociedad.

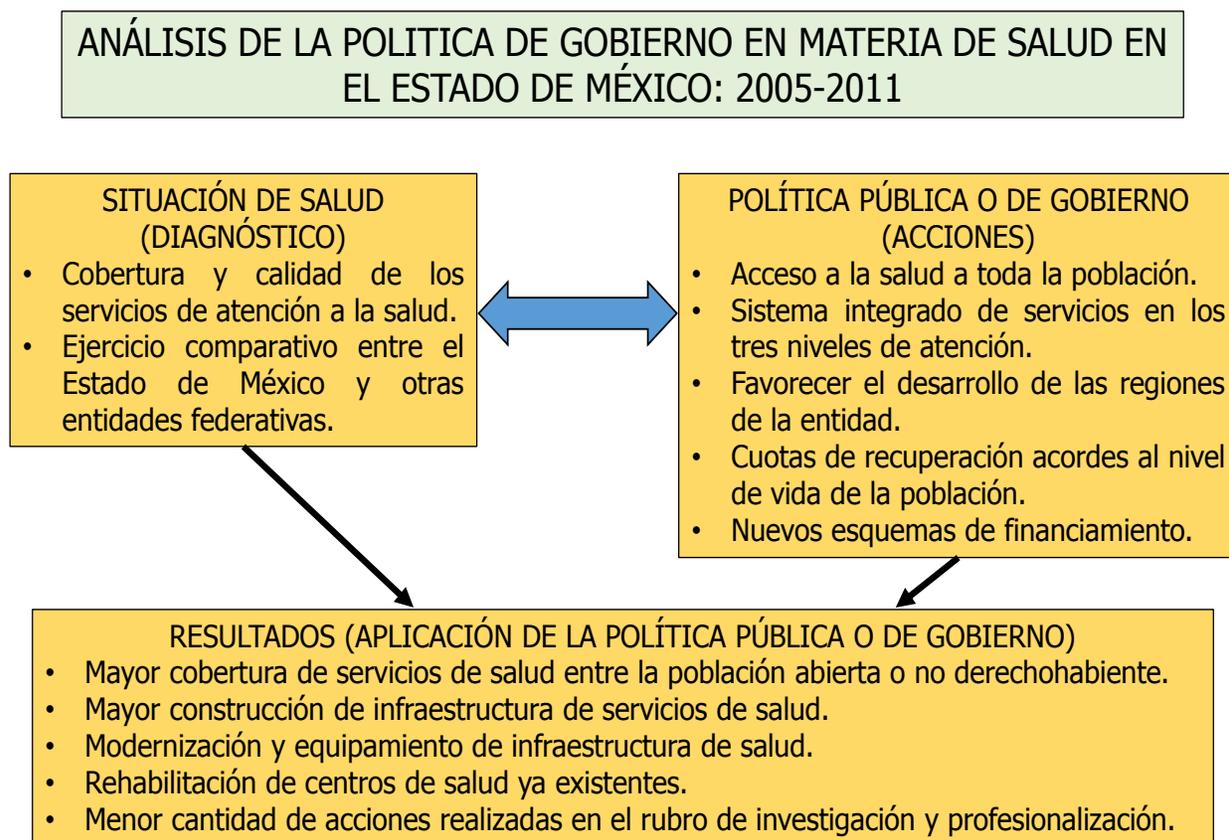
Finalmente, se debe recordar que la explicación teórica de las coaliciones promotoras y el enfoque de redes, implica sobre todo la participación de los actores públicos y la población que se vería afectada con la implementación de cada política, en este sentido, los ejemplos y la información del Plan de Desarrollo y los Informes de Gobierno nos dejan claro que ha sido necesaria la participación de la población en la generación de las políticas públicas, en su implementación y sobre todo en el impacto que tienen entre los habitantes.

A continuación como parte final del presente trabajo se incluye un diagrama que muestra en un resumen sencillo el trabajo de tesis que se ha expuesto, partiendo del diagnóstico de la situación de salud, la cual se mostró en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, la interacción que esta misma tiene con la política pública o de gobierno que se aplicó durante la administración estatal y los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la propia política y de los aspectos retomados en el diagnóstico.

De esta forma se muestra de manera esquemática el recorrido del trabajo de tesis y lo que se pudo obtener al realizar el análisis de la política de gobierno en materia de salud en el Estado de México durante el sexenio 2005-2011.

Diagrama 1.

Análisis de política de Gobierno en materia de salud en el Estado de México 2005-2011



CONCLUSIONES

Después del análisis realizado en los tres capítulos anteriores, se exponen las conclusiones a las cuales se ha llegado. En primer lugar, Se resalta el cumplimiento a los objetivos, general y específicos, del trabajo de tesis, derivado del acceso a las fuentes de información como: Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011 y los informes de gobierno, por lo tanto se planteó la política pública de salud que se diseñó y realizó durante esa administración, para conocer los compromisos y resultados obtenidos.

De igual forma, la hipótesis enunciada también se comprueba, en virtud de que no se dio total cumplimiento a los compromisos de la política pública de salud durante esta gestión de gobierno en el sexenio 2005-2011.

Cabe destacar que la política pública de salud en el Estado de México, durante el sexenio, fue demasiado ambiciosa por lo que persiguió objetivos y compromisos que no pudieron cumplirse adecuadamente, derivado quizá de un diagnóstico incompleto de la realidad social del estado y sobre todo de falta de planeación en el área administrativa.

Es importante señalar que se debe propugnar que en las administraciones estatales subsecuentes, se privilegie la participación social de los profesionales de la salud, para la integración del Plan de Desarrollo respectivo, tomando en cuenta las necesidades reales del sector salud.

Por lo anterior, la política pública de salud, quizá más que otras, se encuentra influenciada por factores aparentemente externos, como son la actividad económica, social, cultural, y sobre todo factores endógenos que hacen que desvíe sus objetivos.

Es necesario rescatar un proyecto a largo plazo que trascienda los diferentes sexenios y que busque el beneficio social y económico de la población del Estado de México. Se debe considerar que no todos los problemas sociales se resuelven con dinero e inversión en infraestructura. Se debe ponderar la creatividad y adaptación de los actores que participan en la política de salud, sin menoscabo de invertir lo que sea necesario cuando así corresponda.

Se requiere continuar haciendo los ejercicios pertinentes para escuchar a los actores políticos y a los beneficiarios de los programas de salud que se implementan. Resulta muy importante construir la política pública de salud con la participación social.

Se debe reconocer que la política pública de salud del sexenio estatal 2005-2011 logró resolver problemáticas de salud muy importantes, una de ellas que ya se comentó fue la de la atención al sector de población abierta, la cual no gozaba de servicios de salud adecuados. Pero a pesar de ello, se quedó corta en lograr el cumplimiento de todos los compromisos realizados durante la campaña.

Se puede afirmar que la política de gobierno en materia de salud se diseñó a partir de la información disponible y con la intención de resolver una gran problemática, la cual terminó rebasando la aplicación de dicha política y en algún momento volviéndola disfuncional.

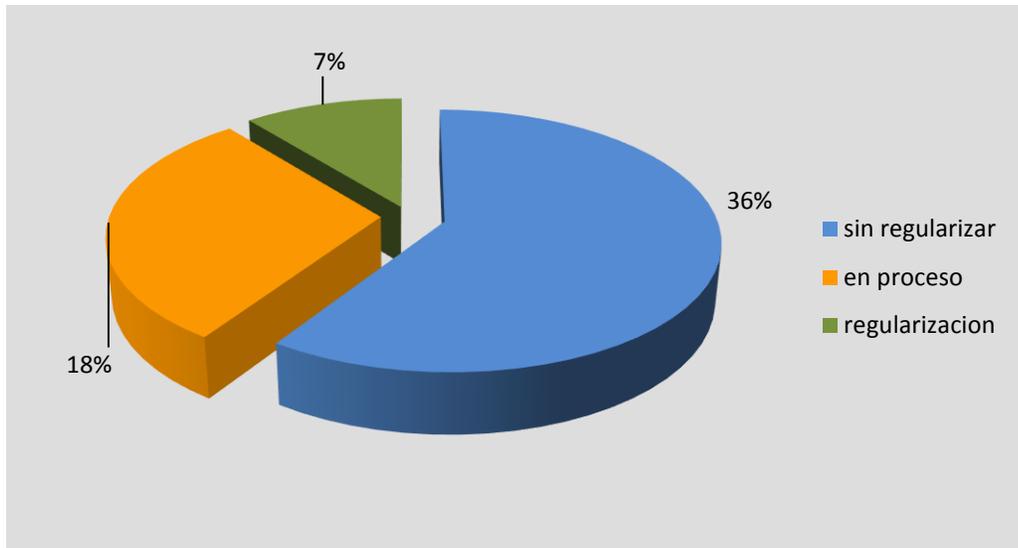
La instrumentación quizá dejó mucho que desear, se esperaba más de ella y no se obtuvo, ya que todo esto se presentó en la aplicación de la misma, se realizó inversión en infraestructura (construcción, rehabilitación y mantenimiento) de centros de salud y hospitales, pero no se preparó personal médico, no se logró cubrir la plantilla necesaria de profesionales de la salud, lo cual hasta la fecha queda pendiente. Por ejemplo en la Sesión Ordinaria número 206 del H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, celebrada en octubre del 2015, hace referencia a la dotación a las unidades médicas de recursos humanos, materiales y financieros que garanticen calidad en la prestación de los servicios de salud, esta situación nos lleva a comprender que a pesar de que existe la infraestructura necesaria no se cuenta con todos los recursos para la operación, por lo tanto no se puede prestar un servicio de calidad, cuestión que también tiene que ver con otra observación planteada, que es la de continuar las gestiones para la obtención de las autorizaciones sanitarias requeridas para el funcionamiento de las unidades médicas, que muestra un rezago importante en las autorizaciones para que operen los servicios de salud.

En el mismo informe, se presenta una tabla con la situación de los bienes inmuebles de la institución, donde de un total de 1,110 de ellos, 409 se encuentran sin regularizar, 206 en proceso de regularización a favor de la propiedad privada y 74 en regularización a favor del

ISEM, con ello poco más del 62% de estos bienes inmuebles no son todavía propiedad del ISEM y por lo mismo las condiciones en las que se prestan los servicios de salud no son las adecuadas.

Gráfica 5.

Situación de los bienes inmuebles de la institución



Fuente: Elaboración propia

Un rubro en el cual se incidió de manera permanente en el sexenio 2005-2011 y que hasta la fecha de la conclusión de este trabajo ha sido el de la atención a la población no derechohabiente, sin embargo una de las acciones no reportadas en los informes de gobierno revisados es la de la afiliación al Seguro Popular en el Estado de México, rubro en el cual el informe del ISEM de octubre 2015 señala un total de 7 millones 243 mil 746 personas afiliadas; cuestión que refuerza la atención de la población más vulnerable durante la presente administración.

Estos dos últimos ejemplos son solamente una muestra de lo que se ha venido realizando hasta la fecha en el rubro de servicios de salud en el Estado de México, sin embargo, el tema de la aplicación de la política de gobierno en materia de salud, no fue la adecuada debido a la falta recursos humanos para la atención de la población, sobre todo la que no es derechohabiente.

Como se mostró en la información de ISEM, todavía hacen falta médicos y enfermeras para atender a la población y se continúa presentando carencia en recursos materiales y financieros, aun cuando se cuenta con más de 55 mil empleados de los cuales el 45% (24,750) son médicos y 24% (13,000) enfermeras

La política para este sexenio es diferente de la administración pasada, se ha tomado en cuenta la profesionalización del personal de salud, la planeación de la infraestructura de acuerdo a las necesidades de la población, la innovación de la tecnología, para proporcionar mejores servicios de salud en los tres niveles de atención, sobre todo a los que no cuentan con seguridad social o población abierta.

Quizá en algún momento se pueda conocer y tener datos certeros de la demanda real de servicios de salud en la entidad y la capacidad de respuesta que actualmente se tiene, con cuanto personal médico se cuenta y cuánto se debería de tener de acuerdo al tamaño de la población del Estado, pero eso puede ser materia de otra investigación posterior.

ANEXO

Vertiente 1. Calidad de vida en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011 (p. 43-46).

Vertiente 1: Calidad de vida.

II Salud y seguridad social.

OBJETIVO 1: GARANTIZAR LA COBERTURA TOTAL CON CALIDAD SUFICIENTE Y OPORTUNIDAD.

Estrategias y líneas de acción

1 Acceso universal a la salud.

- Consolidar el sistema de salud en la entidad.
- Establecer un modelo de atención integrado de salud con interacción de los tres niveles, a fin de atender los nuevos padecimientos de la población.
- Ampliar y difundir el programa de cirugía ambulatoria en las zonas que carecen de equipamiento para servicios hospitalarios.
- Ampliar la cobertura de especialidades médicas de acuerdo con el mapa epidemiológico en cada región y establecer un programa de control en este rubro que permita atender a la ciudadanía dentro de los tiempos necesarios.
- Fortalecer el Centro Regulador de Urgencias Médicas y la respuesta inmediata de ambulancias, como parte del sistema integral de salud.

2 Cobertura en atención hospitalaria.

- Consolidar el segundo nivel de atención, con personal y equipamiento suficiente para su operación e incorporar a todos los hospitales al programa de certificación.
- Establecer una estructura de hospitales de tercer nivel.
- Abatir el déficit en consultorios, camas y laboratorios de salud pública.
- Promover la atención médica en zonas rurales para mejorar las acciones de atención primaria a la salud.
- Promover un esquema equitativo de cuotas de recuperación como medio para complementar el financiamiento de los servicios hospitalarios.

3 Modernización del equipamiento médico.

- Establecer un programa de conservación, mantenimiento y renovación del equipamiento de los centros de salud.
- Adecuar el equipo médico y de laboratorio de las unidades médicas del primero, segundo y tercer niveles de atención.
- Convocar organismos ciudadanos para que participen en el equipamiento hospitalario.

4 Medicina preventiva.

- Impulsar la medicina preventiva, la atención médica itinerante y continuar con el otorgamiento de paquetes básicos de salud para la población con menos recursos.
- Impulsar campañas de información masiva sobre medicina preventiva, para que la sociedad se involucre más en el cuidado de su salud con esquemas de corresponsabilidad.
- Promover programas de educación para la salud que fomente, desde la niñez, la importancia de la salud.
- Impulsar campañas, en coordinación con los medios de comunicación, dirigidas a la población infantil.
- Establecer un programa prioritario de orientación nutricional.
- Desarrollar una red de servicios de detección y atención de los diferentes tipos de cáncer como cérvico-uterino, de mama, de próstata y otros.
- Reforzar las campañas de prevención sobre las enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva dirigidas a los jóvenes.
- Crear el Instituto Estatal de Prevención de Adicciones.
- Desarrollar una cruzada preventiva contra las enfermedades crónico-degenerativas.

5 Calidad en los servicios de salud.

- Privilegiar el trato humano en la prestación de los servicios de salud pública con eficiencia y calidad.
- Homologar criterios de calidad total en la atención médica, asistencial y de seguridad social que brindan las instituciones competentes.

- Fortalecer los mecanismos de coordinación, que incluyan a los gobiernos federales, estatales y municipales, así como a organismos públicos y privados que tengan la responsabilidad de prestar servicios de salud.
- Promover una mayor inversión en infraestructura hospitalaria y clínica, así como en la operación de los servicios y tecnología que permitan enfrentar el incremento de enfermedades más complejas y diversas.

OBJETIVO 2: ELEVAR LA CALIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Estrategias y líneas de acción

6 Reforma del sistema estatal de seguridad social.

- Modernizar con tecnología de punta los sistemas de atención a los derechohabientes.
- Establecer programas de apoyo integral para estudiantes de bajos recursos, que les permitan contar con seguridad social durante sus estudios en el sistema educativo estatal.
- Establecer convenios de portabilidad de derechos pensionarios entre las instituciones nacionales y estatales.
- Formular convenios de venta de capacidad instalada entre instituciones de seguridad social, Secretaría de Salud y medicina privada, sin detrimento de la población derechohabiente.
- Garantizar que los programas de combate a la pobreza sean incorporados en los esquemas de seguridad social, bajo la figura de un régimen solidario.
- Incorporar un seguro contra accidentes para todos los niños de educación básica.
- Impulsar y desarrollar la asistencia privada mexiquense, a fin de ampliar la cobertura y los servicios asistenciales que ésta proporciona en beneficio de la población.
- Promover nuevas reformas al sistema de seguridad social de los servidores públicos que aseguren su cobertura, calidad y autosuficiencia financiera en el largo plazo, fortaleciendo el sistema de cuentas individuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar V., Luis F. (ed.) (1992), **El estudio de las políticas públicas**, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bardach, Eugene (1998), **Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica**, México: Centro de Investigación y Docencia Económicas-Miguel Ángel Porrúa.
- CONAPO (2011), **Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010**, México: Consejo Nacional de Población.
- CONEVAL (2012), **Informe de Pobreza en México 2010: el país, los estados y sus municipios**, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Elizondo M., Carlos (2012), **Por eso estamos como estamos. La economía política de un crecimiento mediocre**, México: De Bolsillo.
- GEM (2006), **Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011**, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2006), **Primer informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico, tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2007), **Segundo informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico, tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2008), **Tercer informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico, tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2009), **Cuarto informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico, tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2010), **Quinto informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico,

tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.

- GEM (2011), **Sexto informe de gobierno. Enrique Peña Nieto**. Anexo estadístico, tomo I, Toluca: Gobierno del Estado de México.
- GEM (2015), **Informe de actividades del Instituto de Salud del Estado de México, ISEM**, julio-agosto 2015.
- Jaime, Fernando M.; y otros (2013), **Introducción al análisis de políticas públicas**, Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Lasswell, Harold D. (1992), “La **orientación hacia las políticas**”, en: Aguilar V., Luis F. (ed.) El estudio de las políticas públicas, México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 79-103.
- Naciones Unidas (2014), **Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2014**, Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- OMS (2010), **Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal**, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Parsons, Wayne (2007), **Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**, Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Miño y Dávila Editores.
- PNUD (2011), **Informe sobre desarrollo humano Estado de México 2011. Equidad y política social**, México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Roberto Hernández Sampieri (2006) **Metodología de la Investigación**, 4ta Edición, México D.F.

Páginas WEB

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, disponible en <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe>
- Organización Mundial de la Salud disponible en <http://www.oms.org>
- Informe sobre Desarrollo Humano 2013, disponible en <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-2013>.

CUADROS, GRAFICAS Y DIAGRAMAS

	Pag
Mapa 1	Índice de Desarrollo humano (América Latina 2013)..... 12
Gráfica 1	Niveles de carencia de la población por grupos de edad en las dimensiones de pobreza, México, 2012... 17
Gráfica 2	Población con acceso a Servicios de Salud 1999-2004..... 27
Gráfica 3	Porcentaje de Población Atendida por unidad 1999-2004..... 28
Gráfica 4	Porcentaje de Pobreza Rural y Urbana 2010-2012 61
Gráfica 5	Situación de los bienes inmuebles de la institución..... 74
Cuadro 1	Población con acceso a los servicios de salud..... 27
Cuadro 2	Compromisos Estatales y Regionales Plan de Desarrollo 2005 - 2011 del Estado de México..... 34
Cuadro 3	Acciones realizadas en el rubro de población abierta 2006-2011..... 37
Cuadro 4	Acciones realizadas en el rubro de población derechohabiente primer y sexto informe..... 39
Cuadro 5	Acciones realizadas en el rubro de investigación y profesionalización primer y sexto informe..... 40
Cuadro 6	Principales causas de la falta de eficiencia en los servicios de salud..... 48
Cuadro 7	Clasificación del Índice de Desarrollo Humano (10 primeros y México)..... 53
Cuadro 8	VARIABLES de salud y su medición, para México..... 54
Cuadro 9	Dimensiones e indicadores para elaborar el índice de marginación 2012..... 56
Cuadro 10	Indicadores del índice de marginación, Nacional y Estado de México 2011..... 57
Cuadro 11	Índice de desarrollo Humano Nacional y del Estado de México..... 59
Cuadro 12	Medición de la pobreza, México 2010-2012..... 60
Cuadro 13	Especialidades del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”..... 63
Cuadro 14	Plantilla de recursos humanos del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”..... 64
Cuadro 15	Recursos humanos en formación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”..... 65

Cuadro 16	Productividad de Consulta Externa en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”	65
Cuadro 17	Plantilla de recursos humanos del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”	67
Cuadro 18	Recursos humanos en formación del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”	68
Cuadro 19	Especialidades del Centro Médico “Licenciado Adolfo López Mateos”	68
Diagrama 1	Análisis de política de Gobierno en materia de salud en el Estado de México 2005-2011	70