

## **LA ACCIÓN DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES EN LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA: En búsqueda de una primera explicación.**

**García del Castillo Rodolfo<sup>1</sup>  
Pérez Cabrera Armando<sup>2</sup>  
Santín del Río Leticia<sup>3</sup>**

### ***Introducción***

La participación de los gobiernos locales en los distintos tipos de políticas pública tiene una importancia mayor a medida que la acción del Estado se orienta a la búsqueda de mejores resultados con estrategias basadas en una adecuada distribución de capacidades y competencias. La descentralización encuentra un cruce con los esquemas de optimización de la acción pública basados en la tecnología y la aplicación de modelos administrativos inspirados en la calidad e innovación. En este sentido, el sector salud también es un espacio tocado por la descentralización y el cambio administrativo para crear mejores servicios y satisfactores para los ciudadanos, aunque faltaría valorar hasta donde la incorporación de los municipios puede representar una alternativa real de mejora en el sector.

La salud pública en México se encuentra sometida a serías presiones de demanda. El crecimiento de la población, la conformación de cuadros epidemiológicos nuevos y, en el futuro inmediato, el cambio en las curvas de edad colocarán al sector ante retos inéditos que exigirán respuestas eficientes y eficaces capaces de involucrar a los distintos agentes gubernamentales y sociales para la solución de dichas problemáticas.

La política pública de salud se encuentra caracterizada por la interdisciplinaridad, pues el problema de salud es en realidad una cuestión de carácter integral. Por ello, la acción de distintas dependencias incide de manera directa o indirecta en los efectos e impactos sobre la salud de la población. Por ejemplo, nadie puede negar la importancia de las acciones del sector social sobre las condiciones favorables o desfavorables de la morbilidad infantil o la mortalidad de las mujeres jóvenes sólo por citar algunos casos.

En épocas recientes la organización del sector salud en nuestro país se ha visto sometida a cambios importantes. La descentralización que arrancó desde principios de los 80's paulatinamente ha conducido al fortalecimiento de los sistemas estatales de salud. Sin embargo,

---

<sup>1</sup> Investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas.

<sup>2</sup> Coordinador Estatal del Seguro Popular en el Estado de Guanajuato.

<sup>3</sup> Investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede de México.

dicho fortalecimiento se ha presentado en ritmos diferentes y la discontinuidad ha traído como consecuencia dificultades para evaluar adecuadamente los resultados. Aunque las políticas sectoriales han buscado atacar los problemas de salud bajo ópticas que consideren todos los niveles de atención, la cristalización de estas políticas depende en buena medida de la capacidad de los sistemas estatales para traducir satisfactoriamente los programas de salud y sobre todo para asignar de manera subsidiaria las responsabilidades para otros participantes como las organizaciones sociales o de los gobiernos municipales.

Aún así los gobiernos municipales han asumido poco a poco un mayor protagonismo en la prestación de servicios y un rol de mayor peso en la definición y puesta en marcha de políticas públicas en los espacios bajo su responsabilidad. Aunque se reconocen las disparidades y la marcada heterogeneidad entre ellos, sin duda la creatividad demostrada para atender las necesidades de su población ha revelado su potencialidad en cuanto al papel que pueden jugar en el desarrollo social. Por supuesto, la complejidad de las respuestas y sus alcances depende, en buena medida, de las características de sus organizaciones, la fortaleza de su posición en el contexto político y la forma en la cual han definido su lugar en las redes inter e intraorganizacionales.

La complejidad de las relaciones intergubernamentales en el sector puede conducir con facilidad a duplicidades si no se parte de una política coordinada previamente concertada entre los actores clave. Ante los potenciales obstáculos que puede representar un contexto poco claro y con competencias traslapadas los gobiernos municipales, en su mayoría, han preferido retomar los programas del gobierno federal y estatal para aplicarlos, sin presentar alternativas para la atención a la salud en donde cobren mayor autonomía de acción, quizá porque ello significa a su vez asumir mayores responsabilidades.

Para comprender mejor el potencial papel de los gobiernos municipales en las políticas de salud podemos retomar tres conceptos: la Seguridad Humana (SH), la Atención Primaria a la Salud (APS) y la subsidiariedad. La búsqueda de la “seguridad humana” y su reflejo en directrices de protección a la salud han guiado la acción de los organismos internacionales. Si tomamos en consideración la importancia que tiene la Atención Primaria a la Salud (APS) –como un conjunto de acciones preventivas- podemos cobrar conciencia clara sobre el papel que deberían jugar los gobiernos subnacionales, particularmente los municipios, en la puesta en marcha en acciones de esta índole. Sin duda los municipios y sus gobiernos conocen mucho mejor el tejido social sobre el que actúan y por tanto pueden identificar a los actores sociales capaces de convertirse en agentes facilitadores de las mecánicas preventivas que propone la APS. Partiendo de una óptica de subsidiariedad las políticas de salud encontrarían en los gobiernos municipales el espacio idóneo para atender las causas que inciden de forma perversa en el proceso salud-enfermedad, disminuyendo además los costos y focalizando el impacto potencial de las acciones tomadas.

La revisión de las experiencias presentadas en el Premio Gobierno y Gestión Local 2001 nos ofrecen un mosaico diverso sobre las formas de interpretar los problemas de salud locales y, por supuesto, también sobre la manera que son atendidos. Entre los casos presentados a este certamen encontramos un poco de todo, desde aquellos que privilegian el uso de técnicas nuevas o simplemente la creación de infraestructura, hasta los que replantean la organización de la

atención a la salud. En ocasiones esta última postura puede convertirse en un elemento cuestionador de los marcos legales e institucionales que ahora rigen a la organización sectorial de la salud.

A lo largo de este capítulo buscaremos desentrañar la forma en que los gobiernos municipales abordan el problema de salud de sus comunidades y cómo intentan mejorar sus resultados. Más allá de los modelos universales o las conclusiones contundentes nuestra intención es abrir un marco de reflexión distinto para entender la innovación y el cambio en las políticas locales de salud.

### *1) Conceptos claves para abordar las problemáticas de salud pública: un primer acercamiento.*

Para entender el sentido de las políticas de salud es conveniente tomar en consideración algunos conceptos clave. En esta ocasión retomamos tres de ellos: el concepto de seguridad humana que da sustento ético a la acción gubernamental en busca del beneficio integral de los gobernados; el de subsidiariedad que facilita la comprensión de las obligaciones así como la responsabilidad de cada nivel gubernamental; el de atención primaria que se enfoca a las acciones correctivas que deben tomarse cerca de los beneficiarios y que por tanto corresponden de forma más lógica a los niveles municipales e incluso comunitarios.

El tema de la salud pública se encuentra ligado a principios básicos relacionados con los derechos humanos. Entre ellos se encuentran el derecho a la vida y a la seguridad, siendo facultad y obligación de cualquier Estado garantizarlos dentro de los límites de su comunidad política territorial. No obstante de la ineludible responsabilidad de los Estados, hoy en día el significado de la seguridad y las políticas afines a ellas se discuten ampliamente a nivel mundial; ello se debe a los diversos factores de riesgo existentes –conflictos violentos, refugiados, deterioro ambiental, desastres naturales, narcotráfico, epidemias, migraciones descontroladas, crecimiento demográfico, hambrunas, etc.-, que causan temor e inseguridad en la gente y también a los Estados. El concepto de “Seguridad Humana”, aunque no es nuevo, sitúa el debate en un punto cercano y más ajustado a lo que demanda y requiere el conjunto de la humanidad.

La idea fue divulgada a nivel internacional, en 1994, por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), al difundir su *Informe de Desarrollo Humano*. Desde entonces, la discusión mantiene la idea básica de que la causa de la inseguridad humana es la vulnerabilidad. De modo que, es indispensable preguntarse cómo proteger a las personas, teniendo como parámetros de acción pública la necesidad de implicar directamente a las personas y vincular también el desarrollo con la seguridad (Vicencç Fisas; 2002).

El tema de la seguridad humana tiene que ver con una serie de prácticas y dimensiones concretas de la inseguridad en diversos aspectos, que son desde aquellos relacionados con el control de armas y la prohibición de minas antipersonales, hasta la seguridad financiera, alimentaria, sanitaria, ambiental, personal, de género, comunitaria y política. Todos estas dimensiones, en el contexto de la necesidad de proteger y apoyar la defensa del Derecho Internacional Humanitario, han lanzado una iniciativa a nivel internacional de crear una red de seguridad humana (Human

Security Network), que lejos de quedarse en viejos temas de seguridad como son los aspectos militares, conciben el concepto de seguridad humana de manera más abierta a la detección del conjunto y variedad de necesidades de los habitantes del planeta. Es así, que el objetivo básico de la Seguridad Humana es salvaguardar el ‘centro vital’ de todos los seres humanos de cualquier amenaza que escape a su control y, por tanto, replantear los instrumentos que se requieren para enfrentar los distintos problemas que amenazan la seguridad e integridad de los humanos.

Frente a la enorme tarea de defensa de los derechos humanos, los organismos internacionales y los Estados deben crear y sostener ‘centros vitales’, entendidos como derechos indispensables que deben ser garantizados para resguardar la libertad y la integridad de quienes los ejercitan. El concepto de “seguridad humana” pone el acento más en las personas y las comunidades que en los Estados y, particularmente, en los individuos que se encuentran en situaciones de extrema inseguridad y vulnerabilidad, ya sea por las guerras o por la marginación. Así el concepto debe ubicarse en el centro de las decisiones políticas para construir acciones integrales que involucren a diversos sectores gubernamentales y sociales en amplia colaboración.

El tema de la seguridad humana requiere -como lo ha señalado el Premio Nobel de Economía Amartya Sen- de un replanteamiento serio sobre la seguridad humana como instrumento para pensar el futuro y el propio desarrollo de los individuos y de las comunidades, y estar integrado a las agendas de los Estados.

A nivel internacional, la UNESCO promueve seriamente la idea de reforzar tres elementos fundamentales en el tema de la seguridad humana: la capacidad movilizadora de las personas, las instituciones y los gobiernos para que cuenten con una agenda pública que contemple la comprensión multidimensional de la seguridad humana, apoyada en el respeto a los derechos humanos y a los principios democrático para el logro de un desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza extrema y la búsqueda de mecanismos que permitan la prevención de las fuentes de inseguridad para las personas. Desde esta perspectiva los gobiernos juegan un papel clave en relación con el desarrollo y la seguridad humana. La tarea de los gobiernos requiere poner en marcha políticas orientadas a la creación y promoción de ‘centros vitales’, con base en la necesidad constitucional de garantizar los derechos de primera, segunda y hasta tercera generación, como son los derechos al desarrollo y la alimentación. Por ello, la noción de salud humana está ligada al derecho a la protección de la salud, no sólo como derecho social, sino como parte de los derechos fundamentales. En consecuencia, un sistema de salud está interrelacionado con las personas, las instituciones y los gobiernos para desarrollar la “seguridad humana”. Al estar interconectados comparten responsabilidades para resolver las exigencias que las sociedades complejas, diversas e industrializadas requieren.

En su interacción dinámica los tres componentes mencionados (personas, instituciones y gobiernos), delinear los requerimientos de las sociedades presionan sobre los Estados para que creen *centros vitales descentralizados*, con el objeto de propiciar el desarrollo de las personas y las comunidades.

Los espacios de actuación de los gobiernos, en específico de los gobiernos locales, requieren ser entendidos desde la fórmula organizativa del compromiso basada en la construcción cooperativa

del Estado y de la sociedad. Para establecer satisfactoriamente un sistema de salud estatal, las responsabilidades deben ser asignadas bajo el principio de subsidiariedad. Esto es, que las comunidades de mayor jerarquía deben ocuparse sólo de las tareas que las pequeñas no pueden realizar tan bien, o mejor. Cuanto más pequeña es la comunidad, tanto mayor es la participación relativa de cada uno de sus miembros en la formación de la voluntad común. (Zippelius, 1969:1998)

El principio de subsidiariedad requiere ser entendido como principio general estructural, dentro de la justificación democrática del Estado, donde la autonomía relativa de los gobiernos subnacionales, será mayor si está fincada en una participación democrática y en la posibilidad de un mayor desarrollo político y administrativo en la toma de decisiones. De modo que, con base en la idea rectora de la democracia articulada, la autonomía y la descentralización del poder público, permiten la construcción cooperativa del Estado y la sociedad. De acuerdo con Zippelius,

*“no se puede ser un ciudadano bien atendido, sin ser, a la vez, un ciudadano completamente administrado. Los ciudadanos, municipios, universidades y otras “instituciones autónomas” deben tener bajo su control una parte sustancial de la “procura existencial”, y la protección de intereses, si no desean que el Estado o las grandes organizaciones las controlen a ellas. Esto no es más que otra formulación del “principio de subsidiariedad”, considerado desde antiguo como remedio decisivo contra el Estado nivelador.” (Zippelius, 1969:1988)*

Mientras más descentralizado esté el poder político de decisión será más extenso, en términos generales, el campo de un compromiso por parte de los gobiernos subnacionales y de los ciudadanos.

Los procesos de descentralización comprenden diversos aspectos e interrelaciones, de acuerdo al dinamismo que se da a los gobiernos para atender las demandas y necesidades sociales. El motivo de la intervención gubernamental para incidir sobre la calidad de vida de los gobernados de forma integral, implica salvaguarda los centros vitales. Cada unidad territorial, al interior del Estado, debe responsabilizarse de aquellas regulaciones y medidas que atañen a su propio centro vital de acción. No sólo se trata de una distribución de competencias entre federación y estados miembros, se trata de la idea que rige el criterio según el cual, dentro de las entidades federativas, se otorgan tareas a las corporaciones territoriales. Por ello, la descentralización responde, también, a la lucha por reconocimiento de espacio, que los ciudadanos reconocen como su territorio.

La complejidad de la descentralización como proceso integral contempla diversas fases que van desde lo legal, lo administrativo, lo económico, hasta lo político. Dependiendo de la demanda y oferta de servicios básicos, así como de la capacidad institucional para estructurar una respuesta social organizada a la salud, se podrán ir venciendo las dificultades y obstáculos al desarrollo y ampliar la base de la seguridad social a mayor población.

En América Latina la tendencia a la descentralización del sector salud es casuística Y ha ocurrido en un contexto de reforma sectorial mucho más amplio, variando de intensidad y frecuencia en los países. Junto con el sector salud, también se descentralizó la educación. En sus inicios el proceso con relación a la salud, difícilmente pudo poner en marcha el principio de subsidiariedad, en parte por la debilidad económica de los estados y, también, por la fuerte tendencia a la centralización, las restricciones fiscales y los grandes desequilibrios sociales y económicos, falta de planeación, así como las desigualdades territoriales acentuadas en la distribución de recursos asociados a la provisión de servicios. En un segundo momento, los esfuerzos se encaminaron a unificar sistemas nacionales de salud, aunque siguieron muy centralizados. Finalmente, ante las dificultades inherentes de un proceso de liberación centralizada, un buen número de países de la región comenzó a edificar esquemas de descentralización de provisión de la Atención Primaria de Salud (APS).

Este sistema de Atención Primaria a la Salud, comenzó haciendo reformas para incentivar “la eficiencia en la provisión y financiamiento, incorporar las preferencias de los consumidores en la definición de los programas de salud y mejorar la focalización de los programas asistenciales”. (Cominetti, 1997). No obstante, podemos decir que dada la naturaleza y características particulares de los países y las diversidad de interrelaciones, los modelos de salud son complejos, en algunos casos mixtos (privado-público), pero generalmente es el sector público el más importante prestatario de los servicios. Desde este contexto, podemos observar las prácticas y experiencias implementadas en cuanto a programas de descentralización de salud. Este proceso cada vez más transfiere y comparte responsabilidades para la Atención Primaria de la Salud, con los niveles de gobierno subnacionales, buscando así un esquema que ponga el énfasis en la interrelación entre desarrollo, gobernabilidad y seguridad humana.

Si intentamos vincular los tres conceptos de nuestro análisis tendríamos algo similar al Cuadro 1. Aquí el punto de partida es justo la esencia de la intervención estatal en aquellos asuntos que atañen a la garantía de la seguridad humana, incluyendo por supuesto a la salud. En la salvaguarda de los centros vitales la participación organizada de los órganos componentes del gobierno en la construcción de políticas públicas obedece al principio de subsidiariedad. Cada esfera de gobierno, cada organización específica asumirá aquellas tareas para las cuales posee una ventaja de atención. En este sentido la posibilidad de atender de manera focalizada y con eficiencia las acciones correctivas que influyen negativamente en el proceso salud-enfermedad, requieren de una mayor participación de los gobiernos locales así como la incorporación conciente de agentes sociales ubicados a nivel de las comunidades.

Aunque el papel de los gobiernos locales cuenta con mayores posibilidades de incidencia en tareas de APS, esto no significa que allí se agote su participación. Sin duda, el tamaño y complejidad de los municipios abre paso para una mayor incorporación en otras tareas de creación de infraestructura e incluso operación de subsistemas de salud. En este punto, aún quedaría por solucionar el debate sobre cuáles serían las formas y mecanismos de articulación entre el sistema nacional de salud y estos gobiernos locales para alcanzar mejores efectos en la calidad de vida de los ciudadanos. Como observaremos en los apartados subsecuentes los municipios mexicanos en general han optado por una política adaptativa con relación a las problemáticas de salud, asumiendo programas ya establecidos en buena medida como resultado

de la complejidad que supone una perspectiva global sobre las causas y efectos de las megapolíticas del sector.

Cuadro 1.

1. Seguridad Humana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Origen de la intervención gubernamental para incidir sobre la calidad de vida de los gobernados de forma integral.</li> <li>• Salvaguarda del “centro vital”.</li> </ul>
2. Subsidiariedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vía para definir los espacios de actuación de los gobiernos locales.</li> <li>• Descentralización con base en la mejor oportunidad de la respuesta de cada instancia de gobierno.</li> </ul>
3. Atención Primaria a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de las causas y la aplicación de acciones preventivas en primera instancia.</li> <li>• Proceso salud enfermedad: lugar específico de la innovación local.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 2) *La descentralización del Sector Salud en México*

La descentralización del sector salud en México presenta diferentes e importantes momentos. Sus antecedentes se remontan a los gobiernos de Luis Echeverría y José López Portillo con algunos programas como IMSS-COPLAMAR, sin embargo, no fue sino hasta mediados de los 80's, que el programa de descentralización cobró fuerza. Así, en 1984 se promulgó la Ley Federal de Salud y en 1985 y 1987 se procedió a la descentralización de los servicios en 14 entidades. En el gobierno de Salinas se continuó con esta estrategia en el plan de desarrollo, aunque el avance fue más lento. Hasta 1990 los avances parecían no ser muy claros, los promedios de cobertura por entidades federativas eran desiguales, las políticas de distribución del gasto carecían de claridad y la formación y capacitación tampoco parecían consolidarse. (Cardozo, 1998).

La descentralización del sector salud se ha caracterizado por su gradualidad. En sus orígenes no contó con elementos explícitos de municipalización de los servicios ni con una autonomía efectiva de establecimientos proveedores, y tampoco con mecanismos efectivos de participación de la sociedad, la autonomía de los estados estuvo limitada en el manejo de los recursos, aunada a las limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales, de modo que “el modelo mexicano de comienzos de los ochenta puede ser tipificado como una *desconcentración parcial hacia el nivel intermedio*”. (Cominetti, 1997)

Asimismo este proceso descentralizador ha tenido la modalidad de: “Desconcentración de facultades exclusivas, se celebran acuerdos de coordinación con los gobiernos estatales con el propósito de que éstos, a través de un órgano estatal, pueden ejercitar las facultades exclusivas en nombre y por cuenta de la federación. La Ley General de Salud, faculta a la Secretaría de Salud para que, mediante acuerdos de coordinación, convenga con los estados, que estos ejerzan determinada facultad de salubridad general exclusiva en nombre y por cuenta de la autoridad Federal. La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo celebró acuerdos de

coordinación en la totalidad de las entidades federativas con el objeto de que éstas, a través de sus contralorías internas realicen auditorías y demás técnicas de control sobre inversiones federales que se realizan en su territorio.” (Mejía Lira, 2000).

En años posteriores se fueron fortaleciendo los sistemas locales, entrando en una nueva fase con recursos y personal capacitado y administrativamente desconcentrado hacia los niveles subnacionales. A partir de los noventa y bajo un impulso renovado al federalismo, se propuso superar la ineficiencia del sector salud, extendiendo las competencias, las responsabilidades y los recursos, para atender las problemáticas específicas de las regiones y localidades, ampliando la cobertura y teniendo como objetivo la población abierta, es decir, la población que no cuenta con instituciones de seguridad social ni pueden pagar servicios privados. Al mismo tiempo, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la puesta en marcha del programa Solidaridad, se orientó especialmente al alivio a la pobreza, debido a las dificultades para vencer el subdesarrollo, al tratar de ampliar la seguridad social a toda la población.

A pesar de que por derecho constitucional la protección de la salud es por parte del Estado, con base en el principio de acceso universal a los servicios de atención médica, México cuenta con dos universos claramente diferenciados del sistema de salud: el universo de la población asegurada por la Seguridad Social y el universo de los no asegurados o de Asistencia Pública. Bajo este sistema de salud se trata de cubrir el territorio nacional. Sin embargo, las disparidades persisten en la prestación de servicios.

La intención de los modelos descentralizadores se encuentra estrechamente vinculada a la idea de los SILOS (Sistemas Locales de Salud) propuestos por las organizaciones mundiales como los mecanismos idóneos para cubrir la atención primaria y detectar los requerimientos de otros niveles de salud. Es indudable que la Organización Mundial de la Salud incide directamente sobre las tendencias de las grandes políticas de salud y que muchos de sus criterios son prácticamente copiados en los programas nacionales. Por ello, muchas definiciones son estrictamente técnicas y en ocasiones no se adaptan adecuadamente a las regiones y ello ha exigido una reinterpretación de los analistas de política a nivel subnacional.

En el desdoblamiento de las políticas instrumentadas, las formas de vinculación que establecen las diferentes dependencias de sector con las autoridades locales o con las comunidades son de características muy disímiles y, como producto de esto, la forma en que se dan los aprendizajes para mejorar resultados presentan severas discontinuidades. No obstante, en este esquema de fortalecimiento local al municipio lo que le corresponde hacer en materia de salud está vinculado al nuevo proyecto de las Comunidades Saludables en el ámbito local. Recordando que es un proyecto y no una ley que rompa los candados legales para fortalecer la descentralización hacia los municipios o áreas afines capaces de soportar este movimiento.

### *3) Las acciones gubernamentales recientes: Municipios Saludables*

Siguiendo el planteamiento del Plan Nacional de Desarrollo, la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, de la Secretaría de Salud, ha planteado 22 Programas de Acción a través de los cuales se desea atender a la población para crear un “blindaje sanitario”. De entre estos

programas resulta particularmente atractivo para nosotros el Comunitades Saludables que incluye acciones a favor de los Municipios Saludables.

Las importantes transformaciones que se están realizando en México, tienen como objetivo crear consensos, mancomunar esfuerzos y voluntades políticas en la generación de programas de desarrollo que permitan crear condiciones para favorecer una vida más saludable a la población. En efecto, con la participación activa de los diversos sectores público, privado y la comunidad en su conjunto, el Programa Comunitades Saludables pretende mejorar y favorecer la calidad de vida, así como lograr un mayor impacto en los niveles de salud y desarrollo en general.

El proyecto “Comunitades Saludables” mediante sus diversos Programas de Acción implementó varias estrategias que permiten alcanzar objetivos tales como: educación para la salud, participación social, comunicación educativa, capacitación, coordinación y concertación, e investigación y evaluación. El programa se presentó el 9 de agosto, en la VII Reunión de la Red Mexicana de Municipios por la Salud en la ciudad de Puebla, y contempla como prioridad vincular la salud con el desarrollo económico y social, reduciendo los rezagos en salud que afectan a los sectores más cadenciados.

Lo interesante a destacar es que el programa, si bien forma parte de las políticas gubernamentales del sector salud, hace necesario e indispensable la participación activa de la población en el fortalecimiento de una cultura que articule: salud-población y medio social, para lo cual se cuenta con la cooperación de las 32 entidades federativas en el diseño de proyectos que en el ámbito local reflejen la efectividad del programa.

Una de las principales características de acción del programa, actualmente en marcha, es incorporar la participación de la población municipal, pues es la encargada de fortalecer las capacidades y habilidades de los individuos en la toma de conciencia, para que les permita modificar las condiciones sociales y ambientales que les son adversas. En tal sentido, el proyecto Municipio Saludable se constituye, por una parte, como un mecanismo rector de las actividades que permiten hacer propicio el concurso organizado de la comunidad en la definición de sus prioridades, elaboración de programas de salud local y la evaluación de las actividades programadas. Por la otra, se hace necesario un trabajo conjunto y coordinado entre las autoridades de los gobiernos municipales con las instituciones estatales y federales relacionadas al desarrollo social municipal.

El calificativo saludable se debe entender como una meta o un desafío, y no como un estado ya alcanzado, aún cuando cualquier municipio haya logrado avances significativos en la mejora del nivel de vida de su población. Esta dinámica plantea que siempre será posible mejorar la comunidad y el municipio, lo que a su vez representa considerar varias acepciones del calificativo saludable: un movimiento, una oportunidad, un programa y una política.

Actualmente se encuentran acreditados 1,618 municipios como saludables, y a su vez está constituida la Red Mexicana de Municipios por la Salud que cuenta con 1,397 integrantes, encabezados por un Comité Coordinador formado por un presidente municipal por entidad federativa.

Para instrumentalizar el programa se llevan a cabo los siguientes procedimientos: capacitación a los responsables estatales de promoción de salud, coordinación interinstitucional e intersectorial y seguimiento y evaluación.

Para implementar el Programa Comunidades Saludables se cuenta con 83.7 millones de pesos, de los cuales se destinan 76.9 millones de pesos a los apoyos a proyectos del Programa de Comunidades Saludables y 6.8 millones de pesos para la instalación de la plataforma en las áreas responsables de promoción de salud de las entidades federativas y en las coordinaciones jurisdiccionales de promoción de salud, que posibilitan la operatividad del programa.

El Programa Comunidades Saludables inaugura una nueva comunión entre la ciudadanía y las autoridades gubernamentales, en especial del ámbito local y su población, cuya participación le da mayor protagonismo. Esto repercute en la expansión de una cogestión corresponsable en la toma de decisiones gubernamentales generando una democratización del sistema de salud. Aunque el programa Comunidades Saludables tienen amplias pretensiones, no hay que olvidar que debido a la diversidad de acciones en el abordaje de las múltiples problemáticas en materia de salud, y la necesidad de contar con un monto importante de recursos asignados, no todos los municipios logran articular este Programa y encuentran dificultades para su efectividad.

#### *4) Características de la innovación municipal en salud: las ambiciones ¿limitadas?*

Antes de continuar con nuestro análisis resulta conveniente detenernos en algunas aristas de la innovación en el proceso de *salud-enfermedad-atención*. Es necesario tomar en consideración su locus de aplicación, los beneficiarios y el nivel o contexto político, social o económico en donde se implementará. En salud, debemos preguntarnos dónde se dan los cambios: si en la comunidad, en la clínica, en el hospital, en el instituto; o pensar para quién se innova: para el promotor de la salud, la enfermera o enfermero, para el trabajador social, para el médico general o con postgrado, para la partera o la madre; y finalmente en qué nivel o contexto político sucede: Organización Mundial de la Salud, Oficinas Regionales, Ministerios de Salud Nacionales, Estados o Provincias, Municipios o Localidades.

La innovación se puede dar en todos en distintos espacios y con la participación de diversos actores, pero la interpretación de quien la emprende resulta muy importante. Así tenemos un clásico ejemplo en las curriculas de las escuelas de medicina que conservan un modelo “flexneriano” para la formación de médicos que son preparados bajo un enfoque hegemónico, individualista y orientados a estudiar hasta la más ínfima parte del cuerpo humano, haciéndose grandes conocedores de un grupo de edad o una parte del cuerpo. Para este enfoque la innovación va de la mano con el descubrimiento de nuevos medicamentos, nuevas técnicas de trasplante o el descubrimiento de algún aparato de diagnóstico no invasivo y, además, bajo este enfoque no sólo el médico flexneriano lo ve así, sino que gracias al atributo del libre mercado así es promocionado y vendido, lo que se traduce en una perspectiva común de innovación en salud. Pero, ¿dónde queda la visión social intangible dentro de la innovación en el proceso salud-enfermedad-atención? ¿O será que está implícita en el propio sentido del servicio a la comunidad (sano, enfermo y su atención)? La respuesta depende de los factores seleccionados por quienes diseñan las políticas y por supuesto de quienes las aplican en los diversos lugares de la

administración gubernamental, aunque quede claro que la tecnología y la ciencia se usan para innovar a través de las políticas planteadas a nivel mundial, nacional o regional.

En la actualidad no existe un consenso para definir el concepto de salud. Ha pasado desde su sentido básico que es "ausencia de enfermedad", hasta el expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la concibe como "el pleno bienestar físico, mental y social del individuo". Para afirmar que un individuo es sano es preciso considerar objetivamente 4 condiciones:

1. Morfología: que no exista alteración macro o microscópica detectable de la estructura ni realidad material ajena al cuerpo (deformidad).
2. Función: funciones vitales expresadas en cifras en el rango de la normalidad (presión arterial sistémica, glucosa en sangre, etc.).
3. Rendimiento Vital: rendimiento sin daño o deterioro aparente a lo que demanda su rol social.
4. Conducta: comportamiento adecuado y ajustado socialmente.

El proceso Salud-Enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, entonces el hombre influye directamente en su medio y el medio en el hombre, sin embargo donde directamente influye la innovación es en la parte de este proceso llamado *Atención* y se desarrolla acorde a las tecnologías.

Partiendo de que la ciencia es el origen de la innovación y no la innovación en sí misma, retomaremos la clasificación de la investigación en salud, que refiere el Julio Frenk, para que se aprecie cual puede ser un modelo y tierra fértil de la innovación en el proceso *salud-enfermedad-atención*, independientemente del marco teórico-conceptual que se maneje.

*“En lo que respecta a la primera dimensión de la tipología –los objetos de análisis– definimos las condiciones como los procesos de carácter biológico, psicológico y social que constituyen los niveles de salud en un individuo o una población. Por respuesta no nos referimos a la reacción de fisiopatología interna frente a un proceso mórbido, sino a la respuesta externa que la sociedad instrumenta para mejorar las condiciones de salud. En cuanto a la segunda dimensión de la tipología, reconocemos, con fines de simplificación, dos niveles de análisis: uno se refiere a individuos o partes de individuos (esto es, órganos, células o elementos subcelulares); el otro es el nivel agregado de grupos o poblaciones.*

*Al cruzar estas dos dimensiones, resultan los tres tipos principales de investigación que caracterizan al campo de la salud: la biomédica, la clínica y la investigación en salud pública. La mayor parte de la investigación biomédica se ocupa de las condiciones, los procesos y los mecanismos de la salud y la enfermedad, sobre todo en el nivel subindividual. Por su parte, la investigación clínica se enfoca primordialmente hacia el estudio de la eficacia de las respuestas preventivas, diagnósticas y terapéuticas que se aplican al individuo. Los objetos anteriores también pueden analizarse en el nivel poblacional”.* (Iñiguez Rojas, 1996)

Sin embargo la innovación se construye día a día con base en *la atención primaria a la salud*, término muy utilizado pero poco comprendido cuya definición refiere lo siguiente:

“Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación; la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (OMS, Alma Ata, 1979)

Hasta aquí se pensaría que estamos hablando del primer nivel de atención a la salud, desde un enfoque clásico, mismo que actualmente se maneja en los servicios de salud, pero no es así. No debe existir confusión, el primer nivel de atención se caracteriza por otorgar consulta a padecimientos, para cuyo abordaje se cuenta con el médico general y familiar capacitado para resolver la atención primaria a la salud. No obstante, su abordaje es más amplio y su universo de trabajo se encuentra tanto dentro como fuera de las clínicas de salud. Consiste, entonces, en coordinaciones definidas en apoyo a la mejoría integral de la calidad de vida de la población y cuyos beneficiarios somos todos. No como lo define un término que mutila esta definición, el de “Atención Primaria Selectiva”, el cual miopemente refiere que la APS, se aplica sólo a las poblaciones carentes de recursos o vulnerables, observemos que esta definición acorta el verdadero enfoque holístico de la Atención Primaria a la Salud (APS).

En consecuencia, la innovación no consiste, sólo, en llevar adelante una serie de proyectos novedosos aislados, sino que la innovación es justamente un proceso basado en necesidades del proceso salud-enfermedad-atención, y está directamente ligado a la estrategia de las políticas de salud presentes y a sus escenarios futuros. La innovación, bajo este contexto, tiene por objetivo la búsqueda sistemática de oportunidades para hacer cosas nuevas o de una forma nueva, de modo que mejore la calidad de vida de la población.

En este sentido la innovación y la estrategia están directamente relacionadas. Es de destacar que unas de las fuentes más importantes de fracaso en el desarrollo de actuaciones aisladas de innovación son su falta de alineación con las políticas en salud existentes, implantadas o en desarrollo, y la incongruencia entre los recursos requeridos y los disponibles. La medida de los resultados de la innovación es un elemento clave para realimentar el sistema de toma de decisiones.

Para llevar a término una política innovadora adecuada es recomendable seguir un modelo metodológico que conduzca a la creación y posterior desarrollo de un plan de innovación alineado con las políticas de salud. El plan de innovación debe ser ambicioso pero a la vez consecuente con los recursos disponibles, y concretarse en una serie de proyectos de innovación seleccionados a través de un proceso racional de priorización (método delphy, hanlon, simplex,

entre otros). Y cada uno de estos proyectos deberá ser gestionado utilizando técnicas adecuadas de gestión de proyectos.

Gráfica 1.  
Impacto de las políticas de salud  
Como gestoras de la innovación en el proceso S-E-A



Una vez creado el plan de innovación como marco genérico, y definidos los proyectos como unidades de gestión de la innovación, es el momento de concretar los recursos necesarios para llevarlo a cabo (financiación propia, subvenciones y/o fuentes de financiación blanda), y sacar ventajas fiscales de su desarrollo. También es el momento de plantearse qué partes del plan de innovación quedan fuera del núcleo de competencias esenciales de los sistemas de salud, y por tanto tendrán que ser compartidas con centros de investigación y universidades. De tal manera que sólo a través del trabajo interdisciplinario, intradisciplinario, se opera la innovación en el proceso *salud-enfermedad-atención*.

### 5) La innovación en el Premio Gobierno y Gestión Local

En materia de salud pública es posible distinguir tres tipos de innovación a saber: a) *Programas Ligados a Políticas del Sector*. Se trata de acciones desarrolladas por los municipios que recuperan las líneas dictadas por las secretarías de salud Federal o Estatal; incluirían los municipios saludables, los programas de salud pública, vacunación, detección y control de enfermedades. b) *Nuevas Actividades*. En estas incluiríamos políticas impulsadas por los municipios para atacar problemas de salud locales creando, por ejemplo: albergues, centros de atención y rehabilitación, clínicas dentales, etcétera, o bien atacando problemas de madres adolescentes y mascotas entre otros. c) *Programas Descentralizadores*. Resultan sin duda los más provocativos pues proponen mayores espacios de decisión y acción para los gobiernos municipales; en ellos aparecería de fondo la pregunta ¿hasta dónde llevar la descentralización? En este orden de ideas, aunque aún se encuentra en fase inicial, la experiencia del municipio de Navojoa, en Sonora, el municipio de Cintalapa, en Chiapas y el de Santa Catarina en Nuevo León, nos pueden conducir a serias reflexiones.

De acuerdo a esta clasificación veamos el siguiente cuadro:

Cuadro 2.

Tipo de innovación	Nombre del Programa
1. Programas ligados a políticas del sector.	1. Despensa alimentaria para niños con desnutrición. Municipio Tlatlauquitepec, Puebla. 2. Estancias Infantiles. Municipio Tijuana, Baja California. 3. Mi mascota, mi fiel amiga. Municipio Tepic, Nayarit.

	<p>4. Municipio Saludable. Municipio Petlalcingo, Puebla.</p> <p>5. Planta de tratamiento de aguas residuales. Municipio Villa de Zaachila, Oaxaca.</p> <p>6. Salud Municipal. Municipio Ayotoxco de Guerrero, Puebla.</p> <p>7. Alimentos higiénicos, Guadalupe Sano. Municipio Guadalupe, Nuevo León.</p> <p>8. Detección y control oportuno de cáncer cérvico uterino. Municipio Tzompantepec, Tlaxcala.</p> <p>9. La salud al alcance de todos. Municipio Santa Lucía del Camino, Oaxaca.</p> <p>10. Salud Pública. Municipio Nicolás Bravo, Puebla.</p> <p>11. Salud Pública Municipal. Municipio Toluca, Estado de México.</p> <p>12. Control de la fauna canina. Municipio Tzompantepec, Tlaxcala.</p> <p>13. Atención médica en unidad móvil. Municipio Pachuca de Soto, Hidalgo.</p> <p>14. Programa municipal de esterilización canina. Municipio Tzompantepec, Tlaxcala.</p> <p>15. Brigadas médicas gratuitas. Municipio Acapulco, Guerrero.</p> <p>16. Programa municipal de atención médica, odontológica y a débiles visuales. Municipio Hueyotlipan, Tlaxcala.</p> <p>17. Rastro municipal: mejor servicio con excelente calidad sanitaria. Municipio Hidalgo, Michoacán.</p>
2. Nuevas Actividades.	<p>1. Albergues para niños con lesión cerebral severa. Municipio de Quiroga, Michoacán.</p> <p>2. Apoyo a los enfermos del municipio. Municipio Pilcaya, Guerrero.</p> <p>3. Atención a niños con parálisis cerebral y enfermedades similares. Municipio Guadalupe, Nuevo León.</p> <p>4. Atención médica prenupcial. Municipio Pachuca de Soto, Hidalgo.</p> <p>5. Centro de atención múltiple. Municipio Coahuayana, Michoacán.</p> <p>6. Centro de recuperación nutricional. Municipio Acapulco de Juárez, Guerrero*.</p> <p>7. Clínica de rehabilitación para gente discapacitada. Municipio Ayotoxco de Guerrero, Puebla.</p> <p>8. Clínica dental Tlalixtac. Municipio Tlalixtac de Cabrera, Oaxaca.</p> <p>9. Estímulos a la educación especial. Municipio Mexicali, Baja California.</p> <p>10. Madres adolescentes. Municipio Guadalupe, Nuevo León.</p> <p>11. Modelo de seguridad e higiene. Municipio Aguascalientes, Aguascalientes.</p> <p>12. Prevención a la violencia intrafamiliar (CECAVI). Municipio Guadalupe, Nuevo León.</p> <p>13. Programa integral de limpieza del centro de población de Agua Prieta. Municipio Agua Prieta, Sonora.</p> <p>14. Salud integral para niños discapacitados. Municipio Huandacareo, Michoacán.</p> <p>15. Programa del uso del cinturón. Municipio Matamoros, Tamaulipas.</p>
3. Progammas Descentralizadores.	<p>1. Descentralización de servicios de salud de población abierta. Municipio Navojoa, Sonora.</p> <p>2. Planeación democrática de la salud. Municipio Cintalapa, Chiapas.</p> <p>3. Descentralización del ejercicio de control, regulación y fomento sanitario. Municipio Santa Catarina, Nuevo León.</p>

Para mayores referencias de cada experiencia consultar: *Prácticas municipales exitosas. Un impulso a lo mejor del municipio*, en Premio Gobierno y Gestión Local Edición 2001, CIDE/FORD, México, 2001.

En el primer rubro de experiencias, los municipios tienden a hacer bien lo que les corresponde en materia de salud, de modo que van generando un círculo según el cual el espacio local se aboca a establecer bases que permitan contribuir con la idea de ser un “centro vital” mejorando la salud y el medio ambiente. Para la prestación de servicios de salud, algunos municipios localizan un problema específico, ponen en marcha un programa e instrumentan acciones que obligan a la

población y a las autoridades locales a promover una mejora en la calidad de vida, a partir de un problema focalizado. También se dan los casos donde el gobierno local lleva a cabo estrategias tanto preventivas como de impacto para atender problemas puntuales de salud revirtiendo procesos de enfermedad, mediante campañas que abarquen a toda la población. A partir de este nivel de gestión y acción los municipios se insertan de manera más adecuada a la innovación, entendida como proceso *salud-enfermedad-atención*, relacionada con la estrategia de las políticas de salud existentes.

En cuanto a las nuevas actividades, en la mayoría de los casos, los municipios diseñan modelos o programas integrales para atender un asunto puntual hacia algún sector de la población. Sus acciones están orientadas a crear una conciencia de auto cuidado de la salud mediante campañas de enseñanza-aprendizaje para promover, en suma, una cultura de la prevención, una cultura de la salud y una cultura de la limpieza. Son acciones basadas en coordinaciones múltiples entre actores sociales, gobierno e instituciones para apoyar la mejora integral de la calidad de vida, brindando ventajas comparativas para el desarrollo social de la comunidad.

Ambos tipos de innovación permiten observar que los municipios toman su papel de impulsores de programas al interior de los municipios, buscando fórmulas para financiar de manera más eficiente las acciones coordinadas. De modo que podemos decir, el gobierno local en lugar de ser el sitio de los problemas, comienza a ser pieza indispensable para resolver y dar soluciones en un marco de Atención Primaria a la Salud puesta al alcance de todos.

En el tercer tipo de innovación los municipios tienden a comprometer acciones que permitan profundizar procesos de descentralización, esto es, innovan pero al mismo tiempo introducen cambios en las políticas locales de salud. Atienden desde las causas que inciden en el proceso *salud-enfermedad*, buscan fórmulas de disminución de costos, distribuyen el impacto de acciones públicas relacionadas con los diversos procesos de *salud-enfermedad-atención*, crean una mejor infraestructura para dar servicios y hacen sus ajustes locales a las políticas de salud pues conocen mejor su campo de acción; todo ello coloca a los municipios como agentes capaces de ser facilitador de la implementación de políticas en materia de salud, así como articuladores de una red institucional de acuerdos y actores. En consecuencia, se lleva a cabo un proceso dinámico de descentralización que abarca fases administrativas, financieras, de reorganización de funciones y competencias intramunicipales y en la toma de decisiones y hacia fuera establecen la red de relación intergubernamental, de modo que potencian la dimensión política de la descentralización.

En la primera edición de las experiencias innovadoras del Premio Gobierno y Gestión Local en materia de salud, encontramos que los gobiernos municipales, cada vez más, involucran la participación de las mujeres en los programas de salud. Ellas son actores sociales claves para los procesos de Atención Primaria a la Salud y buenas aliadas en la medida que encuentran incentivos y confianza en las acciones que emprende el gobierno municipal, lo cual obviamente repercute en la mejor calidad de vida de las familias y su entorno socio económico vital.

Por otra parte, los municipios integrantes de la Red de Municipios Saludables se dinamizan más al encontrar espacios de intercambio de experiencias, al pulsar los éxitos y los fracasos, así como los límites de las políticas de salud de acuerdo a los distintos contextos y condiciones de los

municipios. Se insertan además a procesos de mejor rendimiento en la aplicación de políticas, puesto que obtienen los beneficios de la capacitación, de la coordinación interinstitucional e intersectorial y afianzan conocimientos y herramientas que les permiten dar seguimiento y evaluar sus acciones públicas en materia de salud.

## ***Reflexiones finales***

En alguno de sus estudios, Julio Frenk enfatiza que “la producción de servicios de salud es más compleja que la de otros bienes y servicios”. Es un hecho, lo que está en juego es la salud *versus* la vulnerabilidad y por ende la Seguridad Humana. Por ello, no sólo basta implementar esquemas de descentralización de provisión de Atención Primaria a la Salud planteados desde el ámbito federal y con el apoyo de cada uno de los estados. Para su éxito debe contar activamente con las diversas instancias de decisión local en la producción de estos servicios a partir de la gestión de los gobiernos locales y contando con la participación de sectores sociales y de sectores productivos de las comunidades, de instituciones de salud, escuelas y organizaciones civiles, para poner en marcha y mantener los distintos programas de atención a la salud.

Ante el cuestionamiento de hasta dónde se debe dar la descentralización en materia de salud. El alcance involucra, como hemos visto, una concepción distinta del desarrollo, una gobernabilidad democrática y la idea de seguridad humana, donde los gobiernos en cualquiera de sus ámbitos juegan un papel clave, pero más aún, los gobiernos locales ya que deben convertirse en “centros vitales descentralizados”, con base en una propuesta de responsabilidades fincada en el principio de subsidiariedad construida en concordancia con las características de cada municipio. En este sentido, es el municipio el que, de acuerdo con sus peculiaridades (nivel de marginación, tipo de municipio rural, semirural, semiurbano, urbano, su capacidad instalada física y humana, diagnósticos integrales, etc.), deberá marcar una pauta de hasta dónde puede implementar políticas de salud, tomando en consideración los tres tipos de innovación, y en qué medida requiere mayor o menor apoyo del estado y la federación. Es muy difícil crear centros vitales de desarrollo si no se cuenta, desde lo local, con una eficiente toma de decisiones político-administrativa que procure no sólo atender bien a sus ciudadanos, sino que cada miembro de la comunidad cuente con un respaldo institucional local y una red de actores e instituciones responsablemente bien administrada en todos los ámbitos gubernamentales, para resolver sus problemas de salud e incrementar y sostener su calidad de vida. El municipio además de ser el ámbito más cercano a la ciudadanía requiere generar confianza ante sus iniciativas

Cabe señalar que la nueva orientación de la política de salud, construida a lo largo de los años, finalmente se está orientando en considerar al municipio como clave para la implementación del sistema integral de la Atención Primaria a la Salud, mediante coordinaciones múltiples, no sólo porque se incrementa la demanda de la población, sino porque los recursos son más eficientes procurando no duplicar funciones. En México, en materia de salud contamos con una avanzada estructura pública, el desafío es lograr que se ponga al servicio del municipio ya que es el lugar donde se pueden y requieren resolver los problemas. Además tener la necesidad de evaluar resultados desde los ámbitos subnacionales, no será del todo fehaciente sin contar con el espacio municipal donde es posible llevar a cabo este tipo de acción.

El municipio es clave para la salud, seguridad y vitalidad humana. Las acciones de gestión de los gobiernos locales desde una fórmula organizativa fundada en el compromiso y en la construcción cooperativa de los gobiernos con la sociedad, significa revalorar al municipio como una unidad territorial desde la cual deben salvaguardarse los centros vitales de las personas y de las comunidades, garantizando sus derechos fundamentales.

De esta forma el hecho de dar impulso a las actividades operativas dentro de los municipios, tiene como principal efecto la generación de trabajos que no cuentan con una sustentabilidad técnica y como consecuencia no permiten evaluar el impacto real en el ámbito social. Esto debido a que dichos trabajos no consideran aspectos como: años de vida saludables ganados, muertes que se han evitado, puntos de incremento en la calidad de vida de los pobladores del área de influencia del proyecto, es decir; apreciaciones que nos ayudarían a mejorar en gran medida la cooperación docente, tecnológica, de investigación y desarrollo en materia de salud pública. En resumen, el cambio estructural de fondo en los servicios de salud debe contener un fuerte componente participativo y sustancial de la comunidad, no en el orden populista, sino biparticipativo y autogestor, que permita un desarrollo sostenido con la consecuente mejoría de uno de los aspectos más débiles del sistema de salud actual, *la calidad de vida*.

## **Bibliografía**

Bueno, Gustavo, “¿Qué es la ciencia? La respuesta de la teoría del cierre categorial”, *Ciencia y Filosofía*, Pentalfa Ediciones, Oviedo, 1995, pp. 112.

Cominetti, R., Di Gropello, E., (comp.), “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”, Naciones Unidas, Santiago de Chile, 1998.

Cominetti, Rosella, “Descentralización de la Atención Primaria de Salud en América Latina: un análisis comparativo”, Naciones Unidas, Serie Reformas de Política Pública 56, Santiago de Chile, 1997.

“Diccionario de la Lengua Española”, Real Academia Española, Tomo I y II, Madrid, 1992.

Espinosa Brito, A., “Evaluación del anciano”, *Temas de Geronto-Geriatria, Revista Finlay*, 1990:27-35.

Fisas, Vicenç, “Repensar la seguridad”, *El País*, 31 de julio del 2002.

Follari, R., *Interdisciplinarietà*, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México, 1982.

Frenk, J. (et.al.), “Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México”, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.

Iñiguez R., “Lo socio-ambiental y el bienestar humano”, *Revista Cubana Salud Pública*, 1996; 22 (1):29-36. 4.

Menéndez J., R, J.C., Quintero,G., “La autonomía como medida de salud pública”, *Revista Cubana Salud Pública*, 1984;19(2):79-84.

Laguna J, R. J., Muñoz B. “Formación del personal profesional y auxiliar de salud: el equipo de salud”, *Gaceta Médica Mexicana*, 1977; 113(2): 51-65.

Leyva-Fernández J. “El equipo multidisciplinario de atención primaria a la salud y la educación para la salud”, *Psicología de la Salud*, 1988; 1(16): 20.

Mejía J., “La descentralización de los servicios de salud: experiencias en los estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas”, INAP, México, 2000.

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria a la salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud*, Alma Ata, URSS: OMS/UNICEF, 1978.

Organización Panamericana de la Salud. “La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate”. Publicación científica núm. 540, 1992, pp. 75-93.

Soberón, G., Langer, A., Frenk, J., “Requerimientos del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI”. Salud Pública, México, 1988; 30: 791-803.

Terrys, M., “Temas de epidemiología y salud pública”, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1989:8-173.

Verdecia, F., Borroto, R., Reynoso, T., “Proceso salud-enfermedad”. Sociedad y salud, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1986:14-21.

Yáñez Campero, Valentín, “La administración pública y el derecho a la protección de la salud *en* México”, INAP, México, 2000.

Zippelius, Reinhold, “Teoría General del Estado. Ciencia de la Política”, (Título original: *Allgemeine Staatslehre*, (Politikwissenschaft), 1969), 3ª. Ed., Porrúa/UNAM, México, 1998.