

11
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLAN

PROGRAMA DE APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA (PASSPA) EVALUACION INTEGRAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS Y ADMINISTRACION PUBLICA

P R E S E N T A :

JOSE ANTONIO TAPIA CRUZ

L

ASESOR: M.C. SERGIO MORENO.



MEXICO, D. F.



ENERO 1999.

TESTE CON FALLA DE CRICEN

270256



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PRESENTACIÓN	i
MARCO TEÓRICO	I
<i>Vinculación entre Ciencias Políticas y Administración Pública</i>	I
I. Introducción	1
II. Antecedentes	7
ENTORNO INSTITUCIONAL	9
<i>Estructura del Sistema Nacional de Salud en México</i>	9
<i>Organización y funcionamiento de la Secretaría de Salud</i>	10
ENTORNO GEOGRÁFICO, DEMOGRÁFICO Y SOCIAL DE LOS ESTADOS PASSPA	14
<i>Características geográficas</i>	14
<i>Características demográficas</i>	15
<i>Características del contexto social</i>	18
ENTORNO SANITARIO DE LOS ESTADOS PASSPA	22
ENTORNO ECONÓMICO DEL PAÍS Y DE LOS ESTADOS PASSPA	28
<i>Contexto económico e institucional del gasto en salud</i>	28
<i>Evolución de los indicadores macroeconómicos y de las finanzas públicas</i>	28
<i>Marco institucional del gasto en salud</i>	30
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA	33
III. Metodología	37
DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN	39
<i>Planteamiento del problema</i>	40
<i>Objetivos de la evaluación</i>	
<i>General</i>	40
<i>Específicos (según apartado de la evaluación)</i>	40
<i>Definiciones conceptuales</i>	40
<i>Operacionalización de variables</i>	41

INDICE

MÉTODOS EMPLEADOS SEGÚN COMPONENTE DE EVALUACIÓN	44
<i>Evaluación Administrativa</i>	44
<i>Evaluación Operativa</i>	44
<i>Evaluación del Desarrollo Institucional</i>	45
<i>Evaluación del Impacto en Salud</i>	47
IV. Resultados	49
EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA	51
<i>Criterios y mecanismos para el control presupuestal del PASSPA</i>	51
<i>Asignación y ejercicio de los recursos</i>	53
<i>Procedimientos administrativos para el uso de los recursos</i>	59
EVALUACIÓN OPERATIVA	61
<i>Obra civil</i>	61
<i>Adquisición de vehículos</i>	65
<i>Equipamiento de unidades de primer nivel de atención</i>	66
<i>Desarrollo de recursos humanos</i>	69
<i>Elaboración y disponibilidad de manuales técnicos</i>	72
<i>Supervisión</i>	73
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	75
<i>Fortalecimiento administrativo, organizacional y gerencial de los Servicios</i>	75
<i>Descentralización</i>	75
<i>Modernización administrativa</i>	78
<i>Desarrollo y capacitación de recursos humanos</i>	80
<i>Técnicos en Atención Primaria</i>	80
EVALUACIÓN DEL IMPACTO	85
<i>La brecha en salud</i>	86
<i>Ampliación de la cobertura de servicios</i>	87

INDICE

<i>Condiciones de la prestación de servicios de salud</i>	90
<i>Condiciones de salud</i>	95
Salud Infantil y Preescolar.....	95
Salud materna y de las mujeres en edad fértil.....	100
V. Conclusiones	103
Bibliografía	111
Agradecimientos	117

PRESENTACIÓN

El presente trabajo, que sirve de base para obtener el título profesional de la carrera de Ciencias Políticas y Administración Pública, se propuso evaluar el impacto que el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) tuvo en las condiciones de salud de la población beneficiada por él y en el mejoramiento estructural y organizacional de la Secretaría de Salud (SSA).

Para su realización se han aplicado los conocimientos adquiridos dentro de la licenciatura para el análisis de las políticas y los programas relacionados con el quehacer público, la forma en que se implementan y operan las acciones dentro del proceso administrativo y la forma en que es posible llevar a cabo investigaciones que permitan mejorar los procesos de planeación y toma de decisiones.

En el estudio se realiza una evaluación integral del PASSPA, utilizando una metodología de investigación que combina métodos cuantitativos y cualitativos, así como diversas técnicas de recuperación y análisis de información, tanto primaria como secundaria.

El documento contiene un marco teórico que vincula la realización de este trabajo de tesis con una perspectiva de análisis relacionada con los conocimientos adquiridos en la carrera de Ciencias Políticas y Administración Pública, lo cual permite ubicar el contexto académico de dicho trabajo. Posteriormente, ya como parte estructural del trabajo de evaluación al PASSPA, se presenta la Introducción, en la cual se describen la justificación socioeconómica que dio origen al programa que se evalúa, la justificación social y la académica, relacionada esta última con la obtención del grado de licenciado. También se señalan los posibles alcances y limitaciones de este trabajo y los apoyos recibidos por las distintas instituciones públicas que participaron proporcionando información y recursos materiales durante su realización. Dado que el Programa tuvo como principal propósito abatir las graves desigualdades que existen en los estados intervenidos, se consideró importante describir el entorno que el programa intentó modificar. Por tal razón, en el apartado de Antecedentes se señala de manera general los contextos geográfico, demográfico, social, económico, institucional y sanitario en el que se desarrollaron las acciones del PASSPA. En este apartado se hace una especial mención a la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (tal como funcionaba hasta antes de su reforma en 1995), así como de la estructura y operación de la SSA —institución en la que el PASSPA se desarrolló como parte de las políticas y acciones del Plan Nacional de Desarrollo—. Finalmente, se describen de manera precisa los objetivos, componentes, actores, presupuesto asignado y metas de operación del PASSPA.

En el apartado de metodología se describen la pregunta de investigación, la hipótesis de trabajo, el diseño de la evaluación y sus componentes, los objetivos del estudio, el universo de la evaluación, la definición conceptual y operacional de las variables, las fuentes de información, los instrumentos y técnicas de recuperación de información utilizados y los planes de análisis y de presentación de los resultados. En el capítulo IV se describen los resultados de la evaluación del Programa. Para finalizar, se presenta una sección de Conclusiones, el cual contiene además algunas recomendaciones finales.

El estudio buscó dar cuenta del impacto que el programa tuvo en los distintos espacios en donde intervino, destacar los aciertos y logros obtenidos y señalar aquellos factores o acciones que tuvieron un efecto negativo en la operación del PASSPA. En este texto se presenta sólo la información más representativa del proceso de evaluación, esperando que cumpla con las expectativas del lector interesado en el tema. Es conveniente señalar que este diagnóstico se llevó a cabo en forma paralela, aunque independiente, de un ejercicio más amplio elaborado para el Banco Mundial (BM) que coordinó la Dirección General de Evaluación y Seguimiento de la SSA. Esta circunstancia permitió que en el trabajo de tesis se aprovecharan algunos recursos generados por el proyecto institucional (en especial apoyo logístico y alguna información) y que, en retribución, parte de la información generada por esta tesis fuese utilizada como insumo de la evaluación institucional. Los resultados de ambos estudios sirvieron para elaborar el documento Evaluación Integral del PASSPA, presentado ante el BM en 1997 que probablemente será publicado por esta institución extranjera y la SSA.

La realización de esta tesis fue posible gracias al apoyo de diversas instituciones públicas y privadas. Entre ellas destacan la Unidad Coordinadora del PASSPA en el ámbito federal y en las entidades intervenidas, los Servicios Estatales y Coordinados de Salud en los Estados de Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, las Direcciones Generales de Estadística e Informática, de Fomento a la Salud y de Coordinación y Asuntos Estatales (todas de la SSA), y el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud. Todas contribuyeron con información privilegiada (en ocasiones de uso restringido o de primera mano) así como con recursos materiales y humanos. La Dirección General de Evaluación y Seguimiento (DGES) de la SSA, merece un reconocimiento especial por el apoyo logístico y financiero que proporcionó para la realización de esta tesis y la permanente asesoría y apoyo técnico que brindó a un servidor.

MARCO TEÓRICO

Vinculación entre Ciencias Políticas y Administración Pública.

Con el fin de ubicar este trabajo de tesis dentro de una perspectiva de análisis vinculada con los conocimientos adquiridos en la carrera de Ciencias Políticas y Administración Pública se da inicio con éste apartado, donde se pretende ubicar algunos conceptos generales utilizados por diversos autores para determinar si existe una dicotomía entre la ciencia política vista, para los motivos de este trabajo, como la formulación de políticas públicas y su ejecución a través del aparato estatal, como función de la administración pública. Por esta razón este apartado se ubica en un primer plano, y posteriormente se da paso al análisis de evaluación del programa de intervención en salud que da origen a este trabajo de tesis.

Esto permite comprender la importancia de ubicar el desarrollo de programas de intervención de carácter social, como herramientas que el estado implementa para dar respuesta a las demandas de la sociedad, con base en un análisis de distintos tipos de regímenes políticos y las características de cómo se desarrolla la actividad pública; todo ello sustentado en el estudio de las diversas corrientes de pensamiento que han analizado la relación existente entre ambos campos de estudio.

En primera instancia, entonces, diremos que entre la administración pública y la ciencia política, y más específicamente con el desarrollo de políticas públicas, se ha manejado que existe una separación, la cual ha sido tratada por diversos autores y corrientes del pensamiento, por ejemplo, podemos citar la división ya clásica de la separación tripartita de los poderes argumentada por Montesquí y que se elevó al grado de paradigma institucional de un gobierno democrático; mientras que existen otras posturas que hablan sobre la dicotomía entre política y administración, —Frank Goodnow y Woodrow Wilson¹— donde el ámbito político debería estar fuera de las cuestiones burocráticas, dedicando su tiempo a emitir las líneas y tareas de actuación para lograr el bien colectivo en la sociedad. Mientras que a la administración pública le compete, entonces, concretar de la mejor forma las líneas y directrices determinadas.

Posteriormente, el desarrollo de las sociedades y su evolución a formas más complejas de organización e interacción llevaron a los estudiosos del tema a desarrollar corrientes teóricas como el de *ciencias de las políticas y burocracia política*^{2,3}, las cuales centraron su análisis en los procesos que determinan la generación de políticas públicas, sus impactos y las repercusiones sociales que estas implican.

A pesar de estos esfuerzos, la dicotomía mantuvo su vigencia aunque, admitámoslo, bajo otras denominaciones que no aportan una conclusión determinante sobre el tema. De esta

¹ Wilson, Woodrow, *The Study of Administration*, Political Science Quarterly II, Junio, 1987.

² Oszlak, Oscar. *Política y organización estatal de las actividades científico técnicas en la Argentina. Crítica de modelos y prescripciones corrientes*. Buenos Aires: CLDES I Estudios sociales No. 2, 1976

³ O'Donnell, Guillermo. *Apuntes para una teoría de estado*, Buenos Aires, DOC. CEDES/G.E. CLACSON No. 9, 1977.

forma la deficiente conceptualización y lo complejo del contexto que rodea a la determinación del éxito o fracaso de las políticas públicas han dado lugar a diversos abordajes y definición de distintas tipologías de políticas públicas. En términos muy generales estas tipologías son:

- *Por su función* (distributiva, redistributiva, etc.)
- *Por su estructura* (segmentadas, homogéneas, etc.)
- *Por su Impacto* (frecuencia, severidad, beneficios, etc.)
- *Según sus ciclos o etapas* (relacionadas con el análisis de sistemas, en cuanto a las fases para la óptima toma de decisiones)
- *Por los obstáculos o brechas de implementación.*

Sin embargo, y a pesar de estos intentos, no se ha eliminado o desvinculado esta dicotomía, por lo tanto, es necesario explicarse el porqué subsiste tal fenómeno, para ello se han encontrado diversas razones, entre las que sobresalen: el espejismo institucional sobre la separación formal de funciones, creando una especie de ideología institucional que sesga a los actores políticos y administrativos de tal proceso. Otra razón, se vincula con el hecho de que esta distinción es, posiblemente, de orden puramente analítico, por lo tanto la separatividad de estos dos términos ha existido por que no se emplean como eso (términos) sino como nombres de instituciones específicas, y lamentablemente esto a favorecido que se descredite el funcionamiento del aparato estatal^{4,5}. La insuficiencia conceptual representa otro factor que ha permitido exista esta división entre política y administración, es decir, el actual instrumental teórico es aún rudimentario para captar la dinámica del proceso de convertir políticas en acciones concretas. Por lo general, los conceptos desarrollados captan una limitada variabilidad, tanto en contenido como en su horizonte temporal, de hecho la idea que se tiene de este proceso tiende a expresarse en términos de homeostasis o estática comparada⁶.

Otras versiones menos académicas se vinculan con mecanismos de deslinde de responsabilidades, lo que permite al administrador intervenir en la política sin tener que dar cuenta de ello y a la vez a los políticos les permite influir en decisiones de algunas instituciones y trasladar, por otra parte, cuestiones del ámbito legislativo al ámbito operativo de algunas agencias estatales⁷. Bajo estos planteamientos, la dicotomía sobrevive por constituirse en un mecanismo de creación de “chivos expiatorios”.

⁴ Sayre, Wallace. Trends of a decade in administrative values, En: Public Administration Review, vol. II, winter.

⁵ Landau, Martin. Redundancia, racionalidad y el problema de la duplicación de actividades. Revista de administración Pública No. 29, 1969.

⁶ Oszlak, Oscar. Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Estudios CEDES, Volumen 3, No.2 1980, Buenos Aires, Argentina, 1980.

⁷ Peters, B. Guy. Las políticas de la burocracia. Una perspectiva comparativa. New York: Logman Inc.. 1978.

Por otra parte, la política, en términos conceptuales ideales, es la expresión de intereses generales de la sociedad determinados a través, ya sea de procesos de legislación democrática o como resultado de procesos técnico racionales. Por su parte, la implementación de políticas se inserta en el ámbito burocrático estatal, instancia que ha sido objeto de ataques y a la cual se le han atribuido características de rutinaria, ineficiente y corrupta. De tal forma, pareciera que la formulación y planeación de políticas fuera una actividad llena de bondades, mientras que la implementación y ejecución tiene una naturaleza anómala. Sin embargo, es difícil determinar en que momento del proceso se dejan de cumplir los objetivos e identificar a las personas responsables de tal situación. De hecho, generalmente, no existen indicadores inobjetable del desempeño que permitan medir a ciencia exacta el grado de apego a lo planeado y los objetivos planteados. Finalmente esta visión es calificativa, ya que deslinda formulación e implementación con lleva a legitimar a quien la crea pero desacredita a quien la lleva a cabo.

Poder entender la persistente existencia de esta dicotomía presupone adoptar una actitud filosófica, en donde el eje de análisis se centra en como pueden o deben interactuar los individuos y las organizaciones, sobre lo que es orden y conflicto, sobre la fuerza de la razón y de la pasión, entre la ciencia y la política, entre verdad y poder.

Bajo los términos de estas relaciones se perfilan dos modelos de hacer políticas, los cuales privilegian, cada uno, distintos aspectos del encadenamiento de los comportamientos sociales en condiciones ideales:

1. *De intelección*, el cual se refiere a la acción subordinada a la razón para cumplir con los objetivos planteados a partir de medios completamente racionales y técnicos. En este modelo es necesario tener claramente definidos los objetivos, conociendo la relación causa efecto entre instrumentos y resultados; por lo tanto es indispensable definir lo que se considera como interés público⁸ y establecer claramente como se conseguirá cumplir con lo planeado. Estas características dan al modelo su carácter racional.⁹
2. *De interacción*, definido como la acción producto de interacciones y transacciones individuales que al llevarse a cabo logran el fin colectivo que las vincula, un ejemplo de este tipo de modelo, también denominado "mano invisible", es el mecanismo de mercado, el cual asigna recursos de forma óptima amparando a todos los intereses involucrados, logrando con ello satisfacer el interés individual, dando así a este tipo de interacciones su racionalidad.

Como puede observarse, ambos modelos se insertan en las actividades de formulación e implementación de políticas públicas en distintas formas y por distintos medios, pero ambos nos hablan de un aspecto de racionalidad. De esta forma la racionalidad puede ser agrupada en dos vertientes bien definidas: *La racionalidad técnica y la racionalidad política*.

⁸ Mitchell, Joyce M. Y Mitchell, William C. Análisis Político y Políticas Públicas. Una introducción a la Ciencia Política. Rand McNally & Co., Chicago, 1969.

⁹ Downs, Anthony. Inside Bureaucracy. Boston: Little, Brown & Co. 1967.

Racionalidad técnica

Según Gramsci¹⁰, toda actividad humana organizada tiene un principio óptimo de proporciones definidas, por lo tanto un cambio en alguno de sus componentes conlleva necesariamente al ajuste del conjunto hasta lograr el equilibrio. Ejemplos de esta construcción pueden observarse en la adecuación de estructuras de una organización con base en las funciones que desarrolla —equilibrio entre unidades sustantivas y unidades de apoyo; recursos humanos, financieros y materiales y programas o tareas programadas, etc.—.

Este principio, más allá de su sentido de relación, nos permite observar que las formas de correlación e interacciones en una organización pueden ser susceptibles de anticiparse en un plan de implementación. Este plan en otros términos se conoce como PLANIFICACIÓN, la cual se puede definir como: La actividad que intenta ensamblar y orientar la acción social hacia la satisfacción de ciertos objetivos previamente determinados, mediante la aplicación de criterios de racionalidad técnica. De forma ideal nos referimos a ejercicios intelectuales que responden a un interés común, partiendo de la ordenación de acciones e interacciones, definiendo actores, asignando tareas y ubicando los medios necesarios para su aplicación.

Ahora bien, en la práctica este ejercicio se ha utilizado para medir el grado de apego del sistema en términos reales, por lo tanto, muchos creen que el incumplimiento de las políticas se debe a la disfuncionalidad de su implementación¹¹; sin embargo, también es muy común encontrar innumerables ejemplos de procesos de planificación que fracasan, a pesar de que su implementación se desarrolló de forma adecuada con apego a lo programado. De esta forma, como señala Wildavsky Aaron¹², la planificación persiste más por su simbolismo de racionalidad, que por sus resultados concretos. Su virtud entonces radica en la incorporación de criterios de elección racional.

Estos planteamientos nos conducen a una situación más complicada, ¿porqué, entonces, la planificación fracasa?. En gran parte podemos decir que esto sucede por que ella trata de ordenar un juego que se rige por reglas diferentes, *el de la política*

Así podemos decir que mientras la planificación se sustenta en una neutralidad valorativa, una racionalidad técnica y el manejo de un alto grado de certidumbre, la política se encuentra inmersa en procesos de negociación, conflicto e interacción. De hecho podría decirse que el fracaso de la planificación es en cierto sentido el éxito de la política; sin embargo más que ignorarla o desacreditarla, la política utiliza a la planeación para legitimar retóricamente su acción dentro de una realidad social tal vez diferente.

¹⁰ Gramsci, Antonio. *The morden prince*, New York, International Publishers. 1957.

¹¹ Oszlak, Oscar. *Política y Organización Estatal de las Actividades Científico Técnicas en la Argentina. Crítica de modelos y prescripciones corrientes*. Buenos Aires: CLDES. I Estudios sociales No. 2, 1976

¹² Wildavsky, Aaron. *Speaking truth to power: The art and craft of policy analysis*. Boston: Little, Brown and Co., 1979.

Racionalidad política

Para analizar este proceso se han desarrollado dos modelos de estudio:

1. Modelo de interacción. Este modelo plantea que existe un intercambio (elemento de la acción política), vía negociación, como mecanismo para ajustar las demandas de los diversos grupos o individuos en competencia, según este modelo cada tomador de decisiones es libre de perseguir sus propios objetivos, lo que implica que exista una igualdad de poderes en conflicto. De esta forma la consecución de objetivos se da vía transacciones políticas y no a partir de diseños racionalmente planificados.
2. Modelo incrementalista. Este plantea la imposibilidad de una perfecta jerarquía de fines y medios, la naturaleza imperfecta y limitada de la información y un alto costo en su adquisición. Una característica de este modelo es que ubica en primer plano al conflicto y a la incertidumbre, lo que implica que las políticas públicas puedan ser replanteadas debido a presiones de los actores con posiciones conflictivas.

Este modelo propugna por cambios marginales¹³, lo que pudiera expresarse como una planificación conservadora justificada racionalmente ya que es el único medio inteligente para tomar decisiones en condiciones reales, reduciendo el conflicto con acciones negociadoras para afectar al menor número de agentes externos¹⁴.

La burocracia como arena política

Formular e implementar políticas es la esencia de la actividad del estado. Una interpretación muy genérica de políticas públicas, como la de Mayntz¹⁵, implica que sean consideradas todas las variaciones de los programas de acción encomendados al estado (leyes, planes, programas, estrategias, etc.) que sólo se concretizan con su implementación. Por otra parte, una definición amplia de formulación de política gira en dos sentidos: a) una operación abstracta en la cual se define el sentido de la acción (dirección y postura), lo que implica se elaboren conceptos normativos y/o prescriptivos, siendo esto la visión del futuro deseable y b) Una operación concreta, ya que la formulación de políticas implica la participación de diversos actores que la valoran de forma individual, por lo tanto, para analizar si ésta fue implementada correctamente se requiere agregar las acciones atomizadas y dar nuevamente el vínculo entre acción, norma y sentido.

Con la materialización de la política se afectan diversos actores de la sociedad y estos efectos a su vez condicionan el comportamiento de la implementación. De hecho, la

¹³ Lindblom, Charles E. The Science of "Muddling Through", Public Administration Review, 19. pp 79-88, 1959. En: Oszlak, Oscar. Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Estudios CEDES, Volumen 3, No.2 1980, Buenos Aires, Argentina, 1980.

¹⁴ Frohock, Fred M. Public policy: Scope and logic. (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc. 1979).

¹⁵ Mayntz. Renate. Burocracia pública e implementación de políticas. Revista Internacional de Ciencias Sociales, Vol. XXXI, No. 4, 1979.

intereses propios y ajenos. En consecuencia la sucesión de regímenes en el poder reporta diversos factores negativos entre los que destacan los siguientes:

En primer lugar el estado no se concibe como una entidad estática al servicio de un proyecto político, más bien se trata de un sistema dinámico sobre el que repercuten demandas y contradicciones de la sociedad civil¹⁹. Esto implica el reacomodo o reestructuración del aparato estatal, el cual responde a la necesidad de preservar y promover los intereses del régimen en el poder a través de la negociación, compromisos, alianzas y enfrentamientos.

En segundo lugar, los ajustes internos tienden a ser considerados como desviaciones al modelo de planeación ideal, sin advertir que cualquier modelo ideal contiene elementos valorativos que pueden señalar patologías que sólo son consideradas así por las premisas normativas de dicho modelo. Por último, las anteriores consideraciones generan una disyuntiva crucial para la adopción de los criterios históricos o técnicos, ya que se hace necesario definir si se opta por un incrementalismo o se deja de lado el contexto donde se pretende aplicarlos.

Diferenciación, integración e interdependencia

El origen, expansión, diferenciación y especialización del aparato burocrático es el reflejo de las acciones que se implementan para resolver los problemas que va planteando el desarrollo complejo de una sociedad, cada vez más fraccionada y confusa²⁰.

A menudo las instituciones orientan su actividad a criterios sectoriales estrechos o funcionales, perdiendo de vista intereses y valores socialmente trascendentes, de ahí lo importante de la integración (el ajuste de objetivos y la dirección de los mismos a un inicio, dentro de instituciones vinculadas a través de procesos de interdependencia). Así apreciamos que existe una diferenciación estructural caracterizada por la especialización según actividad, lo que da a las diferentes instituciones estatales un carácter relativamente autónomo; por otra parte la integración tiene su existencia como recíproco a esta diferenciación estructural, ya que a través de la coordinación de funciones y jerarquización de decisiones —interdependencia— se contrarresta la autonomía y se orienta la especialización. Dentro de la burocracia a mayor especialización mayor dependencia de insumos y externalidades de otros entes, pero a la vez establece condiciones para el comportamiento autónomo²¹, lo que en ocasiones provoca una falta de definición de responsabilidades.

¹⁹ Oszlak, Oscar. Notas críticas para una teoría de la burocracia estatal. Doc.CEDES/G/L, CLACSO No. 8, Buenos Aires, Argentina, 1977.

²⁰ Lawrence, Paul R. Lorsch, Jay W. Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration. Harvard University graduate School of Business Administration, Boston, 1967.

²¹ Durkheim, Emile. La División del Trabajo en la Sociedad. Glencoe III: The Free Press, 1893, Edición 1947.

De esta forma se pueden observar las siguientes premisas:

- La mayoría de las políticas públicas requieren para su implementación una compleja estructura gubernamental y numerosas unidades de decisión (presión del sector privado).
- Su desempeño depende de la articulación e interrelación de los individuos participantes, congruentes o no con un determinado marco normativo.
- Cada unidad está sometida a las decisiones generadas en otros niveles, con la incertidumbre del impacto que puedan tener esas decisiones; por lo cual los mecanismos de la organización tratan de eliminar las fuentes de conflicto e incertidumbre.
- Las unidades que tengan a su cargo la realización de acciones normativas (planificación, legislación, evaluación, etc.), tienen que diseñar dentro de un espacio más o menos autónomo, sistemas que induzcan a las unidades implementadoras a actuar con base a los objetivos y lineamientos existentes.

Sin embargo, estas explicaciones no dan cuenta de forma precisa del proceso de implementación de políticas, con relación a su grado de congruencia o conflicto. Un proceso que podría apuntar en esta dirección teórica se basa en distinguir las modalidades de interdependencia dentro de la burocracia y las características del régimen político (la modalidad predominante para el reclutamiento o acceso a los roles superiores del estado y los mecanismos de representación política).

Por otra parte, toda organización compleja se articula a partir de tres modalidades de interacción: en la primera se ubican las organizaciones que se vinculan con la necesidad de suministrar los recursos necesarios para que las unidades funcionen, bajo su sentido más amplio. En segundo lugar se observan las organizaciones destinadas a producir conocimientos e información especializada, y por último aquellas que imparten y acatan las directrices normativas con el fin de lograr los fines comunes a toda agencia.

De hecho, en primera instancia, se hace necesario analizar la interdependencia en y entre agencias. Esta diferenciación es un buen punto de partida para dar respuesta a la pregunta de cómo los intereses individuales y los de la organización consiguen un fin común.

Este análisis parte en primer lugar de someter a la burocracia en alguna forma de compulsión —liderazgo, amenazas, sanciones, recompensas, etc.—. Esto es la esencia de la autoridad²⁵, en donde quien da ordenes y quien las ejecuta conforman una red de autoridad creando una INTERDEPENDENCIA JERÁRQUICA. Por lo general ninguna unidad burocrática puede desarrollar o asumir responsabilidades más allá de su actividad fundamental, lo que determina se haga dependiente de otras unidades del estado y a su vez que de ella dependan otras organizaciones; a esto se le denomina INTERDEPENDENCIA FUNCIONAL. En tercer lugar existe la INTERDEPENDENCIA MATERIAL O PRESUPUESTARIA, ésta se fundamenta en la existencia de relaciones entre unidades que obtienen bienes de una fuente común y compiten entre sí para su obtención.

²⁵ Arrow, Kenneth. The limits of organization. New York W. W. Norton & Co. 1974.

Estos tres tipos de interdependencia se emplean para obtener un mínimo de coordinación en el aparato público para convertir políticas públicas en acciones burocráticas coherentes con sus objetivos; sin embargo en muchos de los casos, nos refieren a escenarios ideales ya que el tipo de régimen, como ya se mencionó anteriormente, determina los diferentes estilos de gestión estatal, lo que en consecuencia afecta la implementación de políticas.

Esta proposición parece razonable, sin embargo el análisis de políticas (como corriente de estudio) la ignora, partiendo de la premisa de que las relaciones se dan dentro de un marco político-institucional democrático que genera reglas y mecanismos de representación, legitimación y responsabilidad pública (accountability), asunto que no es universal ya que existen marcos institucionales no democráticos.

Se hace necesario entonces conocer los criterios de categorización del régimen político, *asumiendo que no existe el que abarque a la totalidad de los regímenes*; además ninguno ha podido aprehender el carácter esencialmente dinámico y cambiante de los regímenes. También se requiere profundizar en la forma en que el régimen puede influir en la interdependencia intraburocrática, de hecho la dinámica de esta interdependencia tiene una lógica distinta a los procesos de elaboración de políticas, por lo cual se hace difícil determinar el peso de los elementos que conforman la burocracia, aislándolos de aquellos que pueden explicarse a través de las formas del régimen político.

REGÍMENES POLÍTICOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En los siguientes párrafos se hace mención sólo a tres tipos de regímenes, los cuales a lo largo de la historia latinoamericana han estado presentes en varios países y que permiten distinguir las diferencias entre uno y otro de forma más o menos clara.

Regímenes burocráticos-autoritarios (RBA)

Generalmente este tipo de régimen llega al poder en momentos de un gran activismo político, motivado generalmente por crisis económicas que generan descontento en sectores de la población (guerrillas, terrorismo, etc.) y que es percibido por otros sectores como una amenaza para el modelo de organización social vigente²⁶. Por esta razón los RBA son sistemas de exclusión política y económica que a través de la represión y el control corporativo desactivan a los grupos de inconformes y reducen sus posibilidades de participación en diversos terrenos. A partir de ello resuelven la inestabilidad e incertidumbre que precede a su implantación, restableciendo el orden.

Los mecanismos de decisión estatal se fortalecen con base en la interdependencia jerárquica, es decir se acata el principio de autoridad a todos los niveles de gobierno con base en una estructura piramidal bien definida. Autoridad formal y autoridad real máxima

²⁶ O'Donnell, Guillermo. Reflexiones sobre las Tendencias Generales de Cambio en el Estado Burocrático – Autoritario. Doc. CEDES/G.E. CLACSON No. 1, Buenos Aires, Argentina, 1975.

tienen la mayor correspondencia; generalmente la cúpula del estado es dominada por la milicia que traslada su modelo organizacional a todas las áreas de gobierno.

Dentro de este régimen se aprecia un carácter autoritario, fundamentado en la elaboración de actas constitucionales y medidas de coerción con el fin de flexibilizar y fortalecer los poderes del estado y evitar una reconstrucción de la sociedad civil. Las políticas que se aplican, aunque afecten las vidas o intereses de los individuos, tienen poca resistencia organizada, esto implica que el horizonte de acción del estado se amplíe; sin embargo el riesgo de error es alto dentro del proceso de retroalimentación de la toma de decisiones²⁷.

La burocracia se rige por procedimientos severos y existen filtros ideológicos para el reclutamiento de los miembros de alto mando; se deshacen organizaciones gremiales burocráticas bajo la prescindibilidad. Por otra parte existen jerarquías militares paralelas a la estructura burocrática de estado con el fin de supervisar las decisiones tomadas de forma cotidiana.

En la interdependencia funcional entre organizaciones públicas y el sector privado, se hace manifiesto el carácter excluyente del estado, la elaboración de políticas ahora depende de funcionarios de confianza o personal técnico, sin mediar negociación alguna; sin embargo, esto no quiere decir que su actividad no responda a ciertos sectores del capital nacional o transnacional, sino que las negociaciones e interacciones entre presiones sectoriales son mínimas²⁸.

Dentro de estos regímenes impera un carácter técnico-burocrático con una orientación eficientista, lo que implica que su actuación favorezca el mejoramiento y aumento jerárquico de procesos como la planificación, administración pública y gabinetes de asesores; así como jerarquización y mejoramiento del personal burocrático, el equipamiento sofisticado de sus instalaciones públicas y la racionalización de servicios y recursos.

Casos como los de Argentina, Chile y Brasil son buenos ejemplos de este tipo de régimen, observándose en ellos un proceso de reducción del aparato estatal, así como la reducción del gasto público y la desconcentración de servicios a las provincias.

En este tipo de régimen se distingue de forma más marcada la diferencia entre elaborar políticas y el proceso de ejecución, ya que la política se desarrolla en los más altos niveles de la estructura de gobierno, lo que implica que su formulación conlleve a transformaciones drásticas de los modelos existentes.

En el plano de la interdependencia material, dentro de este régimen como en cualquier otro, una adecuada planificación permite la distribución racional de recursos; de hecho entre mayores sean los vínculos entre planificación y presupuesto y más centralizado sea su manejo, las posibilidades de control y de sometimiento de las agencias estatales es mayor.

²⁷ Apter, David L. *Choice and the politics of allocation*. New Haven, Yale University Press, 1971.

²⁸ Cardoso, Fernando Henrique. *Estado y sociedad en América Latina*. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1977.

Regímenes democrático-liberales (RDL)

Se trata de regímenes antitéticos al RBA, pero que han tenido una existencia más efímera; por ejemplo podemos citar los casos de radicalismo de 1964-1966 en Argentina, el neobatllismo de los sesentas en Uruguay, e incluso sus variantes más populistas como la experiencia peronista.

Este régimen no presenta una estructura de poder piramidal, sino más bien una concentración de poderes en múltiples instancias y unidades de decisión²⁹ (sistema de autoridad poliárquico). La interdependencia jerárquica está representada por una menor concentración del poder en instancias estatales y una mayor autonomía funcional de las instituciones burocráticas, por lo que la obtención del poder depende de la medición de fuerzas para sobreponer los intereses de un grupo sobre los de otros. Esto implica que la sociedad civil esté fuertemente organizada, lo que permite que la retroalimentación para la elaboración e implementación de políticas sea casi instantánea.

Por su parte la interdependencia funcional, con base en la presencia de la sociedad civil en el estado, permite la existencia de estructuras con representantes de diferentes sectores de la sociedad; cada una con distintos intereses. Esto provoca que en algunas ocasiones funcionarios que asumen un cargo de alta responsabilidad se vean neutralizados o neutralicen a otros actores debido a su filiación partidista o política, lo que se traduce en un divisionismo que cierra los canales de interacción y distorsiona el sistema de autoridad.

Otro problema grave de estos regímenes es la incapacidad del gobierno central para normar la actividad del sector descentralizado del estado, ya que las líneas de autoridad se desdibujan; el incumplimiento de normas es constante debido a que los sistemas de sanciones se hacen inoperantes por la complejidad de los procedimientos administrativos que involucran. Esta situación obliga a que los agentes normativos eleven a rango de normas fundamentales los procesos de orden administrativo que en otras situaciones serían sólo técnicas.

Las decisiones, debido a la pulverización de responsabilidades, se toman en los niveles más altos de la estructura de gobierno, lo que da como resultado una falta de vinculación entre realidad y elaboración de políticas, así como implementaciones poco efectivas. Esta situación determina una gestión estatal marginalista que limita las posibilidades de desarrollar procesos adecuados de planificación, evaluación y control centralizado.

El número de intereses inmersos en el aparato estatal frecuentemente provoca el incumplimiento de los objetivos de las políticas y la falta de satisfacción a las necesidades de la clientela política, lo que implica la disminución de los apoyos que el régimen en turno recibe para su legitimación y supervivencia³⁰.

²⁹ Dahl, Robert A. A Preface to Democratic Theory. University of Chicago Press. Chicago, 1956.

³⁰ Brown, Michael K. Erie, Steve P. Poder y Administración: Paradigmas alternativos para el análisis de la autonomía burocrática, 1981. En: Oszlak, copilador, Teoría de la Burocracia Estatal enfoques críticos, en prensa.

El funcionamiento estatal hace manifiesto la existencia de una capacidad ociosa de la institución, generalmente representada por la duplicación de funciones y actividades, con el resultante dispendio de recursos. Finalmente, la interdependencia presupuestaria señala que la distribución de recursos depende del poder de las diversas organizaciones, restringiendo al gobierno central para asignar insumos con base en procesos de planificación racional.

Regímenes patrimonialistas (RP)

Término que evoca, según Max Weber³¹, formas de ejercicio del poder político en sociedades precapitalistas, sin embargo este término ha sido rescatado de diversos estudios de política en naciones africanas, y a pesar de que no haya sido utilizado en América Latina, describe adecuadamente la forma en que se ejerce la dominación en algunos países de la región. Es importante señalar que este es el tipo de régimen que más se adecua a México y que es su estructura y organización donde se insertan los programas que dan cuenta de la acción pública.

El patrimonialismo es la denominación de un solo hombre que requiere de una estructura de gobierno para ejercer su poder. Este personaje en muchos países se denomina presidente. El se rodea de instituciones democráticas, en apariencia, ya que el presidente tiene la facultad casi exclusiva de designar, remplazar, reasignar o reacomodar a funcionarios en los niveles más altos de gobierno. De esta forma el presidente ocupa el centro de la escena política, ejerciendo el poder con base en relaciones personales (hombres de confianza subordinados) y obligaciones recíprocas, creando una estructura informal de funcionarios del "equipo" que asumen el control de instituciones administrativas y militares clave; con ello este régimen logra disminuir la oposición organizada e incrementan su continuidad en el poder.

La sociedad civil presenta un bajo grado de organización y activación, esto debido a la subsistencia de condiciones de desarrollo determinadas que neutralizan a los sectores de la sociedad como posibles fuentes de oposición. La burguesía, con escasa organización y un peso relativamente pequeño, establecen relaciones de lealtad y de integración cooptativa. En tales condiciones la respuesta de la sociedad, sobre políticas y programas, es reducida.

Por otra parte, debido a la designación de funcionarios —dentro o no de las jerarquías establecidas— se presentan conflictos de autoridad y en muchas ocasiones las relaciones informales hacen se pasen por alto las jerarquías. Además esta designación apoya la coherencia de los cuadros de dirigentes estatales y la resolución de problemas de gestión gubernamental, a través de enroques políticos basados en mecanismos de promoción, sanción o neutralización de titulares, sin que la carga técnica de la que dispongan tales funcionarios les confiera la capacidad de ocupar tan diversos puestos. Para los funcionarios en cambio lo importante es mantenerse en el equipo, conservando la lealtad

³¹ Weber, Max. *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica, 2da. Edición, México, 1973.

personal y los compromisos políticos, evitando con ello la incertidumbre de heterogeneidad en los cuadros de gobierno.

Dentro de las relaciones intraburocráticas se aumenta la incertidumbre al desvirtuarse el sistema de autoridad por las lealtades personales y regalías políticas. Aspectos como la ausencia del servicio civil de carrera, un régimen salarial heterogéneo, la falta de sindicatos de altos y medios funcionarios, no se consideran fallas en los sistemas administrativos, sino más bien como medidas racionales para cumplir con los objetivos del régimen.

En este estilo de gestión estatal las decisiones tienden a ser erráticas, apartadas de todo marco normativo formal en contraste con el carácter altamente tecnificado e informado del RBA o de la naturaleza negociadora y marginalista del RDL.

En cuanto a la interdependencia funcional, la burocracia es encabezada por el presidente, debajo de él existen instituciones tradicionales las cuales se dedican a realizar actividades rutinarias y procedimientos obsoletos, dentro de estructuras en donde imperan los bajos salarios, malas condiciones de trabajo y una misión marginalista. Por otro lado también se erigen instituciones modernas que tienen una cercanía con la presidencia muy marcada, esto debido a que las funciones que realizan son importantes para el proyecto político dominante. De igual forma se pueden distinguir órganos de staff, compuestos por funcionarios de confianza e incondicionales. Dentro de toda esta estructura existe una gran flexibilidad que permite al presidente adecuar la gestión y el control sobre el aparato estatal.

Por otra parte, la duplicación de funciones se hace necesaria para asegurar el cumplimiento de los objetivos, es decir lo hace uno o lo hace el otro, además permite al presidente, en caso de conflicto entre instituciones, que sólo asuma el papel de árbitro. De igual forma la duplicidad se hace necesaria cuando:

- Existen organismos que a pesar de tener la competencia legal carecen de liderazgo o de la confianza presidencial, ya que la importancia o el carácter innovador de estas acciones determinan su existencia.
- Cuando en ciertas organizaciones el control se ubica en funcionarios de la oposición, la duplicidad permite dar continuidad a actividades que se convierten en estratégicas, restando fuerza a otras posturas.

A partir de estos cuestionamientos, podemos analizar lo que se ha dado en llamar el imperialismo burocrático, el cual se refiere a la existencia de organizaciones altamente calificadas que cuentan con todo el apoyo político —se plasma como un funcionamiento excluyente de otras áreas, ignorando organigramas y contando con los mayores recursos—. Sin embargo la existencia de estas unidades no implica necesariamente que sus actividades se vinculen con las políticas adoptadas, de hecho su existencia legitima el carácter legal y racional del régimen.

Por último, en cuanto a la interdependencia presupuestaria, el tipo de mecanismo de asignación y utilización de fondos varía, pero todos tienen el fin de permitir al presidente disponer de ellos para aplicarlos en áreas, funciones o actividades que resultan críticas,

según el momento, evitando retrasos institucionales en la consecución de los objetivos del régimen. Ahora bien la utilización de estos recursos se destina a la edificación de grandes y fastuosas obras que en muchos de los casos no están justificadas desde el punto de vista funcional (elefantes blancos), además se otorgan concesiones privilegiadas de explotación a ciertos sectores de la sociedad. También es obvio que como forma de legitimación se argumenten políticas demagógicas acerca de la redistribución de la riqueza.

REFLEXIONES FINALES

A través de los anteriores párrafos se pueden identificar algunos argumentos teóricos que dan luz sobre la interrelación entre los procesos de elaboración de políticas públicas y su implementación, conformándose, además, como una herramienta técnica para comprender la forma en que el aparato estatal desarrolla su función principal —la consecución de los objetivos comunes a la sociedad, es decir, el bien común—. Además es importante resaltar la vinculación entre procesos técnicos y políticos para comprender la manera en que las acciones determinan el éxito o el fracaso de determinada política pública llevada a cabo como acción concreta, insertando este actuar en un esquema de gobierno con características particulares, pero que dan la pauta para valorar, de una forma más próxima a la realidad, los programas de intervención y lo que se espera de ellos.

También es importante resaltar que en este capítulo se ha dado mayor énfasis a cuestiones relacionadas con los procesos de planificación, ejecución, interrelación entre actores sociales y a los medios más viables para concretar el proceso de llevar a la acción la formulación de políticas, a través de su implementación, desde un enfoque eminentemente “político-administrativo”; sin embargo, también es necesario precisar que en este apartado no se dedica un espacio expreso para describir la relación entre factores económicos, contexto social, cultural y participación de la sociedad civil, ya que estos son tratados más adelante como una parte específica del desarrollo de la evaluación realizada al PASSPA; además por que en esta revisión conceptual estos factores son considerados como elementos no excluyentes o fuera de una sociedad. Por tal motivo creí más conveniente tratar de explicar cual es la relación entre implementación de políticas públicas y las características de determinados regímenes políticos, vigentes —o que por lo menos se hicieron presentes— en América Latina.

Por otra parte, también debemos considerar que existe en el ámbito mundial, a partir de ya hace algunos años, un proceso de globalización, el cual ha generado que en muchos países se reporten cambios en la definición de objetivos de orden económico, social y en la conformación de las estructuras estatales, con el fin de dar respuesta a las exigencias del actual modelo de desarrollo denominado neo-liberalista. Esto implica que el llamado estado bienestar sufra un proceso de extinción³² y que por otra parte sé de un mayor énfasis a la creación de estructuras de estado que, en teoría, enfoquen sus esfuerzos a

³² Casilda Béjar R. El estado de bienestar a discusión, en Pros y contras del estado de bienestar, Técno, Madrid, 1996.

actividades de coordinación y rectoría dentro de una sociedad, limitando al máximo su participación como agente productor de bienes y servicios.

Bajo estos planteamientos ahora es posible ubicar al Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta como la implementación de una política pública que pretende dar respuesta a las directrices de gobierno en el ámbito de la salud. Lo que determinó la necesidad de realizar un análisis de evaluación para determinar su éxito o fracaso en la consecución de los objetivos que le dieron vida, para ello en los siguientes capítulos se describe dicho proceso.

I. Introducción

A través del tiempo, el desarrollo desigual de las distintas regiones del país ha hecho necesario que el Estado Mexicano intervenga activamente en la solución de los rezagos más importantes observados en materia de política social, especialmente en el campo de la salud. Esta necesidad ha sido muy clara en entidades como Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca, cuyas características económicas, sociales, culturales y geográficas no han permitido un desarrollo sostenido, capaz de derramar beneficios manifiestos entre su población. De hecho, el incremento del bienestar humano y el progreso social son los objetivos más importantes de todo programa de desarrollo¹.

Sin embargo, la política social en el campo de la salud, a pesar de los indudables avances obtenidos, no ha logrado que sus resultados beneficien de manera equitativa a la población, observándose núcleos poblacionales con escaso o nulo acceso a los servicios de salud y una inadecuada calidad en su oferta, mientras que en otros casos esta oferta es altamente tecnificada, muy cara o poco utilizada. Esta situación se convierte en una tarea que el Estado Mexicano no puede abandonar.

Por otra parte, la distribución de los recursos financieros se ha dirigido históricamente hacia áreas que presentan mayor grado de desarrollo (región norte y centro del país), mientras que la región sur, y en especial la intervenida por el PASSPA, no se ha beneficiado de igual manera; sin embargo, también es cierto que en los últimos años esta tendencia ha cambiado, canalizándose recursos provenientes de organismos de financiamiento externo² como respuesta a esta problemática y como parte de las estrategias que la SSA desarrolla para tal fin. Una de estas estrategias fue la negociación de un crédito con el BM en 1987, para financiar un amplio programa dirigido a fortalecer la cobertura de atención médica en los cuatro estados más pobres de México y con ello modificar los graves problemas de salud de su población no asegurada. Tras tres años de negociaciones entre el Gobierno de nuestro país y el BM se puso en marcha el denominado Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), que inició sus operaciones en 1991.

Es a partir de este hecho, que da inicio uno de los programas de intervención en salud más ambiciosos estructurados por la SSA, el cual se llevaría a cabo en un periodo de cinco años, finalizando en 1995. Ahora bien, su operación da la oportunidad de desarrollar un proceso de evaluación que permita determinar el grado de cumplimiento en sus metas y su posible impacto sobre las condiciones de salud de la población beneficiada y en el mejoramiento institucional de los Servicios Estatales intervenidos. Para ello es necesario precisar que, para intervenciones en salud, el propósito de la evaluación de programas —a partir del incremento gradual de su eficacia y del aumento de su eficiencia—, es mejorar su ejecución y decidir si el programa debe continuar o puede ser reproducido^{3,4}. Para ello es

¹ Organización Mundial de la Salud. Proceso de gestión para el desarrollo de la salud: Normas fundamentales. Serie Salud para Todos, No. 5. Ginebra, Suiza, 1981

² Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe final, Fundación Mexicana para la Salud, 1era edición 1994; México D.F.

³ Favaro P, Ferris L. Increasing the relevancy and usefulness of programme evaluation: a comprehensive evaluation. *Hygie*, 1988, June; 7(2):28-32

necesario que la evaluación sea capaz de proporcionar instrumentos que permitan distribuir óptimamente la infraestructura y los recursos disponibles entre las actividades ya emprendidas, o las que el programa pretende desarrollar más tarde. Además, la evaluación puede proporcionar instrumentos relevantes para tomar decisiones acerca del ciclo de planeación, desarrollo, implantación y operación del programa en el futuro⁵. Esta modalidad de evaluación se denomina evaluación del proceso⁶, y en algún momento debe completarse con la evaluación del impacto del programa sobre las condiciones de salud que dicho programa se propone modificar⁷. Mackenbach y cols han señalado que las dificultades de evaluación se incrementan extraordinariamente cuando se trata de programas dirigidos a reducir las inequidades en salud, ya que no existe consenso sobre el tipo de diseño que es más apropiado utilizar para evaluar la efectividad de este tipo de intervenciones, especialmente cuando es imposible contar con comunidades de control⁸. No obstante, aquellos programas de salud que por su naturaleza emergente requieren adecuar sobre la marcha su dirección y contenidos —como es el caso del PASSPA, que está dirigido a poblaciones extremadamente pobres y que es financiado en forma externa—, la evaluación temprana de su impacto sobre la población objetivo puede resultar una manera muy eficaz para determinar su verdadero valor social y su sustentabilidad económica, sobre todo porque los recursos financieros con los que se ejecutan pasarán a formar parte, en algún momento, de la deuda de los países en los que se llevan a cabo. En consecuencia, la necesidad de esta evaluación se encuentra plenamente justificada⁹.

Con base en esto, es conveniente señalar que el presente trabajo se inscribe plenamente en el contexto de una evaluación, más que en el de una investigación. Para comprender las diferencias entre los procesos de evaluación y de investigación científica, sin embargo, se requiere hacer algunas precisiones. Como algunos expertos han señalado (Holzmer, 1980) la evaluación tiende a centrar su interés en la toma de decisiones, mientras que la investigación lo hace en las conclusiones; la investigación genera resultados generalizables, lo que resulta mucho más difícil en la evaluación y, finalmente, mientras que la evaluación centra sus reflexiones en los errores, la investigación lo hace en los aciertos¹⁰. Además, la evaluación de un programa de salud constituye una tarea muy compleja. Esta complejidad deriva del hecho de que las condiciones de salud de una

⁴ Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Serie Salud para Todos, No. 6. Ginebra, Suiza, 1981.

⁵ Favaro P, Ferris L. Op cit. 1988

⁶ Donabedian A. Cándido en el país de la investigación en servicios de salud. Rev. Sal.Pub. Mex. Vol. 29, No. 6, pp. 520-530, 1987

⁷ Erben R, Franzkowiak F, Wenzel E. Assessment of the Outcomes of Health Intervention. Soc. Sci. Med. Vol. 35, No. 4, pp 359-365, 1992

⁸ Mackenbach J, Gunning-Shepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?. J Epidemiol Community Health, 1997, Aug; 51(4):359-364

⁹ Champagne F, Conrandiopoulos A, Pineault R. A conceptual framework for evaluation of health programs. Rev Epidemiol Sante Publique 1985; 33(3):173-181

¹⁰ Holzmer W. Research and evaluation: an overview. Qual Rev Bull, 1980 Mar; 6(3):31.34

población están determinadas no sólo por el acceso a los servicios de salud, sino también por una gran variedad de factores sociales, económicos, culturales y ambientales, cuya interacción suele modificarse en plazos relativamente largos. Teniendo en mente las limitaciones naturales de este tipo de evaluación —pero también la enorme importancia práctica que tiene su realización en los países en desarrollo—, es que se ha realizado el presente estudio.

II. Antecedentes

ENTORNO INSTITUCIONAL

Estructura del Sistema Nacional de Salud en México

Es necesario aclarar que el análisis desarrollado hace referencia a la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS) que imperó hasta 1995, ya que a partir de esta fecha éste se encuentra en proceso de reforma.

Una vez aclarado esto, podemos precisar que es a partir de 1983 —momento en que la salud de los mexicanos se elevó a rango constitucional—, cuando se fundamentó la integración de los servicios en un Sistema Nacional de Salud (SNS)¹¹. Este pretendía armonizar los programas y servicios que llevaban a cabo el gobierno federal y los gobiernos estatales, con el concurso de los sectores social y privado, a fin de dar cumplimiento a este postulado constitucional.

Con la aprobación en 1984 de la Ley General de Salud¹², se define el contenido y finalidad del derecho a este bien; se establecen las bases jurídicas para su efectivo cumplimiento; se norma la participación y responsabilidades de los sectores involucrados (público, social y privado) y se establecen las bases para la consolidación y funcionamiento del SNS a partir de la reglamentación de la prestación de servicios y la definición de competencias, en materia de salud, respecto de otras dependencias de la administración pública federal.

Así, la conformación del SNS debe entenderse como un conjunto de tareas de coordinación que buscan dar coherencia, armonía y flexibilidad al establecimiento y acceso a los servicios de salud, al uso más eficiente de los recursos y un camino para alcanzar la equidad en la distribución de los beneficios en salud.

En términos generales, la conformación del SNS perseguía dos grandes propósitos:

- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y
- Elevar la calidad de los servicios otorgados.

El sector Salud, —componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática— tiene como objetivos de actuación los siguientes:

- i) Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo problemas sanitarios prioritarios y aquellos factores de riesgo para la salud de la población, dando énfasis a las acciones preventivas.
- ii) Contribuir al desarrollo demográfico del país.

¹¹ Sistema Nacional de Salud, Avances y Perspectivas, Cuadernos de la SSA. Número 7; México D.F. 1984.

¹² Ley General de Salud, SSA, 1994.

- iii) Coadyuvar a la modificación de patrones culturales que fomenten el desarrollo de hábitos, costumbres y actitudes contrarios al disfrute de la salud y al uso de los servicios.

Para dar cumplimiento a estos objetivos el SNS se integra de tres componentes: 1) las entidades del sector salud, 2) los gobiernos de las entidades federativas del país, que se vinculan a través de la coordinación con el gobierno federal, y 3) los sectores social y privado que se incorporan mediante la concertación con los componentes anteriores.

La actuación del Sector Salud, de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF)¹³ y a la Ley de Planeación, está dirigida por la SSA, la cual, con base en los acuerdos de sectorización, debe planear, coordinar, evaluar y vigilar el desarrollo de las acciones que las entidades de la administración pública y paraestatal adscritas al sector efectúen.

El Sistema Nacional de Salud en nuestro país brinda servicios a través de tres modalidades: a) el régimen de seguridad social, que integra a los individuos con una relación formal de trabajo, b) los servicios que se brindan a la Población Abierta, la cual no tiene una relación formal de trabajo y c) los Servicios médicos de carácter privado. Sin embargo también existe un sector de la población —constituido en 1994 por aproximadamente 10 millones de mexicanos— que no tienen acceso a servicios regulares de salud¹⁴.

Dentro de la primera de estas modalidades, destacan instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios que instituciones como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Marina (SM) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) brindan a sus empleados.

Por su parte, la prestación de servicios a población abierta es responsabilidad de la Secretaría de Salud (SSA); del IMSS-Solidaridad, incluyendo en la capital del país a los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. También se insertan instituciones creadas por los gobiernos estatales para brindar atención a su población no derechohabiente y las denominadas de asistencia social que incluyen al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional Indigenista (INI) y al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), entre otros.

Organización y funcionamiento de la Secretaría de Salud

Con base en la LOAPF, a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social; servicios médicos y salubridad general —con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente—; coordinar los programas de

¹³ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), 1994

¹⁴ Poder Ejecutivo Nacional, Programa de Reforma del Sistema de Salud. México, 1996.

servicios a la salud de la administración pública federal; así como a los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen. También tiene como atributo la creación y administración de establecimientos de salud en cualquier lugar de la República. La Ley General de Salud afirma y amplía estas funciones, destacando los aspectos de atención directa a la población. La prestación de sus servicios se dirige a la población que no tiene una relación formal de trabajo y aquella que no puede hacer uso de servicios privados de atención médica, debido su poder adquisitivo. A esta población se le denomina *abierta o no derechohabiente*.

En términos de su estructura orgánica funcional, la SSA esta dividida en niveles jerárquicos. Al nivel nacional esta conformada por diversas subsecretarías, direcciones generales e institutos nacionales de salud. Las funciones a este nivel son: la planeación estratégica de los programas de salud para población abierta y el apoyo a la toma de decisiones en el ámbito nacional. Al nivel estatal su contraparte son los Servicios Estatales de Salud —estructuras descentralizadas— y los Servicios Coordinados de Salud Pública —estructuras desconcentradas—. Este nivel a su vez se subdivide en estructuras jurisdiccionales, las cuales se encargan de la administración de recursos, la planeación operativa de los servicios y toma de decisiones y control de actividades operativas, en un territorio específicamente delimitado. Por último el nivel local, como punto de contacto entre la operación de servicios y la población usuaria, es el responsable de brindar servicios a través de la planeación local, desarrollo de diagnósticos de salud y utilización de los recursos.

A partir de 1985, la prestación de servicios se reorganizó formalmente, a través de la implantación del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA)¹⁵. La aplicación de este modelo pretende homogeneizar la organización y funcionamiento de los servicios de salud de la SSA en toda la república para dar respuesta efectiva a las necesidades de la población. Para ello el MASPA dio un especial énfasis al fortalecimiento de la atención primaria a la salud, entendiendo a ésta como el conjunto de acciones dirigidas a impulsar la atención preventiva, antes que la curativa, desarrollando actividades de educación, promoción y fomento comunitario; así como el fortalecimiento del autocuidado de la salud y de las condiciones sanitarias y ambientales.

Para brindar sus servicios la SSA cuenta con una estructura dividida en tres niveles de atención. La conformación de estos depende del grado de complejidad de las necesidades de salud y de los insumos necesarios para su resolución. El MASPA, a través de los Estudios de Regionalización Operativa (ERO)¹⁶, determina la infraestructura existente y necesaria —unidades médicas— según el nivel de atención. Para ello, los ERO recaban y utilizan información referente al número y tamaño de las localidades donde se ubica la población abierta, su grado de dispersión geográfica, el desplazamiento de la población y la disponibilidad de vías y medios de comunicación. Los estudios de regionalización operativa contribuyen a racionalizar el crecimiento de la infraestructura en salud, permiten

¹⁵ Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, SSA, 1985.

¹⁶ Estudios de Regionalización Operativa, SSA

tener un panorama de la oferta de servicios existente en el país y además, en forma paralela, son fuente de información para definir la tipología de las unidades que prestar servicios y el tipo de recursos requeridos por la población, la ubicación de centros de salud y los universos poblacionales que le corresponde cubrir a cada unidad.

Ahora bien, el primer nivel de atención se constituye como el vínculo inicial y más importante de la población con los servicios de salud, se le considera la puerta de entrada a los servicios y comprende, por lo tanto, acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente. Los servicios que se otorgan a este nivel se dirigen a preservar la salud, a través de acciones de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica y planificación familiar; así como de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, si es necesario, de aquellos padecimientos más frecuentes y cuya resolución es factible mediante atención ambulatoria y con recursos de poca complejidad técnica y tecnológica.

A este nivel, las unidades operan bajo un esquema modular que permite adecuar la capacidad funcional de las unidades, de acuerdo al nivel de demanda de servicios. Para ello, la atención modular se entiende como el otorgamiento de servicios de salud por zonas o áreas, a través de un equipo humano básico (médico, enfermera y en el caso de unidades de mayor complejidad de personal de trabajo social) y de un módulo o consultorio.

A continuación se describe, según el MASPA, la tipología de las unidades ubicadas en el primer nivel de atención, según su ámbito:

- **Ambito Rural.**

- a) *Casa de Salud.*- Opera en localidades con un rango poblacional que fluctúa entre los 500 y 1,000 habitantes, su funcionamiento esta basado en un local otorgado por la comunidad. Esta unidad está a cargo de personal auxiliar de salud, el cual brinda servicios de promoción y orientación sobre programas preventivos, de planificación familiar, saneamiento básico y fomento sanitarios.

La supervisión y apoyo lo recibe del centro de salud de mayor complejidad más cercano y al cual se canalizan (sistema de referencia y contra-referencia) los pacientes que así lo requieran.

- b) *Unidad Auxiliar de Salud (UAS).*- Al igual que la casa de salud, se ubica en localidades de 500 a 1,000 personas; sin embargo, la accesibilidad geográfica y el panorama epidemiológico de las mismas son críticos. Por esta razón, la prestación de servicios es responsabilidad de un médico pasante en servicio social o de un técnico en salud.

Las acciones que se realizan en una UAS son similares a las de las casas de salud, excepto las relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

- c) *Centro de Salud Rural Disperso (CSRD)*.- Esta unidad se establece en localidades mayores de 1,000 personas y menores a 2,500 y de acuerdo al ERO, la comunidad donde se ubica físicamente la unidad se denomina localidad sede, mientras que a las localidades dentro del radio de atención se les denomina área de influencia. La cantidad de localidades del área de influencia depende de las isócronas de traslado, que norman, según el ERO, un tiempo de traslado no mayor a 60 minutos. (Figura 1).

La prestación de servicios está a cargo de médicos generales o pasantes y de auxiliares de enfermería, quienes realizan actividades de consulta externa general, urgencias, atención a pacientes contra-referidos, vigilancia epidemiológica, educación para la salud, saneamiento ambiental, fomento sanitario, organización de la comunidad, visitas domiciliarias y referencia de pacientes.

Figura 1
Estudio de Regionalización Operativa
Determinación de área de influencia y localidad sede



- d) *Centro de Salud Rural Concentrado (CSRC)*.- El rango poblacional en su localidad sede es de 2,500 a menos de 15,000 habitantes. El equipo de salud que las integra está conformado por un médico general o pasante, auxiliar de enfermería, promotor de salud y un pasante de odontología. Los servicios que otorgan a la población son similares, con excepción del de odontología, a los que se brindan en los CSRD.

- Ambito Urbano.

- e) *Centro de Salud Urbano (CSU)*.- Se ubican en localidades cuyo rango poblacional es mayor a 15,000 habitantes.

Este tipo de unidad tiene la capacidad de otorgar los servicios anteriormente descritos, pero incluyen los servicios de laboratorio y rayos X. El recurso humano, además de los ya mencionados, incluye a técnicos de laboratorio y rayos X, trabajadores sociales y personal administrativo.

- Otras modalidades

f) *Unidad Móvil (UM)*.- Este es un tipo de modalidad que representa una opción importante para brindar servicios de salud a la población de localidades dispersas y de difícil acceso.

Su función es llevar servicios a través de un vehículo provisto del personal básico, equipo, instrumental e insumos necesarios. Esta unidad, adscrita a la jurisdicción sanitaria o a centros de salud estratégicamente ubicados, otorga servicios similares a los centros de salud del área rural.

Bajo esta estructura de prestación de servicios en el primer nivel de atención, la SSA impulsa la protección a los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces y equitativos que coadyuven al efectivo mejoramiento de las condiciones de salud de la población, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios.

ENTORNO GEOGRÁFICO, DEMOGRÁFICO Y SOCIAL DE LOS ESTADOS PASSPA

Características geográficas

En este rubro no es necesario realizar un análisis muy profundo para determinar que las características geográficas de los estados PASSPA (orográficas, hidrográficas y climatológicas) son de las más accidentadas y variables del país. Esta situación determina la existencia de factores predisponentes para la aparición de diversas patologías que afectan la salud de la población, sin olvidar el hecho de que sus condiciones geográficas, en gran parte, han determinado el nivel de desarrollo general de las entidades. Basta mencionar que en ellas se encuentran ubicadas localidades consideradas como áreas de difícil acceso, lo que ha impedido el disfrute de igualdad de condiciones y oportunidades de crecimiento.

En términos generales, la composición orográfica de los estados PASSPA es de lo más irregular e inaccesible, debido a que se sitúan dentro de los principales sistemas montañosos de la nación: 1) Sierra Madre del Sur, 2) Sistema Volcánico Transversal, 3) Sierra Madre Oriental, y 4) Sierra de Chiapas. En lo que respecta a las características hidrográficas de las entidades PASSPA, se observa que todos los estados cuentan con sistemas acuíferos de gran importancia, sistemas tanto superficiales como subterráneos, incluyéndose además lagunas y lagos de considerable tamaño. Es importante señalar que la mayoría de estos mantos acuíferos presentan un grave deterioro debido a la contaminación de que son objeto, así como por el deterioro del entorno donde se ubican—devastación de los ecosistemas—.

Como se puede apreciar, las condiciones geográficas que rodean a las entidades objeto de intervención del Programa representan un reto para que las políticas nacionales hagan frente a estos factores y puedan hacer llegar los medios y recursos que permitan superar los rezago existentes.

Características demográficas

De acuerdo al XI Censo General de Población y Vivienda, Chiapas tenía, en 1990, una población de 3'210,496 habitantes; 49.98% pertenecían al sexo masculino y el resto al femenino (1'605,723 mujeres). En Guerrero la población total fue de 2'620,637 habitantes, de los cuales el 48.93% fueron hombres. Hidalgo por su parte reportó una población total de 1'888,366 habitantes, (929,138 pertenecieron al sexo masculino y 959,228 al femenino). Oaxaca contó con 3'019,560 habitantes; de los cuales 1'477,438 eran del sexo masculino y 51.1% del sexo femenino. Por otra parte, la población total del D.F. en 1990 fue de 8'235,744 habitantes lo que representó el 10.13% de la población total del país. De los habitantes de la Ciudad de México 3'939,911 pertenecieron al sexo masculino (47.8% del total) y 4 295,833 al femenino (52.2%). Esto lo ubica como el de mayor concentración de habitantes, dentro de los estados seleccionados por el Programa.

Para ese mismo año, la pirámide poblacional en todas las entidades presenta una base ancha —aunque en el caso del Distrito Federal se aprecian algunas pequeñas modificaciones en esta conformación—, la cual se adelgaza conforme aumenta el grupo de edad.

Por entidad, la distribución de la población según grupo etáreo es la siguiente: el porcentaje de menores de 5 años en Chiapas fue de 15.2% con relación a la población total del estado, el grupo de 5 a 14 representó el 29.0% y el de 15 a 64 años (edad productiva) el 52.34% del total; en contraste la población posproductiva sólo representó el 3.1% de la población asentada en la entidad. También se puede apreciar que de la población total el 22.0% correspondió al grupo de mujeres entre los 15 y 49 años, es decir, en edad fértil (MEF).

Por otra parte, en Guerrero el porcentaje de menores de 5 años representó el 13.79% de la población total, el grupo de 5 a 14 el 28.9% y la población en edad productiva el 52.03% del total; por su parte la población de 65 y más años sólo representó el 4.07%. Del total de población existente el 23.59% correspondió al grupo de mujeres entre los 15 y 49 años. La distribución poblacional de Hidalgo reportó un porcentaje de menores de 5 años de 13.02%, el grupo de 5 a 14 de 28.04% y la población de 15 a 64 años un 53.81% del total; La población de 65 y más años sólo representó el 4.39%. Del total de población existente en esta entidad el 24.08% correspondió al grupo de MEF.

En Oaxaca la estructura de población, para este mismo año, observó que los menores de 5 años representaron el 13.6% del total, el grupo de 5 a 14 un 29.0% y la población en edad productiva el 52.5%; la población posproductiva representó cifras similares a los anteriores estados con el 4.8%. Además se aprecia que del total de población el 23.3% correspondió al grupo de mujeres entre los 15 y 49 años.

Como anteriormente se señaló, en el Distrito Federal, la pirámide poblacional presenta una base ancha, pero muestra pequeños cambios en el volumen o tamaño de los primeros grupos de edad haciendo que estos sean similares. Esto nos habla de cambios en el patrón demográfico de la capital del país, debido a la disminución de las tasas de mortalidad (sobre todo de la población infantil) y de las tasas de natalidad y fecundidad.

La población de los estados seleccionados es eminentemente joven, mostrando además tasas de natalidad y de fecundidad superiores —con excepción del D.F.— a la media del nivel nacional (tasa de natalidad 33.7 Nacidos Vivos Registrados (NVR) por cada 100 habitantes y tasa de fecundidad de 131.3 NVR por cada 1,000 MEF)¹⁷.

Las tasas más altas se ubicaron en el estado de Chiapas —tasa de natalidad de 61.8 NVR por cada 100 habitantes y de fecundidad de 261.9 NVR por cada 1,000 MEF—. Le sigue en orden descendente Guerrero, con una tasa general de natalidad de 37.4 nacidos vivos por cada 100 habitantes y de 158.3 nacidos vivos por cada 1,000 MEF como tasa de fecundidad. Por su parte, la tasa general de natalidad en Hidalgo fue de 36.3 nacidos vivos por cada 100 habitantes, ocupando el tercer sitio de acuerdo con su tasa de fecundidad (150.8 nacidos vivos por cada 1,000 MEF). La tasa de natalidad en Oaxaca para 1990 fue de 35.4 NVR por cada 100 habitantes y la de fecundidad de 151.9 NVR por cada 1,000 MEF (cuadro 1).

En la capital del país, la situación es distinta, reportando como tasa de natalidad un total de 28.4 nacidos vivos por cada 100 habitantes y una tasa de fecundidad de 96.8 nacidos vivos por cada 1,000 MEF. Esta situación coloca a la capital del país por abajo de las reportadas al nivel nacional. Por otra parte, cuando se comparan las tasas reportadas por Jalisco y de Nuevo León (32.6 y 26.3 como tasa de natalidad, respectivamente y de fecundidad de 127.0 y 97.0 nacidos vivos por cada 1,000 MEF) se observa que el D.F. también las mejora.

La esperanza de vida al nacimiento observada en 1990 en el ámbito nacional fue de 69.69 años; según el sexo, esta cifra fue de 66.45 años para hombres y de 73.08 para las mujeres. De los estados PASSPA, Oaxaca reportó la esperanza de vida al nacimiento más baja, con 62.11 años; por sexo la cifra fue de 59.49 en hombres y de 64.86 años en mujeres. El caso contrario lo representa el Distrito Federal, cuya esperanza de vida global es de 73.18 años, mientras que para hombres es de 70.79 y para mujeres de 75.70, cifras que superan a la media en el ámbito nacional y que sólo están por debajo, en el contexto nacional, a las reportadas por Nuevo León —esperanza de vida global de 74.09, en hombres de 72.12 y en mujeres de 76.16 años respectivamente—.

¹⁷ Estadísticas Vitales 1990, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F. 1991. En donde: **Tasa de Natalidad** se refiere al número de nacidos vivos registrados (NVR) por mil habitantes en un periodo determinado y **Tasa General de fecundidad** es el número de NVR por cada mil mujeres de 15 a 49 años en un periodo determinado

Cuadro 1		Características demográficas en los estados PASSPA y E.U.M., 1990					
Entidad	Densidad de población (hab/Km2)	Total de localidades en la entidad	Localidades menores a 2,500 Número de localidades	Población que concentra	Tasa de natalidad	Tasa de fecundidad	Esperanza de vida al nacimiento
Chiapas	48.8	16,422	16,302	1,913,754	61.8	261.9	66.40
Guerrero	45.7	6,008	5,902	1,251,101	37.4	158.3	67.36
Hidalgo	101.0	3,868	3,786	1,042,648	36.3	150.8	65.96
Oaxaca	34.0	7,210	7,076	1,828,257	35.4	151.9	62.11
Distrito Federal	5,699.5	282	253	21,901	28.4	96.8	73.18
E. U. M.	41.3	156,602	154,016	23,289,924	33.7	101.6	69.69

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos Instituto Nacional de Geografía e Informática, Edic. 1991

La ubicación geográfica de la población es un indicador del esfuerzo que implica establecer una política de salud equitativa con los habitantes más desprotegidos del país, y en especial con los de la región PASSPA. Por tal razón, es necesario determinar el grado de dispersión y de marginalidad de las localidades donde se asienta la población (cuadro 1).

En el caso de Chiapas, que administrativamente se divide en 112 municipios, existen 16,422 localidades, la mayoría de ellas (93%) con volúmenes de población inferiores a los 500 habitantes; por otra parte sólo el 6.3% de las localidades existentes agruparon núcleos poblacionales de 500 a 2,499 personas.

El número de habitantes de las localidades menores a los 500 habitantes, de acuerdo al XI Censo General de Población y Vivienda, fue de aproximadamente del 30% de la población total estatal, resaltando que sólo existen dos localidades que sobrepasan los 100,000 habitantes y que concentraron sólo a 428,484 personas. Estos datos demuestran que sólo el 40% de los habitantes de Chiapas se concentraron en áreas definidas como urbanas, mientras que el porcentaje restante nos habla de población rural asentada en zonas de alta dispersión y muchas veces de difícil acceso.

Una situación similar se presenta en las otras entidades seleccionadas por el Programa, por ejemplo en Oaxaca, que políticamente se encuentra dividido en 570 municipios con 7,210 localidades, el 82.6% tenía un volumen poblacional menor a los 500 habitantes; en ellas se ubicó una población de 732,710 personas. Por otra parte, el 15.5% de las localidades se ubicaron entre los 500 y los 2,499 habitantes y agruparon al 36% de la población total estatal, observándose únicamente 134 localidades que superaron este volumen.

Una vez más el Distrito Federal presenta una situación distinta a las otras entidades seleccionadas. En primer lugar, es necesario comentar que está dividido en 16 delegaciones políticas; sin embargo, sus condiciones de acceso y comunicación son muy

superiores a las que se encuentran en los anteriores estados. De esta forma, se puede observar que en el D.F. existen 29 localidades cuya población oscila entre los 2,500 y el millón de habitantes, concentrando a 8'213,843 de la población total de la ciudad de México.

Características del contexto social

• Índice de marginación por municipio

El comportamiento en la distribución territorial de la población es más significativo cuando se analizan aspectos relacionados con características sociales y económicas de su población, dentro de estos aspectos resalta el estudio que para 1990 realizó la Comisión Nacional del Agua y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) referente al Índice de Marginación por Municipio. Este analiza y valora un conjunto de indicadores que brindan información del grado de avance o de deterioro de una población según municipio; su desarrollo implicó la correlación de información referente al nivel de ingreso de las familias, el acceso a la canasta básica de satisfactores alimentarios, las características de la vivienda y la disponibilidad de servicios, entre otros. Es necesario resaltar que al momento de realizar la selección de entidades para su incorporación al PASSPA el índice de marginalidad no se había elaborado; sin embargo, la selección de entidades hecha por el Programa se ajusta a los resultados posteriormente obtenidos por este estudio, con excepción del Distrito Federal.

De acuerdo con los resultados sobre el índice de marginalidad por municipio se observa que Chiapas ocupa el primer lugar de marginación en el ámbito nacional, debido a que 38 de sus 112 municipios presentan un nivel de marginación muy alta, 56 un nivel alto y 12 un índice de marginación media. Esto significa que aproximadamente el 95% de los municipios del estado presentan condiciones desfavorables para la población que en ellos se ubica (cuadro 2).

Por su parte, Oaxaca se ubica el segundo lugar de marginación dentro del contexto nacional, a expensas de los 168 municipios que se clasifican dentro de un índice de muy alta marginación, además de los 263 considerados como de alta marginación y 83 como de marginación media; lo que demuestra que el 90% de los 570 municipios del estado presentan condiciones adversas para el desarrollo.

En Guerrero, clasificado en el tercer lugar de marginación, el 91% de los 76 municipios que conforman al estado son considerados como de alta prioridad. En Hidalgo la situación no varía, observándose que de sus 84 municipios 12 se clasifican como de muy alta marginación, 31 de alta y 15 de marginación media.

Cuadro 2

Características sociales de los estados PASSPA, 1990

Entidad	Índice de marginación		Población total	Población indígena(*)		Porcentaje de analfabetismo
	Clasificación	Posición contexto nac.		No hablan español	Además hablan español	
Chiapas	Muy Alta	1	716,012	228,889	453,508	30.0
Oaxaca	Muy Alta	2	1,018,106	192,821	791,451	27.5
Guerrero	Muy Alta	3	298,532	86,219	193,706	26.8
Hidalgo	Muy Alta	4	317,838	53,185	251,985	20.7
Distrito Federal	Muy Baja	32	111,552	339	107,308	4.0
E. U. M.	N.D.	N.D.	5,282,347	836,224	4,237,962	12.3

(*) Número de habitantes mayores de 5 años que hablan alguna lengua distinta al español

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Geografía e Informática, Edic 1991

En los estados anteriormente citados, debido al limitado avance de sus municipios, las condiciones de desarrollo son un obstáculo para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. Revertir esta situación es una tarea muy difícil, sobre todo si se considera que su consecución sólo puede lograrse con la implementación de una política social de intervención que modifique de manera integral y directa los factores que hacen de este problema una cuestión multicausal. Dentro de este mismo análisis, se puede apreciar nuevamente que el Distrito Federal no guarda congruencia con los resultados obtenidos en las otras entidades analizadas.

• Población indígena

Otro punto de interés en el análisis social de las poblaciones es la presencia de población indígena, ya que su incorporación al desarrollo implica el reconocimiento de sus valores culturales y la habilidad para que estos valores sean empleados en favor de una política de salud que fomente la adecuada utilización de los servicios, la participación comunitaria de forma activa y una cultura del autocuidado personal y familiar.

Es innegable que, a través de la historia, en nuestro país la población indígena ha sufrido del abandono y la marginación, además del rechazo y trato peyorativo de otros sectores de la población. Por lo tanto, el núcleo de población indígena debe ser considerado como prioritario dentro de los planes de desarrollo de la Nación (cuadro 2).

Con base en la información del XI Censo General de Población y Vivienda, en los estados PASSPA se ubicó una población indígena de 2'462,040 personas, de las cuales 716,012 pertenecían al estado de Chiapas, 298,532 a Guerrero, 317,838 a Hidalgo, 1'018.106 a Oaxaca y 111,552 se ubicaron en el Distrito Federal. En conjunto la población indígena de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca representaron el 21.9% de la población total para

esas entidades, mientras que en el Distrito Federal la población indígena sólo representó el 1.35% de la población total en la capital del país.

A grandes rasgos, las principales lenguas indígenas según entidad son las siguientes: en Chiapas el Tzeltal, Tzotzil y el Chol; en Guerrero el Náhuatl, Mixteco, Tlapaneco y el Amuzgo; En Hidalgo el Náhuatl, el Otomi y el Tepehua representaron los principales dialectos. En Oaxaca, por su parte las principales lenguas indígenas son el Zapoteco, Mixteco, Mazateco, el Mixe, Chinanteco y el Chatino.

• Aspectos sobre educación

El análisis de los índices de escolaridad en las entidades objeto de estudio, nos dan una idea de la magnitud y ubicación de la población con mayores rezagos en el ámbito social y económico. Esto si se considera que la educación —junto con la salud— es un factor de desarrollo para una Nación, ya que se trata de una inversión en capital humano. Desarrollar acciones en favor de la educación permitirá mejorar la capacidad de los individuos, aumentará el volumen de mano de obra mejor preparada y en consecuencia el ingreso a mejores niveles de satisfacción personal y un desempeño adecuado de los índices de producción.

Específicamente para los estados PASSPA se observó un índice de analfabetismo que superó por mucho el porcentaje nacional (12.44 por ciento). En Chiapas, de acuerdo a la información del Censo General de Población y Vivienda de 1990, el analfabetismo fue del 30% de su población mayor de 15 años, con un predominio del sexo femenino (razón de 1.7 a 1 con respecto a la población masculina). Le siguió en orden decreciente Oaxaca con un porcentaje de analfabetismo de 27.48% y un predominio de la población femenina a razón de 1.9 a 1 en hombres (cuadro 2). En Guerrero el porcentaje de población analfabeta fue 26.8%, mostrando también un predominio el sexo femenino (razón de 1.6 a 1). Para Hidalgo este porcentaje fue del 20.69% de la población mayor de 15 años.

En el campo de la salud una inadecuada educación se convierte en un factor negativo para el otorgamiento de servicios, pero más aún, representa condiciones adversas para que la población conozca y practique patrones de autocuidado y de utilización de servicios institucionales, sin que esto signifique cambiar su cultura y costumbres.

La eficiencia terminal de estudios — en primaria y secundaria— es otro de los indicadores que permiten analizar el nivel de escolaridad de la población en los estados seleccionados. En el caso de Chiapas se reportaron cifras de 35.3% de eficiencia terminal para primaria y de 77.3% en secundaria, para Guerrero de 43.8% en primaria y de 74.2% en secundaria. En Hidalgo y Oaxaca fueron de 73.5% y 52.9% de eficiencia terminal en primaria y de 77.7% y 76.1% en secundaria respectivamente.

• Características de la vivienda

En los cinco estados PASSPA existían en 1990 un total de 3'834985 viviendas, de las cuales el 46.65% se ubicaron en el Distrito Federal, el 15.49% en Chiapas, el 15.31% en Oaxaca, Guerrero concentro el 13.09% e Hidalgo el 9.46%, respectivamente (cuadro 3).

Cuadro 3		Características de la vivienda estados PASSPA y E.U.M., 1990							
Ubicación	Total	Viviendas							
		C/ agua entubada		C/ drenaje		C/ energ. eléctrica		C/ un solo cuarto	
		absoluta	%	absoluta	%	absoluta	%	absoluta	%
Chiapas	594,025	346.742	58.4	244,444	41.2	397,118	66.9	115,418	19.4
Guerrero	501,725	285.587	56.9	188,596	37.6	393.351	78.4	112,398	22.4
Hidalgo	362,933	253,883	70.0	157,994	43.5	280,608	77.3	41,374	11.4
Oaxaca	587,131	340.872	58.1	175,542	29.9	446,766	76.1	104,626	17.8
Distrito Federal	1,789,171	1,722,850	96.3	1,677,692	93.8	1,775,845	99.3	115,573	6.5
Edos PASSPA	3,834,985	2,949,934	76.9	2,444,268	63.7	3,293,688	85.9	489,389	12.8
E.U.M.	16,035,233	12,729,987	79.4	10,202,934	63.6	14,033,451	87.5	1,682,020	10.5

Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990 Resumen General. 1991.

Del total de viviendas, el 76.9% disponían de agua entubada, cifra menor a la registrada como media nacional que fue del 79.4%. Por entidad federativa esta cifra varía mucho, por ejemplo, en Guerrero se observó que sólo el 56.9% de las 501,725 viviendas con las que cuenta disponían de este servicio. Oaxaca, por su parte, reportó que 340,872 viviendas dispusieron de este líquido, lo que representó el 58.1% del total de viviendas; Chiapas por su parte reportó un porcentaje de 58.4% de viviendas con agua entubada.

En cuanto al servicio de drenaje, los estados PASSPA cubrieron a 2'444,268 viviendas con este servicio lo que representó el 63.7% del total de viviendas en los cinco estados, —cifra similar a la cobertura en el ámbito nacional 63.6%—; sin embargo hay que tomar en cuenta que este porcentaje global esta influido por la cobertura del Distrito Federal.

Sin duda, la cobertura del servicio de energía eléctrica es alta en todo el país, debido al impulso que a ésta actividad —factor necesario para el desarrollo del país— se le ha dado. De esta forma, como se puede apreciar en el cuadro 3, la cobertura del servicio en los estados PASSPA fluctuó del 66.9% en Chiapas al 99.3% en el Distrito Federal. Esto, en términos de viviendas, nos indica que existieron 3'293,688 viviendas que dispusieron de este servicio y que representaron el 85.9% del total de viviendas en la región PASSPA, cifra un poco menor a la reportada en el ámbito nacional —87.5%—.

El hacinamiento de las familias es otro indicador que permite, de cierta forma, determinar, las condiciones de salud y desarrollo de la población, ya que habitar una hogar donde existe un solo cuarto y en el cual se desarrollan las actividades diarias, motiva la presencia de condiciones insalubres que afectan a la población que las habita. Bajo este aspecto puede observarse que en la región PASSPA, el porcentaje de viviendas con un solo cuarto fue del 12.8% del total existente, cifra que superó al nivel nacional (10.5%).

ENTORNO SANITARIO DE LOS ESTADOS PASSPA

En la definición de un programa de salud es muy importante determinar del panorama sanitario del lugar donde se implantará, ya que esto permite determinar el tipo de servicios a otorgar, las acciones operativas a desarrollar, los grupos poblacionales prioritarios y los recursos necesarios para su resolución. Por esta razón, a continuación se describe el entorno sanitario de los estados PASSPA, con el propósito de determinar las características de morbilidad y mortalidad prevalentes en los estados. Esta información permite ubicar el número, distribución y causa de enfermedad y muerte para la población general y por grupos específicos de edad en los estados; además apoya el análisis sobre los criterios empleados para la selección de las entidades que recibieron apoyo por parte del Programa.

La información empleada fue obtenida de los registros de la Dirección General de Estadística e Informática, de la Dirección de Epidemiología —ambas de la SSA— y de documentos editados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

• Aspectos de morbilidad

La morbilidad se refiere al número de eventos de enfermedad que registra un individuo durante un periodo determinado y bajo condiciones específicas, en este sentido, su análisis nos lleva a determinar el volumen de eventos y las causas más frecuentes. Es importante mencionar que el análisis de la morbilidad se puede efectuar de manera general (todas las causas) o dividiendo a los padecimientos en transmisibles, no transmisibles y los causados por accidentes y lesiones. Para este trabajo se consideró la morbilidad general y la distribución de padecimientos no transmisibles reportados para 1990, a pesar de que estos últimos no se ubicaran dentro de las principales cinco causas de morbilidad general. Esto debido a la importancia creciente que los padecimientos no infecciosos tienen como consecuencia de la transición epidemiológica que afronta el país.

Con base en esto, podemos observar que en Chiapas la primer causa de morbilidad se debió a la enfermedad infecciosa respiratoria, con una tasa de 1,377.1 casos por cada 100,000 personas, le siguieron en importancia las infecciones intestinales mal definidas y la amibiasis con tasas de 650.9 y 576.92 casos por cada cien mil habitantes respectivamente. El paludismo —cuarta causa de morbilidad— reportó una tasa de 228.6 casos; mientras que en el quinto sitio aparece la angina estreptococcica con 205.9 de tasa por 100,000 habitantes.

La primer causa de los padecimientos no infecciosos fue la hipertensión arterial con una tasa de 49.8 casos por cada cien mil habitantes, le siguió en este grupo la diabetes mellitus con 30.65 como tasa y la intoxicación alimentaria con 5.06 casos por cada 100,000 personas.

En Guerrero de las 10 principales causas, siete pertenecieron al grupo de enfermedades transmisibles, dos a las no transmisibles y una a los accidentes. En términos generales, la primer causa de morbilidad general fue la enfermedad infecciosa respiratoria —10.989.9 casos por cada 100,000 personas—, le siguió en importancia la infección intestinal mal definida y la amibiasis con tasas de 3,672.2 y 2,346.74 casos por cada cien mil habitantes respectivamente. Dentro de las no transmisibles, la intoxicación por ponzoña fue la primer causa en el estado, le sigue la hipertensión arterial con tasas de 318.15 y 269.25 casos por cada cien mil habitantes respectivamente, la diabetes mellitus con 129.67 de tasa por cada 100,000 personas se ubicó posteriormente.

Para Hidalgo, se observó que el peso porcentual de las enfermedades transmisibles con base en las 10 principales causas fue del 80%, mientras que las enfermedades no transmisibles y los accidentes representaron el 10% respectivamente. La morbilidad general reportó a la infección respiratoria aguda como primer causa, reportándose para 1990 una tasa de 12,112.26 casos por cada 100,000 personas, las infecciones intestinales mal definidas, la amibiasis y la ascariasis con tasa de 3,108.3, 1,936.0 y 733.85 casos por cada cien mil habitantes respectivamente le siguen en orden descendente. Para los padecimientos no transmisibles la hipertensión arterial ocupó el primer sitio, y la diabetes mellitus el segundo, sus tasas son de 181.91 y 65.72 casos por cada cien mil habitantes respectivamente.

En Oaxaca, la morbilidad general reportó causas similares a la de los anteriores estados, sin embargo resalta el hecho de que las enfermedades no transmisibles no figuran dentro de las principales 10 causas. Así, las infecciones respiratorias agudas son la primer causa con una tasa de 8,228.26 casos por cada 100,000 personas, le siguieron en orden descendente las infecciones intestinales mal definidas, la amibiasis y la ascariasis con tasas de 2,224.6, 1,889.91 y 717.65 casos por cada cien mil habitantes respectivamente.

En el Distrito Federal la morbilidad general para 1990 reportó a las infecciones respiratorias agudas como el principal motivo de enfermedad —tasa de 9,733.36 casos por cada 100,000 habitantes—, la segunda causa se debió a las infecciones intestinales mal definidas con un total de 2,245.96 casos por el mismo factor poblacional y en tercer lugar los traumatismos y envenenamientos que reportaron una tasa de 954.19 casos por 100 mil personas. La hipertensión arterial, en este año, ocupa la sexta posición afectando a 274.82 personas por cada 100,00.

Como se puede apreciar en estas cifras, en las entidades motivo de estudio predominan las causas de morbilidad transmisibles, sobre todo aquellas relacionadas con la pobreza y marginación; padecimientos factibles de superarse a través de procesos de atención preventiva y de actividades de educación y fomento para la salud. De hecho su incidencia no debería de ocupar tales posiciones; sin embargo esto nos habla de factores que van más

allá de la simple prestación de servicios y que involucran aspectos relacionados con variables económicas, culturales, y educativas de la población.

• Aspectos de mortalidad

La mortalidad hace referencia al número de defunciones que se registran en una población durante un periodo y un ambiente determinado, en este sentido, su análisis nos permite observar el comportamiento en salud de una población, debido a que el número de muertes es un dato sensible a las características de desarrollo de una sociedad. La mortalidad se puede medir en términos generales, por causa y por grupo de edad. En la presente tesis se compararon datos de mortalidad general e infantil para los años de 1980 y 1990, mientras que para la mortalidad materna se compararon datos de 1987 y 1990.

Así, en Chiapas la mortalidad general en 1980 registró un total de 12,602 muertes, lo que se tradujo en una tasa de 604.4 defunciones por cada cien mil habitantes, posteriormente en 1990 el número de muertes fue de 16,677 con una tasa de 519.5, cifras que reportan una disminución de 84.9 muertes por cada cien mil personas entre un año y otro. La mortalidad general según causa reportó a la enfermedad infecciosa intestinal, en ambos años, como el principal motivo de defunciones en la entidad, con un descenso en su tasa, entre 1980 y 1990, al pasar de 108.3 muertes por cada 100,000 habitantes a 78.65 en 1990.

En ambos años, la segunda causas de muerte lo ocuparon los accidentes con tasas de 54.8 y 44.92 por cada cien mil personas; mientras que la tercer causa en 1980 fue la neumonía y en 1990 fueron las enfermedades del corazón con una tasa de 35.48 muertes. A partir de esta posición la presencia de las defunciones entre ambos años presenta causas distintas. En 1980 la cuarta causa de mortalidad se relacionó con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, mientras que las enfermedades del corazón —que generaron un total de 501 muertes— le siguieron en orden descendente. En 1990, en cambio, el cuarto sitio fue ocupado por los tumores malignos con una tasa de 33.58 defunciones por cada cien mil habitantes y el quinto sitio por las defunciones debidas al sarampión con un total de 1,005 muertes en total.

La mortalidad Infantil en Chiapas también registró un descenso entre 1980 y 1990, al pasar de una tasa de 3,452.3 defunciones por cada 100,00 NVR a una de 1,641.1 muertes en 1990, lo que representa un descenso de 1,811.2 muertes por cada 100,000 NVR. La mortalidad infantil según causa reportó en 1990 a las enfermedades infecciosas intestinales como el principal motivo de muerte en este grupo de edad — 421.5 muertes por cada 100,000 NVR —, le siguieron las muertes relacionadas con las afecciones originadas en el periodo perinatal (hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido), la neumonía e influenza y el sarampión con tasas de 414.0, 167.8 y 99.3 defunciones respectivamente. Estas muertes se relacionan con padecimientos evitables a través de atenciones de prevención y control.

En 1990, la mortalidad materna en Chiapas reportó una tasa de 4.84 defunciones por cada 10 mil NVR, observando que la primer causa se debió a las denominadas obstétricas directas.

Para el caso de Guerrero la mortalidad general pasó de una tasa de 606.1 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1980 a 340.7 en 1990, lo que significó una reducción de 265.42 muertes por cada cien mil personas. Las principales causas de mortalidad general en la entidad, reportan a los accidentes, en ambos años, como el principal motivo de muerte, —de 79.3 muertes por cada 100,000 habitantes en 1980 pasa a 43.65 en 1990—.

Para 1990, la segunda causa de muerte en Guerrero fueron los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente reportando una tasa de 30.83 muertes por cada cien mil personas. Para 1980 esta posición fue ocupada por las enfermedades infecciosas intestinales con un total de 1,467 muertes en términos absolutos. A partir de este motivo de muerte se observan modificaciones importantes en el patrón de comportamiento. Por esta razón, en 1990, los tumores malignos con una tasa de 27.13 defunciones por cada cien mil habitantes ocuparon el cuarto sitio; por su parte en el quinto lugar se ubicaron las muertes debidas a las enfermedades infecciosas intestinales con un total de 692 muertes en total.

La mortalidad Infantil para Guerrero, por su parte, presenta un comportamiento descendente entre 1980 y 1990, esto con base en una tasa de 2,266.2 defunciones por cada 100,00 personas de este grupo etáreo en 1980 a 805.2 muertes por cada cien mil NVR en 1990, lo que representa un descenso de 1,461.0 muertes por cada 100,000 NVR. Según causa, en 1990 se reportó a las afecciones originadas en el periodo perinatal como el principal motivo de muerte en este grupo de edad — 178.8 muertes por cada 100,000 NVR —, le preceden las enfermedades infecciosas intestinales, las anomalías congénitas y la neumonía e influenza con tasas de 171.5, 79.4 y 72.1 defunciones respectivamente. Por otra parte en la entidad la mortalidad materna reporta un descenso entre 1987 y 1990, al pasar de una tasa de 7.81 a 6.27 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados.

En Hidalgo la mortalidad general paso de 842.0 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1980 a 531.09 en 1990, lo que significó una reducción de 310.91 muertes por cada cien mil personas. Resulta importante señalar que en este caso las tasas estatales superaron a las registradas en el ámbito nacional (649.8 y 520.4 por año respectivamente).

En esta entidad, el patrón de comportamiento de la mortalidad según causa ha sufrido importantes variaciones, hecho que se observa a través de la presencia de causas distintas para la misma posición entre los años de comparación. La presencia de la neumonía e influenza como la primer causa de muerte en 1980, con una tasa de 100.9 muertes por cada cien mil habitantes, deja su lugar en 1990 a las enfermedades del corazón que registraron 1,144 defunciones y una tasa de 60.58 muertes para este mismo grupo de población. El segundo sitio, para ambos años, lo ocuparon los accidentes con tasas de 97.5 y 53.49 respectivamente. Las enfermedades infecciosas intestinales con un total de 1,239 muertes en términos absolutos ocuparon en 1980 la tercer posición, mientras que en 1990 la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado lo hicieron con una tasa de 46.97 defunciones por cada cien mil personas. La cuarta causa de muerte, en 1990, fue ocupada por los tumores malignos con 815 defunciones en términos absolutos, causa que en 1980 ocupaba la séptima posición. Finalmente en la posición número cinco se encuentra, para

1990, la neumonía e influenza con una tasa de 33.42 muertes por cada 100 mil habitantes, mientras que en 1980 esta causa se ubicó como principal causa de muerte en el estado.

La mortalidad Infantil en Hidalgo, por su parte presenta en 1980 un total de 2,877 defunciones de nacidos vivos registrados y una tasa de 4,424.1 defunciones por cada 100,00 personas de este grupo etéreo, posteriormente desciende a una tasa de 2.176.8 muertes por cada cien mil NVR en 1990. La mortalidad infantil según causa reportó para 1990 a las afecciones originadas en el periodo perinatal como el principal motivo de muerte en este grupo de edad — 766.3 muertes por cada 100,000 NVR —, le sigue en orden descendente la neumonía e influenza, las enfermedades infecciosas intestinales y las anomalías congénitas con tasas de 342.0, 263.9 y 204.3 defunciones respectivamente.

Por otra parte en la entidad la mortalidad materna reportó un descenso entre 1987 y 1990, al pasar de una tasa de 6.93 a 6.53 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados respectivamente, en ambos años las causas obstétricas directas se presentaron como el principal motivo de muerte en este grupo etéreo.

En Oaxaca, por su parte se registraron 23,983 muertes en total, lo que representó una tasa de 1,012.3 defunciones por cada 100 mil personas; posteriormente en 1990 esta tasa disminuyó a 646.95 muertes. Por causa, las enfermedades infecciosas intestinales se ubicaron en 1980 y 1990 como el principal factor de muerte, registrando tasas de 159.4 defunciones por cada 100 mil personas y 87.73 respectivamente. Los accidentes, que en 1980 se ubicaron en la segunda posición con una tasa de 74.9 muertes, descendieron un lugar en 1990 con una tasa de 42.82 defunciones. Para este último año las enfermedades del corazón se ubicaron como la segunda causa de muerte con una tasa de 49.21 defunciones. Un año anterior esta causa se ubico en la sexta posición.

En cuarta posición, para ambos años de análisis, se presentaron los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente con tasas de 55.0 muertes en 1980 y de 39.41 en 1990. Ubicados en la posición número cinco, los tumores malignos en 1990 presentaron un total de 38.22 muertes por cada 100 mil personas.

La mortalidad Infantil en Oaxaca registró en 1980 un total de 4,172 defunciones entre los nacidos vivos registrados y una tasa de 3,985.8 defunciones por cada 100,000 NVR, posteriormente descienda a una tasa de 2,349.8 muertes en 1990. En 1990, la principal causas de muerte en este grupo se debió a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal — 672.8 muertes por cada 100,000 NVR —, le siguieron, en orden descendente, las enfermedades infecciosas intestinales, la neumonía e influenza y las anomalías congénitas con tasas de 559.3, 187.6 y 181.1 defunciones respectivamente. En el grupo materno, la entidad observó un ligero descenso de 0.05 muertes maternas entre 1987 y 1990, esto al pasar de 12.06 defunciones en 1987 a 12.01 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados en 1990. En ambos años las causas obstétricas directas se presentaron como el principal motivo de muertes maternas (126 y 120 defunciones respectivamente).

Finalmente, en el Distrito Federal la mortalidad general representó una reducción entre 1980 y 1990 de 21.15 muertes por cada cien mil personas —de 564.4 muertes por cada 100,000 habitantes en 1980 a 543.25 en el año de 1990—. Según causa de muerte, en el Distrito Federal, las ubicadas en los primeros sitios se relacionan con padecimientos no transmisibles y con los accidentes, lo que con lleva a destinar mayores recursos para su atención, debido a la necesaria utilización de tecnologías más avanzadas y a la especialización que requiere el tratamiento.

De esta forma, entre 1980 y 1990 las enfermedades del corazón se ubicaron como la primer causa de muerte con tasas de 66.0 y 89.12 defunciones por cada 100 mil personas; Los tumores malignos, que en 1980 se ubicaron en la tercera posición con una tasa de 49.3, ascienden en 1990 al segundo lugar con 64.20 muertes como tasa. La diabetes mellitus, que en 1980 ocupara la posición número 8 repunta lugares para ubicarse en 1990 como la tercer causa —tasa de 54.65 defunciones por cada 100 mil personas—; los accidentes por su parte ocuparon la cuarta posición en ambos años con tasas de 47.9 y 34.30 muertes respectivamente.

En 1980, la mortalidad infantil, con 10,896 defunciones de NVR y una tasa de 3.739.5, desciende a 2,357.5 muertes en 1990; esto representó un descenso de 1,382 muertes por cada 100,000 NVR. El principal motivo de muerte en este grupo se debió a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con un total de 947.6 muertes por cada 100,000 NVR, le siguieron en orden descendente las anomalías congénitas, la neumonía e influenza y a las enfermedades infecciosas intestinales con tasas de 397.5, 321.7 y 223.8 defunciones respectivamente. La mortalidad materna por su parte observó un ligero ascenso de 0.06 muertes maternas entre 1987 y 1990, —de 4.94 defunciones pasa 5.00 por cada 10,000 NVR—.

Como se puede observar en los apartados anteriores, las condiciones de salud en los estados PASSPA muestran rezagos importantes, sobre todo cuando tomamos en cuenta que los principales motivos de morbilidad y mortalidad están relacionados con enfermedades denominadas del subdesarrollo por la relación que tienen con condiciones de pobreza extrema, asociada a bajos niveles educativos y una inadecuada utilización de los servicios institucionales de salud. Con base en esto resultados podemos afirmar que, y a pesar de que en la programación inicial del PASSPA los criterios empleados para la selección de entidades objeto de intervención no fueron explícitos, la incorporación de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca al Programa estaba plenamente justificada, siendo, además estos estados los que presentan los grados de desarrollo más bajos del país, las mayores carencias, y el menor apoyo hasta esos momentos.

Caso contrario lo representa la incorporación del Distrito federal, ya que su incorporación a los beneficios del Programa no se justificaba, desde ningún punto de vista (económico, social y en salud) de hecho su participación debería considerarse un problema grave de planeación en el desarrollo del Programa, sobre todo, y como más adelante se describe, por la cantidad de recursos financieros que se le asignaron del crédito contratado.

ENTORNO ECONÓMICO DEL PAÍS Y DE LOS ESTADOS PASSPA

Contexto económico e institucional del gasto en salud

Con el objetivo de ubicar las características en las que se desarrolló la solicitud y aprobación del crédito para financiar al PASSPA, se describe el contexto económico e institucional del gasto general en salud, bajo los siguientes puntos: i) evolución en los últimos años de los principales indicadores macroeconómicos y de las finanzas públicas en México; ii) tendencia del gasto federal en bienestar social y en salud, y iii) evolución del gasto en salud en los estados PASSPA y las características de esta distribución en su población objetivo. Esto permitió la comprensión de muchas de las decisiones tomadas en las etapas de planeación del programa —la aprobación del préstamo, los montos asignados, los estados y las poblaciones blanco seleccionados, y los componentes de intervención elegidos—; así como la evaluación sus resultados.

Evolución de los indicadores macroeconómicos y de las finanzas públicas

- Indicadores macroeconómicos

En diciembre de 1987, la caída de la Bolsa Mexicana de Valores y la amenaza de hiperinflación —159 por ciento— hicieron necesario que el ejecutivo y los representantes de los sectores obrero, campesino y empresarial suscribieran el llamado Pacto de Solidaridad Económica. Este programa desató una serie de medidas estrictas de ajuste económico que incluyeron la devaluación de la moneda, la promoción de finanzas públicas austeras, la implantación de una política monetaria restrictiva y la contención de salarios. Junto con estas medidas se desarrollaron acciones tendientes a promover el cambio estructural de la economía, como la realineación de precios, la apertura comercial, la privatización de empresas públicas no estratégicas, la desregulación de los sectores económicos, la reforma del sistema financiero y la renegociación de la deuda externa.

Esta renegociación —reducir el saldo y la carga de la deuda (definida en términos de la razón deuda/PIB) y dar mayores posibilidades de crecimiento y mayor certidumbre a la economía—, se realizó en dos etapas. La primera incluyó la negociación de un paquete de ayuda financiera con diversas organizaciones internacionales y la banca comercial. En la segunda se negoció la reducción de la deuda con los bancos comerciales.

Como efecto directo de estas acciones se cancelaron 3,500 millones de dólares de la deuda original y se redujeron los servicios de la misma. Así, la deuda externa neta que representó el 57.4 por ciento del PIB en 1987 se redujo al 27.7 por ciento en 1991. A pesar de ello, lo más importante para México fue recuperar la posibilidad de acceder al crédito mundial, lo que trajo como consecuencia el retorno de los agentes económicos, tanto nacionales como internacionales, y en consecuencia el mejoramiento de las variables macroeconómicas del país. De esta forma entre 1987 a 1991 la inflación pasó de 159% a 18.79 por ciento respectivamente. El PIB real se incrementó en este mismo periodo de 1.86 por ciento a 3.93

por ciento. Finalmente, la tasa de desempleo abierto para áreas urbanas disminuyó de 3.93 por ciento en 1987 a 2.63 por ciento en 1991.

Es dentro de este proceso de recuperación económica donde se ubica el préstamo que el Gobierno Mexicano negoció ante el Banco Mundial para financiar el PASSPA, lo que permitió acceder a mejores condiciones en su contratación.

- Las finanzas públicas y el subsector salud (1982-1994)

Como se mencionó anteriormente, un componente clave en los planes de estabilización y ajuste económico fue la reducción del déficit fiscal, que se reflejó en un descenso del gasto real del sector público a una tasa de decrecimiento promedio anual de 2.79 por ciento entre 1982 y 1994, hecho que influyó de manera importante, como se verá más adelante, en el gasto en el subsector salud.

El gasto público se divide en dos grandes rubros: el gasto programable¹⁸ y el gasto no programable¹⁹. De 1982 a 1987 el gasto programable como porcentaje del PIB descendió a un promedio anual de 5.53 por ciento, mientras que el no programable aumentó en promedio 7.09 por ciento. Este comportamiento inverso nos habla de una mayor canalización de recursos a los servicios de la deuda, lo que se tradujo en un descenso de los fondos disponibles para beneficio social y, por ende, para la salud. A partir de 1989 esta tendencia se revierte beneficiando al gasto programable, el cual observa un incremento, derivado de la renegociación de la deuda externa, el saneamiento de las finanzas públicas y la venta de empresas paraestatales.

A continuación se analiza el comportamiento reciente del gasto programable a partir de su clasificación económica (Figura 2).²⁰ Esta clasificación lo divide en los siguientes sectores: a) desarrollo rural; b) pesca; c) desarrollo social; d) comunicaciones y transportes; e) turismo; f) energético; g) industrial y minero; h) justicia y seguridad; i) comercio, y j) administrativo.

El gasto programable total como porcentaje del PIB en 1981 representó el 29 por ciento, a partir de ese año y hasta 1991 la tendencia fue decreciente debido al ajuste fiscal. Posteriormente y hasta 1994 la tendencia se invierte, pero todavía sin recuperar los niveles observados en 1981.

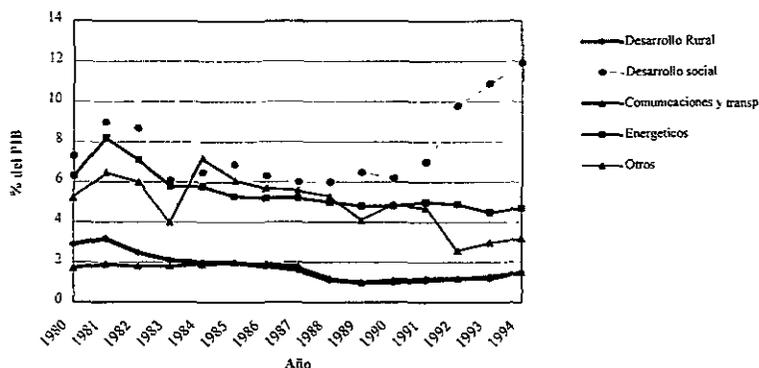
¹⁸ El gasto programable está constituido por el gasto del gobierno federal (poderes ejecutivo, legislativo y judicial, órganos electorales y tribunales agrarios) y por el gasto de organismos y empresas de control presupuestal directo (IMSS, PEMEX, CFE, ISSSTE, CONASUPO, FERRONALES, LFC, CAPUFE, ASA, LOTENAL Y PIPSA).

¹⁹ El gasto no programable está constituido por intereses, comisiones y gastos de la deuda; estímulos fiscales y participaciones a entidades federativas, municipios y otros.

²⁰ Excluye las erogaciones de los poderes legislativo y judicial, órganos electorales y tribunales agrarios.

De todos los sectores en los que se divide el gasto programable, el sector desarrollo social es el que recibe el mayor presupuesto, el cual a su vez está dividido en cinco subsectores: 1) educación; 2) salud y laboral; 3) solidaridad y desarrollo regional; 4) desarrollo urbano, ecología y agua potable, y 5) abasto; representando todos ellos en suma el 36.77 por ciento del gasto total programable durante el periodo 1980-1994.

Figura 2
Evolución del gasto público programable por sector
como porcentaje del PIB.
México 1980-1994



Fuente: Anuario Estadístico del VI Informe de Gobierno y Cuenta de la Hacienda pública, 1994

El subsector salud y laboral privilegia el componente *salud*, ya que este concentra aproximadamente el 99 por ciento del gasto total del subsector. Este componente está dividido a su vez en las aportaciones del gobierno federal al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a la Secretaría de Salud (SSA). De estas aportaciones, las dirigidas al IMSS —sin incluir IMSS-Solidaridad— y al ISSSTE concentran el 75.1 por ciento del total.

Por otra parte, del gasto del sector desarrollo social, el subsector salud y laboral ha concentrado la mayor parte, seguido por el de educación. En 1994 solamente el gasto en salud ascendió a \$ 247.58 millones (22.0%), mientras que el gasto en educación fue de \$ 258.11 millones (22.94%).

Marco institucional del gasto en salud

La salud, en la medida en que mejora la capacidad productiva, se constituye en un elemento del desarrollo económico. Por esta razón el gasto en salud debe ser considerado una inversión en el factor productivo más importante: el capital humano. Además, junto con la educación, permite a los individuos aumentar su competitividad en el mercado

laboral y con ello incrementar su nivel de vida. Estos argumentos justifican plenamente el uso de recursos públicos y privados en la promoción y atención de la salud.

Gasto público en salud

- El gasto público general en salud

El gasto público en salud se define como la suma del presupuesto de las instituciones de seguridad social y el de las instituciones de asistencia pública. Para el periodo 1987-1994, el 79% del gasto público total en salud correspondió a la seguridad social y el 21 por ciento restante a las instituciones de población abierta. En 1994, la seguridad social concentró el 79.48 por ciento del gasto (N\$ 29,826 millones) y de éste el IMSS concentró el 66.30 por ciento del total (N\$ 24,879 millones). Le siguieron en orden de importancia la SSA, que concentró el 16.41 por ciento (N\$ 6,157 millones), y el ISSSTE, con el 10.64 por ciento (N\$ 3,990 millones).

Sin embargo, a partir de 1992, las tasas reales de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones de población abierta fueron mayores a las tasas de crecimiento del ejercido por las instituciones de seguridad social. De hecho, para el periodo 1987-1994 en su conjunto, el crecimiento anual promedio del presupuesto —en términos reales— para la población abierta fue de 8.36 por ciento, mientras que el de las instituciones de seguridad social fue de 7.75 por ciento. Cabe señalar, sin embargo, que este esfuerzo por cerrar brechas ha resultado insuficiente.

- El gasto de la SSA

Como ya se mencionó, la SSA ocupa el segundo sitio dentro de la distribución del gasto público en salud y es la principal institución en lo que se refiere a la atención de la población abierta. En 1995, el presupuesto ejercido por la SSA ascendió a N\$ 7,555 millones. Este, según unidad administrativa, se distribuyó de la siguiente manera: las entidades federativas recibieron el 54 por ciento; las unidades administrativas centrales el 21 por ciento; los organismos descentralizados²¹ el 13 por ciento y los llamados organismos desconcentrados²² el 12 por ciento restante.

²¹ Instituto Mexicano de Psiquiatría, Centros de Integración Juvenil, Hospital General "Manuel Gea González", Hospital Infantil de México y los Institutos Nacionales de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Senectud, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología y Salud Pública.

²² Hospital General de México, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de Ortopedia, Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y Hospital Juárez de México.

Con el objeto de analizar el gasto de la SSA por entidad federativa, los estados se agruparon con base a las cinco regiones definidas por la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II): Norte, Centro, Sureste y Golfo, D.F y PASSPA.²³

Históricamente, las regiones que más presupuesto han recibido son la Centro y la Norte. En el periodo 1985-1994 el porcentaje promedio de distribución para la región Centro fue de 33.01 por ciento; para la región Norte del 24.21 por ciento; por otra parte la región Sureste y Golfo, concentró el 14.92 por ciento; el Distrito Federal, el 13.05 por ciento, y la región PASSPA, el 14.78 por ciento.

Para 1995, el gasto total por regiones se distribuyó de la siguiente manera: Centro, 33.34 por ciento; Norte, 24.94 por ciento; PASSPA, 17.54 por ciento; Sureste y Golfo, 16.73 por ciento y Distrito Federal, 7.45 por ciento. Por otra parte, de acuerdo con los datos de la ENSA II, para 1994, las regiones que concentraban los mayores porcentajes de población abierta fueron la región PASSPA (77.8% de la población total nacional), la región Sureste y Golfo (69.6%), pero a pesar de esto tradicionalmente se les ha asignado poco presupuesto.

Sin embargo, cabe señalar que las tasas de crecimiento promedio del presupuesto real, en el periodo 1985-1994, fueron más altas en estas regiones que en el resto del país: 11.43 por ciento en la región PASSPA; 8.27 por ciento en la región Sureste y Golfo; 7.82 por ciento en la región Centro; 6.36 por ciento en la región Norte y -10.20 por ciento en el Distrito Federal.²⁴ No obstante este notable esfuerzo, las regiones PASSPA y Sureste y Golfo siguen presentando rezagos importantes. De hecho este análisis permite comprender en parte cual fue la razón de implementar, en 1989, un programa como el PASSPA en los estados más marginados del país (Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca).

Otra forma de percibir el apoyo que la región PASSPA ha recibido, se logra a través del análisis de la tasa de crecimiento del presupuesto federal asignado, sin incluir los recursos del programa —la región PASSPA presentó las mayores tasas de crecimiento de 1989 a 1994, excepto en 1990 y 1992—. Por esta razón se puede concluir que este Programa se sumó a los esfuerzos que el gobierno federal ya realizaba para cerrar las brechas presupuestales existentes entre las diversas regiones del país.

²³ La región norte comprende a los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Durango, Zacatecas y Tamaulipas. La región centro comprende a San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima. La región sureste y Golfo comprende a Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo. La región ZMCM incluye solamente al Distrito Federal. Finalmente, la región PASSPA comprende a los estados de Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

²⁴ El decremento en el presupuesto del Distrito Federal se puede explicar en buena parte por el aumento de los organismos descentralizados y desconcentrados.

Por su parte, el gasto per cápita para el periodo 1990-1994, tanto nacional, como el de las diversas regiones, presentó una tendencia descendente afectando por orden de importancia a las regiones Norte, Distrito Federal, Centro, PASSPA y Sureste y Golfo.²⁵ Sin embargo, cabe destacar que en este periodo tanto el Distrito Federal, como la región Norte presentaron ingresos per cápita superiores al reportado a nivel nacional. Resulta importante señalar que la región PASSPA, sin los recursos del programa, se ubicó por debajo de la media nacional de 1990 a 1992, pero con los recursos del programa se ubicó por arriba en 1993 y 1994.

El análisis de la evolución económica del país, así como del gasto destinado al componente de bienestar social y en particular a salud, permite generar los siguientes comentarios en relación con el PASSPA:

1. Los cambios macroeconómicos resultado de las reformas adoptadas —que se vieron como signos de recuperación del crecimiento económico— facilitaron la contratación del crédito con el que se financió parcialmente el PASSPA. Este crédito, de hecho, formó parte integral del paquete de ajuste estructural que el Banco Mundial le otorgó a México.
2. Las diferencias que históricamente han existido en la distribución del gasto público en salud entre las instituciones de seguridad social y las dedicadas a atender a la población abierta justificaban la ubicación de los recursos del PASSPA en la SSA.
3. Tanto las diferencias en las condiciones socio-económicas de los estados de la República Mexicana, como las diferencias que tradicionalmente han existido en el gasto per cápita en salud entre regiones, justificaban la concentración de los recursos del PASSPA en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca.
4. Finalmente, es importante señalar que ni las condiciones socioeconómicas del Distrito Federal ni su porcentaje de participación en el gasto público en salud en las últimas dos décadas justificaban su inclusión en un programa con las características del PASSPA.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA

Como se comentó en los apartados anteriores, la situación de transición demográfica y epidemiológica, así como la desigualdad social en el campo de la salud y las condiciones económicas del país entre 1987 y 1990, dieron la pauta para que el Gobierno Mexicano

²⁵ El gasto per cápita nacional se definió como la suma del presupuesto ejercido en los estados entre una aproximación de la población abierta. Para ello se utilizaron las estimaciones de CONAPO y se les restó la población derechohabiente.

negociara un crédito externo para financiar un programa de salud dirigido a la población abierta.

De esta forma, la SSA, a partir de 1987, comenzó a gestionar ante el Banco Mundial (BM) un crédito para instrumentar el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), con el fin mejorar el estado de salud de aproximadamente 13 millones de mexicanos sin seguridad social y las características nutricionales de madres y menores de edad ubicados en los estados más marginados del país o en grandes zonas urbanas en condiciones de marginación extrema. Para este fin funcionarios de la SSA del nivel federal y sus equivalentes en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y el Distrito Federal, conjuntamente con representantes del BM, iniciaron las actividades para dar forma al Programa.

Las negociaciones se prolongaron hasta noviembre de 1989, fecha en la que se presentó el documento "Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta", que un año más tarde dio origen al "Staff Appraisal Report Mexico, Basic Health Care Project.", instrumento rector del programa. En él se definen los objetivos, los componentes a fortalecer y los recursos que se destinarían para ello, las bases de actuación de los agentes involucrados y las metas de ejecución del Programa. Es importante señalar que la elaboración del documento previo (1989) sirvió de diagnóstico de la situación que guardaban los servicios de salud en los estado PASSPA y permitió, en parte, identificar algunas de las desviaciones que requerían de apoyo para subsanarlas.

Los objetivos del programa, como anteriormente se mencionó, fueron mejorar la salud de la población abierta ubicada en los estados más marginados del país, y mejorar la capacidad técnico administrativa de los servicios de salud para lograr una respuesta eficiente, de calidad y equitativa. Para ello se definieron dos componentes que, de acuerdo al programa, requerían de fortalecimiento: 1) Componente de Desarrollo de los Servicios de Salud y 2) Componente de Desarrollo Institucional. Ambos fundamentaron el desarrollo operativo y estructural del Programa, sobre todo el primero de ellos, en el cual se definieron acciones concretas de intervención relacionadas con la rehabilitación, ampliación y extensión de la red de servicios de salud; el desarrollo de programas de mantenimiento de unidades médicas y del equipo biomédico; el abastecimiento de equipo, mobiliario, vehículos y materiales médicos básicos; la contratación, reordenamiento y recategorización del personal de salud; el mejoramiento de los sistemas de supervisión y de capacitación a personal profesional y auxiliar, así como la elaboración y distribución de manuales, normas y otros documentos de apoyo didáctico, operacional y normativo.

Por su parte el componente de desarrollo institucional preveía impulsar el proceso de descentralización de los servicios involucrados, conducir la capacitación en el ámbito operativo y gerencial para mejorar la ejecución de los programas y servicios y el fortalecimiento de los sistemas de información, con el fin de mejorar los procesos de planeación y toma de decisiones; así como para fortalecer el desarrollo técnico administrativo de los servicios de salud involucrados.

El universo de intervención del PASSPA comprendió los servicios Coordinados de Salud Pública en Chiapas, Hidalgo y Oaxaca; los Servicios de Salud Pública en el D.F., así como los Servicios Estatales de Salud en Guerrero. La selección de estas entidades, aunque no se definió de manera explícita, tuvo como base la medición directa de las necesidades de salud, a través de las cifras de mortalidad prematura por padecimientos específicos y la evaluación de la factibilidad de incrementar la eficiencia de los servicios en programas que representarían un mayor impacto potencial.

Una vez definidas las entidades que recibirían apoyo del Programa, se elaboraron metas de operación vinculadas con los objetivos iniciales del programa y con sus componentes. Estas metas se relacionaron con aspectos de ejecución propias del programa y con metas de programas y servicios de salud prioritarios (apoyo a programas sustantivos que la SSA lleva a cabo de manera permanente como parte de los mecanismos para alcanzar los objetivos de las políticas de salud del país).

En términos financieros, el PASSPA contó con un presupuesto total de 249.8 millones de dólares o su equivalente en moneda nacional. De éste monto, a través del crédito obtenido con el BM, se recibieron 180 millones de dólares (72% del total), mientras que el Gobierno Mexicano aportaría la cantidad de 69.8 millones de dólares (28%). Conviene precisar que la aportación nacional, de acuerdo a lo planeado, se obtendría a partir de un presupuesto de 52.35 millones de dólares otorgado por el Gobierno Federal y el resto (17.45 millones) de los Gobiernos Estatales. Por otra parte, del presupuesto total negociado, el 89 por ciento (incluidas las contingencias) se asignó al componente de servicios de salud, el cual se destinó a cubrir el pago de acciones de obra civil; adquisición de equipos, insumos y materiales; la compra de vehículos; capacitación y asistencia técnica y para cubrir los costos de operación y salarios.

El 11 por ciento restante del presupuesto se destinó al componente de desarrollo institucional, para apoyar el proceso de descentralización, desarrollar investigación operativa y para fortalecer los sistemas de información administrativa.

Resalta, por su importancia, la revisión y ajuste que en 1993 se realizó al programa (*evaluación de medio camino*), la cual estaba contemplada dentro de las metas de ejecución del programa. Es importante tomar en consideración este hecho, ya que a partir de ésta revisión se determinó la necesidad de modificar las metas originalmente plasmadas, sobre todo aquellas que hacían referencia a aspectos de programas de salud y las referidas a los rubros de infraestructura, equipamiento y capacitación; esto en virtud de aspectos político coyunturales, a comportamientos históricos en el ejercicio de los recursos y a la viabilidad de realización o cumplimiento de metas. Esta situación modificó en gran medida el comportamiento del programa, pero sobre todo influyó de manera directa en la distribución, uso y aplicación de los recursos. Es decir, se dio una reorientación del gasto, fenómeno que posteriormente se abordará con más detalle. De esta forma, la definición de objetivos, actividades y metas concretas; así como la dirección de cada una de ellas, según el componente del programa donde se ubicaron, permiten tener un amplio campo de análisis, que en esta ocasión es abordado de una manera integral a través del presente proceso de evaluación, que da forma a este trabajo de tesis.



III. Metodología

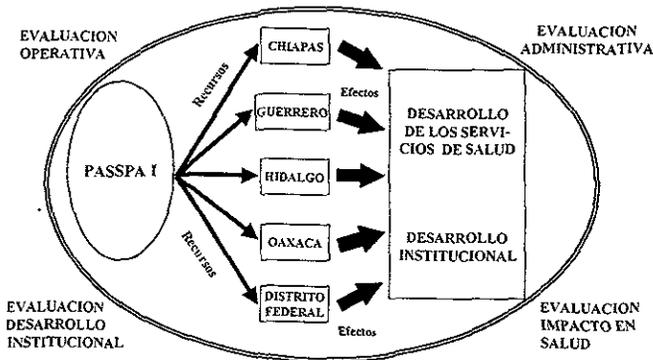
DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

Una vez descrito el programa y el contexto de inserción del PASSPA, toca describir la metodología empleada para desarrollar las acciones que dan sustento técnico al proceso de evaluación de este Programa de intervención en salud.

La evaluación, debido a la complejidad y magnitud del Programa, se dividió en cuatro apartados: 1) Evaluación Administrativa, 2) Evaluación Operativa, 3) Evaluación del Desarrollo Institucional y 4) Evaluación del Impacto en Salud. Esto permite el análisis integral de los procesos de planeación del programa, de ejecución de acciones operativas y de los resultados obtenidos por el mismo. Su desarrollo implicó la valoración del programa a partir de su planeación, su implementación en los estados, la utilización de los recursos del presupuesto y los efectos obtenidos en los componentes que el PASSPA definió operacionalmente para guiar sus acciones.

Para llevar a cabo este proceso de evaluación se aprovechó el apoyo logístico brindado por diversas instituciones relacionadas con la salud y con el programa, principalmente en actividades de recolección de información en campo y de coordinación con autoridades responsables de su ejecución en el ámbito estatal y federal. Esto fue posible gracias a que diversas instancias a nivel nacional realizaban actividades relacionadas con la operación del Programa, en forma paralela a la realización de este estudio, como parte de los compromiso institucional con el BM. Al final, algunos de los resultados de esta evaluación fueron incluidos conjuntamente con los obtenidos por procesos similares efectuados por la Dirección General de Evaluación y Seguimiento de la SSA, para generar el documento en extenso que sirvió de informe final al BM, sobre la actuación del PASSPA en los estados participantes.

Figura 3
Evaluación Integral del PASSPA.
Componentes



Planteamiento del problema

¿En que grado la implantación del PASSPA en las entidades seleccionadas cumplió con los objetivos determinados por los componentes de operación del mismo y con las directrices emitidas por la SSA y el BM, en los cinco años de operación?

Objetivos de la evaluación

General: Realizar una evaluación integral del impacto del PASSPA en el fortalecimiento institucional de la SSA y en las condiciones de salud de las poblaciones de los estados involucrados.

Específicos (según apartado de la evaluación):

Evaluación Administrativa:

- Analizar y evaluar los aspectos financiero-presupuestales resultado de la operación del Programa.

Evaluación Operativa

- Analizar y evaluar el alcance de las metas de ejecución del Programa en el ámbito estatal y global para los cinco estados involucrados.

Evaluación del Desarrollo Institucional

- Analizar y evaluar el grado de fortalecimiento institucional de los estados participantes, considerando los aspectos de capacitación, sistemas de información y descentralización.

Evaluación del Impacto en salud

- Evaluar el impacto específico del Programa en las condiciones de salud de la población no asegurada, a través de la ampliación de cobertura, de la mejoría en los indicadores básicos de salud y en el nivel de satisfacción de los prestadores y usuarios de los servicios en los estados PASSPA.

Definiciones conceptuales

- ⇒ **Evaluación Administrativa:** Se define como la valoración del uso y aplicación de los recursos financieros del Programa, en términos del cumplimiento presupuestal y efectividad administrativa.
- ⇒ **Evaluación Operativa:** se refiere al análisis y valoración del cumplimiento de metas de ejecución plasmadas en los componentes del Programa por estado, por año y para todo el periodo de duración del mismo.
- ⇒ **Evaluación de Desarrollo Institucional:** se define como el análisis cualitativo de factores sobresalientes del Programa en términos de estructura y procedimientos de los Servicios de Salud —descentralización, capacitación y

sistemas de información—, asumiendo que fueron sensibles a la intervención y que reflejan una mejoría en los servicios a población abierta.

- ⇒ Evaluación de Impacto: se define como la medición de la mejoría que pudieron experimentar las condiciones de salud de la población blanco, a través del análisis de la ampliación de cobertura de servicios y la aplicación de programas específicos de salud.

Operacionalización de variables

De las anteriores definiciones conceptuales, se desprenden variables objeto de estudio, las cuales, con el fin de poder valorarlas, se operacionalizaron de la siguiente forma:

a) Evaluación Administrativa. En este apartado, las variables objeto de estudio hacen referencia al presupuesto autorizado, modificado y ejercido por el programa según capítulo de gasto y entidad. De igual forma, se analizaron los procesos administrativos empleados para la radicación y ejercicio de los recursos (utilización de ramos presupuestales, procesos de licitación de bienes y obras).

b) Evaluación Operativa

Dentro del componente de desarrollo de los servicios de salud (metas de ejecución)

- *Obra civil*: Número de obras nuevas y de unidades rehabilitadas por año y tipo, con relación a las metas redimensionadas; además, a través de verificación directa de unidades, se analizaron las características de la obra de acuerdo al tipo de unidad (CSU, CSRC, CSRD, UAS) y al tipo de intervención de que fueron objeto (obra nueva, rehabilitada y sin intervención).
- *Equipamiento*: Cumplimiento de metas sobre adquisición de vehículos y número de unidades equipadas con mobiliario y equipo por año, tipo de insumo (equipo e instrumental médico, mobiliario de oficina; equipo audiovisual y de cómputo). Además con la verificación a unidades se analizó la disponibilidad de este tipo de insumos en unidades de primer nivel de acuerdo al tipo de unidad (CSU, CSRC, CSRD, UAS), con base en los cuadros básicos de equipamiento normados por la SSA.
- *Salarios y viáticos y desarrollo de personal*: Número de plazas otorgadas para el fortalecimiento de la red de servicios, así como el número de personas de base capacitadas y el número de cursos de capacitación otorgados por año, con base en las metas redimensionadas. En la verificación de unidades se cuantificó la existencia de personal (médicos generales, pasantes, enfermeras, Personal técnico y de otro tipo).
- *Abastecimiento médico*: Número de eventos de abastecimiento de material de curación y medicamentos por año, con relación a la meta redimensionada; además en trabajo de campo se analizó la existencia de insumos básicos para programas prioritarios, la existencia y cumplimiento de los programas de

abasto con relación al cuadro básico de medicamentos y de acuerdo a las necesidades de la unidad.

- *Normatividad*: Cumplimiento de metas relacionadas con la disponibilidad de normatividad en el nivel estatal, jurisdiccional y operativo. Con la verificación de unidades se midió la disponibilidad de la manuales, guías y normas básicas.
 - *Supervisión*: Se cuantificó el número de programas de supervisión para el primer nivel de atención en el ámbito estatal y jurisdiccional, el número de equipos de supervisión integrados y el número de eventos de supervisión realizados a unidades de salud y a los operadores de la estrategia de extensión de cobertura por año, con relación a la meta redimensionada. En trabajo de campo se verificó la existencia y funcionamiento de los equipos de supervisión y la apreciación de los responsables de unidades acerca de las acciones de supervisión.
- c) La Evaluación de Desarrollo Institucional. Este componente tuvo como variables las actividades de descentralización, medidas a través de los trabajos de licitación realizados por el estado, como un indicador de este proceso y las acciones referentes a conservación y mantenimiento y mejoramiento y fortalecimiento de los sistemas de información administrativa.
- d) La Evaluación de Impacto. Tiene como variables de estudio cuatro grandes apartados de los cuales se desprenden variables específicas:
1. *Pertinencia del PASSPA en términos de salud*
 - Justificación de la inversión para el financiamiento del Programa, en términos de salud (información sanitaria de los estados).
 - Justificación de la selección de entidades a las que se otorgaría el apoyo del Programa.
 2. *Ampliación de cobertura*
 - Incremento absoluto y relativo de la población que potencialmente podría acceder a los servicios de primer nivel ²⁶.
 - Ampliación de cobertura de servicios secundaria a la construcción de unidades.
 - Ampliación de la cobertura secundaria a la contratación de TAPS.
 3. *Condiciones de la prestación de servicios de salud*
 - Grado de utilización y accesibilidad de los servicios de salud.

²⁶ Cabe señalar que la cobertura potencial se entiende como el número de personas que pueden acceder a los servicios de salud con base en el número de recursos existentes.

- Calidad de los servicios y satisfacción de los prestadores de servicios y usuarios:
 - i) Condiciones físicas de las unidades,
 - ii) disponibilidad de insumos,
 - iii) características de la consulta,
 - iv) satisfacción de los proveedores, y
 - v) satisfacción de los usuarios.

4. Condiciones de salud

- Impacto de las actividades de atención desarrolladas por el PASSPA en las condiciones de salud a nivel de:
 - ◆ Salud infantil y preescolar,
 - ◆ Salud materna, y
 - ◆ Salud de las mujeres en edad fértil

Para ello se evaluó el comportamiento de los programas relacionados con estos grupos etáreos, a través de un estudio epidemiológico de comunidad y el análisis de las metas e indicadores que el PASSPA definió al inicio del Programa y después de la Evaluación de Medio Camino. Para ello se utilizó la lista de indicadores de programas prioritarios de salud que en 1994 elaboraron autoridades responsables del Programa, entre los que destacan:

- *Programa de inmunizaciones*: Porcentajes de cobertura con esquemas completos en niños menores de 1 año y de 1 a 4 para los diversos biológicos que se aplican en el país.
- *Atención al menor de cinco años*: Número de consultas a niño sano y consultas otorgadas con base a la población de cada grupo etáreo y el apoyo al programa de nutrición.
- *Atención prenatal*: Número de consultas de control prenatal.
- *Atención del parto*: Partos atendidos y las características de la atención en los mismos.
- *Planificación familiar*: Consultas de planificación familiar y número de usuarias activas programadas.
- *Detección y control de enfermedades crónico-degenerativas*: Detecciones de casos de CaCU y de Mama; Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (incidencia de estos padecimientos).

MÉTODOS EMPLEADOS SEGÚN COMPONENTE DE EVALUACIÓN

Para el desarrollo global de esta evaluación se empleó un diseño longitudinal con un periodo de estudio de 1990 a 1995, con cortes anuales y un concentrado para los 5 años de operación; el análisis incluyó a los Servicios de Salud para Población Abierta de las entidades seleccionadas, en sus distintos niveles operacionales (nivel estatal, jurisdiccional y operativo), así como a las Direcciones Generales involucradas en su operación a nivel federal.

Su desarrollo implicó el empleo de diversas técnicas de recopilación de información y análisis de datos. La metodología empleada por línea específica de evaluación fue la siguiente:

Evaluación Administrativa

En este apartado, el proceso de recolección de información se realizó a través de técnicas de entrevista directa a funcionarios encargados del manejo administrativo de los recursos financieros del Programa del nivel estatal y nacional; combinando, además, la recolección de información de fuentes secundarias. Estas últimas, obtenidas a partir de los “informes anuales de avance financiero” del Programa, fueron emitidas por las Unidades Coordinadoras del Programa en el ámbito estatal y nacional. También se utilizaron los “Boletines de Información Estadística” de la Dirección General de Estadística e Informática (DGEI), de la SSA, relacionados con aspectos financieros del gasto en salud.

Parte de la información obtenida se concentró en bases de datos cuantitativas, con las que se obtuvieron medidas de tendencia central para su análisis, mientras que la otra parte se concentró en reportes cualitativos que sirvieron de sustento a los procesos administrativos desarrollados en la operación del programa. Para el reporte de los resultados se generaron cuadros y gráficos estadísticos.

Evaluación Operativa

El análisis en este apartado se dirigió a valorar el cumplimiento de metas relacionadas con el desarrollo operativo del Programa, para ello se realizó una fase de recolección y captura de información secundaria, la cual se obtuvo de los “Informes Anuales de Avance del Programa” generados por las Unidades Coordinadoras del PASSPA en los estados y del ámbito federal; así como de las fuentes de información que genera el CONAPO y la DGEI, de la SSA.

Como complemento, en particular para lo referente a las metas del componente de desarrollo de los servicios de salud, se seleccionó una muestra aleatoria de jurisdicciones sanitarias (una por cada estado) y una muestra de 92 unidades de primer nivel de atención (20 en cada jurisdicción y 12 en el D.F.), con el fin de desarrollar visitas de verificación. La muestra definitiva se constituyó de 84 centros de salud: 15 en la jurisdicción de Palenque en Chiapas; 21 en la jurisdicción de la Montaña en Guerrero; 19 en la jurisdicción de Huejutla en Hidalgo; 17 en la jurisdicción Sierra en Oaxaca y 12 unidades en el Distrito Federal.

Para llevar a cabo este proceso, se desarrolló y aplicó, con base en la muestra de unidades seleccionadas, una cédula de verificación a centros de salud según tipo de establecimiento (CSU, CSRC, CSRD, UAS) y tipo de intervención (obra nueva a través del PASSPA, obra rehabilitada o sin intervención del Programa). Su aplicación estuvo a cargo de personal de campo previamente capacitado en su manejo, al cual se le adiestró acerca de los criterios a emplear en el proceso de valoración de las unidades, con lo que se aseguró un proceso uniforme en todas las entidades.

La cédula de verificación incluyó aspectos relacionados con las condiciones físicas de las unidades; funcionalidad de sus instalaciones; disponibilidad de recursos humanos; medicamentos, mobiliario, equipo e instrumental médico; existencia y uso de documentos normativos y procesos de supervisión.

Los criterios empleados para valorar las condiciones y la funcionalidad de las unidades fueron: "buena", unidad que no presentaba ninguna deficiencia en su construcción ni en sus acabados, y donde los servicios de agua potable, luz eléctrica y sanitarios eran completamente funcionales; "regular", unidad con deficiencias menores, como falta de pintura, vidrios rotos, lámparas rotas o inexistentes, falta de aseo, etc., pero que no afectaban la prestación de servicios regulares. Por último, "mala" se asignó a aquellas unidades con deficiencias mayores, como filtraciones de agua, paredes con fisuras, sanitarios sin funcionar, drenajes sin conexión a la red pública o fosa séptica, etc. y que ponían en riesgo a los usuarios y prestadores de servicios.

Con la información recopilada se generó una base de datos que permitió realizar un análisis de correlación entre variables de estudio, tipo de unidad y tipo de intervención. La información se presenta en cuadros y gráficos estadísticos.

Evaluación del Desarrollo Institucional

Para evaluar el componente de desarrollo institucional se utilizaron métodos cualitativos, que permitieron revelar abiertamente la opinión de los involucrados y beneficiarios del Programa, Para ello se utilizaron los siguientes métodos cualitativos:

- a) Entrevistas de carácter abierto bajo la técnica de entrevista a profundidad (empleadas para funcionarios de los Servicios de Salud)
- b) Entrevistas a grupos focales (dirigidas a población atendida por TAPS).
- c) Aplicación de un cuestionario auto-administrado (administrado a los TAPS seleccionados).

Cada una de estas técnicas se dirigió a evaluar un apartado específico de actuación, como se detalla a continuación.

Evaluación del fortalecimiento administrativo, organizacional y gerencial

Como base para las entrevistas a profundidad se desarrolló un instrumento guía de entrevista abierta, la cual tocó temas relacionados con el desarrollo institucional, según el

ámbito de competencia de los funcionarios entrevistados, de esta forma la población universo de estudio en las entidades participantes fue la siguiente:

Nivel estatal: Jefes de Servicios Coordinados, Directores de Servicios de Salud, Directores de las Unidades Coordinadoras Estatales del PASSPA. Responsables de las áreas de planeación y desarrollo; integración financiera; administración; recursos humanos; asuntos jurídicos; conservación, mantenimiento y recursos materiales; investigación y enseñanza; evaluación, e informática y estadística.

Nivel jurisdiccional: Jefes jurisdiccionales; coordinadores de servicios de salud; responsables de administración; coordinadores de capacitación y enseñanza; responsables de conservación y mantenimiento, y responsables de equipos zonales de supervisión.

En total se entrevistaron a 152 directivos: 36 en el estado de Chiapas, 39 en Guerrero, 38 en Hidalgo y 39 en Oaxaca. Cabe señalar que en este apartado de evaluación no se incluye al Distrito Federal, debido a la falta de cooperación de las autoridades de la UCP; sin embargo las guías utilizadas fueron previamente validadas a través de una prueba piloto en los Servicios de Salud Pública del D.F.

Para su aplicación se formaron dos grupos de cuatro entrevistadores cada uno, a los que les correspondió dos entidades respectivamente. De esta forma en total se elaboraron 17 guías para cubrir los distintos puestos y áreas investigadas. Las entrevistas, que fueron grabadas en audio-cassettes, duraron en promedio una hora. Una vez concluidas dichas entrevistas, se procedió a transcribir su contenido para analizarlo según tipo de material, temática y nivel de los funcionarios dentro de la estructura de los Servicios.

Metodología de la evaluación de los TAPS

Con el fin de evaluar la forma en que prestan sus servicios los TAPS en las comunidades que atienden, se empleó la técnica de grupos focales, la cual se aplicó en cada una de las localidades seleccionadas dentro de las jurisdicciones sanitarias y municipios elegidos.

En total se trabajó con 3 grupos focales en los estado de Chiapas y Oaxaca y 2 en Guerrero e Hidalgo, respectivamente. El criterio de inclusión para las comunidades consistió en que estas fueran atendidas exclusivamente por TAPS, que su población fuera predominantemente indígena y que presentaran niveles de marginación altos o muy altos. Una vez seleccionadas las localidades, se aplicó la técnica de grupos focales, la cual consistió en reunir a su población, incluyendo a las autoridades locales y/o a los representantes de cada poblado, con el fin de recabar información acerca de la forma en que perciben la atención otorgada por el TAPS. Para ello se utilizó una guía de apoyo que orientó la charla hacia tres áreas temáticas primordiales: a) principales problemas de salud en la comunidad; b) percepción de la comunidad del trabajo del TAPS y c) alternativas de atención diferentes a las del TAPS.

Por otra parte, el cuestionario auto-administrado se aplicó a la totalidad de los técnicos adscritos a las jurisdicciones seleccionadas. De esta forma, la muestra se constituyó de 29

técnicos en Chiapas, 75 de Guerrero, 35 de Hidalgo y 13 en Oaxaca. Este cuestionario incluyó aspectos relacionados con características socio-demográficas del TAPS, situación de las comunidades que atienden, principales actividades del técnico, condiciones laborales y capacitación recibida del TAPS.

Evaluación del Impacto en Salud

Para evaluar el impacto del PASSPA se utilizaron dos estrategias metodológicas: una revisión documental y un estudio epidemiológico transversal diseñado ad hoc.

Revisión Documental. Esta se utilizó con el propósito de:

- a) documentar la discusión sobre la pertinencia del PASSPA;
- b) estimar la magnitud de la ampliación en la cobertura de los servicios;
- c) estimar los cambios observados en un grupo de indicadores de salud seleccionados de entre los que se sugirieron en la Evaluación de Medio Camino;
- d) calcular el alcance de las metas en los programas prioritarios de salud, y
- e) analizar comparativamente los aspectos de utilización, accesibilidad y calidad de la atención en los estados participantes.

Por otra parte, al inicio del PASSPA se seleccionaron 12 programas prioritarios que serían apoyados a través del crédito (Cuadro 4).

Cuadro 4

Programas prioritarios

Inmunizaciones	Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
Salud Materno-Infantil	Hospitalización
Planificación Familiar	Prevención y Control del Paludismo
Detección y Control de Enfermedades Crónicas y Degenerativas	Nutrición
Atención Odontológica	Saneamiento Básico
Fomento para la Salud	Extensión de Cobertura

Las fuentes de información empleadas fueron: el documento inicial del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, publicado en 1989 —del que se obtuvieron las metas anuales para cada entidad federativa participante—, y el Sistema Estatal de Información Básica (SEIB) —información más relevante sobre las actividades de dichos programas—. Adicionalmente se consultaron los Anuarios Estadísticos de la SSA, el Boletín del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, los documentos del Programa

Nacional de Acción en Favor de la Infancia, los Informes del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y la Encuesta Nacional de Salud II, entre otros.

Por otra parte, la estimación del incremento de la cobertura potencial de los servicios se calculó en función de los recursos existentes. De esta forma, a la cobertura potencial existente en la SSA en 1990, se sumó la obtenida a través de la puesta en operación de unidades de atención por acción del PASSPA, más la derivada de los servicios otorgados por TAPS. En el caso de las unidades construidas por el programa, el cálculo de la población potencialmente beneficiada se realizó con base en la asignación de 3,000 habitantes por cada consultorio de un centro de salud urbano; de 2,500 por consultorio de un rural concentrado; de 2,000 si era rural disperso, y de 1,000 si se trataba de un consultorio de una unidad auxiliar de salud. En el caso de la población que puede ser atendida por un TAPS, esta constante fue de 1,500 habitantes.

Estudio epidemiológico transversal ad hoc

Este proceso se realizó con la finalidad de documentar las necesidades de salud de la población; la demanda y utilización de servicios; la percepción acerca de la capacidad de resolución de los mismos, y aquellos aspectos relacionados con la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios y los prestadores de servicios. Para ello se seleccionó una jurisdicción sanitaria por cada estado —exceptuando al D.F. que no se incluyó dentro de esta línea de evaluación—, y, dentro de cada una, en forma aleatoria, tres localidades. En una de estas localidades debería de existir una unidad construida por el programa; en otra una unidad rehabilitada con recursos del PASSPA y en la tercera, una unidad sin ningún tipo de intervención.

En cada localidad elegida se seleccionaron, también aleatoriamente, sesenta viviendas. En ellas se aplicó un cuestionario estructurado que solicitaba datos demográficos y socioeconómicos de los integrantes de la vivienda, usuarios de los servicios de salud en los últimos 15 días, número de menores de cinco años, mujeres en edad fértil, varones de 15 a 59 años y adultos mayores de 60 años.

En las unidades seleccionadas se aplicó un cuestionario a población que ese día acudió a los servicios y simultáneamente se entrevistaron a los proveedores de los servicios. El cuestionario para usuarios incluyó cuatro apartados: información socio-demográfica de los pacientes; accesibilidad de los servicios; características de la atención médica, y condiciones físicas del centro de salud y disponibilidad de insumos. El cuestionario para proveedores de servicios de salud incluyó, además, el perfil profesional del proveedor; su situación laboral; su satisfacción laboral; su capacitación, y su productividad profesional.

Como se señaló en los antecedentes, los resultados de la evaluación se expresan según el grado de modificación de los indicadores de salud establecidos en la Evaluación de Medio Camino, el cumplimiento de las metas de los programas prioritarios de salud y los resultados de la encuesta epidemiológica.

IV. Resultados

Con base en la metodología descrita en el capítulo anterior, y después de haber efectuado el levantamiento y análisis de la información referente a cada uno de los apartados de la evaluación al PASSPA, a continuación se reportan los principales resultados y hallazgos obtenidos. En primera instancia se hace referencia a la *Evaluación Administrativa*, la cual describe el comportamiento presupuestal del Programa, a través del análisis de los procesos de asignación, radicación y ejercicio del presupuesto por estado, año, y categoría de gasto. Posteriormente se documenta, a través de la *Evaluación Operativa*, el cumplimiento de metas de ejecución y el análisis de la situación que guardaban algunas de las unidades de salud después de la intervención del Programa.

Continuando con el análisis integral del programa, se hace referencia a datos relacionados con el mejoramiento de la capacidad administrativa, gerencial y estructural de los servicios de salud, información procesada dentro de la *Evaluación de Desarrollo Institucional*. De igual forma en este apartado, se comentan los resultados de la evaluación a TAPS, como una respuesta a las necesidades de salud de la población. Finalmente se abordan los resultados de la *Evaluación del Impacto en Salud*, que como su nombre indica fue desarrollada para medir el posible efecto del programa sobre la salud de la población; así como en el desarrollo de la capacidad de respuesta de los servicios de la SSA, en los estados participantes.

EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA

El objetivo general de esta evaluación fue valorar el manejo de los recursos financieros del programa, en términos de cumplimiento presupuestal y de efectividad administrativa.

Los objetivos específicos fueron:

1. Analizar los criterios seleccionados por el PASSPA para asignar, radicar y ejercer los recursos del programa.
2. Evaluar la manera en que, en la práctica, se asignaron, radicaron y ejercieron dichos recursos.
3. Señalar los principales obstáculos administrativos para la operación del programa y el ejercicio de los recursos.

Criterios y Mecanismos para el Control Presupuestal del PASSPA

Criterios para la asignación de recursos

El principal criterio para la asignación de recursos fue alcanzar la mayor equidad posible en el acceso a los servicios de salud, a través de la distribución racional de los recursos disponibles. Esta distribución, a su vez, se determinó con base en las necesidades de salud de la población, por aspectos socioeconómicos y geográficos de las entidades; así como

por la capacidad del sistema de salud para traducir en acciones efectivas los apoyos recibidos.

Con base en estos criterios se determinó el presupuesto que serían necesarios para cubrir las acciones programadas. Estos recursos se clasificaron en ocho categorías de gasto: obra civil; vehículos, mobiliario y equipo; desarrollo de recursos humanos; asistencia técnica; sistemas de supervisión; abastecimiento médico y de oficina; salarios y gastos de operación.

A partir de 1990 se realizó la preparación y diseño de los procesos de licitación; sin embargo es a partir de 1991 que en términos operativos —primer entrega de recursos financieros a los estados— se da inicio formal al proyecto, el cual culminaría el 31 de diciembre de 1995. La mayor parte de las acciones del programa se llevaron a cabo a lo largo de los cinco años de operación, excepto la construcción y rehabilitación de unidades, que deberían de concluirse en 1993.

Características y procedimientos para la radicación de los recursos

Según los criterios presupuestarios al nivel federal, los recursos asignados a la SSA se distribuyen vía la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) a través de dos categorías presupuestarias. La primera es el Ramo XII, que concentra el mayor porcentaje de los recursos de la SSA (70% aproximadamente). La segunda es el Ramo XXVI, que incluye los recursos que el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) canaliza a salud. En total, estas dos fuentes constituyen el 85% de los recursos. El porcentaje restante se obtiene de las cuotas de recuperación por servicios otorgados y por contribuciones especiales.

Dentro del Ramo XII, que representa la categoría de presupuesto normal para la SSA y que se constituyó en la primer fuente de recursos para el PASSPA, la programación, calendarización y recepción de recursos se realiza en el ámbito federal. Por su parte, el Ramo XXVI, que incluye a todos los programas cubiertos por PRONASOL, destina del total de presupuesto que maneja el 12% al Sector Salud. Estos recursos se enviaban directamente al nivel estatal a los Comités de Planeación y Desarrollo Estatal (COPLADE). Por su parte los COPLADE tenían la responsabilidad de revisar las propuestas presupuestales entregadas por las comunidades y autorizar la liberación de recursos para los proyectos.

Empleo de las categorías de radicación de los recursos del PASSPA

La radicación de recursos para el Programa se efectuó utilizando ambas categorías presupuestarias; sin embargo la forma en que se emplearon tuvo dos momentos. De 1991 a finales de 1994 el programa canalizó sus recursos de la siguiente forma: la UCP Nacional y la correspondiente a los Servicios de Salud Pública del D.F. emplearon el Ramo XII, mientras que la distribución de recursos para Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca se realizó a través del Ramo XXVI.

En este último procedimiento, al inicio del ejercicio de cada año, el Gobierno Federal transfería fondos a la Jefatura Nacional del PRONASOL y ésta a su vez lo hacía a las Unidades Coordinadoras del Proyecto en los estados. Como contraparte las UCP estatales entregaban a la SSA los certificados de gastos (SOES), por medio de la UCP central que revisaba tales instrumentos para posteriormente entregarlos a NAFIN. Finalmente esta agencia tramitaba los desembolsos ante el Banco Mundial, así como los reembolsos en dólares a favor del Banco de México.

Por otra parte, a partir de 1995, la canalización de los recursos en todas las UCP en los estados y en el ámbito nacional se efectuó a través del Ramo XII, desarrollando un mecanismo alternativo de operación que permitió el ejercicio flexible de los recursos; descentralizar las responsabilidades del nivel central y dar mayor capacidad de actuación a los estados; así como cumplir con las metas y niveles de desembolsos del préstamo. Para ello se implementaron las siguientes estrategias:

- Creación de un fondo global en NAFIN para aprovechar su experiencia en el manejo de crédito externo y garantizar un trámite oportuno de los desembolsos.
- Descentralizar las responsabilidades y canalizar directamente los recursos a los programas específicos en cada estado.

Una de las principales ventajas de este mecanismo alternativo fue la creación de cuentas bancarias regionales en cada entidad, lo que permitió la canalización directa de los recursos enviados por NAFIN y su disposición inmediata. A los Servicios Estatales de Salud se reembolsaban los recursos ejercidos mediante la presentación, ante los bancos corresponsales regionales, de las autorizaciones de pago (AP)²⁷. Los bancos revisaban dichos documentos, en un plazo de cinco días hábiles, a fin de determinar su elegibilidad de acuerdo con las condiciones señaladas por NAFIN, emitiendo posteriormente los pagos a las unidades ejecutoras, contratistas y proveedores.

Asignación y Ejercicio de los Recursos

Asignación y ejercicio por año

De acuerdo con la planeación original, los montos presupuestales, a lo largo de los cinco años del Programa, se distribuyeron de forma equiparable por año, a excepción del primero al que se asignaron recursos significativamente menores. Este comportamiento permitiría mantener una tendencia ascendente hasta 1994, y a su vez el desarrollo de habilidades administrativas para el adecuado ejercicio presupuestal (cuadro 5).

Una etapa fundamental en el PASSPA fue la Revisión de Medio Camino (1993). En ella se redefinieron las metas, reasignaron recursos y se incorporaron nuevos criterios de evaluación. De esta forma, hasta finales de 1993, de los 141.8 millones de dólares

²⁷ Las autorizaciones de pago son documentos preestablecidos que cumplen con la función de comprobar los gastos efectuados al nivel jurisdiccional y estatal.

asignados al programa, sólo se ejercieron 111.58 md, por esta razón se decidió repartir los 30.23 md no ejercidos entre los dos últimos años del proyecto (cuadro 6).

Año	Comparación entre la asignación original y el ejercicio por año* PASSPA 1991-1995			
	Asignación original	Ejercicio	Diferencia	% de ejercicio
1991	28.05	14.02	14.03	49.98
1992	53.11	45.80	7.31	86.24
1993	60.65	51.76	8.89	85.34
1991-1993	141.81	111.58	30.23	78.68
1994	55.40	57.67	-2.27	104.10
1995	52.60	35.60	17.00	67.68
1994-1995	108.00	93.77	14.23	86.82
1991-1995	249.81	204.85	44.96	82.00

* Recursos en millones de dólares

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa.

El ejercicio de los recursos fue creciente hasta 1994, año en el que se ejercieron 57.67 md. Finalmente, el programa cerró en 1995 con un ejercicio de 35.6 md.

Como se observa en el cuadro 5, de 1991 a 1995 se ejerció el 82% de los recursos destinados al programa, cancelándose aproximadamente 40 md del préstamo. El subejercicio fue mayor en 1991, donde tan solo se ejerció el 50% de los recursos asignados.

Para el periodo 1994-1995, después de la reasignación, se contó con un monto de 138.23 millones asignados, de los cuales se ejerció el equivalente al 67%; en comparación el ejercicio alcanzado con relación al presupuesto original hubiera sido del 86.8% en este mismo periodo.

De esta forma, y no obstante los esfuerzos realizados en los dos últimos años del programa, se dejaron de ejercer un volumen

importante de los recursos transferidos de los primeros tres años. Sin embargo, de alguna manera, la reasignación entre estados y categorías de gasto permitió empatar de mejor forma los recursos a las necesidades de las entidades.

Asignación y ejercicio por estado

La distribución original de los recursos no benefició de forma equitativa a los estados, de hecho, el volumen de los recursos asignados originalmente al D.F. superó al asignado al resto de los estados. Oaxaca —estado tradicionalmente desprotegido, desde el punto de vista del gasto federal y con grandes necesidades de salud—, por ejemplo, fue una de las entidades menos beneficiadas con los recursos de este Programa.

Periodo	Comparación entre la asignación* PASSPA 1991-1995			
	Modificado	Ejercicio	Diferencia	% de ejercicio
1991-1993	111.58	111.58	0.00	100.00
1994-1995	138.23	93.27	44.96	67.47
1991-1995	249.80	204.85	44.95	82.01

* Recursos en millones de dólares

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa.

La evaluación de medio camino permitió modificar esta tendencia, al favorecer a los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, a través de una ampliación de recursos, caso contrario se observó en el D.F. y en Hidalgo.

Entre 1991 a 1995, Chiapas y Guerrero ejercieron sus recursos con mayor apego a sus programaciones, mientras que el D.F. lo hizo al contrario. Como se observa en el cuadro 7, de haberse mantenido la asignación original, los estados de Chiapas, Guerrero y

Comparación entre el gasto asignado y el gasto ejercido por estado*					
PASSPA 1991-1995					
Estado	Asignación original	Asignación modificada	Presupuesto ejercido	% del original	% del modificado
Chiapas	44.90	51.59	50.28	111.98	97.46
Guerrero	37.80	49.90	42.39	112.14	84.95
Hidalgo	40.60	39.20	37.16	91.53	94.80
Oaxaca	36.70	39.96	36.89	100.52	92.32
D. Federal	64.80	42.12	22.46	34.66	53.32
U.C.P.	25.00	27.04	15.66	62.64	57.91
Total	249.80	249.81	204.84	82.00	82.00

* Recursos en millones de dólares

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa

el cuadro 7, lo que hizo posible que aún el D.F., debido al recorte y transferencia de sus recursos, mejorara su ejercicio de 34.66 a 53.32% md.

Asignación y ejercicio por tipo y categoría de gasto

Las ocho categorías de gasto comprendidas en el Programa estaban incluidas dentro del gasto corriente y el gasto de inversión. Las categorías que concentraron la mayor cantidad de recursos originalmente asignados fueron salarios —38.08% del total de los recursos—, vehículos, mobiliario y equipo —19.80%— y obra civil —19.62%—. En conjunto éstas concentraron el 77.50% de los recursos del programa (Cuadro 8). Cabe señalar que al rubro de contingencias se asignaron originalmente 33 md.²⁸ Esta información nos permite observar que el PASSPA fue diseñado para mejorar la infraestructura de los servicios, a través de la provisión de recursos humanos y la construcción, rehabilitación y equipamiento de unidades de salud.

²⁸ Las contingencias son recursos que están disponibles para pagar sobre todo posibles incrementos de costos.

Cuadro 3	Comparación entre el gasto asignado y el gasto ejercido por tipo de gasto y categoría*				
	PASSPA 1991-1995				
Tipo de gasto y categoría	Asignación original	Asignación modificada	Presupuesto ejercido	% de ejercicio del original	% de ejercicio del modificado
I. Gasto de inversión					
Obra civil	49.03	53.41	37.65	76.79	70.49
Vehículos, mobiliario y equipo	49.48	41.60	34.38	69.48	82.64
Desarrollo de recursos humanos**	20.89	2.28	2.15	10.29	94.30
Asistencia técnica**	1.94	22.83	11.27	580.93	49.36
Sistema de supervisión	1.16	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	122.50	120.12	85.45	69.76	71.14
II. Gasto corriente					
Abasto médico y de oficina	23.08	20.65	13.9	60.23	67.31
Salarios	95.13	92.24	90.71	95.35	98.34
Operación	9.09	16.79	14.79	162.71	88.09
Total	127.30	129.68	119.40	93.79	92.07
Gran total	249.80	249.80	204.85	82.01	82.01

* Recursos en millones de dólares

Fuente. Unidad Coordinadora del Programa.

La reasignación de recursos modificó la distribución del presupuesto por tipo de gasto y categoría. El gasto de inversión en general disminuyó sus recursos disponibles; sin embargo, por tipo de categoría, obra civil y asistencia técnica ampliaron el monto de sus recursos como consecuencia de la reducción en el resto de las categorías, sobre todo la de desarrollo de recursos humanos, que sufrió un decremento de 89% y cuyos recursos se transfirieron al rubro de asistencia técnica. Por su parte, a sistemas de supervisión no se le asignaron recursos después de 1993, debido a que no se pudo establecer un sistema de supervisión en cada estado, como establecía el Programa. A pesar de esto, las actividades de supervisión no se dejaron de efectuar, ya que se financiaron de forma indirecta con recursos de las categorías de vehículos, salarios y gastos de operación.

Por lo que se refiere al gasto corriente, sólo la categoría gastos de operación presentó un incremento del 85%, posterior a la reasignación. Las otras categorías presentaron disminuciones poco significativas. Cabe mencionar que estos cambios se debieron a problemas de planeación, sobre todo por la falta de criterios explícitos y a la falta de experiencia en algunas entidades. No obstante, la revisión de metas y de la asignación original en 1993 permitió reasignar rubros prioritarios y aumentar el apoyo a las áreas geográficas más necesitadas.

De manera más detallada, se observó que dentro del gasto de inversión, obra civil ejerció el mayor volumen de recursos, con 37.65 md, lo que representó 44 y 18.4% del gasto de inversión y del gasto total respectivamente. Le sigue en importancia vehículos, mobiliario

y equipo. En el caso del gasto corriente, la categoría con mayor ejercicio fue salarios, 90.71 md, que representó el 76% del gasto corriente y el 44% del presupuesto total ejercido. En términos globales, el presupuesto ejercido dentro del gasto de inversión fue de 85.44 md, que representaron el 41.7% del gasto total y el 71.1% de ejercicio con relación al presupuesto modificado. Por su parte dentro del gasto corriente se ejercieron 119.41 md, equivalentes al 58.3% del total del presupuesto ejercido en el proyecto (Cuadro 8).

En general, la reasignación trajo consigo un mayor cumplimiento presupuestal, es decir, un menor subejercicio, a excepción de obra civil y asistencia técnica, en las que el porcentaje de ejercicio disminuyó en comparación con la asignación original.

Desagregación del gasto no ejercido por categorías según estado

Cuadro 9		Recursos no ejercidos por categoría PASSPA 1991-1995	
Tipo de gasto y categoría	Recursos no ejercidos	% del total no ejercido	
I Gasto de inversión			
Obra civil	15 76	35.06	
Vehículos, mobiliario y equipo	7 22	16.06	
Desarrollo de recursos humanos	0 14	0.31	
Asistencia técnica	11.56	25.72	
Sistema de supervisión	0 00	0.00	
Total	34 68	77.15	
II. Gasto corriente			
Abasto médico y de oficina	6.75	15.02	
Salarios	1 52	3.38	
Operación	2.00	4.45	
Total	10 27	22.85	
Gran total	44.95	100.00	

* Recursos en millones de dólares
Fuente: Unidad Coordinadora del Programa

El total de recursos no ejercidos en el programa ascendió a 44.95 md. En el cuadro 9 se muestran los recursos no ejercidos por categoría y el porcentaje que representó cada uno con respecto al total.

Dentro del gasto de inversión, en obra civil se dejó de ejercer 15.76 md (35% del total de recursos no ejercidos). Este subejercicio fue mayor el D.F. y Oaxaca, con 4.97 y 3.73 md, respectivamente (cuadro 10). Esto se debió principalmente a las dificultades administrativas para la generación de expedientes técnicos de obras, a condiciones geográficas y climatológicas, factores determinantes en el desempeño de esta actividad.

Además, en Oaxaca la intervención del PRONASOL, que también contempló la construcción de unidades médicas distintas a las programadas por PASSPA, redujo el universo de obras a construir y por lo tanto la necesidad de recursos.

En la categoría asistencia técnica se dejó de ejercer el 25.7% del total de recursos no utilizados en el programa. De este subejercicio, el 53% le corresponde a la UCP central y el 12% a los estados de Guerrero y Oaxaca, respectivamente. Sin embargo, el cumplimiento de metas, relacionadas con la elaboración de protocolos de investigación en salud, y de concertación de auditorías externas, fue del 100%.

Cuadro 10	Subejercicio en los estados según categoría de gasto PASSPA 1991-1995															
	Tipo de gasto y categoría		Chiapas		Guerrero		Hidalgo		Oaxaca		D.F.		U.C.P.		Global	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
I. Gasto de inversión																
Obra civil	1.60	10.17	2.82	17.92	2.64	16.77	3.73	23.70	4.97	31.58	-0.02	-0.13	15.74	100.00		
Vehículos, mobiliario y equipo	-1.56	-21.58	1.87	25.86	0.75	10.37	-0.03	-0.41	6.00	82.99	0.20	2.77	7.23	100.00		
Desarrollo de recursos humanos	0.61	381.25	0.50	312.50	0.21	131.25	0.37	231.25	-0.23	-143.75	-1.30	-812.50	0.16	100.00		
Asistencia técnica	1.12	9.67	1.36	11.74	1.22	10.54	1.41	12.18	0.35	3.02	6.12	52.85	11.58	100.00		
Sistema de supervisión	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00		
Total	1.77	5.10	6.55	18.87	4.82	13.89	5.48	15.79	11.09	31.95	5.00	14.41	34.71	100.00		
II Gasto corriente																
Abasto médico y de oficina	1.62	24.00	2.42	35.85	1.55	22.96	1.12	16.59	1.15	17.04	-1.11	-16.44	6.75	100.00		
Salarios	-0.69	-45.70	-1.67	-110.60	-3.54	-234.44	-3.89	-257.62	6.55	433.77	4.75	314.57	1.51	100.00		
Operación	-1.39	-89.10	0.21	13.46	-0.81	-51.92	0.36	23.08	0.44	28.21	2.75	176.28	1.56	100.00		
Total	-0.46	-4.49	0.96	9.38	-2.80	-27.34	-2.41	-23.54	8.55	83.50	6.40	62.50	10.24	100.00		
Gran total	1.31	2.91	7.51	16.71	2.02	4.49	3.07	6.83	19.64	43.69	11.40	23.36	44.95	100.00		

* Recursos en millones de dólares

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa

Por su parte, en el rubro de gasto corriente, la categoría abasto médico y de oficina presentó el mayor subejercicio de recursos (6.75 md), agrupando el 15% de los recursos no ejercidos del programa. Los estados de Chiapas y Guerrero fueron los que más contribuyeron a este resultado, con el 24% (1.62 md) y el 36.0% (2.42 md) del total de los recursos no ejercidos, respectivamente.

Análisis presupuestal por estado

En el cuadro 11 se presentan los recursos no ejercidos respecto al presupuesto modificado por entidad federativa, éste nos da una idea general del cumplimiento presupuestal de las entidades involucradas en el programa.

Cuadro 11	Recursos no ejercidos en el Programa por entidad PASSPA 1991-1995		
	Estado	Recursos no ejercidos	% del total
Chiapas	1.31	2.91	
Guerrero	7.51	16.71	
Hidalgo	2.02	4.49	
Oaxaca	3.07	6.83	
D. Federal	19.64	43.69	
U.C.P.	11.40	25.36	
Total	44.95	100.00	

* Recursos en millones de dólares

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa.

dejó de ejercer el 16.7% del total de recursos no ejercidos en todo el programa. Al estado

Para el periodo 1991-1993 a Chiapas se le asignaron 25.04 md, de los cuales se ejercieron 24.36 (97.28%). Para 1994-1995, con la reasignación, el monto aumentó a 27.23 md, ejerciéndose 25.92. De hecho, este fue el estado más beneficiado por el volumen de recursos reasignados, pero también el que mejor cumplió con las metas de ejercicio —1.31 md no ejercidos que representan tan sólo el 2.9% del total no utilizados—.

A Guerrero, durante el periodo de operación del PASSPA, se le asignaron 49.9 md, y ejerció 42.4, por lo tanto

de Hidalgo, para el periodo 1991-1993, se le asignaron 23.11 md, y ejerció 18.33 md. Para los dos años restantes se le reasignaron 20.86 md y se utilizaron 18.83 md. En el periodo total del programa (1991-1995) contó con 39.2 millones de dólares, de los cuales empleó 37.16 md. Los recursos no ejercidos en este estado representaron el 4.5% del total no ejercido por el programa. Hidalgo, al igual que Chiapas, reportó los porcentajes de subejercicio más bajos.

Situación inversa se presentó en el D.F., al que se le asignaron 42.12 md entre 1991 y 1995, y de los cuales sólo ejerció 22.46 md, para alcanzar un porcentaje de ejercicio de 53.3%. De esta forma, los recursos no ejercidos en la capital del país representaron el 43.7% de los recursos no ejercidos en todo el programa (19.66 md). Situación similar se observó en la UCP central, donde para los cinco años del PASSPA se asignaron 27.04 md, y sólo gastó 15.66, lo que dio como resultado que los 11.38 md no ejercidos representaran el 25.3% de los recursos totales no ejercidos por el PASSPA.

Principales problemas en el ejercicio de los recursos del Programa

En este apartado se analizan los procedimientos administrativos que se utilizaron para radicar y hacer uso de los recursos, describiendo además los principales problemas que incidieron en el ejercicio de los mismos.

Procedimientos administrativos para el uso de los recursos

Entre los principales problemas detectados, dentro de los procesos de presupuestación según Ramo, se observó que para el Ramo XXVI, en un inicio, en los estados no se dispuso de personal capacitado para elaborar la documentación referente a las propuestas de inversión y de comprobación de los gastos, de hecho, el tiempo promedio entre la presentación de los expedientes técnicos y la autorización variaba entre 7 y 28 días, lo que provocó que la liberación de los recursos se efectuara en mayo o junio de cada año. Otro aspecto importante fue que los recursos presupuestados por el Ramo XXVI quedaban fuera del ámbito de la SSA, lo que ocasionó problemas de coordinación entre ésta Secretaría y la Secretaría de Desarrollo Social.

Por otra parte, en la presupuestación por Ramo XII se involucraba un gran número actores, lo que entorpecía la fluidez de los procesos y fomentaba la operación centralizada, dejando de lado las necesidades locales. De igual forma, la presupuestación por Ramo XII frecuentemente presentó retrasos en las autorizaciones para la liberación de recursos a los estados.

En términos generales, la radicación de recursos a los estados y por categorías no se guió a través de criterios explícitos, como consecuencia de no haber realizado un diagnóstico de salud que identificara necesidades y prioridades de inversión. Un ejemplo muy claro es el monto excesivo de recursos que, dadas sus necesidades relativas de salud, se asignó al D.F., incluso en la reasignación de finales de 1993.

El inicio tardío del programa fue otro de los factores que influyó de manera negativa en su implementación. De acuerdo a lo estipulado en las cláusulas del contrato de préstamo, el

PASSPA debería haber iniciado operaciones en enero de 1991. Sin embargo, los retrasos en la suscripción y en la declaración de efectividad del crédito retrasaron la puesta en marcha del programa hasta el mes de abril. De hecho, el crédito se declaró efectivo hasta septiembre por lo que durante el primer año de operación del programa las entidades ejecutoras no contaron con recursos o tuvieron que pedir préstamos de otras fuentes para iniciar actividades.

La coordinación intersectorial no fue efectiva y se presentaron problemas principalmente en la autorización y liberación de recursos monetarios, a consecuencia de los bajos porcentajes de ejercicio de los primeros años del PASSPA, por lo que la SHCP no autorizó en esos momentos el total de los recursos señalados en el Staff Appraisal Report, afectando directamente el cumplimiento presupuestal del programa. Este problema se solucionó a partir de 1993, cuando el porcentaje de ejercicio aumentó de forma muy favorable (cuadro 12).

Estado	Fechas de liberación de los recursos presupuestales a las entidades ejecutoras PASSPA 1991-1995				
	1991	1992	1993	1994	1995
Chiapas	10 de julio	22 de mayo	3 de mayo	7 de junio	1 de junio
Guerrero	10 de julio	14 de mayo	3 de mayo	6 de junio	1 de junio
Hidalgo	12 de julio	11 de mayo	16 de junio	26 de junio	1 de junio
Oaxaca	27 de julio	11 de mayo	25 de mayo	16 de julio	1 de junio
D. Federal	18 de septiembre	2 de abril	10 de febrero	20 de mayo	1 de junio
U.C.P.	8 de mayo	27 de marzo	19 de marzo	30 de mayo	1 de junio

Fuente: Unidad Coordinadora del Programa.

Se observa, entonces, que uno de los principales problemas que tuvo que enfrentar el PASSPA fue la radicación tardía e inadecuada de los recursos. En todos los estados y en todos los años fue común que ni las cantidades radicadas, ni la calendarización del gasto fueran las adecuadas, con base en la dinámica y necesidades del programa. Este problema incidió principalmente y de manera más directa en el ejercicio de obra civil.

EVALUACIÓN OPERATIVA

La evaluación operativa se definió como el análisis del cumplimiento de las metas de ejecución del Programa, por año, por estado y para los cinco años de operación del PASSPA en forma global.

Para esta evaluación se determinaron los siguientes objetivos específicos:

- Medir el grado de cumplimiento de las metas de ejecución del PASSPA.
- Comparar el estado actual de la infraestructura física de las unidades de primer nivel seleccionadas y que fueron construidas y rehabilitadas por el PASSPA en relación con aquellas no intervenidas por el Programa.
- Valorar la funcionalidad operativa de las unidades seleccionadas en los estados, con base en la medición de la disponibilidad de recursos humanos, material de curación, medicamentos, biológicos, equipo médico y de oficina, normatividad y desarrollo de las actividades de supervisión.

Obra civil

En este rubro, las metas se dividieron en tres grupos:

- ✓ Metas de rehabilitación de unidades de primer nivel
- ✓ Metas de construcción de unidades de primer nivel
- ✓ Metas de construcción o rehabilitación de otro tipo de unidades

Unidades de primer nivel rehabilitadas

- *Cumplimiento de metas*

Como se puede observar en el cuadro 13, el PASSPA redujo su meta original de rehabilitación de 1,141 unidades de primer nivel a 916, de las cuales se rehabilitaron 870, para un cumplimiento global del 95%. Por entidad federativa, estos porcentajes de cumplimiento oscilaron entre el 77% en Hidalgo y el 100% en Oaxaca.

De este cuadro destaca el volumen de unidades rehabilitadas por el estado de Guerrero, casi cuatro veces mayor que el de Chiapas. La finalidad que perseguían las autoridades de salud en dicho estado fue lograr la funcionalidad de casi la totalidad de las unidades existentes en la SSA, en un periodo relativamente corto.

El menor cumplimiento de la meta se observó en Hidalgo, lo que obedeció a las dificultades enfrentadas en los tres primeros años del programa para elaborar e integrar los expedientes técnicos de cada unidad. Esta situación de incumplimiento motivó que la estrategia de rehabilitación se orientara a las unidades de los 15 municipios de mayor marginación. A pesar de estas dificultades, Hidalgo desarrolló una novedosa estrategia de construcción de obra civil con participación comunitaria que, por una parte, generó

importantes ahorros y por la otra, corresponsabilizó a los habitantes en el mantenimiento y construcción de sus unidades de salud. Este hecho debe resaltarse por sus posibilidades de implementación en otras regiones.

- *Verificación de unidades*

Estado	Cumplimiento de las metas de rehabilitación de unidades de primer nivel por estado y global PASSPA 1991-1995			
	Meta original	Meta redimensionada	Absoluto	Alcance Porcentual
Chiapas	94	98	96	98.0
Guerrero	372	381	378	99.2
Hidalgo	279	157	121	77.1
Oaxaca	178	176	176	100.0
D. Federal	218	104	99	95.2
Global	1,141	916	870	95.0

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

sanitarios; 5. condiciones de la cancelería; 6. condiciones y funcionalidad de las instalaciones eléctricas y 7. condiciones y funcionalidad de las instalaciones hidráulicas.

Los resultados encontrados, con relación a la verificación de unidades rehabilitadas (n=37), muestran que, en promedio, el 50% de ellas presentó condiciones de regulares a malas respecto a los indicadores sobre condiciones físicas. Los problemas más comunes se presentaron en las instalaciones sanitarias e hidráulicas. En el caso particular de Guerrero, que rehabilitó un número importante de unidades, se observó que muchas de ellas siguen presentando irregularidades, particularmente en el mantenimiento de techos y de las instalaciones hidráulicas y sanitarias (cuadro 14).

Estado	Porcentaje de unidades rehabilitadas con problemas en la infraestructura física por estado y global PASSPA 1996					
	Techos		Instalación hidráulica		Instalación sanitaria	
	Regular	Mala	Regular	Mala	Regular	Mala
Chiapas	29	29	29	43	14	57
Guerrero	40	30	30	20	30	10
Hidalgo	33	0	33	11	25	13
Oaxaca	40	0	60	0	80	0
D. Federal	17	17	33	0	33	33
Global	32	16	35	16	32	22

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

En este proceso se incluyeron indicadores específicos para valorar el estado actual de la estructura física y funcionalidad de las instalaciones de las unidades de primer nivel seleccionadas: 1. Condiciones del techo; 2. Condiciones de la fachada; 3. condiciones de los pisos; 4. condiciones y funcionalidad de los

Por tipo de unidad, las UAS presentaron en promedio las mayores irregularidades respecto de las condiciones de la infraestructura, en particular las relacionadas con las instalaciones hidráulicas y techos.

Cuadro 15						
Porcentaje de unidades rehabilitadas con irregularidades en el funcionamiento de las instalaciones por estado y global PASSPA 1996						
Estado	Instalación hidráulica		Instalación eléctrica		Instalación sanitaria	
	Inadecuada	No funciona	Inadecuada	No funciona	Inadecuada	No funciona
Chiapas	29	14	43	29	43	14
Guerrero	30	20	20	0	10	0
Hidalgo	11	22	22	0	0	17
Oaxaca	0	0	0	0	0	0
D. Federal	17	17	83	17	67	0
Global	19	16	32	8	22	5

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

Por otra parte, y como era de esperarse, el porcentaje de unidades rehabilitadas con irregularidades en las condiciones de su infraestructura fue menor al de unidades con irregularidades no intervenidas por el Programa.

La medición de la funcionalidad de las instalaciones, mostró que en el 65 y 60% de las unidades rehabilitadas funcionaban adecuadamente las instalaciones hidráulicas y las eléctricas, respectivamente. Las mayores deficiencias en este rubro se presentaron en Hidalgo y Chiapas (cuadro 15).

La funcionalidad de las instalaciones, según tipo de unidad mostró que en las UAS se presentaron con mayor frecuencia irregularidades. De igual forma, al comparar el resultado de este indicador para unidades rehabilitadas con las que no lo fueron, se observó que el mayor número de irregularidades se concentró en estas últimas.

En resumen, la elevada prevalencia de problemas relacionados con la conservación y mantenimiento de las unidades no pudo ser abatida, a pesar del apoyo directo otorgado por el PASSPA a este componente. Los orígenes de este problema se relacionan con el alto nivel de deterioro que presentaban las unidades antes del inicio del programa, a la nula sistematización de estas actividades y a los escasos recursos que la SSA asigna para tal fin. Cabe mencionar que a través del PASSPA se desarrollaron estrategias locales para contender con este problema, acciones como la descentralización de las actividades de conservación y mantenimiento. Sin embargo, la magnitud del problema, la falta de un diagnóstico preciso y las características dinámicas de estos fenómenos no permitieron cubrir los requerimientos totales.

Construcción de unidades de primer nivel

Estado	Incremento de la infraestructura de primer nivel de atención con recursos del programa por estado y global PASSPA 1991-1995		
	Unidades en 1990	Unidades nuevas PASSPA	Incremento porcentual
Chiapas	155	39	25.2
Guerrero	476	78	16.4
Hidalgo	287	36	12.5
Oaxaca	253	17	6.7
D. Federal	221	2	0.9
Global	1.392	172	12.4

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

El PASSPA, con base en la utilización de un prototipo arquitectónico que se apejó a las exigencias del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, contribuyó a la construcción de 180 unidades en las entidades participantes, de las cuales 172 fueron de primer nivel. Esto significó un incremento del 12% en la planta física de los estados seleccionados, respecto de las unidades existentes en 1990. El estado más beneficiado con esta estrategia fue Chiapas, mientras que el incremento en el D.F. fue mínimo (cuadro 16).

• Cumplimiento de metas

En el cuadro 17, se observa que el cumplimiento de metas de obra nueva fue del 100% en los estados de Hidalgo y Oaxaca. Por su parte, Guerrero excedió ligeramente su meta, mientras que el estado de Chiapas lo hizo en un 50%, como resultado del Programa de 100 días establecido por el Gobierno Federal en la entidad a partir de 1994. Por otra parte, el bajo cumplimiento de la meta en el D.F. (22%) obedeció, en parte, a la implantación de un nuevo Modelo de Atención a la Salud para Áreas Urbanas y, por otra, al retraso en la elaboración de los expedientes técnicos correspondientes a las obras.

La integración a los Servicios de Salud en cada entidad de una Dirección de Obras apoyada por el PASSPA, permitió homogeneizar criterios para la elaboración de expedientes técnicos, bases de concursos, convocatorias y modelos de contrato para las obras, así como una supervisión estrecha de dicho subcomponente.

Estado	Cumplimiento de las metas de obra nueva en unidades de primer nivel por estado y global PASSPA 1991-1995		
	Meta redimensionada	Absoluto	Porcentual
Chiapas	26	39	150.0
Guerrero	76	78	102.6
Hidalgo	36	36	100.0
Oaxaca	17	17	100.0
D. Federal	9	2	22.2
Global	164	172	104.9

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

- *Verificación de unidades de primer nivel*

En dos de las 14 unidades de nueva creación se observó que no funcionaban las instalaciones hidráulicas, mientras que la instalación eléctrica en tres de ellas tenía un funcionamiento inadecuado. El resto de unidades presentaron buenas condiciones en su infraestructura y en la funcionalidad de sus instalaciones. Finalmente, como se esperaba, los indicadores de infraestructura y funcionalidad fueron mejores en las obras nuevas que en las rehabilitadas o sin intervención.

Rehabilitación o construcción de otro tipo de unidad

- *Cumplimiento de metas*

En la planeación del Programa se contempló la asignación de recursos financieros con los cuales se rehabilitaron 15 hospitales generales, una oficina jurisdiccional, nueve clínicas de especialidad y dos centros antirrábicos. Cabe señalar que originalmente en Guerrero se programó rehabilitar tres hospitales; sin embargo, como resultado de la evaluación de medio camino, se optó por no hacerlo, debido a consideraciones técnicas y a opciones de financiamiento diferentes a las del programa.

También con los recursos del Programa se construyeron los laboratorios de salud pública de Chiapas, Hidalgo y Oaxaca, tres almacenes centrales y dos centros antirrábicos. Estos últimos en el Distrito Federal, con el fin de disminuir la saturación de los centros existentes y para el control de la zoonosis transmitida por este tipo de fauna. Sin embargo, uno de estos centros fue suspendido al inicio de su construcción ya que la localidad no aceptó que se realizara la obra.

Adquisición de vehículos

Con base en el diagnóstico inicial realizado en 1990 por los estados participantes, se detectó que la planta vehicular presentaba deficiencias en cuanto al número, ubicación, disponibilidad geográfica y condiciones mecánicas de las unidades existentes. Por este motivo, originalmente se planeó adquirir 250 vehículos, lo que permitiría apoyar las actividades de traslado de pacientes, supervisión, conservación y mantenimiento, abastecimiento de insumos y el programa de unidades móviles.

- *Cumplimiento de metas*

En el cuadro 18 se muestran el cumplimiento de metas de adquisición de vehículos, según estados participantes. En él se observa que la meta global para el PASSPA se excedió en un 12%. Del total de vehículos adquiridos, el mayor porcentaje correspondió a camionetas pick-up, las cuales fueron destinadas a actividades de supervisión; la compra de vehículos tipo ambulancia ocupó el segundo lugar en volumen de unidades adquiridas.

Porcentaje de cumplimiento de metas de adquisición de vehículos, según tipo y entidad PASSPA 1996								
Estado	Supervisión	Ambulancias	Unidad móvil	Abastecimiento	Conservación y mantenimiento	Total adquiridos	Meta	Porcentaje de Alcance
Chiapas	47	25	23	4	2	101	66	153.0
Guerrero	40	5	7	3	0	55	55	100.0
Hidalgo	73	6	0	15	8	102	102	100.0
Oaxaca	46	8	6	4	6	70	70	100.0
D. Federal	57	0	0	0	5	62	62	100.0
U.C.P	6	0	0	0	0	6	5	120.0
Global	269	44	36	26	21	396	354	111.9

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

Equipamiento de unidades de primer nivel de atención

Las metas de equipamiento de unidades con mobiliario y equipo se encuentran estrechamente asociadas a las metas de obra civil, lo que motivó que la reducción de las obras a construir y rehabilitar tuviera un efecto sobre las metas de equipamiento.

- *Cumplimiento de metas*

El cumplimiento de metas fue del 100% o más, con excepción de Hidalgo y el D.F. cuyos porcentajes de cumplimiento fueron menores al 90% (cuadro 19). Es conveniente señalar que en este rubro sólo se programó el número de unidades a equipar, ya que la

Cuadro 19 Cumplimiento de las metas de equipamiento con mobiliario y equipo a unidades aplicativas por estado y global PASSPA 1991-1995				
Estado	Meta original	Meta redimensionada	Alcance	
			Absoluto	Porcentual
Chiapas	169	130	152	116.9
Guerrero	458	457	456	99.8
Hidalgo	331	201	173	86.1
Oaxaca	251	200	200	100.0
D. Federal	224	129	115	89.1
Global	1,433	1,117	1,096	98.1

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

cantidad y el tipo de bienes para cada una varía. De hecho, cada estado programó la adquisición de bienes muebles en función de un diagnóstico de necesidades por unidad utilizando el Cuadro Básico de Equipamiento normado por la SSA.

- *Verificación de unidades de primer nivel*

En este apartado se incluyeron indicadores de disponibilidad de mobiliario de oficina, mobiliario médico y equipo e instrumental en unidades de primer nivel de atención. Este estudio tuvo un doble objetivo: a) corroborar el cumplimiento de las metas de

equipamiento en las unidades nuevas y rehabilitadas, y b) conocer las necesidades vigentes.

⇒ Mobiliario de oficina

Para medir la disponibilidad de este tipo de recursos se utilizaron los siguientes indicadores: a) archiveros metálicos; b) banca Tandem de tres o más lugares; c) silla tubular fija, y d) escritorio para el médico, entre otros.

Los resultados señalan que la disponibilidad de este mobiliario en las unidades visitadas es baja, con excepción del D.F., destacando en primer lugar la falta de bancas Tandem y en segundo lugar los archiveros metálicos. Las unidades de Chiapas y de Oaxaca mostraron las carencias más importantes; sin embargo, cabe señalar que en todos los casos los

Estado	Carencia de:	
	mobiliario de oficina	mobiliario médico
Chiapas	57.8	21.1
Guerrero	26.2	14.3
Hidalgo	14.5	10.6
Oaxaca	28.0	12.8
D Federal	5.0	3.3
Global	26.3	12.4

insumos presentan condiciones de funcionalidad inadecuadas, debido a la mala calidad de los insumos adquiridos (cuadro 20).

Por tipo de unidad, las UAS y los CSRC presentan los porcentajes más bajos de disponibilidad de mobiliario de oficina.

De manera similar,

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

las unidades no intervenidas por el programa reportaron una menor disponibilidad de mobiliario que las unidades intervenidas por PASSPA. Es importante destacar que las unidades nuevas están equipadas prácticamente en un 100%.

⇒ Mobiliario médico

Se emplearon indicadores referentes a la disponibilidad de: a) banco giratorio cromado sin respaldo; b) mesa de exploración universal; c) mesa de Pasteur; d) refrigerador; e) lámpara de chicote, y f) báscula pesa-bebé. Los resultados obtenidos señalan que un alto porcentaje de unidades no disponía de la mesa de Pasteur, de la lámpara de chicote y de básculas pesa-bebé, afectando sobre todo a las unidades de Chiapas y Guerrero.

De nueva cuenta, las UAS y los CSRD presentan las carencias más importantes de este tipo de mobiliario. Por lo general, las unidades nuevas que fueron verificadas disponen de la totalidad de este mobiliario, mientras que su disponibilidad en las unidades rehabilitadas fue intermedia y baja en las no intervenidas.

⇒ Instrumental y equipo médico

Para evaluar este apartado se midió la disponibilidad de: a) estuche de diagnóstico; b) baumanómetro; c) estetoscopio de Pinard; d) estetoscopio biauricular; e) esterilizador; f) espejo vaginal chico, y g) caja para instrumental.

De acuerdo con los resultados de la verificación, las mayores carencias en este rubro se concentraron en la caja para instrumental y el espejo vaginal, como se observa en el cuadro 21. Por entidad federativa, las unidades de Chiapas y Guerrero presentaron las mayores carencias de estos insumos. Por el contrario, las unidades del D.F. y Oaxaca se encuentran mejor equipadas.

Cuadro 21	Porcentaje de unidades verificadas con carencias de equipo e instrumental PASSPA 1996						
	Esterilizador	Estuche de diagnóstico	Baumanómetro	Estetoscopio de Pinard	Estetoscopio biauricular	Espejo vaginal	Caja para instrumental
Porcentaje	13.4	23.2	14.6	9.8	7.3	28.0	34.1

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

Medicamentos e insumos diversos

Cuadro 22	Porcentaje de unidades verificadas con entrega irregular de medicamentos específicos PASSPA 1996	
	Unidades con irregularidad en la entrega	% en relación al total
Antibióticos	57	69.5
Antiparasitarios	29	35.4
Analgésicos	22	26.8
Antiinflamatorios	15	18.3
Dermatológicos	8	9.8
Antianémicos	6	7.3
Sin irregularidad	5	6.1
Total unidades verificadas	82	100.0

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

Medicamentos entregados con irregularidad: penicilina procainica; eritromicina; dicloxacilina; penicilina benzatínica; albendazol; metrodinazol; praziquantel; ácido acetil salicílico; acetaminofén; hidrocortisona; naproxeno; diclofenaco; pasta de Lassar y fumarato ferroso.

La disponibilidad de medicamentos, biológicos y material de curación es imprescindible para el buen funcionamiento de las unidades de salud. Los problemas de desabasto han sido un fenómeno recurrente en el primer nivel de atención. Por esta razón, el PASSPA fortaleció estas actividades con el fin de asegurar la disponibilidad de insumos. Sin embargo, la

intervención del programa se dirigió a mejorar la frecuencia del abasto y poco se modificaron los esquemas habituales del sistema de compra y distribución en los estados.

- *Cumplimiento de metas*

De acuerdo con la programación inicial, el abasto a las unidades debería tener una periodicidad mensual, meta que según reportes oficiales se alcanzó en un 100%. Sin embargo, esta meta sólo cuantificó el número de eventos de abasto y no las cantidades y el tipo de insumos a entregar.

- *Verificación de unidades de primer nivel*

En la verificación de unidades se evaluó el abasto, teniendo en cuenta los programas de salud prioritarios, según el tipo de insumos, la entidad federativa y el tipo de intervención. Los resultados de este estudio muestran que existe, en términos globales, un desabasto que oscila entre el 26% de las unidades sin propanolol y el 99% de unidades sin estreptomina. En biológicos el desabasto osciló entre el 35% de unidades sin Sabin y el 45% sin BCG. Es probable que los altos porcentajes de desabasto de biológicos obedezcan al hecho de que el estudio de verificación se llevó a cabo después de las actividades de la Semana Nacional de Salud, que incluye una amplia utilización de dichos insumos.

Esta carencia de medicamentos se ratificó con los responsables de las unidades visitadas, cuya percepción fue de carencia (cuadro 22), principalmente de antibióticos, antiparasitarios y de analgésicos. Por último, el desabasto de material de curación en general fue menor que el desabasto de medicamentos; los porcentajes de unidades con carencia de jeringas, guantes quirúrgicos, algodón y gasas estériles fueron en promedio menor al 20%.

Desarrollo de recursos humanos

Al inicio del PASSPA, la disponibilidad de recursos humanos en los estados participantes era inadecuada en número, ubicación geográfica y capacitación técnica. Esto limitaba el aumento de la cobertura de los servicios, sobre todo en las comunidades con una gran dispersión geográfica. De hecho se detectó la existencia de 2 400 empleados de la SSA, en los estados, cuyas funciones y tareas asignadas no coincidían con el perfil del puesto que ocupaban.

Por esta razón, con el apoyo del PASSPA se reforzaron y completaron las plantillas de personal, para el primer y segundo nivel de atención; se dotó a las unidades, nuevas y rehabilitadas, de recursos humanos para asegurar la prestación de servicios; se formó e incorporó a los Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS); y se reforzaron las estructuras de supervisión.

- *Cumplimiento de metas*

Quizás el fortalecimiento de la plantilla laboral, así como en obra civil, es donde el PASSPA realizó su mayor contribución al desarrollo de los Servicios de Salud. Inicialmente se programó incorporar a 6 838 nuevos recursos humanos: 1 632 en Chiapas, 1 010 en Guerrero, 1 246 en Hidalgo, 1 252 en Oaxaca y 1 698 en el D.F. Sin embargo en 1993,

con motivo de la reprogramación de mitad de camino, se autorizaron 23 recursos adicionales a Guerrero, mientras que al D.F. se le redujo su plantilla original. Esto dio como total una meta de 5 718 plazas a incorporar. Se contrataron médicos especialistas y generales, odontólogos; enfermeras especialistas, generales y auxiliares; técnicos de rayos X y de laboratorio; TAPS; químicos; terapeutas; psicólogos clínicos y citotecnólogos, así como personal del área administrativa y personal directivo, entre otros.

Como se aprecia en el cuadro 23, el cumplimiento de esta meta por entidad federativa fue del 100%, excepto en el D.F. Los estados más beneficiados con esta incorporación fueron Chiapas y Oaxaca.

Al desagregar los recursos humanos contratados vemos

que el 59% de ellos se orientó a la atención directa de pacientes, mientras que el porcentaje restante se incorporó al área administrativa y de dirección de los servicios. En el primer caso estos recursos significaron un incremento del 23% de la plantilla laboral en relación con las cifras de 1990 (cuadro 24).

Estado	Cumplimiento de las metas de incorporación de plazas de nueva creación por estado y global PASSPA 1991-1995			
	Meta original	Meta redimensionada	Absoluto	Alcance Porcentual
Chiapas	1,632	1,632	1,632	100.0
Guerrero	1,010	1,033	1,033	100.0
Hidalgo	1,246	1,246	1,246	100.0
Oaxaca	1,252	1,252	1,252	100.0
D. Federal	1,698	555	301	54.2
Global	6,838	5,718	5,464	95.6

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

Estado	Incremento porcentual de personal de salud en contacto directo con el paciente por estado y global PASSPA 1991-1995		Incremento porcentual
	Total de personal en contacto Existentes en 1990	Otorgadas PASSPA	
Chiapas	1,440	955	66.3
Guerrero	2,657	698	26.3
Hidalgo	1,840	733	39.8
Oaxaca	1,542	661	42.9
D. Federal	6,230	167	2.7
Global	13,709	3,214	23.4

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

La meta de formación de TAPS, por su parte, alcanzó un cumplimiento del 98%. Guerrero fue el estado que formó al mayor número de técnicos con 432. La basificación de este recurso permitió incorporar a 902 TAPS a los servicios de salud estatales, cifra a la que se sumarán 112 técnicos más en proceso de formación.

- Verificación de unidades de primer nivel

Los resultados de la verificación a unidades señalan que a pesar de los esfuerzos de la SSA, con apoyo del PASSPA, por incorporar recursos humanos a la infraestructura de servicios, existe cierta escasez, sobre todo de personal médico y de enfermería. De forma global y por tipo de recurso, se apreció que de las 82 unidades cotejadas, 26 (32%) no contaban con médico titulado o pasante y que 12 de ellas (15%) tampoco disponían de enfermeras. Los estados con mayor carencia de médicos son Hidalgo y Guerrero, mientras que la insuficiencia de enfermeras fue mayor en Oaxaca e Hidalgo (cuadro 25).

Cuadro 25		Número y porcentaje de unidades verificadas con carencia de personal por estado y global PASSPA 1991-1995			
Estado	Unidades sin médico	% en relación al total	Unidades sin enfermera	% en relación al total	Total unidades
Chiapas	3	20.0	0	0.0	15
Guerrero	10	47.6	3	14.3	21
Hidalgo	10	52.6	4	21.1	19
Oaxaca	3	17.6	5	29.4	17
D. Federal	0	0.0	0	0.0	10
Global	26	31.7	12	14.6	82

Fuente: Verificación de unidades; DGES, SSA, marzo 1996

Esta carencia de médicos y de enfermeras fue más palpable en las UAS y en los CSRD, aún cuando la intención del PASSPA fue dotar de recursos humanos a las unidades rurales, que por lo regular no disponen de servicios formales de salud. Por tipo de intervención, resalta el hecho de que dos unidades nuevas (14%) no cuentan con este tipo de recursos, sobre todo considerando que el programa contempló, junto con la construcción de unidades, la asignación de recursos humanos.

Capacitación y formación de recursos humanos

- *Cumplimiento de metas*

El cumplimiento global para la meta de número de trabajadores de base capacitados superó lo programado en un 32% (cuadro 26). Si expresamos este indicador en cursos per cápita —número de trabajadores capacitados/total de trabajadores—, se observa que en Hidalgo cada trabajador asistió en promedio a diez cursos, en Chiapas a seis, en Oaxaca a 2.4, en Guerrero a 0.5, y en el D.F. a 0.02.

Cuadro 26 Cumplimiento de las metas de capacitación de personal de base por estado y global PASSPA 1991-1995

Estado	Meta original	Meta redimensionada	Alcance	
			Absoluto	Porcentual
Chiapas	6,506	19,250	34,295	178.2
Guerrero	6,895	7,720	2,872	37.2
Hidalgo	7,896	14,565	29,813	204.7
Oaxaca	12,431	9,189	8,077	87.9
D. Federal	13,010	6,492	334	5.1
Global	46,738	57,216	75,391	131.8

Fuente: Informes anuales. Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

Por su parte, el número de cursos de capacitación dirigidos a personal de base, con relación a la meta reprogramada, presentó un sobrecumplimiento del 25%, esto a expensas de Hidalgo y Chiapas principalmente (cuadro 27).

En ambos indicadores este sobrecumplimiento se debe en parte, a la adición de cursos impartidos dentro del programa normal de capacitación, no diferenciados de aquellos apoyados exclusivamente por el PASSPA.

Sin embargo, no deja de llamar la atención el número absoluto de cursos. En Chiapas, por ejemplo, se reportan 1 351 cursos otorgados en un periodo de cuatro años, equivalentes a un curso diario.

Cuadro 27 Cumplimiento de las metas de cursos de capacitación a personal de base por estado y global PASSPA 1991-1995

Estado	Meta original	Meta redimensionada	Alcance	
			Absoluto	Porcentual
Chiapas	57	774	1,351	174.5
Guerrero	57	304	112	36.8
Hidalgo	57	340	886	260.6
Oaxaca	58	752	752	100.0
D. Federal	57	320	18	5.6
Global	286	2,490	3,119	125.3

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995

Elaboración y disponibilidad de manuales técnicos

Los manuales y normas técnicas son documentos imprescindibles para el adecuado funcionamiento de las unidades de salud, en sus aspectos administrativos y operacionales. Sin embargo, a pesar de la utilidad de estos instrumentos, es relativamente común encontrar que en el ámbito aplicativo estos documentos no estén disponibles, se encuentren deteriorados o simplemente no sean consultados.

- *Cumplimiento de metas*

De acuerdo con los informes de la UCP central, el cumplimiento de las metas de elaboración y disponibilidad de manuales técnicos fue del 100%, alcanzándose durante el segundo año del programa.

- *Verificación de unidades de primer nivel*

Con el fin de corroborar estos datos, en la verificación se indagó sobre la disponibilidad de: a) manual de contenido múltiple; b) normas para el manejo de programas prioritarios; c) manual de referencia y contrarreferencia, y d) diagnóstico de salud.

Los resultados muestran que el porcentaje de unidades que carecen de estos documentos oscila entre el 21% para las Normas de Manejo de Programas Prioritarios, y 81% para el Manual de Contenido Múltiple por Tipo de Unidad. Por entidad federativa, el D.F. y Oaxaca fueron los estados que menos deficiencias presentaron. En las unidades sin intervención del programa, la carencia de estos manuales fue mayor, a excepción del diagnóstico de salud. Sin embargo, las variaciones entre uno y otro tipo de unidad son poco significativas. Una situación similar se presentó al analizar la carencia por tipo de unidad, donde las UAS fueron las más afectadas.

Supervisión

Las actividades de supervisión son básicas y necesarias, ya que impactan en el desempeño de los servicios, permitiendo monitorear los programas y, cuando es el caso, ayudan a corregir posibles desviaciones. Estas acciones deben realizarse de forma permanente y sistemática a todos los niveles de los servicios de salud, bajo un espíritu de servicio que apoye de forma razonada la implementación técnica y conceptual de las acciones preventivas antes que las punitivas. Antes de la aparición de la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS), las actividades de supervisión en la mayoría de los estados de la república no tenían estas características y además carecían de una metodología propia.

- *Cumplimiento de metas*

Las acciones de supervisión fueron apoyadas y fortalecidas por el PASSPA, a través del diseño de programas de supervisión en el primer nivel, la integración de equipos de supervisión estatal y jurisdiccional, y con la supervisión mensual a unidades de atención. De acuerdo con datos de la UCP central, el cumplimiento de metas fue del 100%, excepto en el rubro de integración de equipo de supervisión estatal en el D.F. —actividad que no se contempló para la capital del país—.

- *Verificación de unidades de primer nivel*

El 29% de las unidades verificadas no recibieron supervisión por parte de los equipos zonales en el último año. Este porcentaje varió con el nivel jerárquico de las supervisiones. Así, el 27% de las unidades cotejadas no recibió supervisiones del nivel jurisdiccional y el 54% no recibió supervisión estatal. Con relación a la frecuencia de las supervisiones del equipo zonal —cuya norma establece una periodicidad mensual—, se apreció que sólo el 33% de las unidades verificadas la recibió mensualmente, 16% cada dos meses y 11% cada tres. El resto de las unidades informó haber recibido visitas de supervisión cada cuatro meses en el mejor de los casos.

La verificación de unidades también permitió documentar la percepción que los responsables de las unidades visitadas tienen acerca de los procesos de supervisión. Los resultados globales mostraron que el 80% de ellos afirmó que es una actividad necesaria; 56% señalaron que es útil; 48% aseguró que es una actividad que facilita la resolución de desviaciones, y sólo 6% consideró a la supervisión como simple generadora de más trabajo.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL

En esta línea de evaluación se describe el efecto que el PASSPA pudo tener en el fortalecimiento de la estructura organizacional y gerencial de los servicios, los procesos administrativos desarrollados y el desempeño de los principales actores involucrados. Esta evaluación hace énfasis en los aspectos que, a juicio del autor, son excelentes indicadores del desarrollo del programa. Aspectos relacionados con la implementación del proceso de descentralización, medido a través de los procesos de licitación y de conservación y mantenimiento; y lo relacionado al desempeño de los TAPS, como principal estrategia para la ampliación de cobertura dentro del Programa.

Con base en esto, se definieron los siguientes objetivos específicos:

- Describir el efecto del Programa, en el fortalecimiento y modernización de la estructura organizacional, gerencial y administrativa de los Servicios de Salud en los estados intervenidos por el PASSPA.
- Analizar las ventajas y limitaciones de emplear al TAPS como estrategia de ampliación y fortalecimiento de la cobertura de los servicios de salud.

Como se comentó anteriormente en el apartado de metodología, en este componente de evaluación se decidió emplear algunos de los métodos cualitativos más eficaces en la investigación sobre procedimientos y acciones sustantivas de orden cualitativo de los Servicios de salud. De esta forma se utilizaron los siguientes métodos cualitativos:

- ✓ Entrevistas de carácter abierto (bajo la técnica de entrevista a profundidad);
- ✓ entrevistas a grupos focales y
- ✓ cuestionario auto-administrado.

Con base en ellos, a continuación se reportan los hallazgos y resultados obtenidos.

Fortalecimiento administrativo, organizacional y gerencial de los Servicios

Descentralización

El PASSPA se propuso apoyar la descentralización de los Servicios de Salud dirigidos a población abierta, considerando a ésta como una de las estrategias más sólidas para mejorar su organización y funcionamiento. En este apartado se discuten los resultados de este proceso, tomando como trazador a los procesos de licitación, bajo el supuesto de que la práctica de éstas contribuye a la adquisición de habilidades que posteriormente son utilizadas de manera autónoma para fortalecer la operación de los servicios. Un ejercicio similar se realizó para el rubro de conservación y mantenimiento.

En general, el personal de salud coincide en afirmar que la descentralización significa el traslado o cesión de atribuciones y de recursos al nivel local; permitiendo a los

funcionarios tomar decisiones, fijar prioridades, y adquirir autonomía en la asignación y manejo de los recursos humanos, materiales y financieros. Los testimonios indican que el apoyo financiero de PASSPA amplió la responsabilidad estatal, para definir sus prioridades y dar respuesta a problemas específicos, en el momento y lugar en que se presentaron, especialmente en acciones de conservación y mantenimiento, supervisión y capacitación.

Sin embargo, la opinión generalizada demostró que la descentralización se desarrolló fundamentalmente en el nivel estatal, a pesar de que se reconoce que la unidad ideal para la toma de decisiones debería ser el municipio. Los funcionarios estatales y jurisdiccionales de Chiapas afirmaron que se carece del marco jurídico para avanzar hacia una verdadera descentralización, lo que obliga a las entidades a depender de las decisiones y propuestas de la UCP al nivel estatal y federal. De cualquier manera, reconocen que la intervención del programa permitió realizar algunas actividades en forma descentralizada.

Directivos de Oaxaca, en cambio, señalaron que el PASSPA dio mayores posibilidades para aplicar programas, con lo que adquirieron experiencia administrativa y organizativa. En el nivel jurisdiccional, la mayoría del personal entrevistado señaló que sus propuestas son tomadas en cuenta por el nivel estatal, y que existe cada vez mayor coordinación entre ambos niveles, lo que agiliza los procedimientos administrativos y fortalece la toma de decisiones a este nivel. En el estado de Hidalgo, a través de las entrevistas, se documentó sobre el proyecto de renovación organizacional que desarrollan, el cual facilitará la descentralización de los servicios. Una parte de este proyecto se relaciona con la implementación de paquetes integrales de atención, rompiendo con el modelo tradicional de los programas verticales, que duplican esfuerzos, hacen uso ineficiente de los recursos y producen una gran dependencia del centro.

Es importante señalar que Guerrero fue la única entidad intervenida por el PASSPA que se encontraba jurídicamente descentralizada al inicio del programa. No obstante, como los declarantes expresan, este proceso no se llevó a la práctica, ya que no existía la experiencia administrativa necesaria, ni se contaba con las habilidades y recursos para implantarla, por lo que el centro seguía controlando gran parte de las decisiones y de los recursos.

- *Licitaciones*

El proceso de descentralización implicó que el nivel estatal se hiciera cargo de gran parte de la adquisición de insumos médicos, administrativos, equipo, vehículos y contrataciones de obra civil. En este contexto, el procedimiento de licitación se convirtió en un instrumento clave para detectar la capacidad administrativa, con miras a la descentralización.

En el caso de Chiapas, sólo una de las ocho jurisdicciones participó en procesos de licitación para la compra de medicamentos y de rehabilitación de unidades, mientras que en Guerrero la participación de las jurisdicciones fue nula. En contraste, el manejo jurisdiccional de las licitaciones en el estado de Hidalgo incorporó una variante exitosa al involucrar a las presidencias municipales y a las comunidades, las cuales asumieron el

papel de agencias ejecutoras. Esta experiencia fue exitosa pero heterogénea, ya que la capacidad de los municipios no fue uniforme. En Oaxaca, casi todas las jurisdicciones organizaron sus licitaciones, a través de comités de compras, participando en todo el proceso generalmente.

Sin duda, uno de los más importantes logros del programa fue dejar en manos de los estados las actividades de licitación. El éxito de estas acciones, sin embargo, varió entre los diferentes estados en razón directa de la voluntad de los funcionarios estatales para delegar y hacer participar a sus niveles locales y por la calidad de la capacitación que recibieron. A pesar de que para finales de 1995 los responsables de las licitaciones en los estados conocían con exactitud los mecanismos a seguir, la mayoría señaló que al inicio del programa no contaban con las habilidades, ni con la información suficiente para implementarlas.

Entre los principales factores que afectaron la realización de los procesos de licitación destacan los tiempos excesivos para la autorización de las propuestas de inversión y los documentos de comprobación de gasto; la gran movilidad del personal involucrado en las licitaciones, debido en parte a los bajos salarios y en parte a los cambios frecuentes de personal directivo de los servicios; la falta de cursos de inducción o capacitación; el poco conocimiento de la ley de adquisiciones, por parte de las empresas concursantes y de algunas autoridades de salud; así como por el incumplimiento de proveedores de servicios.

- Conservación y mantenimiento

Las autoridades participantes reconocieron la urgencia de fortalecer las acciones de conservación y mantenimiento, a fin de contar con instalaciones que den respuesta a la demanda de la población. Además, coincidieron, que en la SSA se tiene una cultura de reposición y para romper con ello, cada entidad elaboró un programa de conservación y mantenimiento. Estas actividades se descentralizaron casi de manera homogénea al nivel jurisdiccional.

En Chiapas se mencionó que fue hasta 1993 cuando el Banco Mundial autorizó que el presupuesto para conservación y mantenimiento fuera ejercido en el ámbito jurisdiccional, y gracias a ello se ejerció el 100% de lo programado. Sin embargo, para lograr este comportamiento se tuvo que afrontar, según el responsable, la devaluación y el recorte de metas en el estado. En Oaxaca, según las autoridades, se completó el Plan de Descentralización de las Actividades de Conservación y Mantenimiento, en el cual participaron las autoridades jurisdiccionales. En Guerrero por su parte, el programa se concretó al levantamiento del estado físico de las unidades.

En las oficinas estatales y jurisdiccionales afirman que las principales dificultades para realizar estas actividades fueron la falta de suministro y materiales, así como el retraso en la entrega de los recursos. Por otro lado, según el informe de avance del PASSPA de 1995, en los estados se realizaron, entre 1991 y 1995, en promedio 21.4 acciones de conservación por unidad aplicativa. El programa de conservación y mantenimiento tuvo

como base la capacitación a personal jurisdiccional para que ellos se hicieran cargo de estas tareas. Esto significó, en los hechos, una de las mejores prácticas descentralizadoras.

Modernización administrativa

- Sistemas de planeación

El establecimiento de un adecuado sistema de planeación estatal fue una tarea difícil en todas las entidades, ya que esta actividad se realiza tradicionalmente bajo un modelo vertical de administración. Con el apoyo del PASSPA, las entidades federativas mejoraron sus habilidades en el diseño de diagnósticos de necesidades, definición de prioridades, programación y presupuestación de recursos financieros. Sin embargo, el avance no fue uniforme, debido a la inexperiencia, a la insuficiente capacitación brindada y a la movilidad de personal, pero sobre todo, a la constante intervención del nivel federal en la toma de decisiones.

Según los entrevistados en los estados, el elemento clave que vició el proceso de planeación fue la disponibilidad de recursos. Era frecuente que las autoridades desconocieran el techo presupuestal o que los recursos fueran radicados tardíamente (en parte, por efecto de la inercia administrativa federal). Ambos aspectos se asociaron negativamente con el cumplimiento de las metas.

- Sistemas de información

Los sistemas de información constituyen un instrumento indispensable para la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Tradicionalmente estos sistemas han presentado fallas relacionadas con la disponibilidad, validez y utilización de los datos generados por ellos. Por este motivo, el PASSPA apoyó su fortalecimiento en todos los estados mediante la canalización de recursos en infraestructura de cómputo. De igual forma, se consideró importante invertir en equipos de radiocomunicación, los cuales se instalaron en algunas unidades de primer nivel y otros en unidades móviles.

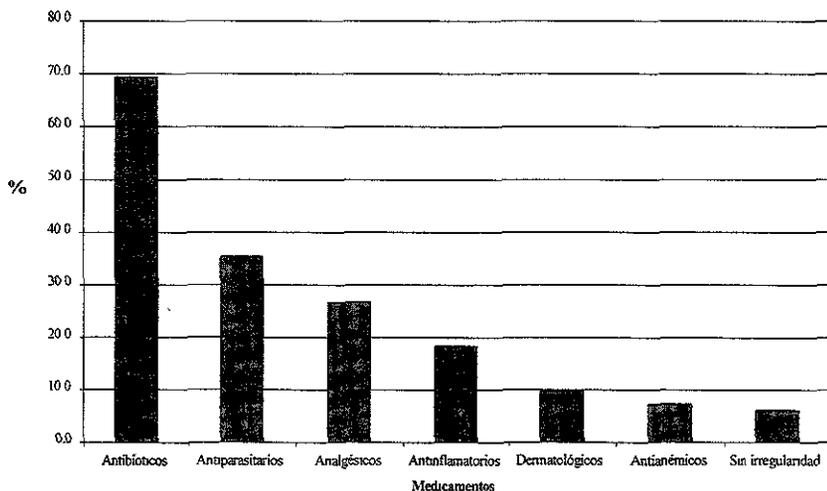
El programa desarrolló el sistema de información administrativa (SIA) para captar la información derivada de la programación y el avance del PASSPA, en términos presupuestales. Guerrero e Hidalgo señalaron que casi nunca lo utilizaron. En Oaxaca, en cambio, se usó de manera regular e incluyó el manejo de los estados financieros y el control de desembolsos. La utilización de este sistema fue afectada principalmente por limitaciones técnicas para su instalación y uso, con lo que, pese a los avances obtenidos, no se pudo resolver los problemas estructurales sobre sistemas de información.

- Programa de abasto

El principal apoyo del Programa, a las actividades de abasto, consistió en la construcción de almacenes estatales, la compra de vehículos y la dotación de medicamentos y material de curación. Por lo tanto, las condiciones en el nivel estatal mejoraron, sin embargo, los entrevistados opinaron que ahora es necesario intervenir en los procesos que comprende el

sistema de abasto. De hecho, el proceso de evaluación desarrollado por otras líneas en este documento, detectó, por una parte, un importante desabasto en las unidades médicas visitadas, y por otra, detectó que los recursos destinados a este fin no se ejercieron en su totalidad (figura 4).

Figura 4
Medicamentos con entregas irregulares en las unidades verificadas
PASSPA, 1996



- Sistema de supervisión

En 1989, al implementarse la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en México, la supervisión obtuvo un papel predominante. Sin embargo, hasta 1991, los sistemas de supervisión no funcionaron adecuadamente. El PASSPA, fortaleció esta estrategia de supervisión, a través de la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, con el objetivo de integrar equipos zonales de supervisión. Se partió de realizar supervisión capacitante —en el momento y el lugar en el que se detectan las anomalías se capacita y se corrige—. Los equipos zonales creados fueron 155; su distribución es la siguiente: en Chiapas 13, Guerrero 50, Hidalgo 24, Oaxaca 30 y en el D.F. 38; todos ellos, de acuerdo con los informes de la UCP Central, cuentan con la plantilla de personal normada.

En Hidalgo, a partir de 1996, la supervisión funciona bajo un esquema integral en el que participan coordinadamente los niveles estatal, jurisdiccional y municipal. Para ello, se han formado los llamados equipos modulares de supervisión y se ha creado el código de coordinador municipal, el cual tiene entre sus responsabilidades la supervisión de las unidades de salud de su área de influencia. De acuerdo con la mayor parte de los

entrevistados en los estados, las dificultades que obstaculizaron la supervisión fueron: la movilidad del personal; la reticencia a la supervisión del nivel operativo; la poca concientización sobre su importancia; y por último, el hecho de que en los estados no se dispuso de presupuesto específico para estas tareas.

El sistema de supervisión sin duda mejoró con el apoyo del Programa, sin embargo, sigue presentando problemas en la frecuencia y calidad de las visitas y por la falta de actualización y homogeneización de las guías de supervisión.

Desarrollo y capacitación de recursos humanos

- Fortalecimiento de la plantilla laboral

Debido a que los Servicios Salud en las entidades no contaban con personal suficiente y calificado para el desarrollo de sus actividades —debido fundamentalmente a las restricciones para la contratación de personal que impone el nivel federal y a los bajos salarios—, el PASSPA decidió fortalecer la plantilla de personal en los estados, siendo además una necesidad propia del programa, ya que su desarrollo implicaba una fuerte carga de trabajo en el ámbito local.

La mayoría de los entrevistados afirmó que, en general, el PASSPA constituyó un valioso instrumento para reforzar las plantillas laborales, incrementando significativamente las actividades sustantivas. Sin embargo también indicaron que, a pesar del respaldo recibido, los recursos siguen siendo insuficientes.

El proceso de asignación de plazas, según los entrevistados en el nivel estatal, se realizó sobre la base de un diagnóstico de necesidades o a partir de los criterios del Modelo de Atención. En el ámbito jurisdiccional, por el contrario, los entrevistados manifestaron que no siempre se contó con un diagnóstico preciso y que la selección y contratación de personal no siempre se realizó siguiendo criterios explícitos.

Técnicos en Atención Primaria

Desde la etapa de preparación del PASSPA, en 1989, la SSA planteó que la estrategia más adecuada para ampliar la cobertura de los servicios de salud era la formación e incorporación de personal técnico que, ubicados en las áreas rurales, ofrecieran a la población más desprotegida un número significativo de servicios básicos permanentes.

Con este objetivo, la Dirección General de Enseñanza en Salud preparó un programa de formación de técnicos en salud. La validación académica estuvo a cargo del Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica (CONALEP). El plan de estudios fue modular con una duración de tres años a impartirse en los propios estados. La formación académica se dirigió a generar recursos capaces de diagnosticar y ofrecer tratamiento en padecimientos comunes de carácter endémico, referir casos, cuando fuera necesario, controlar factores de riesgo, desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud, y hacer diagnósticos colectivos de salud.

Los candidatos deberían, radicar o ser vecinos del lugar donde se desempeñarían; haber sido propuestos por la comunidad; hablar la lengua de la región; tener un nivel mínimo de secundaria y, de preferencia, tener entre 18 y 40 años. A los participantes se les otorgaron becas durante el primer año de preparación, a través de recursos del programa.

Funciones Desempeñadas por el TAPS

Los funcionarios de los servicios de salud en los estados opinaron que los TAPS están abriendo brecha en la educación para la salud y el saneamiento ambiental en las comunidades, y que han realizado una gran cantidad de actividades de promoción de la salud y medicina preventiva. Por su parte, los habitantes de las localidades, entrevistados sobre los TAPS, mencionaron haber recibido pláticas sobre higiene personal y de la vivienda, uso de letrinas, cloración o desinfección del agua, padecimientos transmisibles —como las diarreas, el cólera e infecciones respiratorias—, vacunación, hidratación oral y planificación familiar.

Haciendo a un lado el nivel de desempeño que pudiera tener el TAPS, parece ser que el éxito o fracaso de sus actividades está muy ligado a una serie de determinantes intrínsecas de la comunidad, como las costumbres, creencias y capacidad económica para seguir estas indicaciones.

Capacitación del TAPS

La opinión general de los funcionarios del nivel estatal reveló que los tres años de formación del TAPS son suficientes para atender y resolver los problemas de salud de primer nivel, principalmente aquellos relacionados con el fomento a la salud. Sin embargo también fue notoria la diferencia en el nivel de preparación de los TAPS entre estados. Desde el punto de vista de la población, la capacitación del técnico es buena para atender problemas de salud sencillos, pero no así para atender problemas de salud de mayor complejidad. Cabe mencionar que el TAPS no fue capacitado para resolver estos problemas, por lo cual no se le pueden atribuir estos inconvenientes.

De la encuesta aplicada a los TAPS resalta el hecho de que sólo 43% del total de entrevistados considera suficiente la capacitación recibida durante el programa de formación.

Atención de la salud

En las comunidades de estudio, la mayoría de la población ha recurrido al TAPS para su atención médica, principalmente por padecimientos infecciosos —diarreas, infecciones respiratorias y parasitosis— y lesiones leves. Acudir con el TAPS tiene relación con la percepción de la gravedad de la enfermedad, determinada por los signos, síntomas y los referentes culturales de los habitantes. Además, la curación no es atribuida necesariamente a la atención o la capacidad del técnico, sino a la efectividad de los medicamentos.

El tiempo que éste personaje dedica a la demanda de atención médica es mayor que el dedicado a tareas de saneamiento. Esto contrasta con el perfil con el que fue capacitado.

Por otro lado, es importante señalar que no se percibió coordinación alguna entre el trabajo de los TAPS y los demás agentes de salud de la comunidad. De existir una mejor relación entre éstos, se podrían desempeñar un mayor número de actividades de saneamiento y fomento a la salud.

TAPS y comunidades

Una de las principales ventajas de la estrategia de TAPS, es el hecho de que éste fuera oriundo o vecino de las comunidades que atiende. A este respecto, se encontró que 41% de los 152 técnicos entrevistados cumplen con esta característica. Oaxaca fue el estado que mostró un mayor incumplimiento de este requisito, ya que ninguno de los 13 técnicos entrevistados era miembro de la comunidad donde labora. Por otra parte, este factor — vivir en las comunidades que atienden— propicia una mayor relación con la gente y ha permitido que el TAPS reciba de la comunidad apoyo de hospedaje, comida y/o transporte (cuadro 28).

Cuadro 28	Características del contexto de trabajo de los TAPS					
	PASSPA 1996					
Variable	Chiapas	Guerrero	Hidalgo	Oaxaca	Total	Porcentaje
Num. de TAPS encuestados	29	75	35	13	152	
Habla lengua indígena	26	65	34	11	136	89.5
Miembro de la comunidad	13	44	5	—	62	40.8
Vive en la localidad que atiende	14	52	22	7	95	62.5
Recibe apoyo de la comunidad	22	55	26	10	113	74.3
<i>Trayecto a las comunidades</i>						
— accesible	12	36	12	5	65	42.8
— poco accesible	15	30	21	7	73	48.0
— inaccesible	2	6	2	1	11	7.2
Transporte adecuado	3	17	7	5	32	21.1
Espacio adecuado para trabajar	18	55	26	11	110	72.4
Material y equipo suficiente	2	35	13	8	58	38.2
Suficiente capacitación	12	32	16	5	65	42.8
Basificado	—	58	4	—	62	40.8
Titulado	26	24	—	1	51	33.6
Apoyo del jefe inmediato	9	57	34	12	112	73.7
Apoyo de la supervisión	4	63	24	13	104	68.4
Encargado de centro de salud	3	34	20	9	66	43.4
Cambios positivos en condiciones de salud	29	61	33	13	136	89.5
Conocimiento de los objetivos del PASSPA	3	17	25	12	57	37.5

Fuente: Cuestionario auto-administrado a TAPS. Evaluación integral del PASSPA, marzo 1996

De los 10 grupos focales entrevistados sólo uno mencionó haber elegido al técnico en *asamblea comunitaria*. Sin embargo, en ninguno de ellos se dio importancia a este hecho, lo importante era que el técnico tuviera suficiente preparación y experiencia, ya que la mayoría de la población dijo desconocer cómo fueron elegidos y cuál era su formación

profesional. La edad y el sexo sólo en algunos casos fueron mencionados como determinantes para su aceptación.

Cuestiones laborales

Como se observa en el cuadro 29, en total se crearon 902 plazas de TAPS, faltando 112 plazas, de acuerdo con las metas de formación que el PASSPA se planteó. Si se considera el desglose por estado, sólo Chiapas y Oaxaca se ajustaron a la meta de formación y contratación de estos recursos.

La sustentabilidad del programa consideró la basificación de este personal; sin embargo, en las entrevistas a técnicos se encontró que sólo 41% de ellos reconocía estar basificado (cuadro 28).

Las condiciones de trabajo de los TAPS varían de un estado a otro. En Chiapas, la mayor parte de los técnicos entrevistados comentó no contar con el material necesario para realizar su trabajo, incluso parte del material y equipo que utilizan lo compran con sus recursos. En los otros estados las condiciones tienden a ser mejores, con algunas excepciones.

Estado	Número de TAPS capacitados por año y entidad federativa PASSPA 1991-1995						Plazas
	1991	1992	1993	1994	1995	Total	
Chiapas	-	177	8	-	-	185	188*
Guerrero	-	356	49	-	27	432	356
Hidalgo	-	189	35	25	-	249	209
Oaxaca	-	122	-	1	25	148	149
Total	-	844	92	26	52	1,014	902

Fuente: Informes anuales, Unidad Coordinadora del PASSPA, 1991-1995
* Se autorizaron 3 plazas para operadores del programa en 1991

Cobertura

Con base en este rubro, los comentarios obtenidos en torno a la figura del TAPS son uniformes, ya que todos los funcionarios y la mayoría de la población entrevistada afirman que el incremento de cobertura de los servicios a través de este personaje ha sido muy importante (cuadro 30).

Estado	Ampliación de cobertura a través de TAPS PASSPA 1991-1995						
	Población Abierta 1990	Cobertura Potencial 1990	Cobertura potencial %	Población Abierta 1994	Cobertura TAPS 1994	Cobertura potencial 1994	porcentaje de cobertura potencial
Chiapas	2,638.59	538.00	20.4	2,801.05	277.50	964.50	34.4
Guerrero	1,794.98	1,376.00	76.7	2,597.11	648.00	2,099.50	80.8
Hidalgo	1,275.05	554.00	43.4	1,380.48	373.50	983.00	71.2
Oaxaca	2,374.07	558.50	23.5	2,474.68	222.00	816.50	33.0
Total	8,082.69	3,026.50	37.4	9,253.32	1,521.00	4,863.50	52.6

Cifras de población en miles de habitantes
Fuente: Anuario Estadístico, 1990, DGEIE, Dirección de Seguimiento, 1994

El buen resultado de los TAPS como estrategia para la ampliación de la cobertura se *confirma con los comentarios de los grupos focales de Hidalgo, Guerrero y Chiapas, que manifestaron que antes de la llegada del técnico no contaban con atención médica de ninguna clase.*

Según el cuestionario aplicado a los TAPS, en promedio cada uno atiende cuatro localidades, con excepción de Chiapas donde el promedio es de siete; por otro lado, en Oaxaca, los técnicos se responsabilizan de una menor cantidad de poblados. Cabe mencionar que un número significativo de los TAPS entrevistados se encontraba a cargo de un centro de salud (43%), lo que implica que desatiendan las actividades de promoción y fomento a la salud, las cuales constituyen su principal función, dada la orientación de su capacitación.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Como ya se mencionó, el propósito central del PASSPA fue mejorar la salud de 13 millones de habitantes que vivían condiciones de pobreza; la reducción de la prevalencia de enfermedades infecciosas y prevenibles por vacunación, la disminución de la prevalencia de desnutrición en 1.7 millones de niños menores de cinco años y la malnutrición de aproximadamente 3 millones de mujeres en edad fértil en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, y del Distrito Federal. Su implementación actuó sobre un abanico de factores cuya transformación preveía, en el largo plazo, la modificación de los patrones de riesgos para enfermar y morir en dichas entidades.

El grado de cumplimiento de estos objetivos se midió a través de la Evaluación de Impacto del Programa; ejercicio que, conviene subrayar, resulta una tarea muy ardua, sobre todo cuando lo que se trata de medir son los cambios en las condiciones de salud de la población, y que están determinadas por un complejo sistema de factores sociales, económicos, culturales, ambientales y biológicos, cuyo efecto sólo puede ser modificado a largo plazo. Por tal motivo, el impacto de un programa puede analizarse de manera más o menos precisa cuando las intervenciones sanitarias a evaluar han tenido un tiempo razonable para incidir en la situación que se quiere modificar. Esto con base en el uso de indicadores lo suficientemente sensibles, y a través del uso de información precisa, completa y confiable.

Para la Evaluación de Impacto del PASSPA se tuvo que enfrentar algunas dificultades. En primer lugar, la intervención del Programa fue relativamente corta (cinco años), tiempo no suficiente para que algunas de sus acciones tuvieran el impacto deseado; en segundo lugar, no se realizó un diagnóstico inicial de salud específico por comunidad, municipio o entidad y por otra parte no se llevó a cabo un seguimiento puntual de los factores externos al programa que pudieran afectar su desarrollo. De igual forma, el grave nivel de atraso sanitario observado en las entidades involucradas propició que la mejoría esperada en las condiciones de salud fuera apenas manifiesta. Finalmente, debido a que el énfasis del programa fue el fortalecimiento de la estructura de los servicios, a través de la creación de nueva infraestructura e incorporación de recursos humanos, había que esperar un tiempo mínimo para que los "nuevos" servicios fueran aceptados y utilizados por los usuarios.

Tomando esto en cuenta, se llegó a la conclusión de que *no podían esperarse cambios espectaculares en las condiciones de salud de la población en las entidades intervenidas por el PASSPA*. A pesar de ello, es posible detectar algunos cambios positivos en la ampliación de cobertura de los servicios, en los procesos de atención y de calidad y modificaciones en la tendencia de ciertos padecimientos y programas de salud.

En resumen, en este apartado se documentan tres tipos de impacto:

- a) el observado a través del aumento en la ampliación de la cobertura de los servicios, con base en la creación de infraestructura nueva construida con recursos del PASSPA y la que fue consecuencia de la incorporación de los Técnicos en Atención Primaria a la Salud (TAPS);

- b) el que se produjo como resultado de la prestación de servicios de salud, documentado a través de la utilización, accesibilidad y calidad de los servicios que, legítimamente, pueden ser adjudicadas al desarrollo del PASSPA, y
- c) el que razonablemente pudo derivarse de la influencia del PASSPA en las condiciones de salud.

La medición de este último, evaluado fundamentalmente a partir de los indicadores de salud y el avance de los programas prioritarios enfocados a los grupos de mayor vulnerabilidad —menores de cinco años y mujeres en edad fértil—

De esta forma, esta línea de evaluación actuó bajo los siguientes objetivos:

- Discutir la pertinencia, desde la perspectiva de salud, de un programa como el PASSPA.
- Medir la ampliación de cobertura de servicios, resultado directo del desarrollo del Programa.
- Medir los cambios en la utilización, accesibilidad y calidad de los servicios que pueden atribuirse al desarrollo del Programa.
- Medir los cambios en las condiciones de salud que, teóricamente, podrían adjudicarse a este Programa.

La brecha en salud

Uno de los indicadores más sensibles para medir las condiciones generales de salud de una sociedad es la mortalidad infantil. Por ello, se comparó la mortalidad infantil de México con la de otros países con un nivel de desarrollo similar, con el fin de determinar hasta qué punto las condiciones de salud de nuestro país exigían la implementación de un programa como el PASSPA. La información utilizada proviene de un estudio realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), que relaciona el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita con la mortalidad infantil²¹.

Los principales resultados de este análisis nos muestran un rezago para México de cerca de ocho muertes por 1,000 nacidos vivos registrados, (cuadro 31). Cabe agregar que la brecha de las entidades seleccionadas por el Programa era mucho mayor —excepto para el D.F.—.

Llama la atención la posición que ocupa México en relación con otros países latinoamericanos, como por ejemplo Chile y Uruguay, que presentan una tasa de mortalidad infantil observada de 20 y 23, respectivamente.

²¹ Tasa de mortalidad infantil por 1 000 Nacidos Vivos Registrados

Cuadro 31

Mortalidad infantil observada y esperada en países
Latinoamericanos según PNB, 1993

País	PNB per cápita (logaritmo natural)	Mortalidad infantil observada*	Mortalidad infantil esperada*
Chile	7.70	20	36.90
Venezuela	7.90	26	32.30
Argentina	7.90	26	32.30
Uruguay	8.00	23	30.30
Brasil	8.00	69	30.30
México	8.00	38	30.30

* Tasa por 1 000 NVR

Fuente: FUNSALUD

Si bien es cierto que la atención a la salud no es el único determinante del proceso salud-enfermedad, los datos del ejercicio antes descrito sugieren que es necesario fortalecer los servicios para ayudar a disminuir la brecha en mortalidad infantil —y por tanto, la brecha en salud— que México presentaba hasta 1993. Con base en ello puede decirse que el PASSPA en general y algunos de los énfasis de este Programa —como la atención materno infantil— estaban plenamente justificados.

Ahora bien, con base en los datos reportados en el apartado de antecedentes, la implementación del PASSPA estaba plenamente justificada, debido a que las condiciones generales de salud de México, al inicio de los años noventa, expresaban un claro rezago en salud. De hecho, las cifras de fecundidad, esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad materna a inicios de la década de los noventa justificaron la selección e incorporación de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca al PASSPA. En contraste, ninguno de estos indicadores justificó la incorporación del D.F. al Programa, de hecho, en casi todos los casos, la capital del País reportó los mejores comportamientos. Muchos otros estados —dentro de los que destacan Puebla y Veracruz— mostraban rezagos importantes que debieron haber obligado a su incorporación al programa en lugar del D.F.

Ampliación de la cobertura de servicios

Para el análisis de este apartado, es necesario tener en cuenta que en la actualidad no existe una estimación precisa de los universos poblacionales que cubren las diversas instituciones de salud en el país, esto motivado por diversas dificultades metodológicas y por la falta de un marco normativo que haga explícitos los criterios para su definición.

Por esta razón, las estimaciones aquí realizadas representan aproximaciones al problema, con base en cifras confiables disponibles al momento en que este análisis tuvo lugar

La ampliación de cobertura de los servicios, como resultado de las acciones del PASSPA, puede analizarse como el incremento absoluto de población que potencialmente tuvo

acceso a los servicios de primer nivel y como el aumento en el porcentaje de la cobertura potencial alcanzada en relación con el total de la población abierta.

Entre 1990 y 1995, la población que potencialmente pudo acceder a los servicios de salud en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca aumentó globalmente en 61%, lo que significa que en 1995 los servicios de salud ampliaron su capacidad para atender a 1'836,500 personas más que en 1990. El incremento en términos absoluto fue particularmente importante en Guerrero, y el incremento relativo lo fue para Chiapas e Hidalgo (cuadro 32).

Estado	Población potencial 1990 ¹	Cobertura potencial a través de:				Ampliación cobertura potencial	
		Unidades nuevas ²		TAPS ³		Total 1995	
		absoluto	%	absoluto	%	absoluto	%
Chiapas	538.0	149.0	27.7	277.5	51.6	426.5	79.3
Guerrero	1,376.0	75.5	5.5	648.0	47.1	723.5	52.6
Hidalgo	554.0	55.0	9.9	373.5	67.4	428.5	77.3
Oaxaca	538.5	36.0	6.4	222.0	39.7	258.0	46.2
Total	3,026.5	315.5	10.4	1,521.0	50.3	1,836.5	60.7

Cifras de población en miles de habitantes

Fuentes: 1 Anuario Estadístico, 1990 DGEIE, SSA

2 Unidad Coordinadora Central del PASSPA/ Registro Nacional de Infraestructura en Salud, 1994. DGEIE, SSA

3 Censo de Taps 1995, Unidades Coordinadoras Estatales del PASSPA

Las acciones del PASSPA permitieron ampliar la cobertura potencial registrada en 1990 en 15.2%. Por entidad federativa, Hidalgo presentó el mayor incremento, con 28%, seguido de Chiapas, con 14%, Oaxaca, con 9.5% y Guerrero, con 4.1% (cuadro 33). Es importante señalar que a pesar de esta cobertura, Guerrero presentó los mejores porcentajes tanto al inicio como al final del periodo.

El total de personas potencialmente cubiertas por los servicios, incluyen a la población *atendida por unidades de salud de nueva creación* y aquella incorporada a través de la atención de los TAPS. La diferencia absoluta entre ambas estrategias fue de 1'205.500 personas a favor de la segunda, estos significa que por cada persona que se incorporó a través de la construcción de infraestructura, cinco lo hicieron como resultado de la contratación de un TAPS.

Cuadro 33

Incremento de la cobertura potencial de la población abierta en los estados del programa
PASSPA 1990-1995

Estado	Población abierta 1990 ¹	Cobertura potencial 1990 ¹	Cobertura 1990 %	Población abierta 1994 ²	Cobertura potencial 1995	Cobertura 1994 %	Diferencia %
Chiapas	2,638.6	538.0	20.4	2,801.0	964.5	34.4	14.0
Guerrero	1,795.0	1,376.0	76.7	2,597.1	2,099.5	80.8	4.1
Hidalgo	1,275.0	554.0	43.5	1,380.5	982.5	71.2	27.7
Oaxaca	2,374.1	558.5	23.5	2,474.7	816.5	33.0	9.5
Total	8,082.7	3,026.5	37.4	9,253.3	4,863.0	52.6	15.2

Cifras de población en miles de habitantes

Fuentes: 1 Anuario Estadístico, 1990 DGEIE SSA

2 Dirección de Seguimiento, 1994, DGES, SSA

Ampliación secundaria al incremento de la infraestructura de salud

La ampliación de cobertura a través de la construcción de unidades alcanzó un total de 315,500 personas —10.4% respecto a la cobertura potencial de los estados PASSPA en 1990—. Su distribución por entidad muestra que Chiapas fue el estado más beneficiado con el 47.2% del total, seguido de Guerrero, con el 23.9%, Hidalgo, con el 17.4% y Oaxaca, con el 11.4% (cuadro 32). En el caso de Guerrero, donde se construyó un número considerable de unidades (78), al parecer no existe un incremento de cobertura importante. Esto se debe a que en el estado se privilegió la construcción de CSRD, cuya cobertura poblacional es menor —2,000 habitantes por consultorio—.

Ampliación secundaria al incremento del personal técnico

Del total de la cobertura potencial alcanzada en los estados PASSPA, el 83% fue obtenida a través de la incorporación del TAPS. El incremento en la cobertura es congruente con la distribución de este tipo de personal en cada estado (cuadro 32). En Hidalgo, la cobertura potencial a través de este personaje, fue del 67.4% en relación con la cobertura de 1990; en Chiapas del 51.6%; en Guerrero del 47.1%, y para Oaxaca del 39.7%. En términos globales, la cobertura de servicios aumentó en un 50.3%, respecto a la de 1990.

Aún cuando el PASSPA logró ampliar la cobertura de servicios en un porcentaje significativo de la población que en 1990 se encontraba desprotegida, todavía queda una enorme brecha por cerrar. Esto puede ilustrarse de la siguiente manera: en 1994, la población abierta en los cuatro estados PASSPA sumaba a 9'253,314 habitantes, mientras que la cobertura potencial conseguida por el programa fue de 1'836,500 personas, para un total de 4'863,500 personas potencialmente cubiertas en los cuatro estados en 1994 (52.6% del total de personas no aseguradas). Entonces, si en 1990 el porcentaje de población bajo responsabilidad de la SSA potencialmente cubierta era del 37.4%, entonces la brecha sólo se redujo en un 15.2% en 1994. Esta cifra da una idea aproximada del impacto del programa en materia de ampliación de cobertura (cuadro 33).

Condiciones de la prestación de servicios de salud

Utilización y accesibilidad de los servicios de salud

Con base en el estudio epidemiológico ad hoc, efectuado en las comunidades seleccionadas, se observó que de la población entrevistada en las viviendas, el 7.4% presentó algún problema de salud en los últimos 15 días previos a la visita. La tasa de utilización de servicios fue de 4.5 por cada 100 habitantes, cifra similar a la reportada en la ENSA II para la región PASSPA (4.8 por cada 100 hab.). Pero también se observó que la tasa de utilización en los estados objeto de estudio fue menor a la nacional (5.8).

Cuadro 34	Características de la utilización de los servicios en los últimos 15 días*			
	PASSPA 1996			
Características	Chiapas	Guerrero	Hidalgo	Oaxaca
Razón para acudir a este lugar:				
Esta cerca	45	33	46	49
Es el único lugar	9	21	22	25
Buena atención del médico	23	13	6	5
Cuesta poco	6	4	4	2
Otra	13	27	19	16
Razón para no utilizar los servicios de salud:				
No lo creen necesario	54	25	36	42
No tienen dinero	9	6	17	23
No tienen confianza	18	19	3	4
No tiene tiempo	--	25	19	4

* Se reportan los porcentajes de acuerdo a cada característica
Fuente: Evaluación Final del PASSPA, 1996, DGES, SSA

De acuerdo a la población analizada, las razones más frecuentes por las que no demandó atención médica en los estados PASSPA, fueron: a) no lo consideró necesario (para los cuatro estados); b) no tener dinero (Hidalgo y Oaxaca), y c) no tener confianza del personal de salud (Chiapas y Guerrero). Resalta el hecho de que, aunque la mayor parte de los enfermos solicitaron atención en los servicios de la SSA, un porcentaje no despreciable lo hizo en los servicios privados (cuadro 34).

En el cuadro 35 se reportan algunos datos relacionados con características de accesibilidad de los servicios, por ejemplo, el tiempo promedio en minutos empleado por los usuarios en el traslado, la espera y el tiempo en consulta. Se aprecia que estos tiempos son muy razonables y muy similares a los reportados por la ENSA II. Por entidad federativa, Hidalgo muestra los tiempos de traslado y de espera más prolongados y en contraparte los menores tiempos de duración de la consulta.

Por otra parte, en los estados no se encontraron diferencias importantes entre los tiempos promedios según tipo de intervención en las unidades analizadas —unidades nuevas, rehabilitadas y sin intervención—.

Cuadro 35			
Tiempos promedio empleados por los usuarios de los PASSPA 1993-1996			
Estado	Tiempo de traslado	Tiempo de espera	Tiempo de consulta
Chiapas	29	36	18
Guerrero	25	34	17
Hidalgo	32	41	13
Oaxaca	29	28	21
Usuarios del momento ⁽¹⁾	37	32	15
Usuarios de hace 15 días ⁽¹⁾	29	35	17
ENSA II ⁽²⁾	32	35	19

La información de los estados se refiere a usuarios de los últimos 15 días

Fuentes: 1-Evaluación final del PASSPA, 1996, DGES, SSA

2- ENSA II, Región PASSPA, 1994, SSA

Los usuarios de servicios en Chiapas y Guerrero consideran al tiempo de espera para ingresar a consulta como regular; mientras que los de Hidalgo y Oaxaca lo consideran corto. Por su parte, la percepción sobre la duración de la consulta fue adecuada para cerca del 95% de los usuarios. Sin embargo, se observó una discrepancia entre proveedores y usuarios respecto a este indicador, ya que los primeros reportan que el tiempo de duración es mayor a lo que los usuarios reportan. Por otra parte, en términos generales, los usuarios de las cuatro entidades no incurrir en gastos de traslado y a su vez consideran que el costo de la consulta es mínimo —aplica a población que tuvo que pagarla—. El porcentaje de usuarios que pagó consulta varió según la entidad federativa; el más bajo fue el de Hidalgo (22%) y el mayor el de Chiapas (65%).

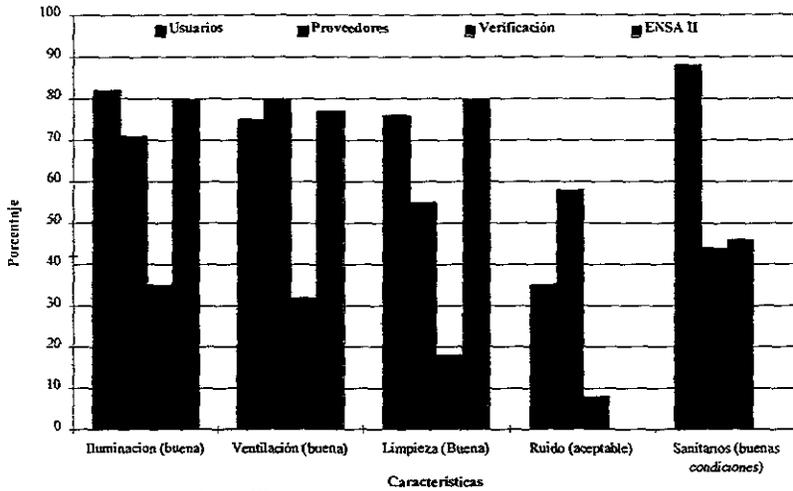
Calidad de los servicios y satisfacción de los prestadores y usuarios

▪ *Condiciones físicas de las unidades*

En la figura 5 se compara la percepción de usuarios y prestadores sobre las condiciones físicas de las unidades, incluyendo además los resultados de la verificación a unidades y de los resultados de la ENSA II. Se observa que los porcentajes obtenidos en la verificación, sobre condiciones de la unidad, sistemáticamente fueron menores a los que percibieron los usuarios y prestadores. Esto se explica, en parte, por la mayor rigurosidad de los criterios empleados en la metodología de verificación, así como por los distintos valores y expectativas de los diferentes actores.

Los usuarios de obras rehabilitadas, a excepción de los de Oaxaca, mencionaron que las condiciones físicas de las unidades (pintura, fachada, limpieza, número de asientos y condiciones de los baños) mejoraron. Por el contrario en Oaxaca, una buena proporción de usuarios mencionó que las unidades están muy deterioradas en su estructura e instalaciones, a pesar de haber sido rehabilitadas.

Figura 5
Comparación de opiniones sobre las condiciones físicas de las unidades seleccionadas, Estados PASSPA, 1996



• Disponibilidad de insumos

La percepción de los proveedores acerca de la disponibilidad de insumos en las unidades permitió valorar, primero, el tipo de insumos más utilizado, y segundo, la disponibilidad de los mismos. El cuadro 36, se reporta los resultados obtenidos, plasmando la opinión de los proveedores respecto a la existencia de material y equipo, necesario para otorgar la atención médica. Opinión que en términos generales no es favorable, a excepción del estado de Oaxaca, donde solo la existencia de medicamentos se considera inadecuada.

Estado	Equipo y material desechable	Equipo para la consulta general	Material de curación	Instrumental para curación	Equipo para la atención de partos	Reactivos de laboratorio	medicamentos
Chiapas	39	57	43	57	36	21	61
Guerrero	47	29	32	21	39	24	65
Hidalgo	53	50	38	44	38	35	77
Oaxaca	59	28	10	24	24	28	79

Fuentes: Evaluación final del PASSPA, DGES, SSA, 1996

- *Características de la consulta*

La opinión de los usuarios respecto a los procedimientos clínicos que habitualmente se deben realizar en la consulta médica, (toma de presión arterial, la medición del peso, la toma de temperatura y medidas); así como la forma en que se desarrolla la relación interpersonal, (explicación que proporciona el médico al paciente sobre la enfermedad, las indicaciones terapéuticas y la percepción del paciente acerca de estas explicaciones) fue analizada como parte del proceso de calidad de la atención médica.

De las cuatro entidades analizadas, se observó en Oaxaca que la medición antropométrica en los menores de 5 años y la toma de presión arterial en los mayores de 15 años se realizó con menor frecuencia (alrededor del 50%). En el resto de entidades, ambas mediciones son superiores al 65%.

Cuadro 37		Opinión de los usuarios sobre los procedimientos de la consulta en los centros de salud seleccionados en los estados PASSPA 1996				
Procedimientos	Chiapas	Guerrero	Hidalgo	Oaxaca	Total	
Le explicó el médico su enfermedad	94.1	96.2	96.8	100.0	96.3	
Entendió la explicación						
Bien	93.7	70.0	87.1	96.6	85.5	
Regular	6.3	16.0	9.7	3.3	9.4	
Nada	0.0	14.0	3.2	0.0	5.1	
Le explicó el médico su tratamiento	84.3	84.9	100.0	76.7	86.1	
Entendió la explicación						
Bien	83.7	77.8	93.3	95.6	85.8	
Regular	11.6	11.1	3.3	4.3	8.5	
Nada	4.7	11.1	3.3	0.0	5.6	

Fuente: Evaluación Final del PASSPA, 1996, DGES, SSA

Como parte de la relación médico paciente, destaca el porcentaje de usuarios en Guerrero e Hidalgo que tuvieron una comprensión regular sobre la explicación que el médico les brindó de su enfermedad (cuadro 37). De los que recibieron explicaciones sobre el tratamiento, aproximadamente 14% no lo entendieron o lo hicieron de manera regular. Entre 60 y 90% de los pacientes recibió receta de medicamentos, la mayoría adquiridos en el centro de salud sin costo alguno. La única excepción se presentó en Oaxaca, donde 44% de los usuarios señaló que debía surtir sus medicamentos en la farmacia de la localidad.

- *Satisfacción de los proveedores*

De inicio, respecto a este rubro, se puede comentar que el PASSPA mejoró algunas de las condiciones laborales y personales de los trabajadores, a través del impulso otorgado a las actividades de capacitación, supervisión, abasto de insumos y equipamiento de las unidades.

Curso		Proveedores de servicios que recibieron cursos de inducción al puesto PASSPA 1990-1995							
		Médico		Enfermera		Promotor		Total	
		absoluto	%	absoluto	%	absoluto	%	absoluto	%
Si		16	34.0	20	61.0	29	71.0	65	54.0
No		31	66.0	13	39.0	12	29.0	56	46.0
Total		47		33		41		121	

Fuente: Evaluación final del PASSPA, 1996, DGES, SSA

De hecho, los trabajadores entrevistados señalaron que en promedio recibieron 3.2 cursos de capacitación desde su llegada a la unidad. De estos cursos, el de inducción al puesto, por la importancia que reviste, es un indicador sensible de las acciones de capacitación desarrolladas (cuadro 38). La opinión entre el personal a cerca de las características de los cursos fue adecuada; el 91% los calificó como muy útiles y más de 70% opinó que los instructores tenían la preparación suficiente para impartirlos. Estos porcentajes hacen suponer que la preparación y la actualización de los proveedores es la adecuada, situación que coincide con las opiniones favorables de los usuarios sobre la preparación y experiencia del personal que los atiende.

- *Satisfacción de los usuarios*

Característica	Satisfacción del usuario PASSPA 1993-1996	
	ENSA II	Usuarios del momento*
Atención médica buena	81	78
Recomendarían el servicio	86	99
Calidad de la atención en unidades	30	81

*No se incluye al 20% de los usuarios que calificaron la atención como muy buena

Fuentes: ENSA II, región PASSPA, 1994, SSA

Evaluación final del PASSPA, 1996, DGES, SSA

La percepción de los usuarios respecto de la calidad de la atención médica mejoró significativamente respecto de los resultados de la ENSA II. Como se puede observar en el cuadro 39, tanto la atención del médico como la calidad de los servicios de la unidad, en lo general, fueron calificadas como buenas por más de 75% de los usuarios. La mayoría de los entrevistados piensa que el personal médico tiene la experiencia suficiente para dar consulta y tienen confianza en ellos. De igual forma, prácticamente 100% de los usuarios indicó que regresaría a solicitar atención en las mismas unidades y, además, que las recomendaría a algún familiar o amigo.

Condiciones de salud

Salud Infantil y Preescolar

Como parte de las tareas dirigidas a este grupo etáreo, el PASSPA apoyó las actividades de vacunación en menores de un año y de 1 a 4 años de edad, para los seis productos básicos manejados en el Programa Permanente de Vacunación.

- *Poliomielitis*

Respecto a la meta de dosis de vacuna Sabin en los cuatro estados, se obtuvo un cumplimiento global del 55%, para ambos grupos de edad. Por otra parte, de acuerdo con la información del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), la cobertura con esquema completo en menores de un año en Guerrero y Chiapas aumentó en 3.0 y 2.6 veces respecto de 1990.

En Hidalgo, por su parte, la cobertura de vacunación se incrementó 1.7 veces, incremento que, aunque menor al resto de los estados, permitió alcanzar en 1990 una cobertura cercana al 38% de niños menores de 1 año, cifra que superó a la del resto de los estados. Actualmente, la cobertura en Hidalgo continúa como una de las dos mejores para este biológico en este grupo de edad (64% en 1995). Chiapas y Oaxaca, por su parte y a pesar de sus avances, deben incrementar sus esfuerzos con el fin de superar el rezago existente en este rubro, situación que se evidencia por las coberturas reportadas, que son menores a la registrada como media nacional (cuadro 40).

Para 1995, en la población preescolar, las coberturas de esquemas completos de Sabin fueron del 90% y más en todos los estados PASSPA. Este porcentaje es importante sobre todo en Chiapas, donde las coberturas en 1990 apenas alcanzaban el 45% (cuadro 41).

- *Sarampión*

Dentro de la planeación en salud del PASSPA no se programó la aplicación de dosis de vacuna antisarampión en menores de 1 año. Probablemente esto se debió al empleo masivo de vacuna que siguió a la epidemia de sarampión ocurrida en el país en 1989-1990. En este último año, de acuerdo con cifras del CONAVA, la cobertura de vacunación antisarampión en menores de 1 año fue superior al 60%.

Cuadro 40	Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños menores de 1 año PASSPA 1990-1995									
	Nacional		Chiapas		Guerrero		Hidalgo		Oaxaca	
Biológico	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995
Sabin	41.3	56.9	15.8	41.5	23.2	71.4	37.6	63.9	20.6	52.5
DPT	31.2	56.1	11.1	38.9	12.5	70.7	23.6	63.6	18.6	50.5
Antisarampión	75.3	51.5	61.9	36.0	65.0	69.9	69.7	62.0	67.4	54.1
BCG	39.8	95.5	14.2	92.9	28.0	96.3	38.3	98.5	25.6	95.9

Fuente: CONAVA

Como puede observarse en el cuadro 40, a excepción de Guerrero, todos los estados disminuyeron en 1995 las coberturas alcanzadas en 1990. La reducción más notoria se observó en el estado de Chiapas, al pasar de 62% en 1990 al 36% en 1995.

En el grupo de 1 a 4 años, el cumplimiento global de la meta de dosis aplicadas durante el periodo fue de 21%. Los estados que mostraron un menor cumplimiento fueron Oaxaca e Hidalgo. Sin embargo, de acuerdo con la información del CONAVA, la cobertura de antisarampión en 1995 superó el 90% (cuadro 41).

Cuadro 41	Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de 1 a 4 años PASSPA 1990-1995									
	Nacional		Chiapas		Guerrero		Hidalgo		Oaxaca	
Biológico	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995
Sabin	46.0	97.0	45.0	89.6	62.0	96.5	77.8	99.2	57.0	97.2
DPT	73.1	96.8	30.2	88.4	39.0	98.3	62.7	99.2	45.7	97.0
Antisarampión	60.1	96.7	75.4	91.8	79.8	96.7	83.9	99.2	80.7	97.4
BCG	85.4	98.9	43.7	96.1	85.3	99.7	76.8	99.9	71.3	99.5

Fuente: CONAVA

- *Difteria, tos ferina y tétanos*

Para la vacuna DPT, se observó un cumplimiento del 45.8% con relación al número de dosis aplicadas en menores de un año y de 66.3% en niños de 1 a 4 años. Por su parte, las coberturas con esquemas completos según el CONAVA para 1995, fueron aproximadamente del 56% en menores de un año y del 96% en niños de 1 a 4 años. Por entidad federativa sobresale el comportamiento registrado en Chiapas, donde las coberturas en menores de un año son muy bajas (38.9%), lo que demuestra la necesidad de intensificar las actividades para acercarse al estándar definido por organismos nacionales e internacionales (100%).

- *Tuberculosis*

Para la vacunación contra la tuberculosis el PASSPA no programó metas específicas. Se puede inferir que esto obedeció al hecho de que esta vacuna es prácticamente de aplicación hospitalaria poco después del nacimiento, ámbito en el cual el programa tenía una menor injerencia. Empero, las acciones realizadas por los estados, en cumplimiento de las políticas nacionales e internacionales, provocaron que las coberturas con esquemas completos de este biológico alcanzaran un cumplimiento, global y por estado, de casi el 100%.

Al realizar el recuento global del programa de inmunizaciones en los estados del PASSPA, se puede concluir que se ha modificado objetivamente las condiciones de riesgo de enfermar por causas infecciosas en los menores de cinco años. Una aproximación a la

magnitud de este impacto puede ilustrarse de la manera siguiente: si consideramos que la cobertura completa con DPT —en la medida en que su administración resulta la de mayor complejidad operativa— es un trazador adecuado para comparar el comportamiento del resto de productos biológicos inmunizantes, es posible afirmar que el impacto del programa de vacunación en los estados PASSPA, entre 1990 y 1995, significó la protección integral contra sarampión, tos ferina, difteria, tétanos, tuberculosis y poliomielitis de cerca de 925 mil niños más que los que se encontraban en riesgo al iniciar el programa.

A la luz de estos resultados, es evidente que el importante incremento en las coberturas de vacunación no se debe a la intervención exclusiva del PASSPA, sin embargo se puede hablar de que el Programa se convirtió en un facilitador para el desarrollo de un programa vertical perfectamente diseñado. De hecho, la contribución específica del PASSPA a este logro radica en tres grandes intervenciones: a) el aporte de un volumen considerable de recursos humanos para el desarrollo de este tipo de actividades; b) la creación y fortalecimiento de la infraestructura física y el apoyo en recursos materiales e insumos, y c) la mejoría integral de los procesos administrativos en los servicios de salud que directa e indirectamente intervienen en el desarrollo del programa de inmunizaciones.

Morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles

De 1990 a la fecha, el país en lo general y los estados participantes en lo particular, han reducido significativamente sus índices de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles. Entre los avances más trascendentales se encuentra la erradicación de la poliomielitis y la nula morbilidad por difteria. De hecho, la certificación de la erradicación de la poliomielitis, concedida a México por la OMS en abril de 1995, da cuenta de los esfuerzos realizados por mejorar los niveles de salud de la población menor de cinco años.

De igual forma, la elevada incidencia de sarampión que, como consecuencia de la epidemia registrada en 1989-1990, se observó entre los menores de cinco años al inicio del PASSPA —con cerca de 28 mil casos en todo el país—, disminuyó significativamente a lo largo del periodo de ejecución del programa. En 1995 sólo se detectaron 15 casos en todo el país, de los cuales ninguno se presentó en los estados seleccionados. Un fenómeno similar ocurrió con la tos ferina, cuya incidencia se encuentra prácticamente controlada en el ámbito nacional.

La eliminación del tétanos neonatal para 1994 —compromiso de nuestro país en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia—, en cambio, no ha podido cumplirse, pues a pesar del descenso sostenido en el número de casos, la tasa de mortalidad se mantiene por arriba de uno por cada 1 000 nacidos vivos, meta que la OMS definió como deseable para este decenio. Aunque la tendencia nacional es francamente descendente, el comportamiento de la enfermedad en los estados participantes en el PASSPA se ha mantenido prácticamente idéntica desde 1991.

Mortalidad infantil y preescolar

Desde la segunda mitad de este siglo se ha observado un descenso continuo de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el país. De una tasa de 74 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos registrados en 1960 se llegó a 18 en 1993, lo que significó una reducción porcentual de 76% en ese periodo. Esta tendencia al descenso es más notoria en el periodo 1990-1993, con una reducción porcentual en el ámbito nacional de 27%.

Estado	1990		1993		Reducción %
	Tasa registrada ¹	Tasa estimada ²	Tasa registrada ¹	Tasa estimada ²	
Chiapas	16.9	48.1	13.4	38.8	19.3
Guerrero	7.9	47.6	4.8	28.9	39.2
Hidalgo	22.4	37.5	18.6	31.1	17.0
Oaxaca	23.5	41.8	18.4	32.7	21.7
Nacional	23.9	34.7	17.5	25.4	26.8

* Tasa por 1 000 NVR

1 INEGI / DGEIE, SSA

2 Tasa estimada según método de Brass, DGEI, SSA

Fuente: Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, SSA

No obstante, conocido el subregistro de las defunciones infantiles sobre todo en las áreas rurales, en este ejercicio se utilizaron las proyecciones hechas con el método de W. Brass, que nos hablan de un subregistro de entre 21 y 48% para los estados PASSPA. En los cuatro estados del programa, como se muestra en el cuadro 42, tanto la TMI estimada, por el método antes citado, en 1990 como la reportada en 1993 excedieron la tasa promedio nacional.

La reducción porcentual de la mortalidad infantil en los estados PASSPA entre 1990 y 1993 osciló entre 17 y 39%. El cambio más notable en el periodo correspondió al estado de Guerrero, que redujo su mortalidad infantil en 39%. El peso relativo de la mortalidad infantil en la mortalidad general también ha disminuido. En 1990 la mortalidad infantil explicaba el 15.5% de la mortalidad general, cifra que disminuyó a 12% en 1993.

Aunque las causas infecciosas y las deficiencias de la nutrición siguen dentro de las primeras 10 causas de muerte en esta población, las afecciones originadas en el periodo perinatal y las anomalías congénitas ocupan los dos primeros lugares de la lista. Este fenómeno indica una sustitución gradual de la patología infecciosa por la no-infecciosa.

Cuadro 43	Tasa de mortalidad preescolar*		
	PASSPA 1990-1993		
Entidad	1990	1993	Variación %**
Nacional	2.36	1.35	-42.8
Chiapas	5.29	3.06	-42.2
Guerrero	1.90	1.49	-21.6
Hidalgo	2.31	1.61	-30.3
Oaxaca	5.84	3.51	-39.9

* Tasa por 1 000 habitantes de 1 a 4 años

** Respecto a la tasa de 1990

Fuente: Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000, Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, SSA

todo Chiapas y Oaxaca aún presentan tasas de mortalidad preescolar superiores a la tasa promedio nacional (cuadro 43).

Muchos factores pueden explicar el descenso de la mortalidad infantil y preescolar, desde las intervenciones de salud hasta las acciones sobre el ambiente socioeconómico, cuyo fin primario no es producir salud pero indudablemente influyen en ella (como son el saneamiento básico, el mejoramiento de la vivienda, la disponibilidad de agua potable y la educación de los padres, entre otros). El efecto del PASSPA en esta reducción se puede encontrar en el apoyo y fortalecimiento que brindó a los programas prioritarios y al aumento de la cobertura de los servicios.

Atención al menor de cinco años

Este programa incluyó metas de consulta para niños menores de un año y de 1 a 4 años. Con relación a las metas de consulta en menores de un año, los estados se comprometieron a otorgar 3'147,572 consultas y su cumplimiento global fue de 64%. El estado que presentó un menor cumplimiento fue Hidalgo, con 54%, mientras que Oaxaca rebasó la meta en un 13%.

El indicador propuesto en la Evaluación de Medio Camino para este rubro fue el de consultas otorgadas a niños sanos menores de un año en relación con el total de consultas otorgadas al mismo grupo de edad. Los resultados muestran que la proporción de estas consultas aumentó del 23 al 26% durante el periodo de estudio. El estado de Hidalgo mostró el aumento más significativo. Sin embargo, este aumento quedó muy distante del valor estándar (80%). Lo contrario ocurrió con el indicador en niños de 1 a 4 años, el cual observó un decremento respecto de la proporción alcanzada en 1990.

Por otra parte, y a pesar de que el PASSPA consideraba de manera explícita el fortalecimiento de la nutrición infantil, la única experiencia que en este terreno se desarrolló durante el periodo de ejecución del programa fue la realizada por Hidalgo (Alimentación Familiar y Nutrición) en 82 localidades de 15 municipios de muy alta marginalidad. Este programa benefició a 3 803 familias en un solo año (1994), suministrando 91 272 paquetes alimentarios.

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad preescolar muestra un continuo descenso en los últimos años. En el periodo 1990-1993 a nivel nacional se presentó una reducción porcentual del 43%. Los estados PASSPA, en el mismo periodo, muestran reducciones porcentuales importantes, que van de 22% en Guerrero a 42% en Chiapas. A pesar de estas reducciones, todas las entidades objeto de intervención, pero sobre

Salud materna y de las mujeres en edad fértil

• *Mortalidad materna*

Un aspecto que reviste la mayor importancia social en cualquier lugar del mundo es la mortalidad materna. El avance tecnológico alcanzado y el volumen de servicios de atención preventiva y curativa disponibles —a los que las mujeres podrían acceder si aquéllos estuviesen más racionalmente distribuidos— hace inaceptables estos eventos.

Entidad	Tasa de mortalidad materna*		
	1990	1993	Diferencia %
Chiapas	4.8	5.3	10.4
Guerrero	6.3	5.1	-19.0
Hidalgo	6.5	5.0	-23.1
Oaxaca	12.0	9.4	-21.7
PASSPA	6.9	5.9	-14.5
Nacional	5.4	4.5	-16.7

* Tasa por 10 000 NVR

Fuente: Sistema Estatal de Información Básica, DGEIE, SSA

En nuestro país, desde hace ya algunos años, diversos programas prioritarios se han enfocado a la prevención y disminución de la mortalidad materna. Esta es, entre otras, una de las condiciones que explican la tendencia decreciente de la mortalidad materna en México. Las cifras disponibles indican que la tasa de mortalidad materna, en el ámbito nacional, en 1990 fue de 5.4 muertes por cada 10 000 nacidos vivos registrados. En 1993 esta tasa disminuyó a 4.5, lo que representa un descenso porcentual de 16.7%.

De acuerdo con el cuadro 44, la tasa de mortalidad materna en los estados PASSPA fue, en 1990, más alta que la nacional, excepto en Chiapas. Sin embargo esta cifra nos habla de graves problemas de información que aún persisten en algunas regiones del país. Globalmente, la reducción de la mortalidad en los estados PASSPA, de acuerdo con la cifra de 1993, fue de 14.5% respecto de 1990. Este decremento porcentual fue menor que el experimentado por el país en el mismo periodo (16.7%). El cierre de esta brecha constituye un reto pendiente para el país.

• *Atención prenatal*

Como parte de las acciones planteadas para este grupo, los estados PASSPA programaron inicialmente otorgar 4'007,666 consultas prenatales en el periodo 1990-1994. El cumplimiento global fue de 36%, siendo Hidalgo la entidad que alcanzó el cumplimiento más alto, con 51%. Por otra parte, dentro de la Evaluación de Medio Camino, se utilizó como indicador el promedio de consultas otorgadas a embarazadas, arrojando resultados que no variaron de 1990 a 1994 —dos consultas en promedio— lo que significó un incumplimiento del valor estándar de cinco consultas prenatales por embarazada.

La sección de salud reproductiva de la encuesta epidemiológica obtuvo información sobre las características y la atención del último embarazo. Al respecto, se encontró que 26% de las mujeres que respondieron sobre su último embarazo no recibieron ninguna consulta

prenatal. El número de revisiones prenatales entre las mujeres que se atendieron fue adecuado tanto en Guerrero como en Chiapas (4.9 y 4.7, respectivamente), mientras que en Oaxaca fue muy inferior (3.8). El médico realiza la mayor parte de las revisiones prenatales en los cuatro estados, pero en Chiapas y Guerrero las parteras empíricas siguen teniendo un papel importante al atender entre 12 y 14% de las embarazadas. Llama la atención que, tratándose de comunidades con bajos recursos económicos, un alto porcentaje de la población (28%) use los servicios privados para la atención prenatal.

Al analizar los indicadores de calidad de la atención prenatal en los estados PASSPA, se puede afirmar que, en general, la atención brindada fue adecuada. La excepción en este rubro fue el examen vaginal, que en promedio se realizó sólo a 55% de las embarazadas. Es conveniente resaltar la elevada cobertura con vacuna antitetánica a las embarazadas, que de mantenerse o mejorarse podría contribuir sustancialmente a erradicar el tétanos neonatal.

- *Planificación familiar*

Para este rubro, el PASSPA programó 2'356,686 consultas de planificación familiar, meta que se excedió en un 52%. Por otra parte el número de usuarias activas programadas fue de 1'413,901, con un cumplimiento del 76%. Por entidad federativa, el alcance de esta meta osciló entre 51% en Chiapas y 90% en Guerrero.

Otro punto de interés son los resultados del estudio epidemiológico desarrollado, en los cuales destaca que aproximadamente 64% de las mujeres en edad fértil entrevistadas afirmaron conocer algún método anticonceptivo, sin embargo la prevalencia de uso de anticonceptivos, en los cuatro estados fue baja, con una amplitud que osciló entre 26% en Hidalgo y 42% en Guerrero. Esto puede ser explicado, en parte, por los porcentajes de mujeres que utilizaron métodos definitivos como la salpingoclasia y los mecánicos (33%), situación más frecuente en las mujeres del estado de Hidalgo (45%). Finalmente, el porcentaje de mujeres en edad fértil que afirmaron haber recibido pláticas de planificación familiar o alguna información sobre el tema en el último año, fue muy bajo (25%).

De lo anterior se desprende que es necesario fortalecer las acciones destinadas a extender el uso de los métodos de planificación familiar en las entidades participantes en el programa, considerando las ventajas que sobre la salud materna e infantil —y el crecimiento poblacional— tiene el espaciamiento intergenésico y la planificación del número de embarazos.

- *Detección y control de cáncer cérvico-uterino (CaCu) y mamario*

Durante el periodo de operación del Programa se alcanzó un 65% de cumplimiento con relación a las 1'685,192 pruebas de Papanicolaou y exámenes de mama programados. Según los resultados del estudio epidemiológico sobre este tópico, el porcentaje de mujeres en edad fértil que en alguna ocasión se realizaron la prueba de Papanicolaou fluctuó entre 22% en Chiapas y 37% en Hidalgo. Un número importante de las mujeres entrevistadas (11.3%) informó haberse realizado el último examen hace más de tres años.

Un factor, entre los muchos que entorpecen el desarrollo del programa de detección de CaCu, esta referido al tiempo excesivo en la entrega de resultados, destacando Hidalgo, donde 17% de las mujeres entrevistadas que se habían hecho dicha prueba no habían recibido resultado alguno. Por su parte, la revisión mamaria, como estrategia de detección y diagnóstico de cáncer de mama, presentó un patrón similar de baja cobertura. Menos de 25% de las mujeres en edad fértil en las comunidades donde se aplicó la encuesta se habían realizado al menos un examen físico de los senos en el último año.

Cuadro 45		Incidencia de cáncer cérvico uterino y mamario *				
		PASSPA 1990-1994				
Estado	Cérvico uterino			Mamario		
	1990	1994	Diferencia %	1990	1994	Diferencia %
Chiapas	0.56	0.78	39.29	1.06	1.17	10.38
Guerrero	4.23	3.54	-16.31	0.65	0.03	-95.38
Hidalgo	0.00	0.87	100.00	0.00	0.10	100.00
Oaxaca	10.62	1.80	-83.05	1.22	0.24	-80.33
D.F.	0.73	0.09	-87.67	0.08	0.06	-25.00
PASSPA	2.69	1.17	-56.51	0.50	0.28	-44.00
Nacional	3.59	5.56	54.87	1.74	2.90	66.67

*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Anuario Estadístico, 1990 y 1994. DGEL, SSA

Debido a que el cáncer de mama y cérvico-uterino son dos muy importantes causas de morbilidad y mortalidad en la mujer, y que los procedimientos diagnósticos —prueba de Papanicolaou y exploración física de mama— son baratos, accesibles, de fácil realización y no invasores, no se justifica en absoluto el grave rezago en la cobertura de ambos programas. De hecho, y a pesar de que en 1994 la incidencia de ambos padecimientos para los cuatro estados del PASSPA se redujo en 56.5% y 44% respectivamente, en relación con 1990 (cuadro 45), estos hallazgos deben interpretarse con cautela, considerando que el comportamiento de ambos padecimientos en el ámbito nacional tiene un sentido inverso; que los factores de riesgo no se han modificado de manera sustantiva en la zona, y que la incidencia debió aumentar en razón directa a la mejoría de la detección.

Resulta primordial, como consecuencia, el fortalecimiento de las acciones de detección y control de estos padecimientos, complementándolas con actividades de igual importancia, sobre todo con las relacionadas a aspectos de educación para la salud y con la percepción de la población en general sobre el cáncer de mama y cérvico-uterino.

V. Conclusiones

A partir de lo descrito en los anteriores apartados de ésta Evaluación, se constata que el mejoramiento institucional constituye un elemento clave para dar respuesta efectiva a las demandas de la población y a la vez permite dar cumplimiento al derecho constitucional de protección a la salud de todo individuo. Así, la implantación y desarrollo del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, financiado con recursos del crédito externo obtenido con el Banco Mundial y con aportaciones del Gobierno Federal, permitió hacer frente a los problemas de salud de aproximadamente 13 millones de habitantes, distribuidos en los estados más marginados del país (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca) y dentro del área urbana del Distrito Federal.

La Evaluación Integral al PASSPA, después de cinco años de operación, permitió valorar en forma objetiva su desarrollo y determinar el nivel de éxito que alcanzó. Para ello, a continuación, en forma de conclusiones, se hace referencia a los resultados que —a juicio de un servidor— son los más significativos y representativos de la intervención en los estados y que deben ser tomados en cuenta para comprender la importancia de implementar programas de intervención en salud, sobre todo en países como el nuestro, donde la transición demográfica y epidemiológica, el rezago en salud existente, y la situación económica, hacen necesario contar con herramientas que den respuesta efectiva y eficiente a los problemas imperantes, garantizando equidad en la repartición de los beneficios que puedan obtenerse.

A partir de esto, es satisfactorio apreciar que la operación del PASSPA en términos generales se realizó de manera adecuada, con vocación de servicio y con honestidad en el manejo de los recursos. En cada uno de los estados se desarrollaron acciones que llevaron al ajuste óptimo de los índices de cumplimiento de metas presupuestales y de operación; acciones que hicieron posible la cooperación entre entidades y autoridades centrales, y que generaron una infraestructura capaz de desarrollar procesos complejos, de forma adecuada y sistemática, traducéndose en disponibilidad de personal capacitado, con una vasta experiencia, que ejercen su actividad cotidiana en beneficio de la operación de los servicios estatales.

Un rubro de gran importancia dentro del desarrollo del Programa, fue la realización de la Evaluación de Medio Camino en 1993. Su desarrollo permitió redefinir las metas originales y dar mayor congruencia entre recursos y actividades, además hizo posible solventar la iniquidad en la distribución original de los recursos por estado, por áreas y por categorías de gasto, fortaleciendo rubros y acciones prioritarias, que de otra manera, sin este proceso, hubieran quedado sin atención y hubieran provocado incumplimientos en las metas de ejecución y presupuestales del Programa.

En términos operativos, uno de los mayores logros del PASSPA, como se señaló en el apartado de Evaluación Operativa, fue su contribución a la ampliación de la infraestructura física del primer nivel de atención y a la rehabilitación del 63% de las unidades de primer nivel ya existentes en los estados participantes. Dentro de estas actividades de obra civil, la introducción, con gran éxito, de la participación comunitaria, permitió disminuir

tiempos de entrega y costos de construcción; provocando una derrama económica para la comunidad (empleos directos e indirectos), y quizá una mayor identificación entre la población y su centro de salud. De igual forma, con apoyo del Programa, se mejoró la red de laboratorios de salud pública y las actividades del sistema de abasto.

A su vez, el Programa permitió incrementar la plantilla laboral, sobre todo la de contacto directo con el paciente, a través de la contratación de personal del área médica, paramédica y administrativa. Destaca por su importancia, para la ampliación de cobertura de servicios, la formación e incorporación de los técnicos en atención primaria a la salud (TAPS), con los cuales se enlazó a las acciones de salud con las áreas tradicionalmente desprotegidas.

Por su parte, como se documentó en la Evaluación del Desarrollo Institucional, la percepción generalizada de la población y de los funcionarios de los servicios de salud respecto a la dotación y disponibilidad de recursos humanos, fue que a partir de estas acciones las áreas favorecidas aumentaron su capacidad de gestión y de respuesta local, incrementando notable su productividad y la calidad de los servicios que se ofertan al público.

Aparejada a estas acciones de mejoramiento de la infraestructura institucional, la ampliación de cobertura de los servicios se vio modificada favorablemente. Los estados experimentaron un aumento considerable en su capacidad de oferta de servicios, lo que permitió que en términos absolutos tuvieran, al finalizar el Programa, capacidad para atender a 1'836,500 habitantes más de los que atendían en 1990, disminuyendo en un 15% la brecha entre la cobertura potencial y la población abierta de responsabilidad en los cuatro estados intervenidos —situación que se comentó en el apartado de Evaluación de Impacto del Programa—.

Dentro de este rubro, la presencia regular del TAPS representó un esfuerzo importante para ampliar la cobertura de forma equitativa en aquellas comunidades donde no es posible o conveniente construir centros de salud. Esta estrategia benefició a 1'521,000 habitantes, incremento importante, sin embargo y tal vez lo más significativo fue el hecho de que este personaje proviene y se involucra con las comunidades a las que atiende, lo que permitió su identificación, aceptación e impacto de forma más rápida.

En materia de fortalecimiento administrativo, los resultados revelaron que la implementación del PASSPA permitió a los estados —como parte del proceso de descentralización— tener una mayor autonomía financiera y administrativa, con lo cual la definición de prioridades y la toma de decisiones se desarrolló con mayor frecuencia y calidad. Esto hizo posible que las entidades alcanzaran una mayor capacidad de respuesta y participaran de una real transferencia de responsabilidades y recursos.

Otro resultado positivo del programa, se relaciona con la calidad de la atención que ofrecen los servicios, medida tanto con indicadores de proceso como a través de la percepción de los usuarios, la cual fue calificada en términos generales como buena. De hecho, algunos de estos indicadores mejoraron a los resultados de la ENSA II (medición

antropométrica en menores de cinco años, explicación del diagnóstico y tratamiento, y prescripción de medicamentos, entre otros), por lo cual prácticamente el 100% de los usuarios volvería a solicitar atención y recomendaría los servicios utilizados.

Referente al impacto del programa en las condiciones de salud de la población beneficiada, es mucho lo que puede decirse. Las coberturas de vacunación, por ejemplo, se incrementaron en todos los estados y para todos los productos biológicos. Incremento que si bien no puede atribuirse exclusivamente al PASSPA, si permite hablar de una coordinación y utilización planificada de recursos y esfuerzos hacia un mismo fin. También se puede decir que las actividades del Programa, sumadas a otras acciones, estatales y nacionales, se tradujeron en una disminución importante de la morbilidad y mortalidad secundaria a los padecimientos inmunoprevenibles.

De igual forma, el PASSPA representó un apoyo importante para la realización de acciones que normalmente efectúan los Servicios Estatales de Salud, como parte de los programas de salud prioritarios dirigidos a la población infantil, preescolar, materno-infantil y de mujeres en edad fértil. Apoyo que se brindó a través del aporte de personal, dotación de insumos y recursos —financieros, físicos, materiales y de información—, así como por el mejoramiento de los sistemas de planeación, gerencia, supervisión, abasto y capacitación. Esto se tradujo en el mejoramiento de los niveles de salud de la población beneficiada, pero que sin embargo, por la diversidad de factores que inciden en su desarrollo, continúan representando un reto importante por enfrentar.

Hasta este momento se ha dado cuenta de los principales aciertos del Programa y del impacto positivo de sus acciones; sin embargo, durante los cinco años de su operación, también se presentaron diversas limitaciones que afectaron su comportamiento y que pusieron en riesgo, en algunos casos, las expectativas que se tenían de él.

Con base en esto, uno de los principales problemas del PASSPA se presentó desde la etapa de planeación del mismo, ya que los criterios utilizados para la selección de las entidades objeto de intervención no fueron del todo explícitos, lo que dificultó, a su vez, la determinación precisa de acciones, la asignación de recursos y las tareas de evaluación y seguimiento. De hecho, la incorporación del Distrito Federal al Programa debe considerarse como una falla grave de planeación, debido a que su incorporación al Programa no se justificaba ni desde el punto de vista económico, ni desde el punto de vista de salud.

De igual forma, la falta de un diagnóstico basal inicial, limitó en gran medida el análisis del impacto de sus acciones. Situación que, como ya se comentó en el apartado de Evaluación de Impacto, no permitió contar con datos de referencia para comparar y cuantificar la modificación en las condiciones de salud de la población blanco. En este mismo sentido, no se dejó claro hasta que punto la intervención del passpa se vincularía a las acciones concurrentes de otros programas federales de salud; por lo tanto su diseño no

fue del todo específico, lo que dio como resultado que su funcionamiento se fuera modificando paulatinamente a lo largo de los cinco años.

Por otra parte, y a pesar de los indudables avances en el fortalecimiento de la infraestructura física y de las plantillas laborales, así como en la mejoría de los procesos gerenciales y administrativos de la SSA en los estados, la consolidación de estos determinantes y su aceptación por parte de los usuarios requieren de un tiempo razonable para dar frutos, tiempo que no ha sido suficiente en el caso del PASSPA, sobre todo si se considera que las acciones tuvieron un inicio tardío e irregular, y tendieron a concentrarse en los últimos dos o tres años del programa. Por ejemplo, el 55% de las obras se concluyeron entre 1994 y 1996, a pesar de que se tenía contemplado que sólo entre 1991 y 1993 se realizaría acciones de obra civil; 26.6% de las plazas se contrataron entre 1994 y 1995, y 58% de los cursos de capacitación para auxiliares de salud se impartieron después de 1994.

Con relación a los aspectos financieros del Programa —punto analizado en la Evaluación Administrativa—, se puede concluir que el principal problema que enfrentaron las autoridades en los estados, fue la inadecuada disposición de recursos financieros, esto a consecuencia de la radicación tardía del presupuesto que genera el sistema tradicional de presupuestación del Gobierno Federal Mexicano; caracterizado por ser complicado y burocrático, pero sobre todo totalmente centralizado y vertical, lo que limitó la programación, presupuestación y evaluación en el ámbito estatal y local. Sin embargo, cabe señalar que gracias a la habilidad y experiencia de las autoridades, a partir del último año de operación del Programa, se agilizó la radicación y disponibilidad de los recursos. Esto fue posible gracias a la implementación de un novedoso mecanismo de operación de recursos que involucró a un número menor de actores y que permitió que los recursos estuvieran disponibles al momento de su requerimiento en bancos regionales.

Ahora bien, además de los retrasos en la radicación, la falta de criterios para asignar los recursos, el inicio tardío del programa, las complicaciones para elaborar y tramitar las licitaciones, y el incremento en los costos influyeron de manera negativa en el ejercicio presupuestal del programa y en consecuencia en su operación. De estas desviaciones, la mala asignación y el inicio tardío del programa pueden considerarse problemas de planeación, mientras que la radicación tardía, la inexperiencia en el manejo de las licitaciones y el incremento en costos se consideran problemas de operación.

Finalmente, respecto al apartado financiero, un problema que no pudo ser superado fue la falta de aportación presupuestal de los Gobiernos Estatales para financiar el PASSPA, a pesar de que su contribución fue contemplada como una condición para la autorización del préstamo por parte del BM. En este sentido, es necesario establecer sistemas adecuados de incentivos que garanticen la aportación de los niveles de gobierno involucrados de forma consistente y responsable, con el fin de apoyar las acciones de salud y que estas reditúen en beneficios a la población.

Otro de los aspectos que influyó negativamente en el desarrollo del programa, sobre todo en los primeros tres años del mismo, se refirió a la falta de personal estatal capacitado en la elaboración de propuestas presupuestales, expedientes técnicos y otros documentos necesarios para disponer de recursos y desarrollar los procesos de licitación. Esto limitó la operación del Programa por falta de recursos, la compra de insumos y la realización de obras. De igual forma, los cambios frecuentes en la estructura directiva de los Servicios Estatales motivaron una constante redefinición de prioridades, múltiples modificaciones en la programación y, por lo tanto, retrasos en las autorizaciones (aspectos descritos en la Evaluación de Desarrollo Institucional).

Por otra parte, la disponibilidad de sistemas de información veraces y oportunos, que se ajusten a las necesidades de los diversos ámbitos de operación de los servicios, es un requisito indispensable para planear las acciones a desarrollar, analizar el avance en salud de la población y mejorar el desarrollo institucional de los servicios; sin embargo, aunque con el apoyo del PASSPA se logró automatizar parte de estos sistemas, estos siguen siendo todavía un campo con graves dificultades. De hecho, la escasez de equipo, la falta de organización de los sistemas, y la deficiente capacitación de los recursos humanos fueron aspectos que no fueron solucionados. Estas deficiencias se observaron desde la planeación del Programa, lo que ocasionó que no se dispusiera de información confiable y oportuna para elaborar el diagnóstico de la situación de salud imperante en el ámbito estatal y nacional; este es un problema que continúa presentándose, limitando el desarrollo de procesos de investigación y evaluación —inconveniente que también afectó la realización del presente trabajo— que den cuenta del avance logrado en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y del funcionamiento de los sistemas de salud.

Por lo que respecta al apoyo que el Programa brindó a las actividades sustantivas de los Servicios Estatales, podemos observar que, a pesar de los indudables avances en salud, la utilización de servicios se ha mantenido baja y estable en los estados del Programa, en comparación con las tasas de utilización reportadas por la ENSA II en otras regiones del país. En apariencia esto no obedece a problemas de acceso geográfico o a características de los procesos realizados en la consulta, sino más bien a problemas culturales, problemas de abasto de medicamentos y material de curación, disponibilidad de equipo médico básico, promoción de los servicios y, en algunas unidades, a la ausencia de personal médico y de enfermería.

Por otra parte, y a pesar de que uno de los objetivos principales del programa fue disminuir la prevalencia de la desnutrición en menores de cinco años y la malnutrición de mujeres embarazadas, en las entidades objeto de intervención no es posible documentar cambios en este rubro; en primera instancia por que no se cuenta con datos básicos y en segundo lugar, debido a que prácticamente ningún estado desarrolló programas dirigidos con este fin —a excepción de Hidalgo—, cualquier modificación detectada puede considerarse como consecuencia de factores externos al PASSPA. Por lo que respecta al cáncer de cérvix y de mama, si bien es cierto que las cifras de incidencia han disminuido, los datos de morbilidad disponibles deben interpretarse con cautela, ya que los factores de

riesgo no se han modificado de manera sustantiva en la región y las acciones preventivas no se han incrementado lo que se esperaba.

Finalmente, la medición del impacto de un programa de intervención da el fundamento para su justificación desde el punto de vista social y económico; sin embargo en el caso del PASSPA, y tomando en cuenta las consideraciones hechas en el apartado de Evaluación del Impacto, resulta necesario documentar que no es posible adjudicar al Programa cambios espectaculares en las condiciones de salud de la población blanco, ya que éstas son el resultado de diversos factores, de los cuales muchos no fueron modificados con la actuación del mismo; además para que se pueda hablar de impacto, con base en las intervenciones realizadas, es necesario se disponga de un tiempo razonable para que éstas sean conocidas y aceptadas y finalmente conformen una respuesta efectiva para las necesidades de la población.

El presente trabajo es fruto de un largo proceso de evaluación sobre el impacto que el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) tuvo en las condiciones de salud de la población beneficiada por él y en el mejoramiento estructural y organizacional de la Secretaría de Salud (SSA) en los estados seleccionados. Esperamos que este texto, donde se presenta sólo la información más representativa del proceso, *cumpla con las expectativas del lector interesado en el tema, dé cuenta de los avances y limitaciones que en materia de salud pueden presentarse con la implementación de programas de intervención semejantes, y sirva de apoyo metodológico para la realización de procesos de evaluación similares.*

Por otra parte, la evaluación al PASSPA, como un programa de intervención en salud financiado con un crédito externo, ofrece a un servidor la posibilidad de corroborar que en México se pueden mejorar las condiciones de vida de la población, sobre todo de aquella que presenta carencias y limitaciones extremas y que además, en la mayoría de los casos, es la más desprotegida o abandonada.

De esta forma, es satisfactorio observar que cuando se tiene el deseo de hacerlo, pero sobretodo se conoce la dirección hacia donde dirigir los esfuerzos se pueden lograr grandes cambios, lo que permite que la estructura administrativa de los diversos niveles involucrados, simplemente realicen las acciones que les competen bajo lineamientos de honradez, eficiencia y eficacia; pero sobre todo considerando que los beneficiarios de estas acciones son personas que viven y que lo menos que se puede hacer por ellas es garantizar sus derechos como seres humanos.

Como se pudo observar con algunos de los resultados obtenidos en esta investigación, quedan aún diversos retos por superar. Retos que se vinculan con procesos donde impera el manejo burocrático y centralizado de acciones; así como con la limitada eficacia de las autoridades de salud para que la población se involucre, acepte y participe de manera decidida en acciones que representen beneficios para ambas partes.

Bibliografía

1. Champagne F, Contrandiopoulos A, Pineault R. A conceptual framework for evaluation of health programs. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1985; 33(3):173-181
2. Donabedian A. Cándido en el país de la investigación en servicios de salud. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 29, No. 6, pp. 520-530, 1987
3. Erben R, Franzkowiak F, Wenzel E. Assessment of the Outcomes of Health Intervention. *Soc. Sci. Med.* Vol. 35, No. 4, pp 359-365, 1992
4. Favaro P, Ferris L. Increasing the relevancy and usefulness of programme evaluation: a comprehensive evaluation. *Hygie*, 1988, june; 7(2):28-32
5. Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe final*. Fundación Mexicana para la Salud, 1era edición 1994; México D.F.
6. Fundación Mexicana para la Salud. *Observatorio de la Salud, Necesidades, servicios, políticas. Economía y Salud, actualización y temas emergentes*. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1997.
7. Holzmer W. Research and evaluation: an overview. *Qual Rev Bull*, 1980 Mar; 6(3): 31-34.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI, México, Edic. 1991.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estados Unidos Mexicanos, Resumen General, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*, INEGI, México, febrero 1992.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, Resumen General*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1991
11. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF)*, Edic. 1994.
12. Mackenbach J, Gunning-Shepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?. *J Epidemiol Community Health*, 1997, Aug; 51(4): 359-364
13. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los programas de salud. Serie Salud para Todos*, No. 6. Ginebra, Suiza, 1981.
14. Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo de la salud: Normas fundamentales. Serie Salud para Todos*, No. 5. Ginebra, Suiza, 1981
15. Poder Ejecutivo Nacional, *Programa de Reforma del Sistema de Salud*. México, 1996.
16. Secretaría de Salud. *Anuario Estadístico, 1990. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F.* 1991.
17. Secretaría de Salud. *Anuario Estadístico, 1991. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F.* 1992.

18. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico, 1992. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F. 1993.
19. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico, 1993. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F. 1994.
20. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico, 1994. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F. 1995.
21. Secretaría de Salud. Bases de información para la salud, Cifras municipales. DGEIE, SSA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, México, 1994.
22. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y servicios 1990, SNS. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; SSA, México, 1991.
23. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y servicios 1991, SNS. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; SSA, México, 1992.
24. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y servicios 1992, SNS. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
25. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y servicios 1993, SNS. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; SSA, México, 1994.
26. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística, Recursos y servicios 1994, SNS. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación; SSA, México, 1995.
27. Secretaría de Salud. Compendio Histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993, Chiapas. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
28. Secretaría de Salud. Compendio Histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993, Guerrero. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
29. Secretaría de Salud. Compendio Histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993, Distrito Federal. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
30. Secretaría de Salud. Compendio Histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993, Hidalgo. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
31. Secretaría de Salud. Compendio Histórico, Estadísticas vitales, 1893-1993, Oaxaca. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación; SSA, México, 1993.
32. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II, Resultados Nacionales. Sistema Nacional de Encuestas, Dirección General de Epidemiología, SSA, 1993.
33. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales 1990, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, SSA, México D.F. 1991.
34. Secretaría de Salud. Estudios de Regionalización Operativa, Dirección General de Coordinación Sectorial, SSA, feb.1995

35. Secretaría de Salud. Evaluación del Programa de Mejoramiento de Servicios de salud, México-BID 1991, Dirección de Evaluación, DGEIE, SSA, México 1992.
36. Secretaría de Salud Evaluación Operativa, Programa Solidaridad- SSA, Global 1988 - 1993; Dirección de Evaluación, DGEIE, SSA, 1994.
37. Secretaría de Salud. Indicadores de Salud para la Evaluación del Programa Solidaridad-SSA. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo; SSA, México, 1994.
38. Secretaría de Salud. Indicadores en Salud, Resultado de los Programas Nacionales. Información en Salud, Cuadernos de Salud Núm. 2. Dirección de Evaluación; Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, SSA, México, 1994.
39. Secretaría de Salud. Informe Integral de actividades de primer nivel, Sistema Estatal de Información Básica, 1995. Dirección General de Estadística e Informática. SSA, México, 1995
40. Secretaría de Salud. La Situación de Salud en el Distrito Federal, 1990. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
41. Secretaría de Salud. La Situación de Salud en el Estado de Chiapas, 1990. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
42. Secretaría de Salud. La Situación de Salud en el Estado de Guerrero, 1990. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
43. Secretaría de Salud. La Situación de Salud en el Estado de Hidalgo, 1990. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
44. Secretaría de Salud. La Situación de Salud en el Estado de Oaxaca, 1990. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
45. Secretaría de Salud. Ley General de Salud, SSA, 1994.
46. Secretaría de Salud. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, SSA, 1985.
47. Secretaría de Salud. Mortalidad, 1989, Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1990.
48. Secretaría de Salud. Mortalidad, 1990, Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, SSA, México 1991.
49. Secretaría de Salud. Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta; SSA, noviembre 1989.
50. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia, 1995-2000. Comisión Nacional de Acción a favor de la Infancia; SSA, México, 1995.
51. Secretaría de Salud. Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias, Dirección de Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, DGCE, SSA, 1994.

52. Secretaría de Salud. Redimensionamiento de metas de ejecución 1994 - 1995, Reunión con el Banco Mundial para revisión del redimensionamiento del programa, Washington, noviembre 1993; Programa Solidaridad- SSA, Unidad Coordinadora del Programa, SSA.
53. Secretaría de Salud. Reporte de avance de estudios de investigación; Unidad Coordinadora del PASSPA nacional, Subsecretaría de Planeación, SSA, julio 1995.
54. Secretaría de Salud. Reporte de avance de Vehículos asignados por entidad; Unidad Coordinadora del PASSPA nacional, Subsecretaría de Planeación, SSA, julio 1995.
55. Secretaría de Salud. Reporte de avance del subcomponente de obra civil del PASSPA; Unidad Coordinadora del PASSPA nacional, Subsecretaría de Planeación, SSA, julio 1995.
56. Secretaría de Salud. Reporte de avance del subcomponente de recursos humanos del PASSPA; Unidad Coordinadora del PASSPA central, Subsecretaría de Planeación, SSA, julio 1995.
57. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud, Avances y Perspectivas, Cuadernos de la SSA. SSA, Número 7; México D.F. 1984.
58. Secretaría de Salud. Sistemas Locales de Salud México, Desarrollo de jurisdicciones sanitarias tipo, guías metodológicas para el desarrollo de los componentes del proyecto; SSA, OPS, México, junio 1990.
59. Secretaría de Salud. Staff Appraisal Report, Mexico, Basic Health project, SSA, BM. november 8, 1990 (versión en español)
60. Secretaría de Salud. V reunión anual de evaluación y seguimiento, Informe 1995; Unidad Coordinadora del PASSPA central, SSA, diciembre 1995.

Agradecimientos

En una primera instancia, debido a la premura por entregar este trabajo de titulación, no había considerado incluir este apartado de agradecimientos; sin embargo, reconsiderarlo mejor me permitió entender que era una necesidad imperiosa, ya que el desarrollo y conclusión de ésta tesis no solo es el producto del esfuerzo académico personal, sino la suma de todo el cariño, apoyo, comprensión y entusiasmo que he recibido a lo largo de las etapas por las que ha pasado mi vida.

Tal vez al hacerlo deje de nombrar a muchas personas que me motivaron a llevar a cabo este esfuerzos —sobre todo a mis amigos del barrio, a los que quiero mucho, especialmente a Hector y a Victor, junto con sus respectivas esposas—; sin embargo confío en que ellas sabrán entender que nos es falta de gratitud, sino un poco de mala memoria y de espacio al momento de escribir estas líneas, pero que sin embargo siempre estarán presentes en mi mente.

Inicialmente, quiero agradecer al Dr. Sergio López Moreno, que más que un tutor de tesis es para mí un maestro en el arte de hacer comprender a los demás lo que uno quiere decir. Su inteligencia, dedicación y paciencia han hecho que este trabajo me llene de orgullo, me motive a ser mejor día con día y además me haya permitido cumplir con una etapa de mi desarrollo académico y personal. Sergio, ¡sinceramente gracias!

Una etapa muy importante en mi desarrollo profesional fue haber conocido y trabajado con gente como el Dr. Octavio Gómez Dantes, Dr. Francisco Garrido Latorre, Lic. Victoria Castro, Lic. Oswaldo Urdapilleta, Lic. María Lilia Bravo y el C.P. Gumaro García, en la Dirección de Evaluación de la SSA, y cuyos conocimientos, experiencias, capacidad de trabajo en equipo, pero sobre todo por su amistad hicieron posible que la labor cotidiana se convirtiera en un proceso enriquecedor, lleno de nuevas expectativas y de satisfacciones, ¡muchas gracias a todos!

De igual forma he conocido a magníficas personas que en el ámbito personal y laboral tuvieron confianza en mí y me apoyaron para desarrollar mi trabajo de la mejor forma. Con esto hago un reconocimiento y expreso mi gratitud a la Lic. Alejandra Leviz C., al Dr. Carlos H. Alvarez L., Dr. Francisco J. Bañuelos Téllez y a la Dra. Marielena Márquez, ya que sin su apoyo mi interés por el área de la salud no hubiese sido el mismo.

Actualmente, mi deseo de superación me ha llevado a cursar la Maestría en Ciencias de la Salud y ello me ha permitido comprender que la convivencia diaria con profesionistas de distintas áreas pero con una misma vocación puede resultar más enriquecedora que seis horas diarias de asignaturas; por lo tanto quiero agradecer al Lic. en matemáticas Ignacio Osuna Ramírez (Nacho); Dra. Magda Luz Atrián (toda ternura); Med. Odontólogo Adela Ortiz (Candela); Socióloga Magali S. Cuadra (Magalios) y al Dr. Javier Valdomar (Choco) por su impulso y preocupación. ¡Gracias a todos los “mueganitos”!

Por otra parte existe gente que en mi vida ha tenido un significado especial, a las cuales además de agradecerles su dedicación, apoyo, confianza, entusiasmo y profesionalismo, quiero expresarles que tienen un lugar en mi corazón. Muchas gracias Lourdes Neri M; Leticia Vázquez y Concepción Valdez, ¡mis más grandes amigas —el orden no altera la magnitud del cariño—!

A Blanca M. Villa C., una de las personas a las que no es necesario conocer de mucho tiempo, quiero demostrarle mi agradecimiento y gratitud, por que tal vez, sin que ella lo sepa, es la persona que más ha influenciado en mí para superarme día con día, me ha enseñado, a través de nuestras pláticas, que una satisfacción y un logro valen más que mil tropiezos y sin sabores, que el fin último de cualquier persona es ser feliz y hacer feliz a quien lo rodea, a pesar de que no siempre sea fácil; pero que siempre hay que intentarlo. ¡Sinceramente gracias, muchas gracias a mi psicóloga personal!

Finalmente, el más importante de mis agradecimientos debe ser especial, ya que esta dedicado a mis padres, esposa, hijos, hermanos y suegros, los cuales representan uno de mis más preciados tesoros.

La dedicatoria a mis padres —Martin y Lourdes— es difícil de expresarla con palabras, decirles cuanto les quiero resulta poco en comparación con lo que dentro de mí se aloja; sin embargo debén saber que gran parte de mí es el fruto de su amor, dedicación, comprensión y fortaleza. “Yo sólo soy una rama de ustedes que son el gran roble”.

A Vicky, mi esposa, no tengo forma de pagar su incondicional apoyo, cariño y comprensión en este viaje de superación personal y las limitaciones que en ocasiones ha tenido que soportar, pero que a pesar de ello ha estado conmigo en esos momentos, educando y dándole amor a lo que más quiero en esta vida, mis hijos Dulce Areni, Oscar Iván y José Antonio, que son además el motor que mí impulsa a mejorar cada día.

Por todos los que he mencionado hasta este momento es que la vida tiene significado y una dirección. ¡Gracias por todo lo que significan y por lo que sin haberlo pedido me han brindado!

No puedo dejar de lado a mis hermanos Martín, Lourdes y Enrique y a mis suegros Lina y Alejandro. Ellos forman parte de mi vida y conforman una red de apoyo familiar muy importante, sus consejos, ocurrencias y alegrías me permiten sentir que pertenecemos a una gran familia. Quiero agradecerles su incondicional apoyo, pero sobre todo el respeto a mis ideales y a mis convicciones. ¡Gracias, muchas gracias!