

Universidad de Oviedo
Programa de Doctorado
“Investigación en Medicina”

TESIS DOCTORAL

**“Gestión Municipal de la Salud Pública, un
Modelo Municipal en México.”**

Felipe de Jesús Lozano Kasten

Oviedo 2012



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Gestión municipal de la salud pública, un modelo municipal en México.	Inglés: Municipal management of the public health, a municipal model in Mexico.
2.- Autor	
Nombre: Felipe de Jesús Lozano Kasten	
Programa de Doctorado: Investigación en Medicina	
Órgano responsable: Departamento de Medicina	

RESUMEN (en español)

En este proyecto de investigación al que hemos llamado; Gestión Municipal de la Salud Pública, un Modelo Municipal, el argumento central es: La producción de conocimiento de salud pública en el contexto aplicación, es relevante, dado que puede ser útil bajo una continua negociación de significados. El generar conocimiento socialmente distribuido permite una integración estrecha entre la salud de la población, la economía y la sociedad que reside en un municipio.

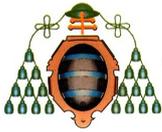
Para responder a los anterior se planteo la pregunta; *¿es posible generar un modelo de desarrollo de la salud pública sustentada en un sistema de información local, que cual ponga a disposición de las autoridades locales, de la población y de los investigadores, la información necesaria para tomar las decisiones, que permitan mejorar la salud?*

La hipótesis a despejar en la propuesta fue: Sí se produce conocimiento en Salud Pública en el contexto de aplicación y consideramos tal conocimiento como un bien social, es una oportunidad para generar prácticas en salud de la sociedad y disminuir las prácticas negativas. Para responder, se plantearon, una serie de objetivos:

- Diseñar y desarrollar una propuesta metodológica, que facilitara integrar conocimientos y gestión de estos en; de tomadores de decisiones locales, y de ciudadanos en el campo de la gestión local de la salud pública. Utilizando previamente instrumentos para evaluar la salud pública en el entorno económico, social y cultural, del municipio de San Martín de Hidalgo, en el Estado de Jalisco, México.
- Integrar horizontalmente el conocimiento logrado, entre tomadores de decisiones, población y académicos.
- Desarrollar mecanismos de actuación y modulación entre los actores concernidos, que redunde en el bienestar de la salud de la población.
- Evaluar los resultados, a corto plazo (3 años).

Se desarrolló una metodología aplicable al municipio de San Martín de Hidalgo, Jalisco, México. Implicó utilizar diferentes herramientas metodológicas para construir el modelo que posibilitara sustentar la gestión de la salud pública en un municipio. Que pudieran tratarse en un proceso científico, donde la comunidad expresara lo que esperan de los científicos y de quienes toman las decisiones, y que esto a condujera a soluciones "socialmente fuertes". Implicó un diseño transdisciplinario, que proporcionara una identidad, el significado y la práctica de la salud pública en el municipio. Con una secuencia desde la investigación epidemiológica, un diseño de estudio de carácter descriptivo, prospectivo, espacial y temporal, de intervención comunitaria, y, desde la investigación transdisciplinaria, un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario. Por lo tanto se requirió favorecer una nueva generación de conocimientos dentro de la sociedad que vive en el municipio.

Los resultados se presentan en tres apartados; la evaluación de las FESP antes de la intervención (2007); la intervención para mejorar el desempeño de las FESP y los resultados



obtenidos de dicha intervención (2009).

Al final del trabajo realizado podemos extraer las siguientes conclusiones:

El diagnóstico de salud realizado en los núcleos de población muestran una comunidad en la que siguen estando presentes muchos problemas de salud propios de una sociedad no desarrollada pero en la que ya están fuertemente asentados problemas propios de las sociedades más desarrolladas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, adicción a drogas, etc.). Se está produciendo una clara transición epidemiológica.

El estudio ha puesto de manifiesto que no puede hablarse con propiedad de fuentes de información para el municipio

La creación de la Sala de Situación de Salud se ha mostrado como un instrumento válido para movilizar a los tomadores de decisiones en el municipio y a la población en torno a los asuntos relacionados con la salud.

Se ha formado una comunidad de práctica en Salud Pública.

RESUMEN (en Inglés)

In this project of investigation to which we have called; Municipal management of the public health, a municipal model in Mexico, the central argument is: The production of knowledge of public health in the context application, is relevant, provided that it can be useful under a continuous negotiation of meanings. To generate socially distributed knowledge allows a narrow integration between the health of the population, the economy and the company that resides in a municipality.

To answer to them previous I raise the question; *Is it possible to generate a model of development of the public health sustained in a local information system, that which puts at the disposal of the local authorities, of the population and of the investigators, the necessary information to take the decisions, which allow to improve the health?*

The hypothesis to clearing in the offer was: If it produced knowledges takes place in Public Health in the context of application and we consider such a knowledge as a social good, it is an opportunity to generate practices in health of the company and to diminish the negative practices.

To answer, they appeared, a series of aims:

- To design and to develop a methodological offer, which it was facilitating to integrate knowledge and management of these in; of drawees of local decisions, and of citizens in the field of the local management of the public health. Using before instruments to evaluate the public health in the economic, social and cultural environment, of the municipality of San Martin de Hidalgo, in the State of Jalisco, Mexico.
- Population and academicians are Integrated horizontally the successful knowledge, between drawees of decisions.
- To develop mechanisms of action and modulation between the concerned actors, that it redounds to the well-being of the health of the population.
- To evaluate the results, in the short term (3 years).

There developed a methodology applicable to the municipality of San Martin de Hidalgo, Jalisco, Mexico. It implied using different methodological tools to construct the model who was making possible to sustain the management of the public health in a municipality. That could treat in a scientific process, where the community was expressing for what they expect from the scientists and from those who take the decisions, and that this to was leading to " socially strong " solutions. A design implied transdisciplinary, that was providing an identity, the meaning and the practice of the public health in the municipality. With a sequence from the epidemiological



investigation, a design of study of descriptive, market, spatial and temporary character, of community intervention, and, from the investigation transdisciplinary, a multidisciplinary approach and transdisciplinary. Therefore it was needed a new generation of knowledge favored inside the company that lives in the municipality.

The results appear in three paragraphs; the evaluation of the FESP before the intervention (2007); the intervention to improve the performance of the FESP and the results obtained of the above mentioned intervention (2009).

At the end of the realized work we can extract the following conclusions:

The diagnosis of health realized in the cores of population they show a community in which there continue being present many own problems of health of a not developed company but in which already strongly based own problems of the companies are most developed (cancer, cardiovascular diseases, addiction to drugs, etc.). A clear epidemiological transition is taking place.

The study has revealed that cannot speak to him with property of sources of information for the municipality.

The creation of the Room of Situation of Health has appeared as a valid instrument to mobilize the drawees of decisions in the municipality and to the population concerning the matters related to the health.

A community of practice has been formed in Public Health.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA _____ /
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN
INVESTIGACIÓN EN MEDICINA.-

INDICE

CERTIFICACIONES

RESUMEN

INDICE.....2

DEDICATORIA.....6

I.INTRODUCCIÓN.....7

1. Una visión de lo que implica la gestión local de la salud pública.....	9
2. Precisiones conceptuales.....	18
2.1 Salud y Salud Pública.....	18
2.1.1. El paradigma de la salud prevaleciente.....	18
2.1.2. La salud pública.....	21
2.2. El municipio.....	27
2.2.1. Evolución del municipio mexicano.....	27
2.2.2. Los gobiernos locales en México, un escenario paradójico.....	38
2.2.3. Un escenario de movilidad y dinamismo municipal.....	40
2.2.4. Una visión actual sobre la gestión municipal.....	42
3. Las Instituciones de Salud de México.....	43
4. La búsqueda de una Gestión Municipal de la Salud Pública.....	52
4.1. Los tomadores de decisiones y la gestión del conocimiento en la mejora de salud de los individuos.....	52

4.2. La posición de la salud pública en la agenda política municipal.....	59
4.3. El aprendizaje social de la Salud Pública.....	61
4.4. Red Social de conocimiento o Comunidad de Práctica.....	63
4.5. Participación Ciudadana en Salud.....	64
4.5.1. La participación como beneficiario.....	64
4.5.2. La participación como contribución a la promoción de la salud.....	65
4.5.3. La participación comunitaria municipal.....	65
4.5.4. Una visión más moderna de la participación en salud.....	66
5. El Municipio y la Salud Pública.....	67
5.1. La lógica de la gestión de la Salud Pública.....	67
5.2. El proceso psicosocial en el ámbito de la Salud Pública.....	69
II. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	72
6. Pregunta de Investigación.....	72
6.1. Hipótesis de trabajo.....	72
6.2. Objetivo General.....	72
6.3. Objetivos específicos.....	73
III. METODOLOGÍA	74
7. Material y método.....	74
7.1. El Municipio de San Martín de Hidalgo.....	74
7.2. Diseño del proyecto.....	75
7.2.1. Una fase diagnóstica.....	77
7.2.2. Una acción.....	77
7.2.3. Resultados.....	78
7.2.4. Una evaluación.....	78
7.3. El modelo.....	79
7.3.1. La transdisciplina.....	79
7.3.2. El enfoque transdisciplinario.....	80

7.3.3. El desafío del enfoque	81
7.4. El Instrumento.....	81
7.4.1. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública.....	81
7.4.2. Medición del desempeño	83
7.4.3. Proceso de evaluación.....	84
7.5. La estrategia.....	85
7.5.1. La comunidad de práctica.....	85
7.6. El espacio.....	86
7.6.1. La Sala de Diagnóstico Situacional en Salud (SDSS).....	86
IV. RESULTADOS	87
8. Evaluación del desempeño de las 11 FESP antes de la intervención.....	87
8.1. La FESP No.1, que evalúa el monitoreo y evaluación de la salud.....	87
8.2. La FESP No 2 que evalúa la Vigilancia en Salud Pública,.....	88
8.3. Función Esencial No. 3 Promoción de la salud.....	89
8.4. Función Esencial No. 4 Participación de los Ciudadanos en Salud.....	90
8.5. Función Esencial No. 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión.....	91
8.6. Función Esencial No. 6 Fortalecimiento de la Capacidad Municipal de Regulación y Fiscalización en Salud Pública.....	92
8.7. Función Esencial No. 7 Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios.....	93
8.8. Función Esencial No. 8 Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública.....	94
8.9. Función Esencial No. 9 Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos.....	95
8.10. Función Esencial No. 10 La Investigación en salud pública.....	96
8.11. Función esencial No. 11 Reducción impacto emergencias y desastres.....	97
9. La intervención para mejorar el desempeño de las FESP y los resultados	

obtenidos de dicha intervención.....	101
9.1. Procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud de la Población.....	101
9.2. Adicciones.....	103
9.3. Monitoreo de parasitosis intestinal de alumnos de preprimaria, primaria, secundaria y padres de familia	103
9.4. Resultados obtenidos en el sistema de vigilancia para identificar eventos y riesgos a la salud.....	103
9.5. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones.....	103
9.6. La definición local de objetivos en salud pública.....	104
9.7. Formación de recursos humanos y educación continua.....	104
9.8. Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública.....	104
10. La evaluación de la experiencia en el año 2009 a través de la evaluación de las FESP.....	105
V. DISCUSIÓN	124
VI. CONCLUSIONES	139
VII. BIBLIOGRAFÍA	141

DEDICATORIA

Es de bien nacidos ser agradecido, transmitir el agradecimiento a otros, ser inherente a lo que uno siente cuando debe dar la razón de su formación humana, académica, espiritual, y hoy lo debo reconocerlo una vez más a través de esta Tesis.

Tengo 66 años, he recorrido lo que se recorre por la vida a esta edad, por lo tanto, me es un poco más complicado hacer un reconocimiento de terminación de una tesis de Doctorado solamente.

He terminado la tesis académicamente por dos personas; el Dr. Antonio Cueto Espinar (Q.E.P.D) y el Dr. Radhamés Hernández Mejía. Sin la amistad, sus consejos, sabiduría y los valores que aprendí de ellos, no estuviera escribiendo este reconocimiento hoy.

Más sin embargo no llegue solo a este punto, existió el tiempo y la comprensión de la persona con quién comparto mi vida desde hace 40 años, Graciela mi esposa.

Mi universidad, me permitió desde estudiante de medicina comprender a través de profesores como Roberto Mendiola Horta (Q.E.P.D), Efraín Flores Salinas, que la honradez y el compromiso con la sociedad, son el eje del desarrollo y la paz de los pueblos, algo que en este momento México necesita.

Finalmente agradecer a la población, a las amas de casa, a los tomadores de decisiones de San Martín de Hidalgo, a los alumnos de la Universidad de Guadalajara, el haber creído que este proyecto era posible.

I INTRODUCCIÓN

En México, desde hace poco más de 70 años existe la visión progresista del desarrollo humano inherente al proceso de urbanización-industrialización adquirido del siglo XIX, en el cual el país es una reserva inagotable de todo tipo de recursos (humanos, materiales, agua, etc.) donde la producción está asociada a la sobre explotación de los recursos, inclusive el hombre. Este modelo de desarrollo industrial aún prevalece, y ha generado una apropiación de la riqueza desigual, no distributiva. En él la salud se asocia a mantener la producción irrestricta, y se brinda atención a los que producen.

Se transita a su vez entre otros modelos como el de desarrollo económico humano, que pretende potenciar las opciones reales de la gente al establecer el nexo político entre crecimiento económico y desarrollo humano. Donde la tecnología es la potenciación de conocimiento básico general, y la salud se asocia a tener una vida saludable, con buena alimentación vs desnutrición y tener capacidad de procreación, mortalidad materna e infantil baja, Sen A. (1990)

Por otro lado coexisten, los que consideran que el mundo es una reserva en equilibrio e inestable de recursos, sus necesidades son virtuosas, sus propuestas no están ligadas a políticas del mundo o del país. Viven con un trasfondo teológico, religioso o místico. No cuentan para nada, porque no tienen competencia en el mercado, no existen en el mercado y generalmente los excluidos del mercado están abocados a ser marginados del desarrollo y tienden a desaparecer. Son los indígenas, y estos, son millones. En ellos la salud se encuentra asociada a mantener poco para todos, con un nivel mínimo y controlado de las necesidades.

Se aviene con las anteriores una visión más, aquella que está centrada en el territorio, en el desarrollo local. Donde la producción y la interacción se generan en la cultura local, en las instituciones, y economías de escala, entre múltiples redes territoriales de producción donde la tecnología se considera el capital social para competir, y la riqueza está en el propio territorio, en la región, en el municipio, y en sistemas locales en red. La salud en este modelo se considera esencial, y a conservar, a través de la acción colectiva del estado y la sociedad civil. Lo que implica asumir una estrategia que incluya como a un actor fundamental; al gobierno local, al municipio.

Enlazado a las anteriores visiones, nuestras instituciones, tanto académicas como del sector salud, en la medida que abordan explícitamente cuestiones relacionadas con el aprendizaje, se basan principalmente en el supuesto de que aprender es un proceso individual, que tiene un principio y un final, que es mejor separarlo de nuestras actividades restantes, y que es el resultado de la enseñanza. De ahí que organicemos aulas donde los estudiantes de la salud pública -libres de distracciones de su participación en el mundo exterior- puedan prestar atención a un profesor, o centrarse en unos ejercicios. Diseñamos programas asistidos por computadora u ordenador que conducen a los estudiantes por sesiones individualizadas que abarcan grandes cantidades de información y de ejercicios prácticos. Para evaluar el aprendizaje empleamos pruebas a las que ellos se enfrentan en un combate individual, donde el conocimiento se debe demostrar fuera del contexto de aplicación, se considera que interactuar con los que les puede ser útil tal conocimiento, es de escaso valor curricular. El resultado es que gran parte de la enseñanza e investigación institucionalizada en salud pública es percibida por la población y por los tomadores de decisiones como irrelevante por alejada de sus intereses.

Dicho esto. ¿Qué ocurriría si adoptáramos una perspectiva diferente que colocara el aprendizaje y la investigación de la salud pública en el contexto de nuestra propia participación en el mundo? ¿Qué ocurriría si supusiéramos que el aprendizaje y la investigación en salud pública es una parte de nuestra naturaleza humana, igual que comer o dormir, que es sustentador de la salud, de la vida, y que si se nos da la oportunidad somos bastante buenos en ello? ¿Qué ocurriría si, además, supusiéramos que el aprendizaje y la investigación en salud pública es un fenómeno fundamentalmente social como seres humanos capaces de conocer? ¿Qué tipo de comprensión acerca de cómo se produce el aprendizaje y la investigación de la salud pública produciría una perspectiva como ésta y que haría falta para apoyarla?, en este proyecto de investigación al que hemos llamado; Gestión Municipal de la Salud Pública, un Modelo Municipal en México intentamos desarrollar esta clase de perspectiva.

1. Una visión de lo que implica la gestión local de la salud pública

El proyecto plantea una visión sobre la gestión municipal de la salud pública, y la posibilidad de cómo mejorar la salud de la población que vive en un municipio. Se involucran en esta visión quienes toman las decisiones de la política pública local, así como de los que aportan conocimiento para la comprensión e inteligencia de los fenómenos y las variables de salud, también existen, y por lo tanto se involucran los valores y creencias de la población.

Sin la construcción de una visión no sería posible motivar a los involucrados en esta idea. La realidad es la que confronta, la que marca la exigencia, la premura con la necesidad de modificar esquemas mentales, de cambiar paradigmas y de construir una visión de futuro, lo que implica cambiar de discurso, de imagen y de proyecto, principalmente de los investigadores en salud involucrados. A partir de esta idea, de este concepto inicial, el cual aporta

|

a causa; *mejorar la salud de la población desde la gestión local o municipal*, se requiere construir reglas, acuerdos, proyectos, métodos, y marcos de referencia de una visión sobre la salud pública y la gestión local.

El gestionar salud implica un marco racional, en el cuál se deben vincular el conocimiento de las necesidades o demandas de la población, los recursos existentes, los usos de estos, tanto tangibles (financieros, humanos, materiales) como intangibles (valores implícitos y el conocimiento necesario para actuar). Implica el tomar decisiones que asignen los recursos a las necesidades o demandas, y que estas decisiones generen la posibilidad de satisfacción de tales necesidades y por ende equidad. Finalmente implica la responsabilidad social de que quien asigne los recursos, sea responsable de los resultados obtenidos de tal aplicación.

Actualmente en el tema de las políticas públicas en salud, visualizamos que los países desarrollados están buscando más y mejores formas de proteger la salud y el bienestar de sus ciudadanos. Están creando políticas públicas que les permitan mejorar la equidad, la accesibilidad y la disminución de gasto en salud en el sentido correctivo, su apuesta es por conservar a la gente sana, en sus hogares con su familia. Están desarrollando modelos que junto al sector de la salud, en la manera de lo posible coadyuven en la cobertura, en la insuficiencia de los recursos, cimentado en una relación de cooperación.

En el mundo en desarrollo visualizamos aún una brecha de alta marginación y vulnerabilidad, de bajos ingresos y escolaridad, que hace indispensable pensar que la gestión local de la salud pública tiene una considerable aportación a los ciudadanos y a la salud de estos. Por tanto existe la posibilidad de establecer

límites que van más allá de la preocupación de agendas foráneas en salud, que frecuentemente no facilitan el emprender acciones concretas a los

ciudadanos y sus gobiernos locales. Implicarse activamente en la gestión de la salud, en el conocimiento de esta, y en el desarrollo de capacidades básicas, hace necesario que se establezcan puentes que permitan a los individuos vincular las oportunidades de desarrollo económico con su salud.

Por lo anterior, se facilita estudiar otras formas de gestión de la salud, de integrar otras esferas como son los tomadores de decisiones locales, científicos de las universidades regionales y los ciudadanos. Posibilitar la integración del conocimiento y la experiencia, las prácticas y las necesidades locales, planteando con ello facilitar el desarrollo de redes y nuevos roles, que a su vez accedan a los distintos proveedores de servicios de salud, a las instituciones académicas, y a las diferentes jurisdicciones institucionales a trabajar en ambientes que puedan beneficiar más a los ciudadanos, y con ello acrecentar:

- Desarrollo de los valores locales.
- Empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades institucionales e individuales.
- Generación de conocimiento útil a la población local.
- Evidenciar los determinantes políticos, de convivencia, las leyes y reglamentos locales, así como principios y valores involucrados en el buen gobierno municipal.
- Análisis de la información de manera completa de modo que las estrategias locales en salud pueden estar mucho más focalizadas.
- La mejora de los procesos de gestión de los servicios de salud pública,

Por lo antepuesto, las prácticas en salud tienen determinantes que involucran lo político, lo económico y lo social, determinantes que en los involucrados generan diferentes niveles de percepción y conocimiento. El gestionar la salud desde lo local, requiere entre los involucrados, de un entendimiento entre niveles de conocimientos y de percepción, entre instituciones e individuos que facilite el tener acuerdos que a su vez puedan proporcionar la capacidad de: monitoreo, evaluación y análisis de salud de la población; resolver riesgos; vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; promoción de la salud; participación ciudadana; desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; fortalecimiento de la capacidad regional de regulación y fiscalización en salud pública; evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; de recursos humanos y capacitación en salud pública; evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales disponibles en el municipio; garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones en salud pública; reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Gestión local de la salud necesariamente obliga establecer objetivos con claridad, que permita aproximar al ciudadano a la posibilidad de gozar de mejores servicios de salud, no significando la prestación de servicios adicionales, sino la cooperación entre iguales para el desarrollo de la salud por la misma población, e implicará también:

- Fomentar la relación directa entre el desarrollo local y la salud.
- Manejar escenarios complejos.

- Transdisciplinariedad, la integración de diferentes habilidades y la construcción de marcos de conocimiento que se valen y van más allá de los campos disciplinarios.
- Principios universales.
- Tolerancia a la incertidumbre, a la frustración.
- La identificación clara y la cooperación entre los ciudadanos.
- El refinamiento de las estrategias en salud.
- La producción del conocimiento en un contexto de aplicación.
- Flexibilidad para generar nuevos conocimientos.
- Conocimientos que intenten ser útil a alguien, sea el gobierno local, a instituciones o a ciudadanos.
- Heterogeneidad; habilidades y experiencias que la gente brinda.
- Responsabilidad social.
- Capacidad de elevar los indicadores de desempeño institucionales en salud pública y de satisfacción de los usuarios del sector salud.
- Logro de metas más amplias a través de la integración municipal.
- Patrones de financiamiento diverso.
- Control local de la calidad de los servicios.

Es una tarea compleja, y aún más cuando se agregan los políticos locales y sus decisiones, cuando estos se preguntan qué incentivos o retornos políticos les dará involucrarse en la salud de la población. Por lo tanto la pregunta a despejar es, que les puede motivar hacerlo, principalmente cuando se preguntan qué destrezas y aprendizajes requieren para hacer esta posibilidad.

Las capacidades de los tomadores de decisiones son disparidades ya que frecuentemente se encuentran en función de sus condiciones locales de autonomía, socioeconómicas, de producción y de sus vínculos regionales y nacionales, así como de acceso a la información y el conocimiento. La construcción de capacidades para la gestión local en salud pública en este grupo son esenciales y posiblemente el mayor de los retos en un proyecto como este.

Es así, que la gestión de la salud pública municipal se constituye en una gran oportunidad para la construcción de capacidades locales, no solamente de la salud, sino del desarrollo humano. Es la posibilidad de construir una “vía” en términos de la experiencia individual, y las capacidades de instituciones del sector de la salud y de los propios centros universitarios formadores de recursos en salud, donde la educación tradicional en la universidad ha tenido desde hace mucho años, métodos unidisciplinarios, así como investigación centrada en necesidades de los investigadores, ineficientes al momento de enfrentar una situación compleja como es la salud a nivel local, donde el medio ambiente, los estilos de vida inciden, y particularmente en municipios donde la pobreza es histórica. Se necesitan o requieren capacidades transversales que reflejen en el entorno de la salud pública, de investigadores comprometidos con generar conocimiento desde una visión multidisciplinaria de la salud.

Gestionar la salud siempre requiere de conocimientos, y en ello afloran las diversas tendencias y oportunidades de los académicos o investigadores para aportar conocimientos al desarrollo local, Entre estas tendencias diversos autores han discutido en los últimos años las fuertes transformaciones que la producción del conocimiento experimentó hacia fines del siglo XX, Cozzens S.E. et al (1990), Ziman J. (2000). Se discute el cambio de la ciencia académica a la ciencia posacadémica, donde no solo se afecta qué

conocimiento es producido, sino también como se produce, el contexto donde se genera, la formas en que se organiza, el sistema de recompensas que utiliza y los mecanismos que controlan la calidad de lo que se produce, Gibbons M. et al (1994).

El involucrarse en la salud desde lo local puede modificar lo que ha prevalecido hasta tiempos muy recientes en las universidades, donde la investigación unidisciplinaria, se encuentra ampliamente institucionalizada; en la cual la generación del conocimiento se concibe bajo un concepto lineal. En este patrón cualquier conocimiento es validado solamente por una comunidad de especialistas claramente definida, que trabaja sobre problemas que son retos intelectuales, los cuales son suficientemente interesantes para atraer la atención de otros especialistas, así como de un amplio conjunto de organismos financieros. De tal manera que estas comunidades académicas esperan que sus teorías se vuelvan marcos de referencia y los cuales frecuentemente se asocian a las ideas económicas prevalecientes.

Al gestionar la salud desde lo local, la producción del conocimiento permite adoptar otras particularidades, la primera es que el conocimiento debe producirse en el contexto de lo local, en el contexto de aplicación. En ese sentido la generación del conocimiento no se deberá organizar alrededor de una aplicación en particular, ni con las normas cognitivas y sociales que gobiernan la investigación básica y la ciencia académica. El conocimiento deberá resultar de una más amplia gama de consideraciones, tales como; el conocimiento debe pretender ser útil a la población local, deberá producirse bajo una continua negociación y no será producido a menos y hasta que los intereses de los actores locales estén incluidos. Se deberá difundir a través de la sociedad, ésta es la razón por la cual Gibbons M. et al (1994), afirma que se trata de conocimiento socialmente distribuido.

Por ello, la gestión de la salud en el municipio implica la integración de diferentes habilidades y la construcción de marcos de conocimiento que se valen y van más allá de los campos disciplinarios, el cual seguramente estará más allá de una sola disciplina, y es por ello que será multidisciplinario o transdisciplinario. Por lo tanto, la composición de los equipos de investigación deberá cambiar a través del tiempo a medida que los requerimientos evolucionan. En este sentido no podrá existir coordinación por un organismo municipal de tipo central, sino que se caracterizará por el incremento potencial de sitios en donde el conocimiento podrá ser generado. Otra característica será la heterogeneidad; esto es, las habilidades y experiencias que la gente brinda. La gente se reúne en equipos temporales y en redes locales, y se disuelven cuando el problema ha sido resuelto o redefinido. Por ello, la gestión de la salud desde lo local, requiere de investigadores sensibles a las necesidades de la ciencia y de la sociedad. Para lograr una interacción más estrecha entre la economía y la sociedad.

Por otro lado, no solo los recursos intangibles son los necesarios, los recursos tangibles son inevitables en un proyecto como este, es decir los insumos o recursos indispensables, pero también reglas, método o metodología (qué tecnología) a utilizar para lograr efectivamente esta idea que tenemos en mente. Gestionarlos implica cabildeo del proyecto, alianzas, y visiones de futuro entre académicos, entre tomadores de decisiones, entre grupos organizados en el municipio y entre los referidos.

La evaluación es un proceso que no es independiente a la salud, pero si frecuentemente olvidado tanto por el sector salud como por los tomadores de decisiones, en este proyecto deberá ser un proceso inherente a la gestión,

dado que no se puede gestionar proceso alguno si antes no somos responsables de sus resultados o de su evaluación.

El diseño de evaluaciones imparciales, concretas, centradas en el ser humano, en los ciudadanos, deberá generar la evidencia del proceso de adopción de la gestión local de la salud. Deben dar una guía en cuanto a lo que es necesario y urgente cambiar y sobre todo proveer de la información necesaria para enriquecer el modelo constantemente. La evaluación y la investigación de ello, se puede valer de centros universitarios regionales o estatales de generación del conocimiento y de intercambios académicos para la cooperación entre los involucrados, sobre todo para el aprendizaje de lecciones que otros han superaron.

Existen bastantes puntos críticos al tratar de modificar el paradigma de la gestión local de la salud, sensibles todos ellos si no son bien estudiados. Pueden provocar un daño al sistema de gobierno municipal o al mismo sector de la salud, y en el mediano y corto plazo a la población. Se involucran intereses que requieren de contextos políticos favorables y relevancia para actores estratégicos para darle la sustentabilidad y marco institucional. Son determinantes de viabilidad del modelo de gestión que se proponga.

Este proyecto de gestión municipal de la salud pública, es de riesgo alto, y más cuando se plantea desde la academia y no como tradicionalmente se realiza, desde el contexto político burocrático-institucional del propio Sector Salud. Grandes retos existen para el desarrollo de un modelo como el que se planteará más adelante, explorar la capacidad o posibilidad de lograr un avance en este terreno es la clase de perspectiva que se intenta desarrollar en esta propuesta.

2. Precisiones conceptuales

En virtud de la diversidad de connotaciones y términos que se otorgan a los conceptos relacionados con la Salud Pública y su gestión o desarrollo en el ámbito de una organización municipal, se presentan en este apartado una breve conceptualización de los mismos, con la finalidad de situarnos en una misma perspectiva de análisis y de comprensión referencial común.

2.1. Salud y Salud Pública

2.1.1. El paradigma de salud prevaleciente

En el cartabón de los paradigmas donde se desarrolla "*la ciencia normal*", se pueden observar escuelas con planteamientos diferentes sobre un mismo tema científico. Frecuentemente estas escuelas no logran aglutinar suficientes adeptos, ni formular con claridad las reglas y las normas de la práctica científica, esto es lo que se ha llamado etapa pre-científica, que parece estar presente en todas las ciencias. La maduración de una ciencia implica que esta situación de controversias entre escuelas llegue a superarse, normalmente, por el triunfo de una de ellas sobre las demás. Esto posibilita el surgimiento de la "*ciencia normal*" y el establecimiento de un paradigma. Los paradigmas se establecen al agrupar en torno de ellos un gran número de seguidores y al ofrecer un marco teórico y metodológico referencial de la ciencia normal.

La ciencia normal consolida y reafirma el paradigma ampliando el conocimiento de los hechos que el propio paradigma define como más significativos. Los científicos en la "*ciencia normal*" se dedican a resolver estos enigmas de acuerdo con las herramientas conceptuales y metodológicas que proporciona el paradigma. La "*ciencia normal*" no pretende encontrar hechos o teorías novedosas que contradigan el paradigma, pero a pesar de ello, la propia labor

de investigación posibilita la aparición de “*anomalías*”. Las anomalías son problemas que no se adecuan a las expectativas que proyecta el paradigma. En este caso la actividad del científico se orienta a integrar ese fenómeno anómalo en el marco teórico, metodológico e instrumental del paradigma. Cuando una anomalía no logra reintegrarse al paradigma, se crea un desconcierto en la comunidad científica, que lleva a las propuestas alternativas y a la realización de investigaciones al margen de las reglas del paradigma dominante. Ejemplo de ello fue la percepción planteada durante el siglo XIII por Alfonso X “El Sabio” que no estaba de acuerdo con el paradigma religioso prevaleciente en cuanto a la concepción del mundo, pudo proclamar que si Dios lo hubiera consultado al crear el Universo, hubiera recibido un buen consejo, Kuhn T.S. (1971).

Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha intentado no sólo definir qué es la Salud, sino también entender las razones por las que ésta puede desaparecer. Dependiendo de la corriente de pensamiento en la que se encontrara, el ser humano ha entendido el concepto salud–enfermedad de formas muy diversas. Las creencias, los usos y costumbres de las sociedades tanto científica como religiosa o política han tratado de explicarse la salud y han generado un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto a la salud.

En el desarrollo de cualquier ciencia, habitualmente se cree que el primer paradigma aceptado explica muy bien la mayor parte de las observaciones y experimentos a que pueden tener acceso con facilidad todos los que practican dicha ciencia. Por consiguiente, un desarrollo ulterior exige, normalmente, la construcción de un equipo complejo, el desarrollo de un vocabulario esotérico y de habilidades, y un refinamiento de los conceptos que se parecen cada vez menos a sus prototipos usuales determinados por el sentido común Kuhn T.S. (1971).

En el año 1946, la Organización Mundial de la Salud define a la salud como “*El estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. En los años 50, este concepto revolucionó la idea de salud que se tenía hasta el momento. Ya no se definía a la salud por lo que no era, se incluía el aspecto subjetivo de bienestar y se entendía al ser humano como un ser biopsicosocial Constitución de la OMS (1991). Durante los años setenta, aparecen varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud; entre ellos destaca el modelo holístico de Laframboise, el ecológico de Austín, Werner y Travis. El esquema de Laframboise fue desarrollado por Marc Lalonde, ministro de Sanidad canadiense. Según Lalonde M.A. (1974), el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes determinantes:

- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento.)
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, lista de espera excesiva, burocratismo de la asistencia).

En los años 80, Salleras Sanmartín la define en los términos siguientes “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad” Salleras Sanmartín L. (1985) En 1990, Milton Terris, parte de la definición de la OMS, para desarrollar su

modelo que, sin embargo, añade al concepto la capacidad de funcionamiento y entiende que el adjetivo “*completo*” debería ser eliminado de la definición. Según Terris, existen distintos niveles de bienestar y de malestar, por lo que “*estado*” no hace más que negar estos grados. Por lo tanto la salud, no constituye en sí misma un estado, sino un proceso dinámico o continuo, que puede variar de muy diversas formas. Aún así, Terris, al igual que la OMS equipara bienestar a salud. Terris expresa, esos grados de bienestar y malestar en un gráfico en el que incluye aspectos subjetivos y objetivos, enmarcados en el llamado Modelo del continuo, salud enfermedad. Propuso, una nueva definición de esta disciplina que establece: “La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” Giaconi Gandolfo J. (1994).

En el año 2000 la OMS, de cara a la estrategia de “salud para todos” matiza su definición clásica proponiendo como objetivos que “los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad donde viven” Frutos García J. y Ángel Royo M. (2006).

2.1.2 La Salud Pública

En el terreno de la ciencia, la salud pública es una actividad desarrollada en el marco de una comunidad de científicos que generalmente comparten un mismo

paradigma. Los paradigmas son grandes principios teóricos que fundamentan un campo científico, que incluye conceptos, propuestas de investigación y metodologías concretas, que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

En el mismo año 2000, la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud (OPS) en el lanzamiento de una iniciativa hemisférica, conocida como “*Salud Pública en las Américas*”, dirigida a definir y a medir el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública refiere que “*la salud pública es la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos*”. Es una noción que va más allá de las intervenciones de base poblacional o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad. No se aproxima a la salud pública en cuanto disciplina académica sino en cuanto a práctica social interdisciplinaria. Salud pública no es sinónimo de responsabilidad del estado en salud, ya que el trabajo en esta área se extiende más allá de las tareas propias del estado y no comprende todo lo que el estado puede hacer en el campo de la salud, OPS (2000).

Piédrola Gil, refiere actualmente que la salud pública comprende también actividades organizadas de la comunidad en materia de restauración de la salud. Por lo tanto la salud pública se definiría como “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo a su medio social, laboral y cultural” Piédrola Gil G. (2001). La salud, por lo tanto, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). Así pues, el concepto de salud ha ido evolucionando a

lo largo del tiempo, desde el paradigma médico biológico hasta un concepto más global: el paradigma sociológico, que integra al anterior y lo supera.

Actualmente la salud pública, la podemos comprender como respuesta organizada de la sociedad frente a los problemas de salud, y ha marchado por tres fases diferenciadas en el último siglo y medio. En una primera fase, que coincide con la Revolución industrial en los países del norte de Europa, se produce una ruptura del hábitat rural y un masivo desplazamiento de las poblaciones del campo a la ciudad, en condiciones de hacinamiento y de miseria más absoluta. Esta situación produjo la proliferación de enfermedades infecciosas por falta de higiene y por las condiciones de hacinamiento y de infravivienda, que disparó las tasas de mortalidad general y de la infantil en particular. Las actividades de la salud pública se centraron entonces en las mejoras medioambientales (alcantarillado, agua potable, etc.) y de las condiciones de vida de las poblaciones, en la introducción de las inmunizaciones y de los primeros atisbos de la medicina comunitaria.

La segunda fase, que se puede situar entre el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, está condicionada por la mejora de los arsenales terapéuticos, que minimizarán los efectos de las enfermedades infecciosas. El boom de los primeros antibióticos: la primera sulfamida (1932), la penicilina (1939), la estreptomina (1943), el Cloranfenicol (1947), la primera Tetraciclina (1948), etc. aparecen entre los años treinta y los cincuenta. También es propio de esta fase el crecimiento de los dispositivos de asistencia como los hospitales y consultorios, que supuso, al mismo tiempo, un debilitamiento de los departamentos de la salud pública tradicionales y un desarrollo, frecuentemente desordenado de los servicios de atención médica, en particular

de los centros hospitalarios especializados, implicando un desplazamiento de las asignaciones económicas hacia los sectores asistenciales hospitalarios.

La última fase durante la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, pone en cuestión la pasada era terapéutica, pues los costos asistenciales, acrecentados por una demanda asistencial sin límite que la oferta nunca puede satisfacer, y a los cambios demográficos, con un marcado aumento de la población mayor de 60-65 años, desencadenan la crisis por la que pasan los sistemas de salud en la actualidad. Por tanto, la salud pública se revela como un conjunto de disciplinas que se ocupan de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, que incorpora actividades no solo médicas y abarca actuaciones en planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, información sanitaria, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo, mediante la puesta en marcha de los servicios de salud necesarios Gimeno J. et al (2006). Una propuesta alternativa al margen de las reglas del paradigma dominante.

El nuevo paradigma se nutre de nuevas disciplinas como la sociología médica, la epidemiología social, la medicina comunitaria, el aprendizaje social, etc. Esta nueva forma de concebir la salud pública, reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud enfermedad, por la de un marco de pensamiento multicausal, complejo, interdisciplinario por tanto, plantea una perspectiva diferente, que coloca el aprendizaje en un escenario para entender las condiciones y causas de la salud y la enfermedad en el contexto de nuestra propia experiencia de participación en el mundo, Obviamente este paradigma debe integrar las perspectivas biomédicas, psicosociales y ecológicas. El concepto de salud pública que se traza en este proyecto, se respalda sobre el concepto de la OPS en el año 2000, *“la salud pública es la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos”*.

Este concepto es una noción que va más allá de las intervenciones de base poblacional o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad. Se aproxima a la salud pública como práctica social interdisciplinaria. El concepto es frágil sin un elemento básico; el conocimiento como un proceso de aprender y conocer, el aprendizaje como el mecanismo básico para la participación social, donde la participación no se refiere solo a eventos en favor de la salud pública como compromiso con ciertas actividades y con determinadas personas, sino también a un proceso de mayor alcance consistente en participar de una manera activa en las prácticas en salud de las comunidades sociales, y en construir un significado, una práctica, una identidad de la salud pública en estas mismas comunidades.

El concepto de salud pública que se plantea en este proyecto llamado “Gestión Municipal de la Salud Pública” es un concepto que incorpora el aprendizaje como elemento principal, por lo tanto el concepto que se deriva de ello es; “El aprendizaje y la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los ciudadanos ”

El paradigma requiere incorporar una teoría social del aprendizaje que integre los componentes necesarios para la participación social en salud pública (SP) como un proceso de aprender y conocer los siguientes elementos:

Significado: de una manera de hablar de la SP en el plano individual y colectivo, de experimentar la SP en nuestras vidas y en el mundo que otorgue significado a la SP_ (Aprendizaje como experiencia).

Práctica: una manera de hablar de los recursos históricos y sociales, los marcos de referencia y las perspectivas compartidas de «investigadores,

tomadores de decisiones o políticos, y la población en general» que puedan sustentar el compromiso mutuo de acción en SP. (Aprendizaje como hacer).

Comunidad: una manera de hablar en las configuraciones sociales, donde la SP se define como valiosa y nuestra participación es reconocible como competencia. (Aprendizaje como filiación).

Identidad: una manera de hablar del cambio que produce el aprendizaje en SP, en quienes somos: «investigadores, tomadores de decisiones o políticos, y la población en general» y como se crean las historias personales de acción en el contexto de nuestras comunidades. (Aprendizaje como devenir).

Estos elementos están profundamente interconectados y se definen mutuamente. En este entorno, todos los que practicamos la SP; en la investigación, en el hogar, en las comunidades, en el poder político local, en las familias que se esfuerzan por establecer un estilo de vida saludable, que desarrollan sus propias prácticas, rutinas, rituales, símbolos, historias, relatos, en hacer lo necesario para mejorar la calidad de vida, el medio ambiente, su salud de forma individual y conjunta, independiente de cuál pueda ser la descripción oficial de su trabajo, creamos una práctica para hacer lo que es necesario hacer Wenger E. (2002). En fin, se trata de desarrollar una Comunidad de Práctica en SP; compuesta por un grupo de protagonistas que son:

- Científicos con el deseo de trabajar por el bienestar de la comunidad
- Una comunidad, decidida a colaborar en el proceso de su desarrollo y que use la investigación como herramienta.
- Tomadores de decisiones, que puedan dedicar tiempo, conocimientos y experiencia durante el proceso de consenso de las partes.

Lo anterior implica involucrar la realidad de cada uno como seres sociales. Este hecho, lejos de ser una verdad trivial, es un aspecto esencial en el aprendizaje; conocer es una cuestión de participar en la consecución del objeto de estudio. Lave J. & Wenger E. (1991).

2.2. El Municipio

2.2.1. Evolución del municipio mexicano

- El municipio precolombino o precolonial

El municipio hoy tal como lo concebimos, tiene una edad de más de 600 años, los antecedentes del municipio en la cultura mexicana la encontramos en los calpullis, cuyo gobierno estaba formado por el consejo de ancianos.

El calpulli era una organización social y territorial autosuficiente, las familias integrantes producían los bienes necesarios y suficientes para su subsistencia.

La organización del calpulli:

- a) *El tecuhtli*, responsable de la milicia, adiestraba a los jóvenes y dirigía las tropas en caso de guerra.
- b) *Los tequitlatos*, dirigían los trabajos comunales.
- c) *Los calpizques*, recaudaban los tributos.
- d) *Los tlacuilos*, eran los cronistas de la época.
- e) *Sacerdotes y médicos hechiceros*, estaban al cuidado del calpulli.

-La conquista de México y época colonial

La colonización en América se justificó jurídicamente a través de la institución municipal. Con la fundación del primer ayuntamiento, instalado en la Villa Rica de la Veracruz el 22 de abril de 1519, se dio el primer paso a la organización de este cuerpo político y jurídico en el Continente Americano.

En un principio se realizó la división, por medio de los señoríos ya existentes y en las extensiones territoriales donde no existía tal división, la milicia se encargaba de ello por medio de las capitulaciones reales, es decir por contratos realizados por la corona. Más tarde la división territorial se organizó en provincias, que se conformaban por pueblos, los que debían tener una cabecera llamada alcaldía mayor, siendo obligatorio establecer un cabildo o concejo municipal.

Los cabildos de indígenas o repúblicas de indios tenían diferentes funciones como:

- a.- Recaudar y entregar los tributos a los españoles.
- b.- Distribuir el trabajo para construcciones o tareas agrícolas.
- c.- Cooperar en el proceso de evangelización.

Además tenían facultad en materia penal (aprehender a los delincuentes y consignarlos).

Las funciones de los cabildos de españoles consistían en: Ejecución de justicia; los alcaldes ordinarios abocados a la administración; los regidores a las obras públicas.

El ayuntamiento era la autoridad competente para reglamentar las actividades de los trabajadores artesanales.

El municipio que se trasplanta de España recoge 3 corrientes que son: la visigótica, con el *concilium*; la romana con el régimen edilicio; y la árabe con la figura del alcalde.

Respecto a la división del territorio, los españoles tomaron como antecedente ciertas entidades precortesianas, la llamada división antigua, a las que se añadieron las conquistas militares realizadas a través de las llamadas capitulaciones reales.

Finalmente se hizo la división en provincias internas de oriente y occidente y de las 12 intendencias las cuales se crearon en 1786 mediante la ley que la constituyó como organización territorial de la administración colonial.

Durante casi todo el periodo colonial el ayuntamiento estuvo subordinado al Estado Español, a fines del siglo XVIII y principios del XIX, tomó parte activa en el proceso de emancipación política.

- Etapa de la guerra de Independencia

El marco jurídico de la nueva organización política se inicia durante el movimiento de Independencia. Son momentos cruciales en la vida del país donde surgen deseos de cambio.

- La Constitución de Cádiz

Su conformación y realización fue promovida por el sector liberal español, constituyendo una fase relevante de la evolución jurídica y política del

ayuntamiento, tratando de restaurar y transformar el régimen local, tanto en la península como en las colonias españolas. Se establece en esta constitución la organización de los municipios, consolidando la institución como instancia básica del gobierno, así como su organización territorial y poblacional.

La Constitución de Cádiz fue promulgada el 19 de marzo de 1812, en España; y el 30 de septiembre del mismo año, en la Nueva España.

Con la cual se estableció la organización de los municipios, se consolidó la institución de los mismos como instancia básica de gobierno, así como una organización territorial y poblacional, dando fin a las regidurías perpetuas, y promoviendo ese tipo de representación donde no la hubiera.

Respecto al ayuntamiento establecía:

a) El ayuntamiento se integraba por: alcalde o alcaldes, regidores, un procurador síndico, presididos por el jefe político o el prefecto donde lo hubiese, que era el representante del gobierno central en el departamento o partido.

b) Atribuciones del ayuntamiento: administrar en áreas de salubridad, orden público, instrucción primaria, beneficencia, obras públicas y cárceles municipales.

Las atribuciones de los ayuntamientos estaban limitadas, debido a la sujeción de los jefes políticos y diputados respectivamente.

En esta Constitución se creó en la Nueva España, posteriormente México, la institución de los jefes políticos, actuando éstos durante todo el siglo XIX y la primera década del siglo XX.

-Etapa postcolonial

- Plan de Iguala

Con la promulgación del Plan de Iguala el 21 de febrero de 1821 se establece la Independencia del país y su forma de organización en una monarquía constitucional la cual reconoció la existencia de los ayuntamientos dejando subsistentes las normas establecidas en la Constitución española de Cádiz.

En esta época el ayuntamiento se vio afectado por las modificaciones en las finanzas públicas, se redujeron y suprimieron algunas de las contribuciones, por ende se dio una disminución de las fuentes de ingresos.

- El México Independiente

Los ayuntamientos fueron los principales protagonistas del proceso para la conformación del Congreso constituyente del nuevo estado mexicano. Es así como se puede hablar ya de la existencia del municipio con la denominación de mexicano.

En el periodo intermedio entre el Plan de Iguala y la Constitución de 1824, sube al poder Agustín de Iturbide quien suscribió en 1822 el Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano en el que estableció que la elecciones de ayuntamientos para el siguiente año se llevaran a cabo de acuerdo con un decreto promulgado por dicho reglamento. Posteriormente nombró a un jefe

político por cada provincia, confirmando así el régimen municipal de la Constitución Gaditana.

- Constitución de 1824

El 4 de octubre de 1824 se aprobó el Acta Constitutiva de la Federación Mexicana, estableciéndose la República Federal en el artículo IV que manifestó: La Nación Mexicana adopta para su gobierno la forma de república representativa, popular y federal. Con 19 estados, 4 territorios y un Distrito Federal.

Al no hacerse referencia a la forma del gobierno local, dejó en plena libertad a los estados para organizar sus gobiernos y administraciones, regulándose los municipios por la normatividad de la Constitución de Cádiz.

- Las Siete Leyes Constitucionales

En 1836 se promulgaron las Siete Leyes Constitucionales las cuales dieron las bases de funcionamiento del nuevo régimen centralista. A través de estas leyes se dividió el territorio de la república en departamentos, éstos en distritos, a la vez organizados en partidos.

Las leyes de 1836 consagraron constitucionalmente a los ayuntamientos, disponiendo que fueran popularmente electos y los hubiera en todas las capitales de los departamentos. Puertos con más de 4,000 habitantes y pueblos con más de 8,000.

En este régimen centralista se incorporó el Distrito Federal al Departamento de México. Por Decreto del 22 de agosto de 1846 se restableció el Distrito Federal

y sus ayuntamientos, funcionando hasta el 21 de septiembre de 1853, en que Santa Ana dispuso que el Distrito Federal se convirtiera en Distrito de México.

- La Constitución de 1857

En esta constitución se precisó la organización del país en forma de república representativa democrática, federal y popular.

En el artículo 72 se menciona que se elegirá popularmente a las autoridades públicas municipales y judiciales; el artículo 31 menciona que todo mexicano debe contribuir a los gastos de la Federación, Estado o Municipio, así que estos últimos podían exigir impuestos para sus funciones y cierta independencia económica; y el artículo 36 establecía la obligación de todo ciudadano de inscribirse en el padrón de su municipio. De tal manera que los estados de la federación normaban y reglamentaban sus respectivos regímenes municipales

- Segundo Imperio

La Intervención Francesa trajo como consecuencia el establecimiento del segundo Imperio en México. Maximiliano a través de su Estatuto Provisional, designaba la soberanía en la persona del Emperador. La división política del territorio era en departamentos, divididos en distritos y a su vez en municipalidades. Dicha estructura era administrada jerárquicamente por los prefectos imperiales, un consejo de gobierno, subprefectos para los distritos; y para los ayuntamientos, alcaldes elegidos por la jefatura de los departamentos. Las contribuciones, eran designadas por el Emperador de acuerdo a propuestas de los concejos municipales y se estableció que ninguna carga ni impuesto municipal podía implantarse, sino a propuesta del concejo municipal respectivo.

El dominio imperial no alcanzó a consolidarse en todo el territorio mexicano y sólo se prolongó hasta la toma de Querétaro cuando se derrocó al régimen imperial. En julio de 1867 se restableció la sede del gobierno en la capital del país y con ello el régimen republicano.

- Período Porfirista

Durante el Porfirismo (1876-1880; 1884-1911) el municipio fue la parte más insignificante de la estructura económica y política mexicana. En este periodo se dan proyectos que sujetan la actividad de los municipios. En 1897, se publicó la Ley general de ingresos municipales, estableciéndose los siguientes puntos: rentas propias, impuestos municipales, impuestos federales, subvenciones del gobierno federal, e ingresos extraordinarios.

En 1903 la organización municipal se daba de la siguiente forma: Los prefectos eran los jefes de todos los servicios en las municipalidades y estaban subordinados al gobierno del estado.

La autonomía y libertad no ejercían en él, quienes determinaban verdaderamente las elecciones y otras actividades locales eran los jefes políticos.

- El Movimiento Social de 1910-1917

La libertad municipal fue una de las causas por las que se luchó durante el movimiento social mexicano de 1910 a 1917. Se pueden identificar los siguientes planes:

► El Plan de Partido Liberal Mexicano, el 1º de julio de 1906 se propuso consagrar la libertad municipal; en los artículos 45 y 46 del Plan se señalaba la supresión de los jefes políticos y la reorganización de los municipios que han sido suprimidos y restablecer el poder municipal.

► El Plan de San Luis, que propugnaba la división de los poderes, la soberanía de los estados, la libertad de los ayuntamientos y los derechos del ciudadano solo existen en nuestra Carta Magna.

En este mismo Plan, Madero hizo resaltar, en el punto 4 de los 11 que lo constituían, el principio de no reelección de los distintos cargos públicos, desde el Presidente de la República, gobernadores de los estados a los presidentes municipales.

► El Plan de Ayala que fue la base para que Emiliano Zapata, en 1911, dictara la Ley general sobre libertades municipales en el estado de Morelos, en esa Ley se reglamentó la autonomía política, económica y administrativa del municipio.

► Plan de Guadalupe: en las adiciones a este plan, del 12 de diciembre de 1914, se señalan medidas para el establecimiento de la libertad municipal como una institución constitucional.

- La Constitución de 1917

El Congreso Constituyente de 1916 y 1917 aborda la elaboración del artículo 115 de la Constitución, que trata de la organización de los estados y de los municipios. El 1º de mayo de 1917 se inicia la vigencia de la Constitución, ocupando el municipio un sitio muy destacado en la vida política, jurídica, económica y social de México.

En esta constitución se habla del Municipio Libre como la base de la organización política y de la administración pública de los estados, adoptando para su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo y popular, tendiendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre, conforme a las tres bases siguientes.

I.- Cada municipio será administrado por un ayuntamiento de elección popular directa y no habrá ninguna autoridad intermedia entre éste y el gobierno del estado.

II.- Los municipios administrarán libremente su hacienda, recaudarán todos los impuestos y contribuirán al gasto público del estado en la proporción y término que señale la legislatura local.

III.- Los municipios estarán investidos de personalidad jurídica para todos los efectos legales.

El municipio actual

En 1983 se dio una reforma muy importante al artículo 115 constitucional.

Los aspectos que se abordaron fueron los siguientes:

- a) Se facultó a los congresos de los estados para resolver sobre la desaparición de los ayuntamientos o de algunos de sus miembros, previa garantía de audiencia.
- b) Existencia de regidores de representación proporcional.
- c) Entrega de participación sin condiciones por los gobiernos de los estados.
- d) Cobro del impuesto predial por los ayuntamientos.
- e) Facultades a los ayuntamientos para zonificación y determinación de reservas ecológicas.

- f) Se ampliaron las facultades reglamentarias a los ayuntamientos.
- g) Normar la relación entre los ayuntamientos y sus empleados.
- h) Elaboración de presupuesto de egresos para los ayuntamientos.
- i) Determinación de los servicios públicos.

En 1989 se creó el Centro Nacional de Desarrollo Municipal con el objeto de apoyar a los gobiernos municipales en sus tareas de la administración pública y gestión de los servicios públicos, transformando el Centro Nacional de Estudios Municipales de 1983, que tenía como función principal el estudio y la aplicación de lo referente al artículo 115 constitucional. En el presente existen 2,435 municipios cuya diversidad, complejidad, características y problemática, hacen de México un país con una riqueza cultural, económica y política que lo engrandecen Secretaría de Gobernación (2008–A).

Los seis siglos transcurridos hasta el presente constituyen una historia rica de cambios, transformaciones y reformulaciones municipales. No sólo se amplió enormemente el dominio de objetos de los cuales se ocupó el conocimiento para la transformación del municipio, sino que se transformó la naturaleza del quehacer municipal. De entre los muchos factores objeto de estudio de los municipios para explicar en qué consistió los cambios que tuvieron lugar, los elementos predominantes particularmente para el análisis, se dan al considerar la ruptura dada en 1917, donde la autonomía municipal y libertad no se ejercían en él, pues quienes determinaban verdaderamente las elecciones y otras actividades locales eran los jefes políticos. Fue un punto clave para el desarrollo ulterior del municipio. Para los constitucionalistas, se habla del Municipio Libre como la base de la organización política y de la administración pública de los estados, adoptando para su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo y popular, acorde a los cambios sociales

post revolucionarios. Se creó el sistema municipal, con una estructura lógica y formal al sistema político prevaleciente. El municipio, tal como hoy lo concebimos tiene menos de 100 años, es un periodo muy breve en la historia de México Secretaría de Gobernación (2008–B).

2.2.2. Los gobiernos locales en México, un escenario paradójico

Un escenario de precariedad municipal

La realidad municipal mexicana se ha caracterizado históricamente por un alto centralismo de las decisiones y los recursos en el nivel federal de gobierno. Desde la construcción del Estado mexicano posterior a la Revolución, el nivel municipal ha sido concebido como una instancia de carácter administrativo con poca o ninguna relevancia en el acontecer político y en los proyectos de desarrollo económico y social. Todavía en la actualidad, México es uno de los países con un mayor nivel de centralismo fiscal en el contexto latinoamericano.

Esta tradición del sistema mexicano ha generado grandes rezagos en las capacidades administrativas y de gobierno del nivel municipal:

- En cuanto al marco de reglamentación interna del municipio se observa que en alrededor del 63% de los 2,435 municipios del país no se cuenta con una normatividad interna que establezca las normas básicas del funcionamiento. En casi el 80% de los municipios no se cuenta con un marco normativo de planeación y presupuestario que ordene las acciones en el tiempo ni que vincule asignación de recursos con objetivos y metas previamente establecidos. En promedio, menos de un 50% de los municipios tienen reglamentaciones sobre servicios públicos. Otro dato importante es que sólo en el 46% del total de municipios existe reglamento de obra pública municipal,

además sólo en el 22% de los municipios existe una reglamentación de zonificación y uso del suelo.

- De igual forma se observan rezagos importantes en estructuras organizativas y sistemas de administración, sólo el 55% del total de municipios llevan a cabo acciones de evaluación de proyectos y sólo el 46% tiene algún tipo de sistema de administración de recursos materiales y de inventarios. En cuanto al equipamiento un dato preocupante es que para 1995, el 60% de los municipios del país no tenía ningún equipo de cómputo. Las funciones administrativas y de registro se hacían en forma manual en la mayoría de los municipios.

- Por lo que se refiere al personal encargado de las tareas inherentes al trabajo en los municipios, éste se caracteriza, en general, por falta de profesionalización y alta rotación. Según datos derivados del censo municipal, existen cada año alrededor de 60,000 funcionarios municipales que se ven afectados por los cambios de gobierno. Por otra parte, en pequeñas muestras de municipios urbanos se observa que sólo un 5% de los funcionarios municipales han hecho una verdadera carrera en la administración municipal (dos o tres periodos de gobierno), el 60% nunca habían tenido una experiencia previa en la administración municipal y tienen una antigüedad en el puesto menor a un año. Sobre el perfil de los gobernantes municipales se observa que el 33% tiene una escolaridad primaria o menos, por su parte sólo el 40% de los funcionarios de la administración tienen una licenciatura. Un dato adicional es que el 60% de las administraciones municipales no tiene siquiera un área especializada en el manejo de recursos humanos y sólo el 20% de las administraciones municipales del país lleva a cabo actividades de capacitación y desarrollo de personal.

- Los recursos económicos con los que cuentan la mayoría de los municipios del país dificultan una mayor presencia en proyectos de desarrollo. Más del 80% de los municipios del país canalizan casi el 80% de sus recursos al pago de nómina, los márgenes para llevar a cabo proyectos de inversión para el desarrollo social son muy escasos. Esta situación tiende a cambiar la situación recientemente con los flujos de recursos de inversión para la infraestructura social (Ramo 33), aunque todavía la situación dista mucho de lo deseable.

El panorama anterior alerta sobre la fragilidad del nivel local de gobierno en México y sobre los grandes esfuerzos que es necesario emprender para el fortalecimiento municipal. Este aspecto además parecería crucial para la transición democrática del país, pues más allá de la necesidad de fortalecer la institución local de gobierno por el hecho mismo de fortalecer las instituciones gubernamentales, existe evidencia de que los gobiernos locales están jugando cada vez más un papel estratégico en el escenario nacional, tanto en la democratización de la acción pública, como en el surgimiento de nuevos modelos de gestión gubernamental, así como en nuevas prácticas de cogestión gobierno-ciudadanos Cabrero Mendoza E. (2002).

2.2.3. Un escenario de movilidad y dinamismo municipal

Es paradójico que siendo el nivel municipal de gobierno el de mayores carencias y retraso, es también el nivel de gobierno que en México ha mostrado tener mayor movilidad y capacidad innovadora. Lo curioso es que en un país como México, altamente centralizado y vertical en su sistema federal, también se observen estas tendencias.

La evidencia acerca de este proceso en nuestro país se ha acumulado. Desde hace algunos años, diversos estudios han registrado el surgimiento de

experiencias de gobierno local altamente exitosas. Los estudios llevados a cabo por Merino M. (1994), Cabrero E. (1995), Zicardi A. (1995) y Guillén T. (1996), muestran que en el espacio local mexicano se encuentran los laboratorios de un nuevo modelo de acción pública. Se trata de una dinámica que rompe claramente con las tradiciones políticas del país, debilitando los cacicazgos locales, fragmentando los núcleos de concentración del poder y abriendo nuevos espacios para la hechura de programas y políticas. Se trata de la gestación de nuevos esquemas de gobernabilidad.

En este sentido, se observan al menos cuatro tipos de estrategias innovadoras. En primer lugar aparecen experiencias municipales que basan su acción en un nuevo tipo de liderazgo, más abierto y horizontal, que promueve acciones de trabajo en equipo al interior de la administración municipal, y que promueve una cultura de la cogestión de programas y políticas conjuntamente con la ciudadanía. Un segundo tipo de estrategias innovadoras ha sido el de implantar nuevos mecanismos de interacción organizando sistemas de participación permanente de colonos, o mecanismos de supervisión y de contraloría social. En estas experiencias se ha observado también el papel que las ONG's pueden jugar en la acción local.

Otro tipo de estrategias innovadoras ha sido la aparición de nuevos esquemas de relaciones intergubernamentales, los cuales independientemente de la diversidad de colores políticos han permitido construir proyectos intermunicipales o de asociación municipio-estado o municipio-federación, que se caracterizan por haber superado la precariedad de las luchas partidistas anteponiendo la responsabilidad ante los electores y construyendo nuevas perspectivas para el desarrollo local.

Por último también se observan estrategias de innovación fundamentalmente basadas en nuevos sistemas de gestión administrativa en el ámbito municipal. En este sentido se observan experiencias de modernización altamente exitosas. Algunas más sofisticadas en municipios urbanos y otras experiencias menos sofisticadas, pero de evidente eficacia en municipios medianos y pequeños.

2.2.4. Una visión actual sobre la gestión municipal

Durante las últimas décadas muchos han sido los cambios en México, las transiciones demográfica, epidemiológica, social, económica, política, educativa, los múltiples tratados de libre comercio, las reformas estructurales realizadas y las que están en curso, así como las crisis económicas y la recesión mundial y nacional que actualmente se centran en las poblaciones más pobres, en las poblaciones que aún dependen de la agricultura tradicional, con mano de obra no calificada, así como de no acceso universal a servicios de salud, el País, el gobierno, los gobernantes, los miembros del poder legislativo, la burocracia requieren ser más eficientes. El País requiere de grandes reformas estructurales, que favorezcan el desarrollo local.

Los problemas de gestión del gobierno municipal en México derivan de una diversidad de factores que tienen que ver con la historia y la configuración institucional misma del sistema de gobierno y del sistema político, económico y social del país. Entre los problemas que se pueden mencionar como obstáculos al logro eficiente de las funciones de una gestión municipal están:

La fragilidad del marco normativo, esto se refiere a que la vida de una administración municipal transcurre en un escenario de insuficiencia y obsolescencia de las leyes y reglamentos que rigen el municipio.

La persistencia de sistemas administrativos obsoletos, en muchos de los casos altamente improvisados y casi siempre inadecuados a la amplia agenda de asuntos municipales.

La precariedad de sistemas de gestión de servicios públicos municipales, los cuales no están técnicamente actualizados y suficientemente extendidos para atender de forma adecuada -en cobertura y calidad- a la totalidad de usuarios.

La falta de profesionalización de los funcionarios municipales, los cuales generalmente llegan a la administración municipal sin una experiencia o preparación previa, sin los conocimientos técnicos necesarios, y sin el espíritu y ética de servicio público deseable.

La ausencia de sistemas de planeación municipal que den una visión de mediano y largo plazo al desarrollo urbano y ambiental de cada municipio, no existe la reelección municipal que dé continuidad al desarrollo planeado y exitoso de una administración.

La ausencia de instrumentos de gestión para incorporar una visión integral del desarrollo local que permita concebir al municipio como un agente promotor del desarrollo y parte de un proyecto regional, con actores diversos y recursos a la vez complementarios y en competencia, entre regiones del país Secretaría de Gobernación (2010).

3. Las instituciones de Salud en México

La historia, el presente, las políticas, la organización, de las Instituciones de salud de México, sus resultados en la población de México.

La creación de las instituciones de salud actual comenzó con la consolidación posrevolucionaria del Estado mexicano en la década de 1930, y reflejó la necesidad —percibida con toda amplitud— de contar con la intervención gubernamental en la política social. Lo anterior llevó a poner en manos del Estado tanto la prestación de los servicios como el financiamiento de la política de salud. Sin embargo, al contar con recursos limitados para establecer una política integral de salud, el gobierno comenzó por fortalecer el Departamento de Salubridad Pública, que había sido creado en 1917, y reunió un conjunto de organizaciones heterogéneo y poco coordinado que había sido operado de manera voluntaria, mediante instituciones religiosas y organismos de caridad. Dadas las dificultades que presentaba el entorno político y económico de esa década, el gobierno restringió sus acciones a reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica. Las políticas se dirigían en especial a mejorar la higiene en las zonas urbanas y a combatir las enfermedades contagiosas. En 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública que, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios. Se tomaron medidas para proteger a grupos específicos, como la población infantil, los trabajadores del Estado y la milicia.

También se pusieron servicios médicos a disposición de las cooperativas rurales vinculadas con el gobierno y se construyeron centros de salud en zonas urbanas y algunas ubicaciones clave en las zonas rurales.

La estructura actual del sistema fragmentado de salud fue establecida a principios de la década de 1940, con una variedad de instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos grupos, con base en su perfil ocupacional o su situación económica, apoyando un modelo de desarrollo

económico de crecimiento irrestricto, industrial donde la salud y los servicios médicos se otorgan a los que producen, Hidalgo Tuñón A. y Medina Centeno R. (2004). En 1943, se estableció de manera formal la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) —resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública— con el mandato de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública. También tenía la responsabilidad de prestar servicios de salud, mediante sus oficinas de coordinación en los estados administradas de forma centralizada (Servicios Sanitarios Coordinados). Al mismo tiempo, se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, que habían sido creados para distintos sindicatos y grupos de trabajadores en sectores específicos. Sin embargo, algunos fondos y servicios de seguridad social continuaron independientes del IMSS o fueron creados con posterioridad para atender a grupos objetivo estratégicos como los militares, los trabajadores del sector petrolero y, por último, a los del sector público. Como parte del paquete de prestaciones de seguridad social, los trabajadores asalariados empleados en la economía formal tendrían acceso exclusivo a servicios de salud que iban desde la maternidad y los cuidados infantiles a la atención de tercer nivel y un sistema de pensiones relacionado con la edad. Sobre este mismo rumbo, en 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado.

Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos (como sindicatos, trabajadores del estado y grupos urbanos, entre otros). Como

resultado, el Estado asignaba la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud a los trabajadores organizados en las zonas urbanas, pues este grupo cumplía una función clave en el sostenimiento de la estabilidad política del país y su desarrollo económico. Sin embargo, el sistema dejaba a quienes no tenían contratos laborales formales bajo régimen de asalariados como los autoempleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural, prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA. Así, mientras que los sistemas de Seguridad Social (SS) eran financiados por un convenio tripartito entre empleadores, trabajadores y el gobierno, la SSA era financiada únicamente por el gobierno federal. Esto generó un serio desequilibrio de recursos, pues la SSA tenía la obligación de prestar servicios con pocos recursos y a merced de los cambios de política, lo que llevó, entre otras cosas, a una menor calidad de los servicios. La continuidad en el flujo de los recursos para el sistema de SS, por otra parte, permitió la expansión de los servicios incluso en épocas de dificultad. Una consecuencia adicional de este ambiente fue la concentración de la oferta de servicios, en especial de servicios con alta especialización, en las zonas urbanas (en particular en la Ciudad de México), tanto aquellos prestados por la SSA como por la SS.

En las zonas rurales, los servicios se pusieron a disposición, primero, de los trabajadores que participaban en la producción comercial en el sector exportador y que, con frecuencia, pertenecían a algún sindicato con actividad política, dejando a la población rural dispersa con una atención deficiente y sin protección.

Durante la década de 1960, los desequilibrios en el acceso a los servicios de salud eran más acentuados. Aunque se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores

temporales y rurales, con pocas excepciones, éstas no se aplicaron, lo que hizo más pronunciada la diferencia entre los “derechohabientes” o la población asegurada y la llamada “población abierta” o no asegurada (y atendida por la SSA). Los esfuerzos por eliminar este diferencial mediante mayor inversión durante esta década se interrumpieron con la desaceleración económica del siguiente decenio. Durante esa época, el Estado recurrió al sistema de SS para aumentar el acceso y se pusieron en marcha disposiciones especiales para dar acceso parcial a las prestaciones de la seguridad social para incorporar otros grupos en las zonas rurales y de la economía informal. En el caso de los servicios de salud, esto significó la creación de un segundo segmento de servicios de menor calidad, que ofrecía cuidados básicos de salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general. Esto se llevó a cabo por medio del esquema llamado entonces IMSS-COPLAMAR (renombrado después como IMSS-Solidaridad y conocido en la actualidad como IMSS-Oportunidades) que se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales, y financiado por el gobierno, pero operado por el IMSS.

A fines de la década de 1970, el marco institucional llevó a observar una redundancia importante en las actividades del sector salud y a la atención de algunos grupos por partida doble, mientras que a la vez se dejaba sin cobertura a grandes segmentos de la población. Como resultado, se contaba con una débil coordinación de política.

Durante la década de 1980, las reformas aplicadas procuraron establecer el marco para un conjunto más coherente de políticas de salud, orientadas a ampliar el acceso a los servicios y a mejorar la calidad de los mismos en todo el sistema. Esto combinó una mejor coordinación intersectorial entre la SSA y los prestadores de la SS y el primer intento del gobierno por descentralizar los

servicios de la SSA mediante la transferencia de esta responsabilidad a los estados. La primera etapa del proceso de descentralización (1984-1988) se caracterizó por una integración administrativa de las oficinas de coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en los estados, el programa federal IMSS-COPLAMAR y algunos servicios de salud que los estados prestaban de manera directa. Los resultados de esta primera etapa se asemejaban más a una delegación de ciertas funciones que a una descentralización integral, y sólo 14 estados se involucraron en este proceso. Para dar apoyo político a las reformas y generar consensos entre las diversas instituciones participantes, se estableció un Gabinete de Salud encabezado por el Presidente, y se creó un Sistema Nacional de Salud (SNS) como solución organizacional para dar a la SSA la responsabilidad por el diseño y coordinación de la política nacional de salud. En esta época (1983) se aprobó una enmienda constitucional, que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual se derivó la Ley General de Salud (LGS). Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambió su nombre a Secretaría de Salud. Sin embargo, este proceso de cambio se interrumpió una vez más a raíz de la adversidad económica. La resistencia de grupos de interés en épocas de turbulencia política debida al entorno económico logró vetar los cambios cuando los recursos federales se encontraban en un mínimo histórico, lo cual imposibilitó que el gobierno financiara los costos transitorios de la reforma.

No obstante, en la década de 1990 se pusieron en marcha varias reformas. La conclusión del proceso de descentralización prosiguió con base en objetivos más ambiciosos: transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a fin de completar la descentralización y fortalecer a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Durante esta segunda fase, los estados restantes se unieron al proceso y, en 1986, se creó una estructura

organizacional, el Consejo Nacional de Salud (CNS), a fin de coordinar el diseño de políticas entre los estados y la Federación.

Las autoridades mexicanas también establecieron un Plan de Reforma para el Servicio de Salud 1995-2000. Varios cambios se orientaron a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de salud, se incluyeron programas especiales para la extensión de la cobertura básica de servicios de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). De manera paralela, a principios de esta década se puso en marcha un importante programa de lucha contra la pobreza, a fin de mitigar el impacto de las condiciones económicas sobre los más pobres. Este esquema (que en un inicio respondía al nombre de Solidaridad, más tarde cambió su denominación a Progresá y en la actualidad se llama Oportunidades) incluía un componente de salud. Sin embargo, estos esquemas sólo han contribuido de manera parcial a responder a las necesidades de las zonas rurales, por lo que se necesitan cambios adicionales.

La reforma clave del gobierno actual, dentro del marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud Las medidas que ha tomado el gobierno actual profundizan en el sentido de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud. Esta reforma tiene la intención de mejorar la protección financiera para quienes no están cubiertos por la seguridad social, al inyectar nuevos recursos al sistema y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados, OCDE (2004). Derivado de anterior, en México se tiene actualmente un sistema de resultados, de información o de los fenómenos relativos a la salud de la población fragmentado. Los resultados de gestión de cada institución del sector y las diversas poblaciones que habitan los municipios se encuentran fragmentadas; seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, sistema privado), por la población no asegurada, (Secretaría de Salud, Seguro Popular,

IMSS Oportunidades, y la Medicina Tradicional), Cuadro No. 1.

Cuadro No. 1 Fragmentación de la cobertura las instituciones de salud de México

Categoría de Población Funciones	Población Asegurada				Población no Asegurada		
	Asegurados Privados Social	Sistemas de Aseguramiento			Con acceso a servicios Públicos de Salud	Sin Acceso	
Regulación (Normalización control de calidad)	↓ Empresas comerciales	↓ IMSS	↓ ISSSTE	↓ PEMEX, SEDENA, etc	↓ SECRETARÍA DE SALUD, Seguro popular	↓ IMSS - Oportunidades	
Financiamiento (aportaciones a seguros o pago por servicios)							↓ Medicinal Tradicional
Prestación de servicios de salud							
Porcentaje de población (estimado)	3 %	40 %	9 %	2 %	49 %	3 %	

La integración territorial de los resultados por municipio no existe. La estructura y funcionamiento del sistema de salud tiene una organización que ejerce un control sobre la memoria histórica de la salud de la población. Por tanto, la información en salud no es fácil de transferir a los poderes locales o municipales y estos ceden los derechos de decisión, de enajenación en el ámbito sanitario a estructuras que no “viven” directamente los problemas. Es decir, en este escenario, la capacidad del municipio en materia de salud se cede a las organizaciones del ámbito jurisdiccional (*forma de organización de la SSA en México, a través de una ordenación territorial de su propia conveniencia, donde convergen varios municipio de acuerdo a sus propios criterios, siendo diferente a la organización de la Seguridad Social, o económica o educativa*), que abarcan varios municipios o todos los

municipios de un estado. Por tanto, lograr que las consecuencias de decisiones locales repercutan en las poblaciones locales es un asunto complejo.

Cada institución tiene un sistema de recogida de datos e información de acuerdo a sus programas y derivado de ello se construye una parte de la realidad de la salud de la población municipal. Generalmente la información se concentra a nivel Jurisdiccional, o estatal donde los datos, la información y conocimientos sobre la SP, pierde la identidad municipal y se refiere en ámbitos geográficos que no incluyen a los municipios, generando unas pautas culturales sobre la salud excluyentes de situaciones como el monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población local, la mortalidad, morbilidad, los factores de riesgo, riesgos ambientales, acceso a servicios, o las barreras de atención a la salud, por localidad, grupo étnico o tipo de ocupación.

El nivel de salud de los mexicanos ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas como resultado de la mayor cobertura de servicios de salud; de las mejoras en la higiene y el saneamiento; y del avance en la tecnología médica. Sin embargo, los logros en salud y la transición epidemiológica se han dado de manera desigual a lo largo del país y entre los diferentes estratos de ingreso. Resultan particularmente preocupantes los rezagos en materia de salud que aún se observan en los menores de 5 años. Destacan los indicadores de mortalidad infantil, de enfermedades infecciosas y de desnutrición. La prevalencia de anemia en el 30% de los menores de un año pone en riesgo el desarrollo de las nuevas generaciones. Las acciones actuales tanto del sector salud como de desarrollo social aunque importantes, resultan insuficientes considerando las necesidades de la población mexicana en materia de salud, Córdova Villalobos J.A. (2008).

4. La búsqueda de una Gestión Municipal de la Salud Pública (GMSP)

Hemos referido en párrafos anteriores; la salud pública, sus conceptos, la historia del municipio mexicano, los gobiernos locales en México en un escenario paradójico, los problemas de gestión del gobierno municipal, los escenarios de precariedad municipal, la alternativa que el Gobierno de México está alentando en los últimos años para impulsar la gestión de los gobiernos municipales y finalmente el Sistema de Salud de México.

En toda esta historia de la municipalidad, la salud de la población no está al margen de las transformaciones, está ligada a este contexto de desarrollo nacional y municipal. Por tal razón, se requiere, un paradigma moderno de cambio, una propuesta que enfrente desde lo local la búsqueda de un nuevo rol para los gobiernos locales en los problemas de salud originados por el medio ambiente y por la propia sociedad civil que habita el municipio. Que dé paso a nuevas corrientes de reflexión e investigación en el tema de la gestión sanitaria local, que permita la capacidad de diseñar y ejecutar políticas públicas sanitarias apropiadas, adecuadas a las necesidades locales, sustentables a través del tiempo, con la participación activa de los ciudadanos “de abajo hacia arriba”, finalmente que fortalezca la gobernabilidad local, que afecte el concepto mismo de ciudadanía que reinvente el concepto de ciudadanía y salud.

4.1. Los tomadores de decisiones y la gestión del conocimiento en la mejora de salud de los individuos

El concepto de gestión hace referencia al uso de los recursos, mientras el de salud pública, hace referencia al aprendizaje y acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos. De ambos

conceptos podríamos asumir que la gestión municipal de la salud pública es la actividad de aprendizaje y de acción multidisciplinaria o transdisciplinaria para proteger y mejorar la salud de la población local. Esta definición implica que quienes toman las decisiones día a día en el municipio a favor de la salud de la población, comprometen recursos económicos, y ello, lo han de hacer en un marco de autoridad delegada y compartida con la población, con los tomadores de decisiones locales, con los científicos involucrados en el proyecto, asumiendo la responsabilidad de sus propias decisiones.

Por lo tanto es un proceso paulatino, voluntario y político, que trata de llevar al municipio cambios organizativos y culturales que permitan optimizar los recursos y mejorar la salud de la población local. La GMSP conlleva autonomía de gestión, provoca un desplazamiento formal del sector salud a la toma de decisiones locales, y se enlaza con la antigua reivindicación del federalismo y la autonomía municipal, de participar activa y constructivamente en el desarrollo local en la toma de decisiones al interior del municipio, que establece un binomio imprescindible entre población y sus gobernantes, entre conocimiento, decisión y responsabilidad, esta última se establece en términos de resultados: mejorar la eficiencia, la eficacia y la efectividad en salud pública local.

Por otro lado, gestionar, tomar decisiones, conlleva información, conocimiento, y el hecho de conocer estimula a quienes participan en los grupos locales proponiendo líneas de actuación y objetivos de mejora. Tiene inconvenientes. El cambio, la autonomía de gestión, puede llevar a presiones por los diferentes grupos formales y existentes en el municipio, como pueden ser los sindicatos, la iglesia, los partidos políticos, entre las fórmulas tradicionales existentes de tomar decisiones en el municipio. Estos hechos no se podrán disimular, pero lo

que no se puede negar es que los municipios se encuentran más ligados a su gente y a sus necesidades.

Siendo la gestión y la toma de decisiones una de las más importantes actividades humanas dentro del municipio, el diseñar, crear y mantener un ambiente en que los habitantes del municipio trabajen agrupados a favor de la salud, es una condición *sine qua non* para la existencia del proyecto.

El tema de los tomadores de decisiones en salud, sean profesionales o políticos es un asunto pocas veces incluido como un factor estratégico para proteger y mejorar la salud de los individuos. En los libros y documentos relativos a salud, es prácticamente un tema inexistente. De los tomadores de decisiones, se da por hecho que su rol beneficia la salud de la población, poco se cuestionan sus decisiones y por lo tanto no son sujeto de análisis. En este proyecto no se puede dejar de lado el conocimiento en salud de quienes tienen el poder de decisión y acción en toda empresa que involucre a la salud.

El proyecto ha planteado en el apartado de conceptualizaciones, que la gestión de la salud pública municipal se considera como; *“El aprendizaje y la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los ciudadanos”*. Se le ha reconocido y dado el papel preponderante al tomador de decisiones en el desarrollo del proyecto, tal como al gerente de cualquier empresa, más aún cuando se habla de aprendizaje social y acción colectiva, donde el tomador de decisiones debe aprender sobre la salud de la población que gobierna o gestiona, y en función de ello interactuar con la misma población para mejorar la salud de los individuos.

Lo anterior requiere de un pensamiento sistémico, de una teoría que respalde la necesidad de un aprendizaje por parte de los gestores de la salud municipal.

La necesidad de los tomadores de decisión de evolucionar desde un enfoque mecanicista y estático a un enfoque dinámico en constante interacción con el medio será un elemento común a lo largo del proyecto, donde la información en salud no es un hecho exclusivo de los profesionales de la salud, dado que un municipio sin información en salud no puede concebirse como municipio gestionado.

El tomador de decisiones, deberá obtener el conocimiento sobre salud principalmente de dos espacios; de los datos de monitoreo y evaluación de la salud (SDSS) y del conocimiento de la población y de los investigadores involucrados en el proyecto, los cuales se convertirán en los activos más importantes. El pensamiento sistémico deberá alentar dentro de la organización municipal a pensar de manera diferente sobre los problemas de salud de la población. La teoría del Learning Organization ofrecida por Peter Senge en su obra la “La quinta disciplina”, Senge P. (1990), establece la necesidad del pensamiento sistémico en las organizaciones complejas. Esta teoría es un marco conceptual para las organizaciones actuales, es la noción de que el aprendizaje es esencial para el éxito, donde el tomador de decisiones debe enfrascarse en la imagen global y escapar del pensamiento lineal.

Ante lo complejo de las relaciones del medio ambiente y salud en el ámbito municipal, lo multifactorial se relaciona, el tomador de decisiones municipal se enfrenta a entornos turbulentos, con incertidumbre, a cambios rápidos en las necesidades de la población, modificaciones ambientales, etc.; el ayuntamiento tendrá la dificultad plantearse que necesidades en salud tiene y cuales deberá

satisfacer, obligándose a recurrir al análisis de las capacidades y recursos disponible para la acción colectiva con la población, utilizando quizá la teoría de los recursos y capacidades con sus tres ideas básicas, Carrión Maroto J. (2009):

- Las organizaciones son diferentes entre sí, en función de los recursos y capacidades que poseen en un momento determinado; así como por las distintas características de los mismos (heterogeneidad).
- Los recursos y capacidades cada vez tienen un papel más relevante para definir la identidad de la organización.
- El beneficio de la organización es consecuencia tanto de las características competitivas del entorno, como de la combinación de los recursos que dispone.

En lo concerniente a este proyecto, lo relevante e interesante de esta teoría es el reconocimiento de que los recursos y capacidades con que la organización (ayuntamiento) cuenta, puedan clasificarse como tangibles (materiales, recursos financieros, etc.) e intangibles (conocimiento, aprendizaje) , siendo estos últimos los referidos en el concepto de salud pública expresado en el proyecto. La información y el conocimiento son pues en este caso, recursos para el desarrollo.

Todo tomador de decisiones o gestor influye sobre los recursos, tanto los tangibles como los intangibles para que la organización municipal cumpla con sus objetivos. Los municipios tienen ingresos financieros vía impuestos, instalaciones y equipos, materiales e insumos, energía, información y datos, recursos humanos, dinero o capital. Tienen también activos intangibles, aquellos que poseen valor sin tener dimensiones físicas y están localizados en las personas (en el caso de la salud pública, estos se encuentran en la

población, en amas de casa, en mineros, en campesinos, en empleados, en los científicos, en el personal de los servicios médicos municipales, en los regidores). Estos últimos constituyen el capital intelectual del ayuntamiento. Los activos intangibles tienen su origen en los conocimientos, valores y aptitudes de las personas que habitan el municipio.

Estos no se pueden identificar y clasificar adecuadamente aunque pueden agruparse de la siguiente manera:

- Activos de competencia individual: los cuales se refieren a la educación, *know how*, conocimientos, habilidades, valores y actitudes de las personas que trabajan en el ayuntamiento. No son propiedad del ayuntamiento. El ayuntamiento contrata el uso de esos activos con sus trabajadores.
- Activos de estructura interna: Se refieren a la estructura organizativa del ayuntamiento tanto formal (programas, reglamentos, etc.) como informal, a los métodos y procedimientos de trabajo, al software, a las bases de datos, a los sistemas de dirección y gestión, y a la cultura de la organización municipal. Estos activos son propiedad del ayuntamiento y algunos de ellos son legales a través de reglamentos municipales.
- Los activos de estructura externa: Se refiere a las relaciones con los ciudadanos, sus clientes, a los acuerdos de cooperación y alianzas con quienes producen conocimientos fuera de la organización municipal, como son el sector educativo, instituciones federales y estatales relacionadas con la salud, el desarrollo de la familia, el agua, medio ambiente, de investigación, etc.

Como refiere Druker respecto al tema del conocimiento en las organizaciones, el conocimiento es hoy el único recurso significativo porque los tradicionales

factores de producción suelo (recursos naturales), trabajo y capital – aunque no han desaparecido se han convertido en secundarios Druker P.E. (1995). Según el autor el conocimiento ha pasado de una situación referida al desarrollo intelectual de la persona a otra como factor de producción, tomado como base su utilidad.

De acuerdo con Davenport T.H. y Prusak L. (1998) existen medios formales e informales para la transferencia de conocimientos, el intercambio espontaneo y no estructurado de conocimiento, en el caso de los tomadores de decisiones municipales, las reuniones informales, conversaciones, ferias, fórums abiertos, festejos oficiales de cualquier tipo.

Medios más formales como la instalación y desarrollo de la SDSS para monitorear las FESP, cursos, diplomados, reuniones de cabildo, etc. Los tomadores de decisiones generan cotidianamente conocimiento hacia la población en la conducción política, generalmente lo hacen de cuatro formas:

- Socializan: aprenden en conjunto con la población a través de la observación, imitación y práctica. Utilizan la experiencia como un secreto para la adquisición de conocimiento tácito. La experiencia compartida así como los entrenamientos prácticos contribuyen al entendimiento del raciocinio de los problemas de la población.
- Externalización: de conocimiento tácito a conocimiento explícito. La expresión del conocimiento tácito lo hacen en forma de metáforas, conceptos, preguntas o hipótesis, o analogías. Esta forma lo consideran clave para la creación de conocimiento.
- Combinación: del conocimiento implícito a conocimiento explícito.

La interacción social con la población es a través de reuniones, documentos, dictámenes, reglamentos, oficios, conversaciones, comités de salud o redes de conocimiento.

- Finalmente la internalización: De conocimiento explícito a conocimiento tácito. El conocimiento explícito en salud es incorporado en base al conocimiento tácito, de los profesionales de la salud que laboran en el municipio y de los tomadores de decisiones municipales. Un ejemplo de ello es cómo se gestiona el conocimiento cuando existe un brote de dengue en el municipio. Los profesionales de la salud, junto con los tomadores de decisiones, generan un mapa mental, un contenido operacional para la lucha contra el dengue, donde incluyen conocimiento tácito con los ciudadanos.

Estas bases conceptuales junto con la comunidad de práctica, pueden ser las que faciliten el aprendizaje y la acción colectiva del estado y sus tomadores de decisiones junto con la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos”.

4.2. La posición de la salud pública en la agenda política municipal

Cuáles son las preguntas que deben hacerse los políticos o tomadores de decisiones municipales para actuar en el ámbito de la salud, como construir la agenda local en salud pública, de donde obtener la información y evaluación de la salud de la población local, cual son los riesgos de la población, en que población se da el mayor consumo de alcohol, etc. Cuál es la participación ciudadana en salud, qué reglamentos se requieren para mejorar la salud en el municipio, cual cuál es la accesibilidad a los servicios de salud de la población que gobierna, qué grado de equidad en salud existe, qué tan capacitado está el

personal que actúa en salud dentro del municipio, qué tan preparados están para un posible desastre como un brote de Dengue o contaminación abrupta de aguas o un inundación. Cuáles serán las consecuencias de no actuar desde el gobierno municipal en cualquiera de lo referido anteriormente. Se requiere responder a particularidades de la población, del territorio, de las políticas públicas en salud. Lo anterior requiere documentar información para actuar. Se demanda conocer las prácticas de la Salud Pública en el municipio.

La OPS ha generado la iniciativa hemisférica, que es conocida como “*Salud Pública en las Américas*”, dirigida a definir y a medir el desempeño de las FESP, como base para la mejoría de la práctica de la salud pública y el fortalecimiento del liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles. El propósito de la iniciativa es mejorar la práctica de la salud pública en los niveles nacionales, regionales o locales. Con los siguientes objetivos:

- Promover una visión común de la salud pública y de las funciones esenciales de la salud pública;
- Desarrollar un marco de evaluación del ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública;

Esta declaración plantea una mejor definición de la disposición de la salud pública a rendir cuentas ante la ciudadanía, de los resultados de su quehacer. Plantea que la medición a niveles locales de las FESP es fundamental para contribuir al fortalecimiento de las competencias en salud pública en los ámbitos locales, actividad en crisis por la falta de la definición de los papeles mencionados, OPS (2002)..

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en el ámbito local o municipal son:

- 1.- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población;
- 2.- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;
- 3.-Promoción de la salud;
- 4.-Participación social y refuerzo del poder ("empoderamiento") de los ciudadanos, en salud;
- 5.-Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública.;
- 6.-Regulación y fiscalización en salud pública;
- 7.-Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios;
- 8.-Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;
- 9.-Garantía de calidad de los servicios de salud, individual y colectivos;
- 10.-Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; y
- 11-Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El medir y evaluar la salud desde las FESP le permitirá al municipio saber lo que debe hacer para abordar los problemas, conocer la capacidad de respuesta que existe en el municipio, determinar los factores de riesgo vs determinantes sociales, que intervenciones podrán ser exitosas y costo efectivas, crear condiciones en favor de la salud y de la calidad de vida, o qué políticas públicas son determinantes para la movilización social y la alfabetización en salud, finalmente le permiten al tomador de decisiones retorno político, al evaluar desde lo local las políticas y los programas en salud que se desarrollan en su municipio.

4.3. El aprendizaje social en Salud Pública

El aprendizaje social se refiere a la construcción de conocimientos caracterizada por: a) la reflexión crítica, b) la reflexión de las experiencias particulares y su articulación contextual con la cultura y los conocimientos previos, c) la influencia en el cambio socio-cultural de la población, d) la creatividad para potencializar las capacidades individuales en la construcción de nuevas formas de interrelación social, e) estar referida a configuraciones sociales más amplias y universales a nivel local, regional y global, f) de sentido transversal, multisectorial, pero también referido a temáticas especializadas.

La teoría del aprendizaje social de Wenger pretende explicar la conexión entre el conocimiento, la comunidad, el aprendizaje y la identidad, partiendo de que el aprendizaje es básicamente una acción social; es decir un proceso de participación social, Wenger E. (1998).

Desde la perspectiva teórica del aprendizaje social, se considera el aprendizaje de la salud pública dentro de la organización municipal, como una construcción de versiones por parte de los universitarios, los tomadores de decisiones en el municipio y la población, actuando conjuntamente en "*la práctica diaria de la salud pública*" es decir, una actividad situada en un contexto que la dota de inteligibilidad puesto que toda adquisición de conocimiento está contextualizada en algún tipo de actividad social.

Se construye un currículum viviente para el aprendiz, para un grupo de personas «*universitarios-tomadores de decisiones-población*» que comparten una pasión u objetivo en lo que hacen y aprenden, en este caso es "cómo gestionar el conocimiento dentro de la organización municipal para obtener resultados tangibles en salud pública". Una comunidad de práctica en salud

pública en un municipio, debe permitir gestionar la salud pública y la creación de valor en la organización municipal.

El concepto de SP planteado en este proyecto está sustentado por una Comunidad de práctica de la SP; compuesto por; investigadores, tomadores de decisiones y la población. Los investigadores generan las evidencias en salud pública, los tomadores de decisiones o políticos trazan y operan las políticas de bienestar o de salud pública.

Y en el ámbito del ciudadano el conocimiento de los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos en la salud, en la educación, en la vivienda, del medio ambiente, del trabajo, de la identidad cultural, de género, etc.

4.4. Red Social de conocimiento o Comunidad de Práctica

El término de “Comunidad de práctica” se acuñó para referirse a la comunidad que actúa como un currículum viviente para el aprendiz. Una vez que el concepto estuvo articulado, se descubrió que *las comunidades de práctica* están en todas partes y que el aprendizaje en una comunidad no está limitado a los novatos. La práctica de una comunidad es dinámica e implica aprendizaje de cada miembro.

Así, se entiende que una comunidad de práctica consiste en un grupo de personas que comparten una pasión u objetivo en lo que hacen y aprenden cómo hacerlo mejor. Al interactuar regularmente tienen tres características o dimensiones:

- a) *El dominio u objetivo*: La comunidad tiene una identidad definida por un dominio o interés. La pertenencia a la comunidad implica un compromiso

con el dominio y por lo tanto una competencia compartida que distingue a sus miembros de otras personas. El dominio no tiene que ser reconocido como de un “experto” fuera de la comunidad este tiene un valor en la comunidad y se aprende de los otros miembros del grupo.

b) *La comunidad o compromiso*: en la consecución de los intereses de su dominio, los miembros se comprometen en actividades y discusiones conjuntas, se ayudan uno al otro y comparten información. Así es como forman una comunidad alrededor de su dominio y construyen relaciones.

c) *La práctica o repertorio compartido*: una comunidad de práctica no es meramente una comunidad de interés. Los miembros de una comunidad de práctica desarrollan un repertorio compartido de recursos: experiencias, historias, herramientas, formas de manejar problemas recurrentes –en una práctica breve y compartida. Ello toma tiempo e interacción a largo plazo Wenger E. (2001), Albornoz M. y Alfaraz C. (2006), Royero J. (2010).

Las anteriores definiciones diferencian dos formas de participación ciudadana, una posibilita intervenir en la toma de decisiones, la otra, enfatiza en la toma de posición del individuo, independientemente de su poder de intervención en las decisiones públicas. En todo caso la participación ciudadana es siempre un acto social colectivo y contempla dos elementos complementarios que son la influencia de la sociedad sobre el individuo, pero sobre todo, la voluntad personal de influir en las [sociedades](#).

4.5. Participación Ciudadana en Salud

En una sociedad democrática la participación ciudadana consiste en el derecho de las personas a definir las reglas del juego, los derechos y las obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan

efectivos. La experiencia histórica revela que la participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas:

4.5.1. La participación como beneficiario, que ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud en los distintos países, se considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud. Aun en estos días es difícil romper la tradicional relación vertical propia del sector de la salud, que les asigna escasos espacios de participación a las personas. Ésta ha sido la visión predominante en las organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud en aquellos países donde el sector público de la salud ha tenido un papel y desarrollo preponderantes.

4.5.2. La participación como contribución a la promoción de la salud. En el sector de la salud es frecuente definir la participación como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales. Está claro que la contribución de la comunidad es fundamental para lograr el éxito de estos programas. Sin embargo, bajo este concepto de participación se mantiene una relación de verticalidad entre el agente público y las personas, que son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado. La participación comunitaria, que en general promueven los organismos multilaterales, interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social.

4.5.3. La participación comunitaria municipal. Es la organización racional y consistente de las personas que habitan en el municipio, con el

propósito de proponer las iniciativas que satisfagan sus necesidades; definir intereses y valores comunes; colaborar en la realización de obras y prestación de servicios públicos; conocer sus responsabilidades como miembros del municipio e influir en la toma de decisiones en el campo de la SP en el ámbito del municipio, Celedón C. y Noé M. (1998), Celedón C.

y Noé M. (2000), CNSPRIS (2006), Mosquera J. et al (2010), Roses N. (2010).

4.5.4. Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud, PNS 2001-2006, (2001), OPS (1995).

El interés por la participación social en salud no es nuevo en América Latina. Las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas desde diferentes gobiernos a través de los sistemas de salud. En el campo de la Salud Pública de México esta situación existe desde el siglo pasado. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo. Esta visión más completa de la participación asigna mayores espacios de acción a la ciudadanía. Sin embargo, en una sociedad en modernización, con una creciente heterogeneidad de intereses, visiones y modos de vida de las personas, es difícil identificar a la "comunidad" como una entidad que actúe ante el sector de la salud como interlocutor único o en representación de esta diversidad social.

En este contexto de heterogeneidad social, los instrumentos de participación colectivos tradicionales son cada vez menos eficaces para recoger las demandas de los ciudadanos y su limitación es aún mayor en países que presentan un escaso desarrollo de sus redes sociales, como ocurre en la mayor parte de los países de la Región de las Américas, Celedón C. y Noé M. (1999).

5. El Municipio y la Salud Pública

Actualmente, en el ámbito municipal de México lo frecuente es observar una SP planificada de forma central o estatal, con programas financiados, operados y bajo responsabilidad de políticos y gestores con competencias ajenas al municipio, donde no prevalece el concepto de municipio; el concepto de SP municipal o local no existe. Conseguir un equilibrio entre la SP planificada centralista y una SP pragmática de tipo participativa, de acción comunitaria, política, con métodos subjetivos y “blandos” cualitativos, de tipo adaptativa, de etapas, gradual, que intente integrar los elementos políticos del ámbito local a la toma de decisiones y al impacto de acciones conjuntas (*gobierno-sociedad*), necesariamente deberá contar con:

Un sistema de información que permita; registrar, ordenar, analizar, almacenar, recuperar y presentar, los datos, y la información que permitan al cabildo, al presidente municipal y a la población en su conjunto (*gobierno-sociedad*) tomar decisiones y, posteriormente, evaluar el impacto de las mismas. Lo anterior, plantea la necesidad de instrumentar el funcionamiento de una SP que acceda a integrar las dos perspectivas; la racional y la pragmática.

La práctica de la SP que permita el desarrollo de las capacidades institucionales necesarias, principalmente de las municipales. Esta

aproximación parece mejor que una capacidad centralizada de práctica centralista, jerárquica, en un sistema de salud de planificación central.

5.1. La Lógica de la Gestión Municipal de la Salud Pública

Desde el punto de vista lógico, el proceso de reinserción de la salud pública en el ámbito local o municipal la podemos representar de una manera estática a través de tres variables que se interrelacionan:

- *Conocimiento*: El conocimiento de la salud pública local.
- *Organización*: La organización local (gobierno/población) en función de sus problemas de salud.
- *Acción*: La práctica de la salud pública a través de la acción de las dos variables independientes; gobierno municipal y la población que representa dicho gobierno.

El funcionamiento competente en SP de la población en el ámbito local requiere no solo de destrezas de los políticos y gestores del sistema de salud, sino también de los valores y creencias de la familia, de grupos de iguales, de la escuela y de toda la población del municipio, dado que este último es el lugar donde todos ellos adquieren el conocimiento y las destrezas de solución de problemas esenciales de la salud pública local y desarrollan su competencia cognitiva (Bandura A. p. 416 (1986)).

Se requieren comunidades competentes en SP para ciudadanos competentes. La pregunta que ahora se genera es ¿Cómo se llega al individuo competente en salud pública? En la génesis de las competencias está involucrado como mínimo .el acceso a situaciones en que existan las oportunidades para repetir las destrezas adquiridas, así como oportunidad para recibir retroalimentación

positiva hasta que la habilidad haya sido lograda, Connolly E. & Bruner J.K. (1974).

La idea general sobre la Salud Pública es que ésta es un punto de encuentro entre el Estado y la sociedad, con el fin de obtener mejores condiciones de salud individual y colectiva, de ello se deriva que sin la participación del estado no existe y sin la participación de la sociedad no se desarrolla la salud pública.

Entonces deberemos reconocer que de la adquisición de las competencias necesarias por parte de los individuos que conforman esa población, deriva que las personas desarrollen sus consistencias comportamentales en su propio ámbito geográfico y/o histórico, lo que también dará lugar a creencias, representaciones sociales y valores. La dificultad para asumir un mayor protagonismo en la prestación de servicios y el rol de mayor peso en la definición y puesta en marcha de políticas públicas en los espacios bajo sus responsabilidades, sobre todo en el campo de la Salud Pública, quizás sea debido, en primer término, a un problema de identidad histórica, dado que los municipios no cuentan con el conocimiento pasado y presente de los problemas puntuales de la Salud Pública local, y esto sería una de las causas de que la salud pública, en el ámbito municipal, no tenga la identidad necesaria en los gobiernos municipales. Derivado de lo anterior, la Salud Pública en la organización (gobierno/población se encuentra como una variable no utilizada de la esencia *política* y de mecanismo de organización social del Estado. En este sentido, las reformas encaminadas al fortalecimiento de nuevas realidades en la búsqueda de soluciones de añejos problemas de justicia social, generan una oportunidad a los ciudadanos de ser un ciudadano mejor atendido en el campo de la salud pública.

5.2. El proceso psicosocial en el ámbito de la Salud Pública municipal

En el mundo latinoamericano, los hechos más extravagantes terminan por parecer normales y los anacronismos más pintorescos adquieren un carácter de cotidianeidad atemporal. Para una gran mayoría de los habitantes del medio rural de América Latina, las cosas son como son, como fueron ayer y como serán mañana, sólo el presente cuenta, por el estrechamiento forzoso de las posibilidades de vida. Muchos se encuentran sin memoria histórica ni proyecto de vida, se diría que los pueblos de América Latina no les quedan más perspectiva que la aceptación fatal de sus destinos. Esto seguirá ocurriendo mientras la ignorancia siga siendo la eficaz arma de los políticos. Solo es posible salir de este agujero a través de la educación de los ciudadanos. Para ser libres hay que ser independientes y esto solo se consigue a través del conocimiento. La GMSP puede ser un camino en esta dirección.

Pero la salud pública, en el ámbito municipal, no puede existir sin la comprensión de una identidad social, de la existencia, de ideas comunes donde se pueda sostener que las personas no están definidas por su destino desde el momento mismo en que nacen; las personas no traen <escrito> lo que podrán ser y lo que no podrán hacer, o que las personas están regidas por fuerzas superiores, ajenas al propio control y poder.

Existen tres elementos emocionales que con frecuencia aparecen en el síndrome fatalista latinoamericano;

- a) Aceptar resignadamente la enfermedad que a cada cual le ha tocado en suerte; es decir, asumir la existencia de la enfermedad tal como le ha sido impuesta, sin resentimientos ni rebeldías.
- b) La inevitabilidad de las enfermedades resta importancia a los acontecimientos que puedan llevar a participar en la prevención o control

del medio ambiente, en los estilos de vida o en los servicios de salud. De ahí que carezca de sentido el participar con las autoridades locales, lo que cuenta es aceptar el propio destino con coraje y llevar con dignidad la enfermedad.

c) La enfermedad y la vida son así una prueba exigente y dolorosa, de carácter trágico, que hace a la Salud Pública algo ajeno.

A esta caracterización del síndrome fatalista, se agrega lo que otros autores refieren; la cultura de la pobreza, que lleva a la resignación a tener determinada salud. Es el fruto de su experiencia frente a la sociedad: día a día aprende que sus esfuerzos en la escuela no sirven para nada o casi nada, en todo caso a su dedicación laboral prematura como vendedor ambulante, o como jornalero mal remunerado, y que por lo tanto es mejor no soñar ni trazarse metas tampoco en salud. La resignación sumisa la aprende como fruto de una transición de valores en una subcultura de salud cerrada, que no conoce de que se enferma la población en la que vive, esto le genera una noción de inviabilidad o inutilidad de cualquier esfuerzo por cambiar significativamente su propia realidad, especialmente dentro de un medio o sistema de salud fragmentado como es el mexicano, que cuando requiere de participación social, la exige para operar sus propios programas y metas, sin plantearse la posibilidad de que éstas no coincidan con los deseos de la población destinataria. De lo anterior se deriva que se percibe que en el medio ambiente y en las enfermedades que aquejan a la comunidad, la solución está bajo «control externo», Martín-Baró I. (1986).

II. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

6. Pregunta de Investigación

¿Desde el municipio es posible generar un modelo de desarrollo de la salud pública, sustentado en un sistema de información municipal que ponga a disposición de la comunidad (autoridades locales y población) información necesaria para tomar las decisiones que permitan mejorar la salud?

6.1. Hipótesis de trabajo

Es posible generar información municipal necesaria en salud pública para la toma de decisiones, a través de un modelo de gestión que involucre autoridades locales, población municipal y académicos.

6.2. Objetivo General

Generar y operar en el Municipio de San Martín de Hidalgo, Jalisco, un sistema de información municipal en salud pública (Sala de Situación de Salud = SDSS) que ponga a disposición de la comunidad municipal (autoridades locales y población) la información necesaria para tomar las decisiones que permitan mejorar la salud.

6. 3. Objetivos Específicos

6.3.1. Evaluar la salud en el entorno económico, social y cultural del municipio de San Martín de Hidalgo, como paso previo al desarrollo una metodología de participación de la Comunidad.

6.3.2. Conocer las características de las fuentes de información en el citado municipio.

6.3.3. Desarrollar mecanismos para el intercambio, entre todos los actores concernidos, de información relevante para la salud de los ciudadanos del municipio.

6.3.4. Evaluar los resultados, a corto plazo, de este proyecto.

III METODOLOGIA

7. Material y método

7.1. El Municipio de San Martín de Hidalgo

Su fecha de fundación, data del 19 de febrero de 1540, por el decreto firmado por el Rey Carlos V en Toledo, España, el 1º de febrero de 1540, Secretaría de Gobernación (1988). Se encuentra localizado en la región central del Estado de Jalisco, integrado en la región denominada “Valles” y al sur de Ameca, a una altura de 1,250 metros sobre el nivel del mar. Tiene una superficie de 32,457 hectáreas, de las cuales 19,660 se utilizan con fines agrícolas; 7,692 en actividades pecuarias; 29.7 en uso forestal; 750 son suelos urbanos; y 1,740 tienen otro uso. Un total de 3,885 hectáreas se encuentran bajo el régimen de la propiedad privada llamada pequeña propiedad y 28,572 son ejidales, no existiendo propiedad comunal. De clima semi-seco con invierno y primavera secos, semi-cálidos, sin estación invernal, la temperatura media anual es de 20.9 ° C con una máxima de 28.7° C y una mínima de 13.2° C. La precipitación pluvial promedio es de 829 a 964 milímetros por año, con lluvias mayores entre los meses de julio a septiembre. Forma parte de la sub-cuenca “Alto Río Ameca” perteneciente a la región hidrológica del Pacífico Centro. De los cultivos locales destacan maíz, frijol, caña de azúcar, garbanzo, melón, sandía, sorgo, jitomate y arroz. Se cría ganado bovino para producción de carne principalmente y, en menor grado, para leche. También es muy elevada la producción porcina, caprina y la de aves de postura. De acuerdo a los resultados que presenta el II Censo de Población y Vivienda, el municipio cuenta con un total de 24,127 habitantes, San Martín Hidalgo (1997).

En lo que concierne a servicios básicos el 88.72% de los habitantes disponen de agua potable; en alcantarillado la cobertura es del 91.29%; y en el servicio

de energía eléctrica del 98.52%. La cobertura de los servicios públicos básicos está por arriba del 90%, aunque existen varias localidades que no cuentan con los servicios antes mencionados y en algunas otras existen deficiencias en los servicios otorgados, SEIJAL (2000). La infraestructura educativa de acuerdo a la Dirección de Estadística de la Secretaría de Educación en Jalisco, está integrada por 29 centros educativos de nivel preescolar; 33 primarias, 16 secundarias y tele-secundarias, 3 escuelas de nivel medio superior y un centro de educación especial; en cuanto a la educación de nivel superior, no existen planteles en el municipio.

Las principales causas de morbilidad se refieren a las enfermedades infecciosas y la mortalidad a enfermedades crónicas. De la población total de 24,127 habitantes, sólo el 33.06%, unas 9 mil personas, tiene derecho a servicios de salud en alguna institución, 25.35% afiliados al IMSS y el 0.4% al ISSSTE. El resto de la población es atendida por consultorios particulares y la Secretaría de Salud Jalisco.

La seguridad social, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social tiene dos clínicas de atención primaria; además, San Martín ofrece para la atención de la salud de sus habitantes: clínicas privadas, consultorios médicos generales o especializados; laboratorios de análisis clínicos; homeópatas, odontólogos, farmacias y ambulancias en las delegaciones de El Salitre y Buenavista de Cañedo, y dos en la Cabecera Municipal, una por la Secretaría de Salud del gobierno estatal y otra por el cuerpo de bomberos "Protección civil" municipal, PDRS (2006).

7.2. Diseño del proyecto

Conceptualizada la pregunta de investigación (es posible generar un modelo de desarrollo de la salud pública sustentado en un sistema de información local, el cual ponga a disposición de; autoridades locales, de la población e investigadores información necesaria para tomar las decisiones que permitan mejorar la salud). La elección del diseño de investigación implicó utilizar diferentes herramientas metodológicas para construir el modelo que sustentó la gestión de la salud pública en el municipio.

En primer término, una fase de investigación epidemiológica. Fundamental para evaluar la salud de la población en el municipio. Con una doble perspectiva: como un proceso sistémico, que defina y desarrolle una serie de componentes básicos antes de la puesta en marcha de la investigación, ejemplo de ello la evaluación inicial, y final de la salud de la población que habita en el municipio. Por lo tanto se planteó un estudio de carácter exploratorio o descriptivo, prospectivo, espacial y temporal, de intervención comunitaria, para obtener el conocimiento de las características de enfermedad y salud de la población municipal. Su muestra fueron los 25,000 habitantes, así como sus características individuales, sociales, geográficas y medioambientales.

La segunda herramienta metodológica, fue el método, y el modelo de la investigación transdisciplinaria. A través de esta herramienta, la participación-acción se pueda integrar horizontalmente el conocimiento logrado entre tomadores de decisiones, población y académico, así como el desarrollar mecanismos de actuación y modulación entre los actores concernidos, y que facilite que los problemas que se puedan enunciar en forma de interrogantes. Que puedan tratarse en un proceso científico, donde la comunidad pueda expresar lo que esperan de los científicos y de quienes toman las decisiones, y que esto a su vez conduzca a soluciones "socialmente fuertes". Por lo que se

Implica un diseño transdisciplinario, que proporcione una identidad, un significado y la práctica de la salud pública en el municipio.

Para darle la estructura a este proyecto, se han mezclado y realizado una integración metodológica, Con una secuencia desde la investigación epidemiológica, a la investigación multi y transdisciplinaria. Primero, un diseño de estudio de carácter exploratorio o descriptivo, prospectivo, espacial y temporal, de intervención comunitaria. Que facilitara el conocimiento de las características de enfermedad y salud de la población municipal. Y, desde la investigación de las ciencias sociales, un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario, ambos diseños fueron complementarios.

Es un proyecto que involucra diferentes niveles de la realidad. Implica, la lógica y el método epidemiológico involucrado en las disciplinas de los científicos o profesionales de la salud. Así como la lógica de la población, y la de los tomadores de decisiones involucrados.

Debe conducirse desde una perspectiva sistémica, que requiere de cuatro fases para su desarrollo:

7.2.1. Una fase diagnóstica; el de la información necesaria para tomar las decisiones que permitan mejorar la salud.

7.2.2. Una acción; el desarrollo de mecanismos para el intercambio, entre todos los actores concernidos, de información relevante para la salud de los ciudadanos del municipio, como paso previo al desarrollo de la participación de la población, de los tomadores de decisiones locales en la planificación y ejecución de programas de salud municipal o local.

7.2.3 Resultados; la construcción de un modelo de gestión municipal de la salud pública que articule planes de desarrollo local a través de redes o comunidades de práctica. Que permita generar política pública local que incida positivamente en las condiciones de salud y vida de la población.

7.2.4 Una evaluación de corto plazo de los resultados.

El proyecto bosqueja el concepto de SP como “El aprendizaje y la acción entre tomadores de decisiones y la sociedad civil pueden proteger y mejorar la salud de los individuos” el cual involucra un equilibrio dinámico de aprendizaje entre los individuos que componen la sociedad (ciudadanos, tomadores de decisiones y académicos) produce una interacción permanente entre ellos, y entre el medio ambiente, la salud y la política municipal.

No es otra cosa que un modelo simplificado que habrá de construirse para representar e identificar los elementos y las relaciones que definirán a la GMSP. Metodológicamente una de las primeras características a definir serán los elementos de dicho modelo. Estos elementos serán los límites del modelo, cualquier otro elemento será considerado como externo al sistema, que no significa ignorarlos, pero sí encontrarse excluidos.

Los elementos del modelo facilitan el seleccionar, identificar componentes de la salud de la población y las relaciones entre ellos, y son; *fuentes de información, conocimiento o monitoreo de la salud, riesgos en salud, aprendizaje, promoción de la salud, mecanismos de información entre los actores, participación comunitaria, política pública, planeación participativa, programas y proyectos locales de salud, evaluación de resultados, etc.* Estos elementos seleccionados, como se ha referido dejan fuera del foco de observación el resto u otros.

7.3. El modelo

El modelo se sustenta en un **espacio**; la Sala de Diagnóstico Situacional en Salud (SDSS) para disponer de Información de calidad que ayude a la toma de decisiones estratégicas en los distintos ámbitos de la salud, tanto en el campo científico como en el profesional, social y político. **Un instrumento**, las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) definidas estas como “las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública”, **Un enfoque**; el enfoque Transdisciplinario, la transdisciplinariedad implica que participen no sólo los científicos, sino los representantes de la comunidad y otros actores que, fuera de disponer de un conocimiento particular del problema, tienen también un papel y un interés en su solución, finalmente **una estrategia**; las Comunidades de Práctica, las cuales consisten en grupos de personas que comparten una pasión u objetivo en lo que hacen y aprenden cómo hacerlo mejor.

7.3.1. La transdisciplina

El éxito a largo plazo en la gestión de la salud de los ecosistemas locales y la mejora de la salud humana dependen en definitiva de “facultar a las comunidades facilitándoles el conocimiento. Para conseguir una ponderación entre los elementos que componen la GMSP se requiere un método de investigación, un esquema que incluya no sólo a los científicos, sino también a los miembros de la comunidad, representantes del gobierno y otros interesados. En definitiva, que involucre a los tres grupos de participantes: investigadores y otros especialistas; miembros de la comunidad, incluyendo a ciudadanos comunes, campesinos, pescadores, mineros, ciudadanos y, por último, a quienes toman las decisiones. Esta última categoría incluye a todos los que tienen poder decisorio, no sólo a los representantes del gobierno u otros grupos de protagonistas, sino también a aquellos con influencia informal

basada en su conocimiento, experiencia y reputación, Esser-Díaz J. (2005), Feliú M. (2005), Iglesias A.N. (2007), Gimeno J. (2002), Gimeno J. (2007).

La transdisciplinariedad implica una visión de amplio alcance de los problemas relacionados con la salud de la población que reside en el municipio. Esto requiere total participación de los tres grupos mencionados anteriormente y valida su completa inclusión. Con la participación se pretende lograr consenso y cooperación, no sólo dentro de la comunidad, de los científicos y de quienes toman las decisiones, sino también entre ellos, Lebel J. (2005).

7.3.2. El enfoque transdisciplinario

Cuando los científicos de varias disciplinas les den participación tanto a los individuos de la comunidad que se estudia, como a quienes toman las decisiones, se puede decir que se operara dentro de un esquema transdisciplinario. Los científicos al usar el enfoque transdisciplinario envían una señal clara de que se van a considerar los diferentes aspectos del problema, dando activa participación en su trabajo a la población local, así como a quienes toman las decisiones.

Si los problemas se pueden enunciar en forma de interrogantes que puedan tratarse en un proceso científico, las comunidades podrán expresar lo que esperan de los científicos y de quienes toman las decisiones. Esto a su vez conduce a soluciones "socialmente fuertes".

Por tanto, la transdisciplinariedad implica que participen no sólo los científicos, sino los representantes de la comunidad y otros actores que, fuera de disponer de un conocimiento particular del problema, tienen también un papel y un

interés en su solución. El enfoque transdisciplinario les da el derecho de ser oídos y por tanto de compartir sus experiencias, conocimientos y expectativas.

El enfoque transdisciplinario es muy distinto de la investigación unidisciplinaria, que caracteriza a las ciencias experimentales como la química o la física y de las ciencias teóricas como las matemáticas. También se diferencia del enfoque interdisciplinario, que estudia los fenómenos en la intersección de dos disciplinas usualmente cercanas la una de la otra. Tampoco equivale a la multidisciplinaria, en la cual los investigadores de diferentes disciplinas trabajan juntos, enriqueciendo su propia comprensión como resultado de los aportes de sus colegas, pero donde la coordinación no necesariamente conduce a acciones integradas.

El enfoque transdisciplinario capacita a los investigadores de diferentes disciplinas y a los protagonistas para desarrollar una perspectiva común, mientras conservan la riqueza y la fuerza de sus respectivas áreas de conocimiento. Adoptando este enfoque desde el principio, el equipo de investigación evita llevar a cabo estudios paralelos cuyos resultados se integrarían sólo al final. La integración del conocimiento y la adopción de un lenguaje común se realizan desde que se está definiendo el problema, éste es el corazón del *enfoque* de la GMSP.

7.3.3. El desafío del enfoque

A pesar de que la transdisciplinaria goza hoy día de gran prestigio entre la comunidad científica, es todavía un desafío para cada proyecto de salud. Salirse del marco de su disciplina requiere un importante esfuerzo de síntesis, así como sensibilidad a las fortalezas y limitaciones de los otros. Para que el enfoque de la GMSP tenga éxito se requiere definir un protocolo que precise

las maneras de integrar a la comunidad en la definición del problema a revolve. Cuadros No. 2, 3 y 4.

7.4. El Instrumento

7.4.1. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública

En esta investigación hemos utilizado las Funciones Esenciales de la Salud Pública, que ha sido definidas por la Oficina Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Bettcher D.W. et al (1998), OPS/OMS (1997) y que son once:

- 1).- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población;
- 2).-Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;
- 3).- Promoción de la salud;
- 4).-Participación social y refuerzo del poder (empoderamiento), de los ciudadanos, en salud;
- 5).-Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivo en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional;
- 6).- Regulación y fiscalización en salud pública;
- 7).-Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios;
- 8).-Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;
- 9).-Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos;
- 10).-Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; y
- 11).-Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Con estas funciones la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) ha generado la iniciativa hemisférica, que es conocida como “Salud Pública en las Américas” dirigida a definir y a medir el desempeño de las FESP, como base para la mejoría de la práctica de la salud pública y el fortalecimiento del liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado, OPS (2002–A).

La medición del desempeño de las FESP está destinada a permitir a los ministerios o secretarías de salud y a los gobiernos locales o municipales, la identificación de los factores críticos que deben ser tenidos en cuenta para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la infraestructura institucional de la salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, elementos de inteligencia, información y planeación, así como formas de gestión y recursos materiales necesarios para que la autoridad sanitaria, en sus diferentes niveles de intervención, pueda ejercer de forma óptima las funciones que le competen, OPS, (2002–B). Por ello nos ha parecido la herramienta más adecuada para nuestro estudio.

7.4.2. Medición del desempeño

La evaluación de cada uno de los indicadores utilizados en la evaluación tiene un valor que oscila entre 0,00 y 1,00. Las preguntas que corresponden a las mediciones y submediciones pueden ser afirmativas o negativas, si es afirmativa su valor es de uno, si es negativa el valor es cero. “La puntuación se ha calculado según el porcentaje de respuestas afirmativas a las mediciones y submediciones. Se asigna esta puntuación al indicador y finalmente se usa para calcular el promedio del nivel de desempeño de cada función de la salud pública”, el instrumento está apoyado en un software que permite el cálculo automático y directo de la puntuación de cada una de las funciones y a su vez

tiene una representación gráfica de los resultados. Para la interpretación global del desempeño de las FESP, la OPS/OMS propuso una escala así OPS (2003):.

Puntuación	Interpretación
76-100% (0,76-1,0)	Desempeño óptimo
56-75% (0,56-0,75)	Desempeño medio superior
26-50%(0,26-0,50)	Desempeño medio inferior
0-25%(0,0-0,25)	Desempeño mínimo

Formato del instrumento de medición del desempeño

A. Función esencial

B. Indicador

C. Variable

D. Medición

E1: Submedición

E2: Submedición

7.4.3. Proceso de evaluación

El facilitador no intervino en la calificación del desempeño sanitario municipal. Se definieron unas reglas para la participación de los evaluadores que se dieron a conocer al grupo evaluador. Durante la estandarización se hizo un

ejercicio de medición y para facilitar ésta, se resolvieron las dudas que surgieron, específicamente procedimentales,

Participaron en la evaluación funcionarios o tomadores de decisiones municipales, académicos, personal del sector salud en el municipio, población civil y líderes locales. Las personas invitadas se distribuyeron en cada función de acuerdo con su conocimiento y experticia en los temas y su relación directa con las funciones a evaluar.

El proceso de evaluación de las FESP se realizó considerando varios momentos. El facilitador fue el investigador principal, el cual tuvo la responsabilidad de dirigir el proceso y se responsabilizó por el logro de los objetivos de la actividad. Fue responsable de revisar el porcentaje de respuestas positivas y negativas, de medir el tiempo de la participación de los evaluadores en las intervenciones. De registrar en el computador el puntaje obtenidos de cada uno de los indicadores durante la evaluación a medida que se digitaba la información se iban elaborando las puntuaciones OPS (2001).

7.5. La estrategia

7.5.1. La Comunidad de práctica

Una comunidad de práctica consiste en un grupo de personas que comparten una pasión u objetivo en lo que hacen y aprenden cómo hacerlo mejor al interactuar regularmente. Éstas tienen tres características o dimensiones:

- a) El dominio u objetivo: La comunidad tiene una identidad definida por un dominio o interés. La pertenencia a la comunidad implica un compromiso con el dominio y por lo tanto una competencia compartida que distingue a sus miembros de otras personas. El dominio no tiene que ser reconocido

como de un “experto” fuera de la comunidad. Este tiene un valor en la comunidad y se aprende de los otros miembros del grupo.

b) La comunidad o compromiso: en la consecución de los intereses de su dominio, los miembros se comprometen en actividades y discusiones conjuntas, se ayudan uno al otro y comparten información. Así es como forman una comunidad alrededor de su dominio y construyen relaciones.

c) La práctica o repertorio compartido: una comunidad de práctica no es meramente una comunidad de interés. Los miembros de una comunidad de práctica desarrollan un repertorio compartido de recursos: experiencias, historias, herramientas, formas de manejar problemas recurrentes en una práctica breve y compartida. Esto toma tiempo e interacción a largo plazo, Wenger E. (1998).

7.6. El espacio

7.6.1. La Sala de Diagnóstico Situacional en Salud (SDSS)

En este estudio, la SDSS es conceptualizada como el espacio, físico y/o virtual que se establece en el Ayuntamiento de San Martín Hidalgo, Jalisco, que se actualiza constantemente, y que actúa como instancia integradora, que desarrolla, monitorea y evalúa las FESP en el nivel local; constituyendo un órgano de asesoría directa capaz de aportar información oportuna y relevante para desarrollar las decisiones en el ámbito municipal o local en Salud Pública. Bergonzoli G. (2006), OPS (2007–A), OPS (2010).

<http://sanmartinhidalgo.info/wordpress/>

IV RESULTADOS

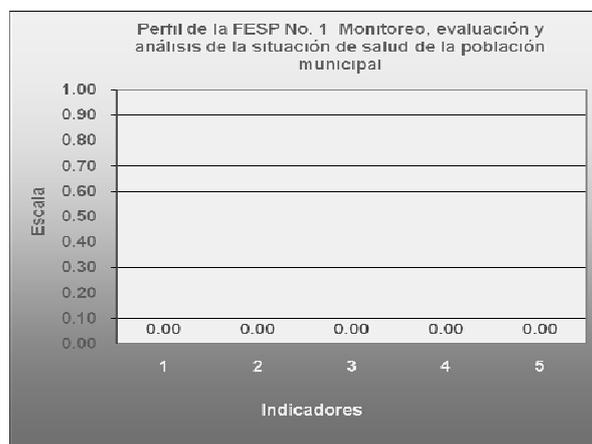
8. Resultados de la aplicación del instrumento que define y mide el desempeño de la salud pública en el municipio a través de las FESP.

Este instrumento se aplicó en el año 2007. Los resultados de dicha evaluación se muestran por los siguientes datos, los cuales se apoyan en figuras gráficas para hacer énfasis de los resultados del estado que guardaba la SP en el municipio previo al inicio del proyecto.

8.1. Función Esencial No 1. Evalúa el monitoreo y evaluación de la salud, a través de cinco indicadores.

8.1.1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del Estado de salud.

El municipio como institución no cuenta con guías y/o procesos que de algún modo le permitan conocer el estado de salud de la población. El conocimiento de ello lo puede



obtener de forma parcial y ocasionalmente cuando la presidencia municipal lo demanda y solicita a la Secretaría de Salud datos o hechos de su interés. No existen procedimientos por parte del ayuntamiento para tener accesibilidad de

forma ordena o estructurada a los datos sobre salud de toda la población que gobierna.

8.1.2. *La evaluación de la calidad de la Información*, no existe, y ello se deriva como consecuencia de no existir el punto anterior.

8.1.3. *El apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población*, tampoco existen en el municipio.

Los apartados siguientes se desconocen en el municipio

8.1.4. *El soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud*.

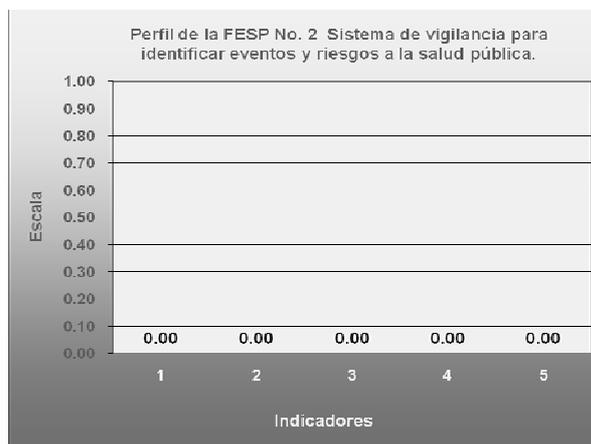
8.1.5. *La Asesoría y apoyo técnico*.

8.2. Función Esencial No 2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños.

Vigilancia de la Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y Daños en Salud Pública a través de 5 indicadores.

8.2.1. *Sistema de vigilancia para identificar eventos y riesgos a la salud pública.*

El municipio no cuenta con un sistema de vigilancia capaz de identificar oportunamente los riesgos y eventos sujetos a vigilancia para la salud pública. Lo que existe es que cada institución del sector de la salud que opera en el municipio tiene su propio sistema de vigilancia epidemiológica.



8.2.2. *Las capacidades y experticia en epidemiología.*

La autoridad de salud local o municipal no tiene capacidad en epidemiología para identificar, analizar los factores protectores, eventos y riesgos para la salud.

8.2.3. Capacidad de los laboratorios de salud pública.

El municipio no cuenta con el apoyo de laboratorios capaces de apuntalar la vigilancia e investigaciones epidemiológicas.

8.2.4. La capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública.

Tiene una capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública mínima, si acaso la tiene es a cooperar en los programas del sector salud con recursos humanos o financieros.

8.2.5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública de parte de los niveles regionales.

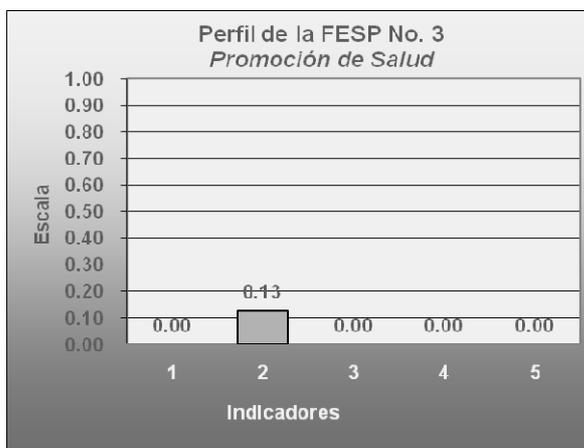
El municipio no recibe asesoría de parte alguna, ya sea de universidades, del estado o de las instituciones del sector salud.

8.3. Función Esencial No 3. Promoción de la salud.

La Promoción de la Salud se mide a través de 5 indicadores.

8.3.1. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables.

El apoyo a las actividades de promoción de la salud o intervenciones para favorecer conductas saludables por el



ayuntamiento es realmente escaso, en ocasiones apoya al sector salud con vehículos o recursos materiales para que éste realice actividades de promoción de la salud.

8.3.2. Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.

Existen alianzas con el sector salud para realizar acciones conjuntas de promoción de la salud, dichas alianzas consisten en desarrollar los programas federales o estatales en el municipio, así como apoyar a dichos programas con instalaciones municipales, como auditorio, alimentos, vehículos.

8.3.3. Planificación y coordinación municipales de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.

No existe la planificación de estrategias de información visible o coordinada municipalmente.

8.3.4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

El municipio no contempla ni tiene capacidad para reorientar sus servicios de salud a la promoción, éstos son de tipo curativos.

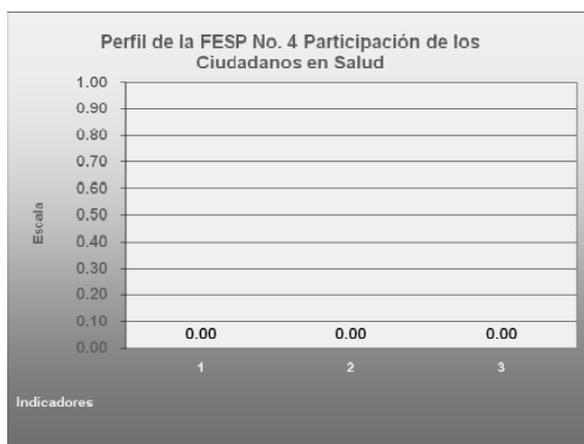
8.3.5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer las acciones de promoción de salud.

El municipio no genera asesoría y apoyo a comunidades u organizaciones locales para promover la salud.

8.4. Función Esencial No 4. Participación de la comunidad.

Participación de los Ciudadanos en Salud

La función cuatro se evalúa a través de los siguientes tres indicadores



8.4.1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública.

No existe un solo proyecto que involucre a la autoridad municipal o del sector salud en el que se intente fortalecer el poder de los ciudadanos en las decisiones que se tomen en salud.

8.4.2. Fortalecimiento de la participación en salud.

Vinculado al indicador anterior, el fortalecimiento de la participación ciudadana no se concibe.

8.4.3. Por tanto la asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer la participación social en salud no existe.

8.5. Función Esencial No 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión.

Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión en Salud Pública.

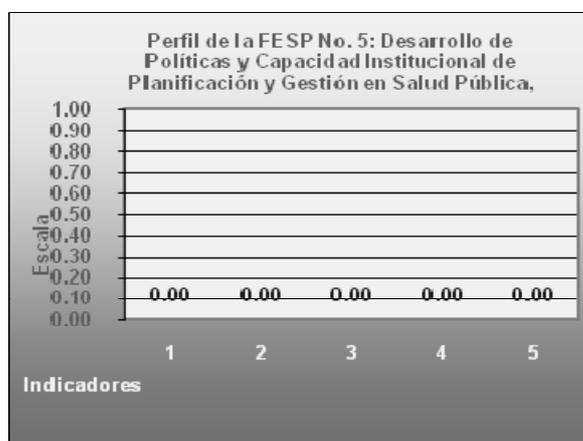
Esta función tiene 5 indicadores

8.5.1. La definición local de objetivos en salud pública.

8.5.2. Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.

8.5.3. Desarrollo de la capacidad institucional (municipal) para la gestión de la salud pública.

8.5.4. Gestión de la cooperación en salud pública.



8.5.5. Asesoría y apoyo técnico para el municipio en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

Estas preguntas se realizaron sobre el desarrollo de políticas y la capacidad de planificación y gestión de la salud pública por parte del municipio, la respuesta obtenida, es que no existe tal desarrollo de políticas y menos aún el planificar y gestionar la salud, esta función esencial en el municipio puede ser mencionada como inexistente, por tanto el desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública no se han considerado hasta esta evaluación como competencias municipales.

8.6. Función Esencial No 6. Fortalecimiento capacidad de regulación.

Fortalecimiento de la Capacidad Municipal de Regulación y Fiscalización en Salud Pública.



Esta función tiene 4 indicadores

8.6.1. Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio.

8.6.2. Hacer cumplir la normatividad en salud.

8.6.3. Conocimiento, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.

8.6.4. Asesoría y apoyo técnico extra municipal en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos municipales en salud pública.

La Autoridad municipal tiene experiencia en la revisión de leyes y reglamentos dirigidas a la protección de la salud pública de forma indirecta, ya que cuando el municipio genera los reglamentos de aseo público, recolección de basuras, agua servida, panteones, rastros, etc., está cumpliendo con lo anterior, pero aunque genere acciones directas dirigida a la protección de la salud y seguridad de la población no se involucra en ello, por lo que se considera que los marcos posibles regulatorios y de fiscalización de la salud pública no existen en el municipio. Los resultados de esta función revelan el poco peso que el municipio tiene en la regulación de la salud de su población en su ámbito geográfico.

8.7. Función Esencial No 7. Acceso equitativo a los servicios de salud.

Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios.

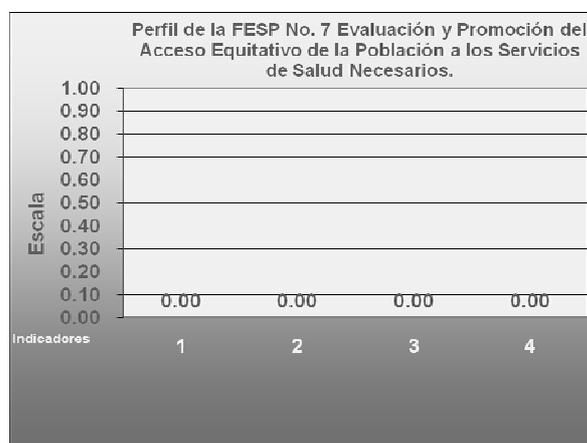
Esta función tiene 4 indicadores.

8.7.1. Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios necesarios.

8.7.2. Conocimiento, habilidades y mecanismos para acercar a los programas y servicios a la población.

8.7.3. Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.

8.7.4. Recepción municipal de asesoría y apoyo técnico de salud por parte del sector salud, universidades y organizaciones civiles en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud que operan en el municipio.



Hasta el momento presente, el monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios de la población municipal no se ha considerado una función del municipio, así como la identificación de las barreras de acceso a servicios de salud, ya sea por edad, género, religión, residencia o escolaridad, o discapacidad física, por lo tanto el municipio no tiene personal que evalúe su capacidad para proveer mecanismos de acercamiento de la comunidad a los servicios de salud individual y colectivos en forma efectiva. La abogacía con otros actores en especial con servicios locales de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios se han generado de forma espontánea por el presidente municipal. Así, que, como resultado de lo anterior las competencias municipales para acercar los programas y servicios que ofrecen las instituciones del sector salud en el municipio a la población municipal están fuera de la responsabilidad municipal. Por tanto esta función se valora en el indicador en cero.

8.8. Función Esencial No 8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos.

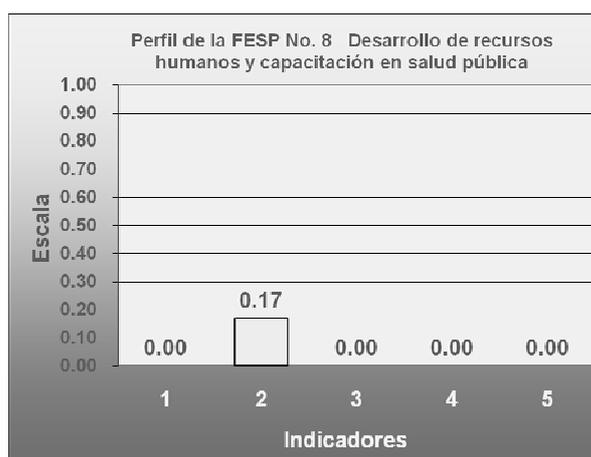
Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública.

Esta función tiene 5 indicadores.

8.8.1. Características de la fuerza de trabajo en salud pública

8.8.2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

8.8.3. Educación continua permanente y de posgrado en salud pública.



8.8.4. Perfeccionamiento de los recursos humanos en salud.

8.8.5. Asesoría y apoyo táctico a nivel municipal en el desarrollo de los recursos humanos en salud.

La fuerza de trabajo en salud en el ámbito municipal, está constituida por dos médicos, una enfermera y una regidora en salud y no se observó estrategia alguna para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo, por ese motivo el indicador “mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo”, muestra el 0. No se evidenció la existencia de un proyecto de educación continua. El perfeccionamiento de los recursos humanos se genera cuando los propios profesionales de la salud deciden asistir a cursos. En ocasiones existen cursos por programas estatales de salud, que inciden en el municipio, tales como SIDA, adicciones, pero no existe un apoyo táctico a nivel municipal en el desarrollo de los recursos humanos.

8.9. Función Esencial No 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios

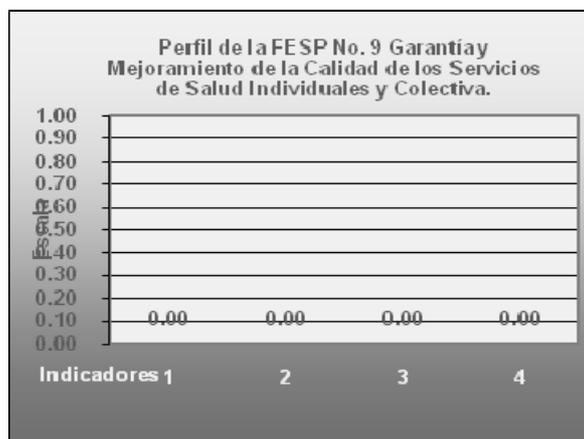
Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos.

Esta función tiene cuatro indicadores.

8.9.1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo.

8.9.2. Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

8.9.3. Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.



8.9.4. Asesoría y apoyo técnico al municipio para asegurar la calidad de los servicios.

Se desconoce en el ayuntamiento la existencia de planes y programas para desarrollar una política de mejoría continua de la calidad de los servicios de salud que aplican en el municipio, así mismo se desconoce que existan estándares de calidad de los servicios de salud colectivos, por lo mismo se desconoce si se estimula activamente a la comunidad para evaluar el grado de satisfacción del público con los servicios de salud en general en el ámbito del municipio. La cuestión de la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios que reciben los habitantes del municipio, no se consideran parte de las competencias municipales, así como los derechos de los pacientes, la equidad, y la satisfacción por los servicios recibidos. Por lo tanto todos los indicadores permanecen en cero.

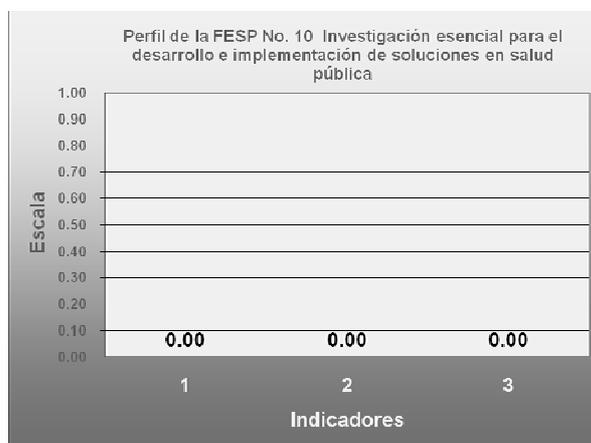
8.10. Función Esencial No 10. Investigación.

La investigación en Salud Pública

Son tres los indicadores sobre la investigación.

8.10.1. Desarrollo de una agenda de investigación.

8.10.2. Desarrollo de la capacidad institucional o municipal de investigación.



8.10.3. Asesoría o apoyo técnico para la investigación en salud pública al municipio por parte del sector salud o universidades.

La investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones en salud pública por el municipio fue considerada como una función sin el mayor

desempeño por parte del municipio. La Universidad de Guadalajara tiene una agenda previa al presente proyecto de investigación sobre la enfermedad de Chagas en el municipio, pero alejada de las políticas y decisiones municipales, por lo tanto sus indicadores se encuentran en cero o negativos

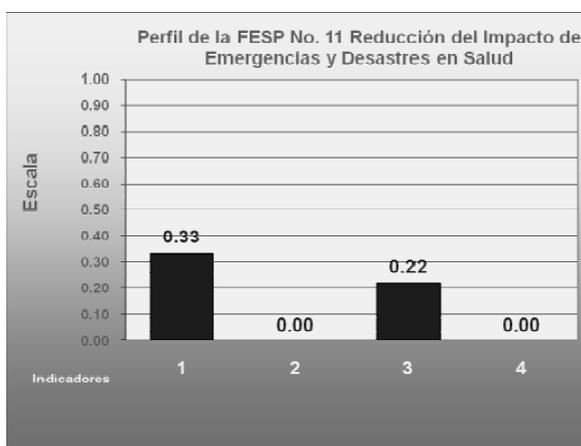
8.11. Función esencial No 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres.

Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud.

Esta función tiene los siguientes indicadores

8.11.1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres.

8.11.2. Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción de emergencias y desastres en salud.



8.11.3. Coordinación de alianzas con otras agencias y/o instituciones.

8.11.4. Asesoría y apoyo técnico a nivel municipal para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

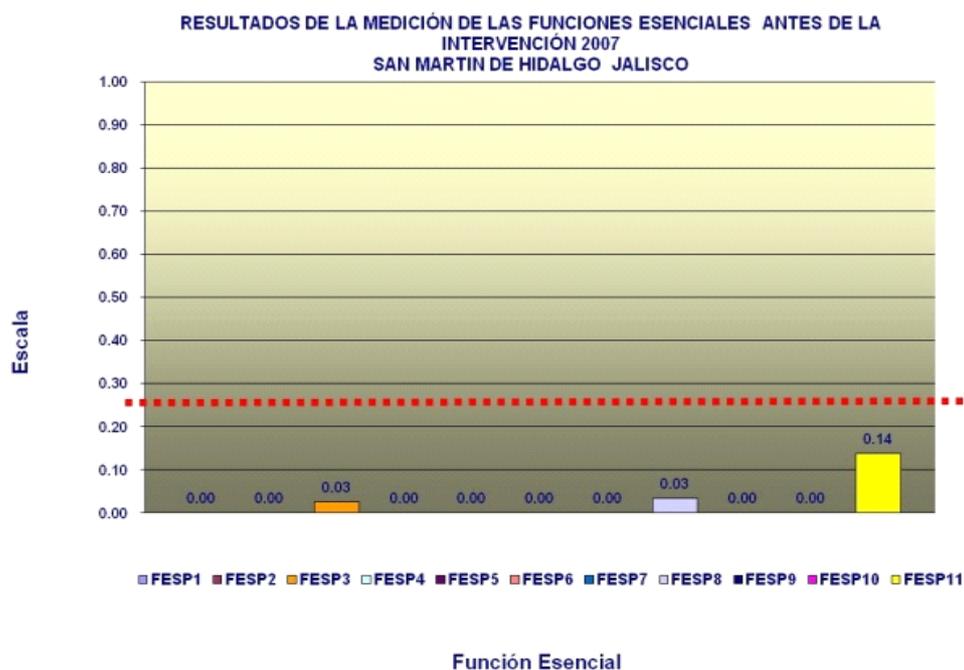
Algunos de los resultados obtenidos en esta función, se logran porque el municipio posee un plan municipal y local institucionalizado por la Comisión Nacional de Emergencia como aporte a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. Ello quizá dado por que el municipio participa ante diversas instancias federales y estatales en la capacitación de su personal en la preparación para emergencias y desastres en general, más sin

embargo por otro lado, en salud no existe ni desarrolla estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres, como pudiera ser un brote de Dengue.

La gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres obtuvo un desempeño del orden de 0.33 , considerado como aceptable o favorable, así mismo la coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones fue considerado con 0.22, cerca del 0.25 o aceptable, no así la participación en el desarrollo de normas y lineamientos nacionales que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, y la asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud que obtuvieron un indicador del orden del 0.0.

Resumiendo los resultados de la medición del desempeño de las 11 FESP, en diez de las once funciones evaluadas, únicamente la función once, reducción del impacto de emergencias y desastres obtuvo una evaluación del 0.14. Esto se observa en la figura No. 1.

Figura No. 1



Descritos estos primeros resultados, los cuales mostraron el contexto del desempeño del estado la salud pública en el municipio, un paso necesario, fue el sistema de información municipal en salud pública, *el espacio* (SDSS) que favoreciera la toma de decisión en la búsqueda de una nueva realidad o una nueva situación.

En ese camino, se reconoció la posibilidad de un convenio de colaboración con la Universidad de Guadalajara. Para tal efecto, se planteo y se llevó a firma un convenio de cooperación entre la Universidad de Guadalajara y el Ayuntamiento de San Martín Hidalgo con el objeto de desarrollar una perspectiva común en salud pública. Por parte de la Universidad de Guadalajara, signó el convenio el Rector General de la Universidad el Mtro. Carlos Briseño Torres, y por parte del Ayuntamiento por el Presidente Municipal Dr. Carlos Alberto Rosas Camacho, convenio específico de colaboración para desarrollar el proyecto de investigación denominado “*Gestión Municipal de la Salud Pública*” sustentado en la iniciativa de las FESP. En su clausulado se establecen las bases y los compromisos para desarrollar un *Sistema de monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población del Municipio de San Martín de Hidalgo, Jalisco* a través de: La implantación de una Sala de Diagnóstico Situacional en Salud en la Presidencia Municipal, con apoyo técnico y operativo de el “Municipio” y de académicos del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del CUCS de la U de G, que permita el desarrollo y monitoreo y evaluación de la salud de los habitantes de San Martín de Hidalgo, firmado el 18 de Junio del año 2007. (Anexo No 1)

El resultado del convenio reconsidero un proceso de desarrollo del conocimiento, con la producción análisis, aplicación, disseminación y evaluación sistemática del mismo. Facilito que las personas intercambiaran conocimientos. Se sentaron las bases del enfoque multidisciplinario y

transdisciplinario y de una comunidad de aprendizaje social en salud. Lo anterior permitió una serie de fortalezas locales, una visión de menor complejidad de la realidad de la salud local, se construyeron visiones conjuntas que permitieron un proceso de intervención y mejora de la salud. Se forjó una *Comunidad de Práctica* en el municipio, conformada por académicos y sus auxiliares, así como por miembros del ayuntamiento, y población, comprometidos en desarrollar lo acordado en el convenio y las prioridades de gestión de salud pública desde el estudio y evaluación de los indicadores de las 11 FESP involucradas.

Así durante 2007, 2008, y parte del 2009, con un enfoque interdisciplinario, se articuló conocimiento epidemiológico y social, problematización *versus* se desarrolló una serie de intervenciones cuyo eje articulador fundamental fueron los protocolos transdisciplinarios que permitió una explicación científica, clínica o epidemiológica de la problemática de salud. Lo anterior permitió introducirse en la causalidad y dinámica compleja del fenómeno salud-enfermedad, materializándose el compromiso social de los procesos formativos de la Comunidad de Práctica. Con un diferencia marcada en la participación comunitaria en salud basada en problemas, a una participación de personas con conocimiento y que comparten una pasión u objetivo por la salud.

El proceso de construcción de la Comunidad de Práctica

Por otro lado, la comprensión de la problemática entre los actores concernidos, permitió un eje articulador fundamental; la interdisciplinariedad, como eje de análisis. La aplicación del método científico, la vigilancia epidemiológica por los universitarios, la lógica de los tomadores de decisiones y la sabiduría de la población, permitió un aprendizaje social, que se desarrolló en los programas, proyectos, financiamientos, encuestas e intervenciones que a continuación se refieren durante los años 2007-2009.

9. La intervención para mejorar el desempeño de las FESP y los resultados obtenidos de dicha intervención.

9.1. Proceso de monitoreo y evaluación del estado de salud de la población:

- La mortalidad de la población por localidad y del municipio, a través de los certificados de defunción de los 6 registros civiles existentes en el municipio (San Martín Hidalgo cabecera municipal, Santa Cruz de las Flores, El Crucero de Santa María, El Salitre, Buenavista de Cañedo, el Tepehuaje de Morelos).
- La morbilidad. Ésta se obtuvo a través de los motivos de atención de la población que acude a la consulta externa de las instalaciones del sector oficial de la salud, (SSJ, y de la Seguridad Social), los que acuden a medicina privada u otras no fue posible recogerlos. Los datos corresponden al periodo de los años 2001 al 2005. Esto nos ha permitido un diagnóstico de las principales causas de atención de la población, donde predominan prácticamente las enfermedades infecciosas y parasitarias, principalmente en escolares.
- La natalidad se obtuvo de capturar y registrar todos los certificados de nacimiento 2000 a 2006 emitidos por los mismos registros civiles municipales antes referidos.
- Diagnósticos de salud por localidad. Estos diagnósticos de salud se realizaron semestralmente por los alumnos de la carrera de medicina, debidamente entrenados, en sus prácticas de salud pública, las localidades son:

- ✓ Los Guerrero
- ✓ San Jerónimo
- ✓ Ipazoltic
- ✓ El Salitre
- ✓ Buenavista
- ✓ San Martín de Hidalgo
- ✓ El Tepehuaje
- Detección oportuna en cáncer cervicouterino, cáncer de mama, y otros que económicamente fueran posibles como el de próstata, pulmón, colon, en las 24 localidades del municipio.
- Estado Nutricional de escolares de las comunidades de:

<u>Buenavista</u>	<u>Camajapita</u>	<u>Crucero de Santa María</u>
<u>El Salitre</u>	<u>Ipazoltic</u>	<u>Jesús María</u>
<u>Lagunillas</u>	<u>Labor de Medina</u>	<u>Lázaro Cárdenas</u>
<u>Los Guerrero</u>	<u>Los Vergara</u>	<u>Mesa del Cobre</u>
<u>Rio Grande</u>	<u>San Isidro Palo Verde</u>	<u>San Jacintito</u>
<u>San Jacinto</u>	<u>San Gerónimo</u>	<u>San Martín De Hidalgo</u>
<u>Santa Cruz</u>	<u>Tepehuaje de Morelos</u>	
<u>Trapiche del Abra</u>	<u>Venustiano Carranza</u>	

9.2. Adicciones.

La encuesta de adicciones en el municipio, fue realizada en el año de 2008 Entre la población de 12 a 65 años en las 25 localidades del municipio. Se investigó tabaquismo, alcoholismo y drogas duras.

9.3. Monitoreo de parasitosis intestinal de alumnos de preprimaria, primaria, secundaria y padres de familia de la localidad de San Jerónimo

9.4. Resultados obtenidos en el sistema de vigilancia para identificar eventos y riesgos a la salud pública:

- Mosquitos transmisores del Dengue en 25 localidades del municipio en los años, 2007, 2008, 2009.
- Triatominos vectores transmisores de la enfermedad de Chagas.
- Monitoreo de metales pesados en pozos de agua.
- Agroquímicos usualmente utilizados por los campesinos.
- Determinación de las Intoxicaciones agudas por uso de plaguicidas.

9.5. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables

- Programa de la Lucha contra el Dengue.
- Programa Red escolar municipal centinela para la vigilancia de influenza tipo A H1N1 estacional.
- COMUSIDA (Consejo Municipal de lucha contra el SIDA) de San Martín de Hidalgo.

- Saneamiento de la microcuenca del arroyo de la localidad de Ipazoltic.
- Recolección de envases de agroquímicos en el municipio de San Martín de Hidalgo.
- Programa Municipal de la Lucha Contra las Adicciones.

9.6. La definición local de objetivos en salud pública

- Programa de lucha contra el cáncer en el municipio de San Martín de Hidalgo.
- Guía Municipal de la Lucha Contra el Cáncer.
- Proyecto Vía Familia Recreativa.

9.7. Formación de recursos humanos y educación continúa

- Diplomado Gestión de la Salud Pública en el Ámbito Municipal

9.8. Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública

- Agenda que contiene investigación sobre:
 - ▶ Investigación sobre la enfermedad de Chagas.
 - ▶ Autopsias verbales sobre las defunciones del cáncer 2000-2006 en el municipio.
 - ▶ Dengue.
 - ▶ El estado nutricional los escolares residentes en el municipio.

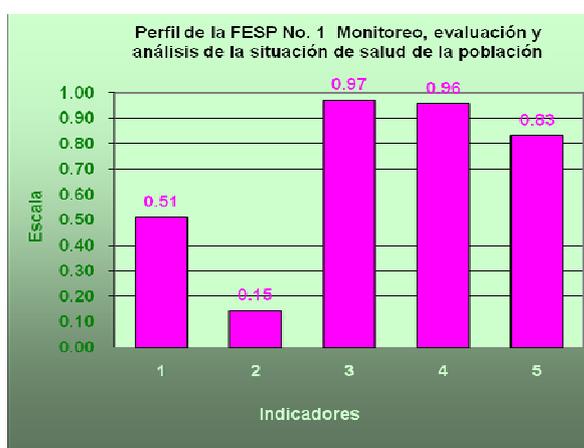
10. La evaluación de la experiencia en el año 2009 a través de la evaluación de las FESP.

Al finalizar el periodo establecido para la intervención se realizó, como se indicó antes, una nueva valoración de los indicadores para cuya descripción se seguirá el mismo esquema con el que se han presentado los datos base.

Función Esencial No 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.

Se evaluó; Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.

1.-Guías y procesos de monitoreo y evaluación del Estado de salud de la población municipal; se obtiene una evaluación del orden del 0.51 sobre



un posible de uno. Se logra conocer la mortalidad por causa, sexo, edad y por cada localidad municipal. La morbilidad por localidad, permitiendo el acceso de esta información a los ciudadanos y a grupos organizados de la comunidad protegiendo a la vez la privacidad de las personas. Se describen procedimientos para diseminar la información a los medios de comunicación y al público en general, que a su vez permiten a los tomadores de decisiones y a la población evaluar las necesidades de salud, así como monitorear tendencias en el estado de salud, definir objetivos y metas locales de salud, un ejemplo de ello fue que a través de conocer la tendencia de la mortalidad por cáncer, se desarrolló el programa municipal de lucha contra el cáncer. Los resultados de la mortalidad se dieron a conocer a diversos actores sociales en el municipio, en especial al Cabildo.

2.-*La evaluación de la calidad de la Información;* se obtiene una evaluación del orden del 0.15, el ayuntamiento aún no tiene una instancia para evaluar la calidad de la información, en ocasiones solo se propone modificaciones al sistema en aquellos puntos que se reconocen como débiles o susceptibles de mejorar.

3.-*El apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población;* este indicador se reforzó totalmente al incorporarse profesores universitario con nivel de maestría, se diseñaron planes de recolección de datos cuanti y cualitativos, se consolidaron datos procedentes de la comunidad, del sistema de salud y de investigaciones, se interpretaron resultados y se formularon científicamente. Se inició el proceso de comunicación de información en salud a tomadores de decisiones, se diseñaron planes de muestreo para la recolección de datos, se realizó análisis de datos, se tradujeron en información clara y útil, y se inició un proceso de comunicación de información para algunas comunidades. El puntaje obtenido es de 0.97 sobre 1.

4.- *El soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud;* el ayuntamiento utilizó recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población, hasta llegar a algunos niveles de población local, se contó con dos computadoras, internet, pizarrón electrónico y cañón o equipo de proyección, con él se ha estructurado una sala de toma de decisiones, la Sala de Diagnóstico Situacional en Salud (SDSS). El mantenimiento de los equipos fue garantizado y el ejemplo donde se encuentran de forma demostrativa el uso de recursos computacionales, internet para monitorear el estado de salud es la pagina WEB del Ayuntamiento; <http://www.sanmartinhidalgo.info/> El puntaje obtenido fue de 0.96 sobre 1.

5.- *Asesoría y apoyo técnico;* se ha asesorado al ayuntamiento en el diseño de instrumentos de recolección de información, se ha comunicado a otros miembros del cabildo y de las comunidades la disposición para asesorarlos. Se

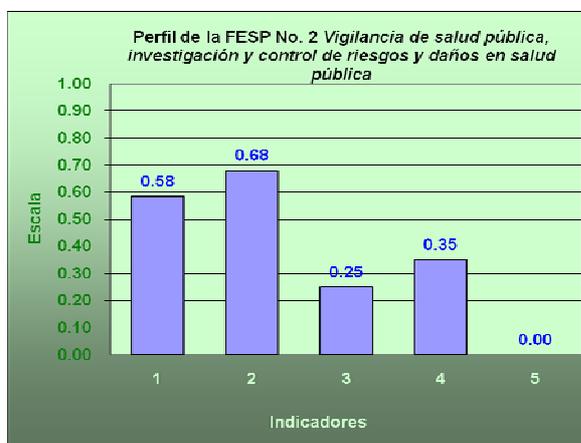
ha retroalimentado a los usuarios de la información. El puntaje obtenido es de 0.83 sobre 1.

Función Esencial No 2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños.

Se evaluó la vigilancia de la Salud Pública, Investigación y Control de Riesgos y Daños en Salud Pública, por los 5 indicadores de esta función.

1.-Sistema de vigilancia para identificar eventos y riesgos a la salud pública.

En este indicador se logró obtener la escala de 0.58 sobre 1, ello dado por la capacidad de analizar la naturaleza y la magnitud de los eventos y riesgos en el tiempo por los miembros de la comunidad universitaria y profesionales de la salud que trabajaban en el ayuntamiento, permitiendo definir



los factores protectores, eventos y riesgos que requirieron de una respuesta de salud pública. Parte de lo anterior se logró por la definición de roles de los actores claves del nivel local, así como en las respuestas a los eventos y riesgos. Un ejemplo de ellos, fue la participación de 24 agentes y/o delegados municipales en el control del dengue durante los años 2007, 2008 y 2009.

Otro ejemplo más fue el diagnóstico para el saneamiento de la microcuenca de Ipazoltic, donde amas de casa y escolares de nivel secundaria, identificaron los riesgos en salud pública para la población local de la contaminación del arroyo que pasa en medio de la localidad.

2.- Las capacidades y experticia en epidemiología.

El sistema de información desarrollado (la SDSS) permitió la identificación de riesgos y eventos en la salud pública de la población municipal, aunado a la capacidad y experticia de los académicos en epidemiología. Un ejemplo de ello fue, la realización de la encuesta sobre adicciones municipal, la metodología y su desarrollo para conocer la incidencia de adicciones por localidad, grupo de edad, sexo, frecuencia de consumo y tipo en el municipio. Se obtuvo un puntaje en la escala de 0.68, que se aceptó como satisfactorio, ya que se encuentra por arriba de la medida aceptada de 0.25.

3.- Capacidad de los laboratorios de salud pública.

No se desarrolló en el municipio un laboratorio de apoyo a la vigilancia e investigaciones epidemiológicas, pero el departamento de salud pública de la universidad, departamento del cual proceden los académicos involucrados en el proyecto, utilizaron el universitario, puesto al servicio de la comunidad en virtud del convenio entre la Universidad y el Municipio. Derivado de ello, es que se pudo clasificar taxonómicamente los vectores del dengue en los años, 2007, 2008 y 2009, así como realizar pruebas serológicas de Dengue a los sospechosos, serología de enfermedad de Chagas, cultivos bacteriológicos de los arroyos contaminados y exámenes de heces en búsqueda de parásitos intestinales a escolares, así como otros estudios de laboratorio. Se obtuvo un puntaje en la escala de 0.25, que se aceptó como satisfactorio.

4.-La capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública.

Este apartado evalúa la capacidad de respuesta oportuna y eficaz para el control de problemas de salud pública en el municipio, el resultado obtenido fue del rango de 0.35, poco aceptable, dado que no se desarrollaron protocolos y manuales de procedimiento basados en la información obtenida de la vigilancia para la respuesta rápida frente a los daños a la salud del ambiente y de las personas. Tampoco se definieron las responsabilidades de los encargados de mantener activa la comunicación entre los distintos componentes del sistema

municipal de vigilancia. Lo obtenido en este rango fue por la capacidad de haber detectado alguna amenaza a la salud pública en forma oportuna en los últimos 24 meses, como fue el caso del Dengue.

5.- *Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública de parte de los niveles municipales.* La asesoría y apoyo de manera regular en los niveles locales para desarrollar su capacidad de vigilancia prácticamente no existió, por lo que el rango obtenido fue de 0.

Función Esencial No 3. Promoción de la salud.

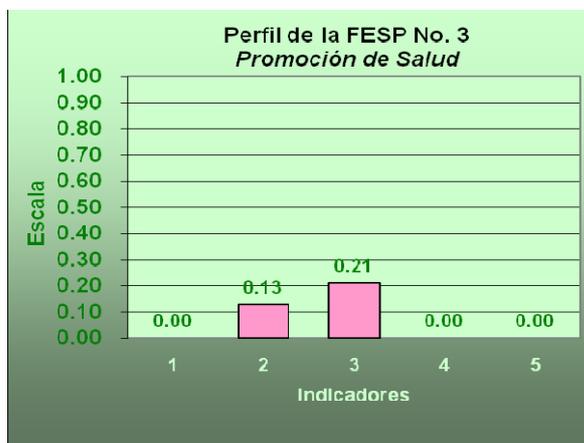
Promoción de la Salud, la cual se evaluó a través de 5 indicadores.

1.-El *apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables.*

Este primer indicador, gira

alrededor de si el municipio cuenta con una definición escrita de la política nacional de promoción de la salud. La respuesta fue que no, y ello demuestra el que no se trabajó en políticas de promoción de salud. No se puso énfasis en la elaboración de normas municipales basadas en políticas nacionales para la promoción de la salud.

2.-*Construcción de alianzas sectoriales y extra sectoriales para la promoción de la salud.* De formar regular no fue posible que existiera un sistema claro y preciso que estimulara la participación de los niveles locales, así como instituciones privadas, u otras instituciones del sector público y organizaciones comunitarias en actividades de promoción de salud. Sin embargo en algunos casos se logró un plan de acción, en el caso de los vendedores de



agroquímicos en el municipio se pudo constituir una red para la recolección organizada de los envases desechables en todo el municipio, colocando contenedores para que los campesinos colocaran dichos envases en esos contenedores durante la etapa de fumigación y aplicación de herbicidas en la época de siembra. Se calculó que se recogió en esta primera etapa un 40% del total de los envases vendidos en el municipio. Un dato relevante es que fue costado por los propios vendedores de agroquímicos. Con los profesores de la población de San Jerónimo se pudo realizar un estudio de las parasitosis de todos los escolares, y dar el tratamiento a través de la Secretaría de salud. así es como fueron dándose las alianzas, no de forma sistemática por lo que se alcanzó solo un rango de 0.13, considerado este resultado como un punto de mejora, dado que no fue posible crear un plan de acción con responsabilidades claramente definidas de los actores municipales a esta instancia de coordinación.

3.-Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud. La propuesta básica en este indicador fue la posibilidad de la autoridad de salud municipal, el cabildo o los servicios médicos municipales de desarrollar o implementar, en los últimos doce meses, una agenda para la capacitación y organización de las comunidades dirigidas a estimular iniciativas para mejorar las condiciones de salud de la población. El resultado fue que, como tal, no fue posible una agenda, sin embargo sí fueron posibles estrategias por programas verticales, estatales o federales, como el de SIDA, Adulto Mayor, Nutrición, Niño Sano, Embarazo Saludable, y muchos otros más.

4.-Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

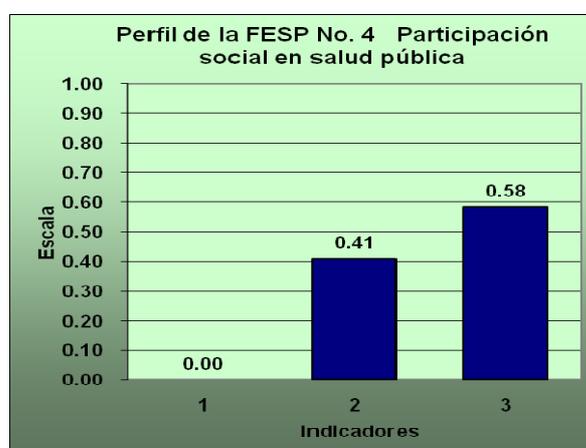
La Autoridad de Salud Local no ha desarrollado estrategia alguna para la reorientación de los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, o haber promovido un proceso de fortalecimiento de la promoción en la Atención Primaria de Salud, por tanto el rango es de cero.

5.-Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer las acciones de promoción de salud. Uno de los indicadores involucrados en este punto, es que la autoridad de salud municipal tenga las capacidades y la gente experta para fortalecer a los niveles locales en acciones de promoción, y esto no fue posible.

Función Esencial No 4. Participación de los ciudadanos en salud.

La función cuatro se evaluó a través de los siguientes tres indicadores

1.-Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública. Este indicador 4.1 Fortalecimiento de mecanismos de consulta y comunicación a la población se encontró en el rango de cero, y la causa principal fue que el municipio no asegura la existencia y operación



de mecanismos de consulta a la población y recepción de la opinión de la comunidad en asuntos de salud pública. Este indicador no fue posible desarrollarlo desde la intervención.

2.-Fortalecimiento de la participación en salud. Vinculado al indicador anterior, el fortalecimiento de la participación ciudadana no se concibe. El municipio cuenta con personas capacitadas para la promoción de la participación social en programas de salud pública, también ha establecido instancias formales de participación de la población en salud, pero toda participación es en o sobre el desarrollo de programas federales o estatales, ejemplo de ello son los programas contra la pobreza “Oportunidades” que prácticamente obliga a los receptores de estos programas (80 % aproximado de la población rural) a participar en lo que el programa marca e indica desde el nivel central. Es por ello que se ubicó en un rango de 0.41.

3.-Por tanto la *asesoría y el apoyo técnico a los niveles locales para fortalecer la participación social en salud*, se vinculó de forma importante a los programas centrales, dejando poco espacio para los programas municipales, sin embargo en programas y proyectos como el de cáncer, dengue, adicciones, nutrición en escolares, o de disposición de envases vacíos de agroquímicos se fortaleció los niveles locales, ya que fueron programas netamente municipales. La evaluación de los resultados de la participación social en salud y construcción de alianzas con la comunidad no existen, lo anterior ubicó este indicador en el rango de 0.58. Que puede ser considerada con favorable, pero sujeta a mejorar.

Función Esencial No 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión.

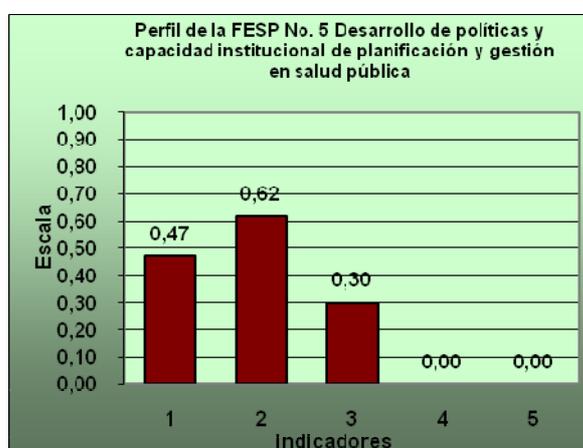
Esta función evaluó el Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión en Salud Pública.

Esta función tiene 5 indicadores a evaluar y sus resultados fueron los siguientes:

1.-*La definición local de objetivos en salud pública*

Los actores claves; población,

tomadores de decisiones y académicos fueron factores claves en la identificación de prioridades en salud pública, ejemplo de ellos es el saneamiento del arroyo o microcuenca de Ipazoltic, donde la población, apoyada técnicamente, por los académicos, presentó un estudio y un proyecto al cabildo para sanear las aguas servidas en la localidad, colocando biodigestores en las viviendas, otro de los puntos que se definieron fue la lucha



contra las adicciones y la lucha contra el cáncer. Este indicador alcanzó por ello un rango de 0.47, considerado como satisfactorio

2.-Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública.

En este indicador lo que se evaluó fue si la autoridad en salud local, o municipal asumió el liderazgo en el desarrollo de la agenda municipal de políticas de salud pública. Se obtuvo un rango de 0.62, consecuencia de que se fue construyendo poco a poco una agenda consistente con objetivos municipales, ésta se reflejó en el segundo informe de gobierno del presidente municipal, más sin embargo no fue definida al inicio de la gestión del gobierno municipal y se utilizó poco más de un año de gobierno municipal para perfilar la agenda.

3.-Desarrollo de la capacidad institucional (municipal) para la gestión de la salud pública.

Este indicador se relaciona con las posibilidades de desarrollar por parte del ayuntamiento liderazgo en la gestión en salud. Este indicador logró un rango relativamente deficiente 0.30. La razón fue que el liderazgo del ayuntamiento en salud estuvo siempre a merced del sistema de salud (Secretaría de Salud), aunque en el año de 2008, y principios del 2009, se inició la construcción del liderazgo en salud pública, sobre todo cuando apareció el brote de Influenza y el Dengue en el Estado de Jalisco.

4.-Gestión de la cooperación en salud pública.

Este indicador se enfoca hacia que la autoridad en salud local cuente con las capacidades y recursos para conducir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación internacional en el área de salud pública. Esto no es aún un espacio de actuación del municipio.

5.- Finalmente el indicador No. 5, *la asesoría y apoyo técnico para el municipio en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.*

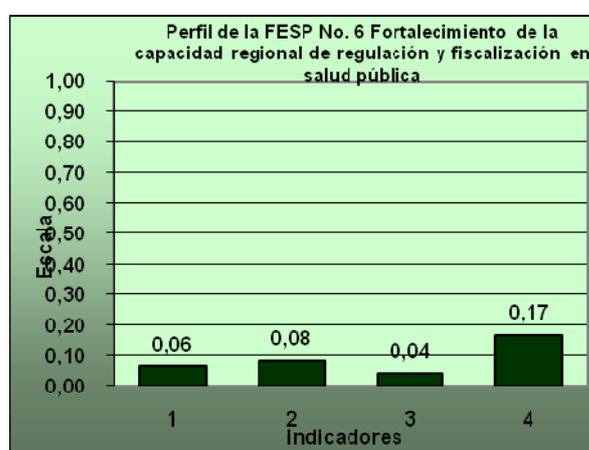
Este indicador *plantea principalmente que la autoridad de salud asesora y provee apoyo técnico a las localidades menores en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades de salud pública. No se logró a ese nivel de la intervención, por ello se obtuvo un rango de 0.0*

Función Esencial No 6. Fortalecimiento de la Capacidad Municipal de Regulación y Fiscalización en Salud Pública.

Esta función tiene 4 indicadores que evaluó:

1.-Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio.

Se consideró que el municipio no requería de la revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio, sino que se cumplieran los reglamentos que ya existían en el municipio, como fue el de manejo de aguas residuales, expedición de bebidas alcohólicas (cerveza) etc., existieron reuniones para revisar y



actualizar el de bebidas alcohólicas y por ello se logró en este indicador un rango de 0.06.

2.-Hacer cumplir la normatividad en salud. En el municipio existen reglamentos e instrumentos escritos claros que apoyan las actividades de fiscalización en salud pública, el reglamento de agua potable y alcantarillado, el de ecología y aseo público, de venta de bebidas alcohólicas y el de protección civil, pero el ayuntamiento generalmente no educa al ciudadano y a los trabajadores del ayuntamiento acerca de las normas de salud pública o ni los sensibiliza para su cumplimiento. Es por ello que este indicador obtuvo un rango de 0.08.

3.-*Conocimiento, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.* Se posee en el discurso la capacidad institucional suficiente para ejercer las funciones de apoyo y validación de la función normativa y fiscalizar su cumplimiento, existe la figura legal para ello, la del Síndico, pero cuando se realizó la evaluación aún no se disponía de procedimientos y recursos para hacer cumplir las normativas o reglamentos, esto más bien lo descargaban en el sector salud a través de su área de regulación sanitaria, dejando de lado, esta responsabilidad municipal.

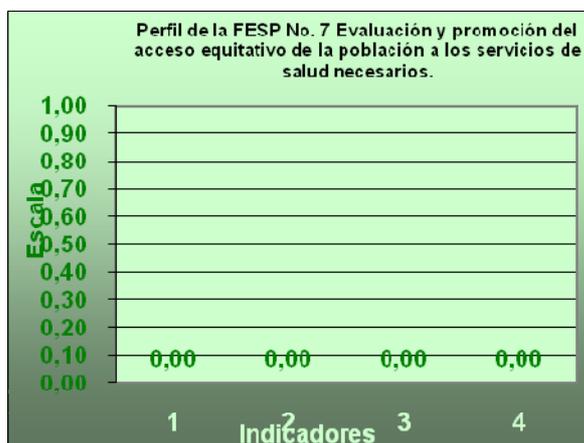
4.-Por consecuencia, el indicador No. 4 que es la *Asesoría y apoyo técnico extra municipal en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos municipales en salud pública* se sustenta con el sector salud (secretaría de salud), en ocasiones se asistió a capacitación por dicho sector, por lo que este indicador obtuvo un rango de 0.17, deficiente.

Función Esencial No 7. Acceso equitativo a los servicios de salud.

Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios. Esta función se evaluó con 4 indicadores.

1.-*Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios necesarios.*

2.- *Conocimiento, habilidades y mecanismos para acercar a los programas y servicios a la población.* 3.-*Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios.* 4.-



Recepción municipal de asesoría y apoyo técnico de salud por parte del sector salud, universidades y organizaciones civiles en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud que operan en el municipio.

Esta función de evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios no fue considerado en la intervención, dado que implicaba que el municipio condujera evaluaciones sobre del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios. El municipio no considera aún que debe intervenir en proceso de acceso y equidad en los servicios de salud, sin embargo los académicos realizaron varios estudios sobre el acceso a los servicios de salud. El principal fue la realización de autopsias verbales a través del familiar acompañante de los pacientes que murieron en todo el municipio por cáncer durante un periodo de 5 años, los diagnósticos estudiados fueron; mama, cérvix, próstata, pulmón, gástrico y de páncreas. Lo anterior arrojó que es necesario que el municipio se involucre en este tema y mejore el bienestar de esta población, dado que se encontró significativamente inequidad de acceso a los servicios de oncología de la población rural, pobre, necesitando, en la gran mayoría de los casos, de algo más de 6 meses para el diagnóstico. Existieron casos que nunca acudieron a un servicio médico. Esta función encontró que todos sus indicadores obtuvieron rangos de 0.00

Función Esencial No 8. Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos en Salud Pública.

Esta función evaluó el Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos en Salud Pública.

Esta función tiene 5 indicadores.

1.-Características de la fuerza de trabajo en salud pública.

La Autoridad en Salud municipal no mantuvo un registro actualizado de los puestos ocupados y vacantes en



los servicios de salud pública, así como estimaciones del número de trabajadores voluntarios que proveen servicios de salud pública en el municipio, esto lo realiza el sector salud. El rango fue de 0.00.

2.-Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

Evalúa a la autoridad municipal en el desarrollo para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo que labora en el municipio, no se detectó o se desarrolló por parte del ayuntamiento estrategias para el mejoramiento de la escasa fuerza de trabajo, sin embargo la Universidad propuso un Diplomado en gestión de la salud pública para tomadores de decisiones dentro del municipio, dicho diplomado lo tomaron 7 profesionales de la salud que laboraban en el municipio. Es por ello que en este indicador se obtuvo un rango de 0.23.

3.-Educación continua permanente y de posgrado en salud pública.

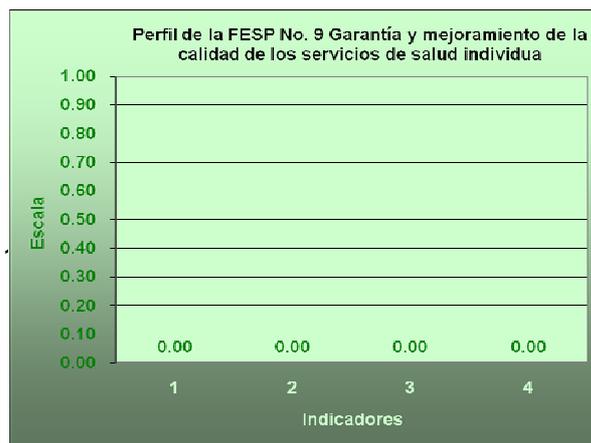
4.-Perfeccionamiento de los recursos humanos en salud.

5.-Asesoría y apoyo táctico a nivel municipal en el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Se consideró que no existe un compromiso por parte del ayuntamiento, por lo tanto estos indicadores no se desarrollaron, siendo formalmente importantes. No existe presupuesto o partida presupuestal para la financiación de ello, el diplomado fue pagado a la Universidad por los propios profesionales de la salud.

Función Esencial No 9. Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos.

Esta función evaluó la Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos.



Esta función tiene cuatro indicadores.

1.-Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo.

2.-Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

3.-Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.

4.-Asesoría y apoyo técnico al municipio para asegurar la calidad de los servicios.

Ninguno de los aspectos que corresponden a la función Esencial No. 9 fue abordado por el proyecto por lo que no procede su evaluación.

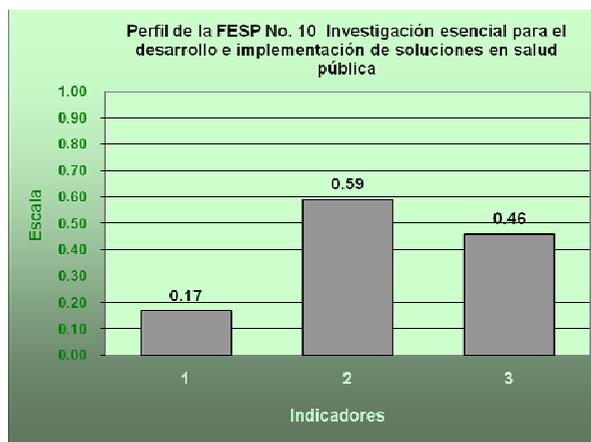
Función Esencial No 10. Investigación.

Esta función evaluó la investigación en Salud Pública en el municipio.

Son tres los indicadores sobre la investigación.

1.-Desarrollo de una agenda de investigación.

Se construyó una agenda de investigación, en la cual se determinó las carencias de investigación en salud pública del municipio, y se apreció la necesidad de evidencias para fundamentar decisiones y políticas relevantes en



materia de salud pública a tomar por el cabildo. Las decisiones y políticas relevantes se centraban en decisiones poco discutibles entre los actores concernidos en el municipio. Este indicador alcanzó un rango de 0.17, deficiente aún.

2.- Desarrollo de la capacidad institucional o municipal de investigación.

Se inició el desarrollo para lograr la capacidad institucional para la investigación en salud pública, se apoyó este desarrollo al incorporar alumnos de la Universidad para desarrollar los estudios de mortalidad, parasitosis, adicciones, estudios bacteriológicos de agua en las microcuencas, seguimiento de pacientes tratados por enfermedad de Chagas. En esta enfermedad la investigación produjo 4 artículos en revistas indexadas, que se encuentran referidos en la página WEB del ayuntamiento. El indicador obtuvo un rango de 0.59

3.-Asesoría o apoyo técnico para la investigación en salud pública al municipio por parte del sector salud o universidades.

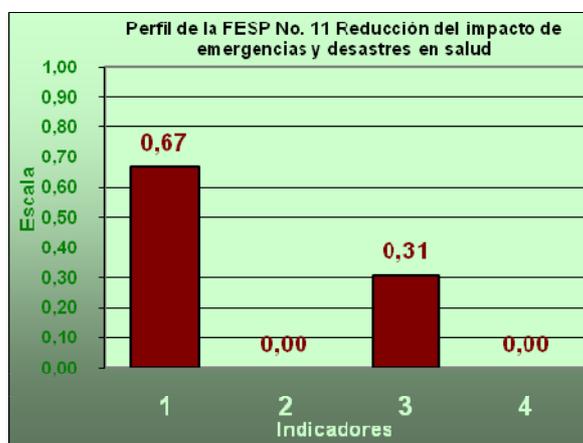
Se apoyaron proyectos de Investigación en riesgos epidemiológicos, por parte de la Universidad. Fueron investigaciones de tipo participativas, multidisciplinarias y/o transdisciplinarias, tal caso fueron los proyectos sobre del dengue, Chagas, cáncer de cérvix, saneamiento del arroyo de Ipazoltic, adicciones. Este indicador alcanzó un rango de 0.46.

Función esencial No 11. Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud.

Esta función evaluó la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud. Se mide a través de 4 indicadores.

1.-Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres, así como en el indicador

En el primero se alcanzó un rango de 0.33, y ello por existir, un plan local integrado en el plan regional y nacional de emergencias, dicho plan



incluyó un mapa de riesgos de emergencias y desastres en el territorio regional y local, así como del sector salud y demás instituciones u organizaciones que existen en el municipio. Existe una unidad dedicada a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en el municipio, con presupuesto, área física y vehículos. Este indicador logró un rango de 0.67 considerándose como un área desarrollada.

2.-Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción de emergencias y desastres en salud.

La pregunta principal de esta indicador gira alrededor de sí la autoridad de salud local o municipal desarrolla estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud. La respuesta fue que no hasta el momento de la evaluación. Por lo tanto el rango es de 0.0

3.-Coordinación de alianzas con otras agencias y/o instituciones.

Alcanzó un rango de 0.31, ello se debió a que esta área del ayuntamiento se coordina con otras agencias o instancias en la reducción del impacto de emergencias y desastres, tanto a nivel regional como estatal.

4.-Asesoría y apoyo técnico a nivel municipal para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Este indicador se encuentra relacionado con el indicador No. 2, dado que se refiere a la asistencia a comunidades locales del municipio para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud, si lo anterior no se realiza en la cabecera municipal, no es posible realizarlo en otras áreas del mismo municipio. Por lo tanto el rango de este indicador fue de 0.00.

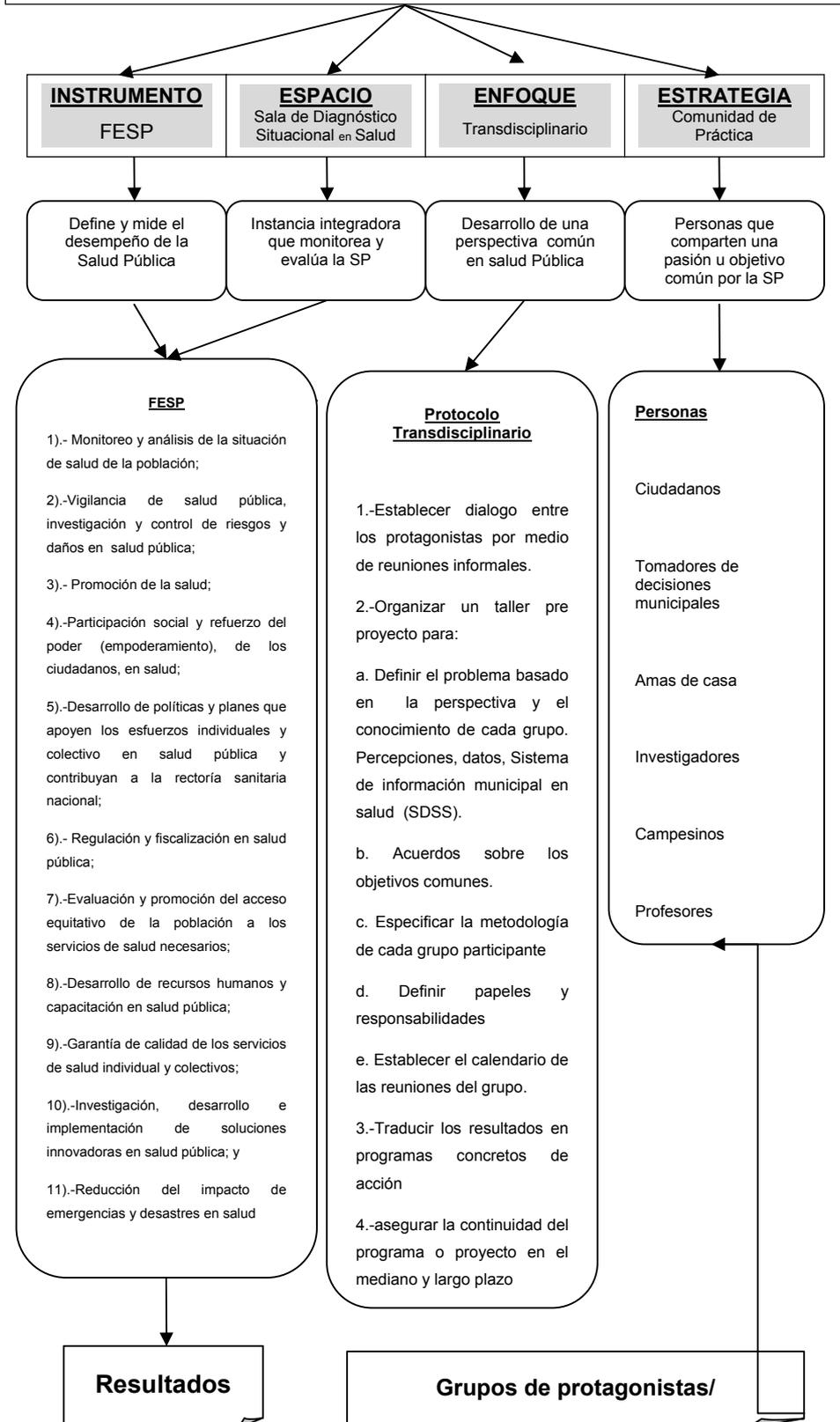
Se ha obtenido conocimiento nuevo que permite el desarrollo de una perspectiva común en la salud pública, conocimiento que se produce desde los

actores locales y regresa a ellos. Que fue útil para la toma de decisiones locales. Que permitió la planificación y gestión local de la salud pública.

Un resultado obtenido más, que puede ser considerado secundario, fue el modelo que arrojó el mismo proceso. Al generar una representación, se puede considerar que existe un modelo del proceso desarrollado durante la investigación, este se expone a continuación en la figura No. 2.

Figura No. 2

Modelo de Gestión de Municipal de la Salud Pública



El trabajo se ha planteado para generar y operar en el municipio de San Martín de Hidalgo, un sistema de información municipal en salud pública, con capacidad de poner a disposición de la comunidad, la información necesaria, con la intención de conseguir resultados de orientación racional, suma de la planificación normativa, como todo sistema de información. Los resultados en principio serán en ese sentido.

Entonces, lo primero a conocer en el municipio, deberá ser cual es el estado de la salud pública en el municipio, las fuentes de información, los datos, y el nivel de análisis de los datos. En segundo plano; el sistema de información en salud municipal, con la capacidad de poner a disposición de la comunidad la información necesaria para gestionar la salud. Lo anterior requirió evaluar el nivel de desarrollo de la salud pública en el municipio, evaluar las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

En segundo término, una vez que la información está disponible, se ha pretendido promover *la acción capaz de desarrollar la participación* de la población, para mejorar la salud de ésta, y su evaluación. Ambos aspectos se enmarcan en resultados obtenidos de forma cualitativa, con la subjetividad y validez de observación del investigador.

Los resultados se presentan en tres apartados; la evaluación de las FESP antes de la intervención (2007); la intervención para mejorar el desempeño de las FESP y los resultados obtenidos de dicha intervención; finalmente, la evaluación de la intervención al final del año 2009.

V. DISCUSIÓN

Planteamos en la exposición teórica la búsqueda de un nuevo paradigma en gestión de la salud, trazamos la propuesta: un modelo que involucra; la disposición del conocimiento necesario del desempeño de la salud pública y su desarrollo en el municipio; una acción a través de individuos interesados en mejorar la salud de la población. Para ello el modelo utilizó el concepto de sala de diagnóstico situacional en salud; las 11 funciones esenciales de la salud pública; el enfoque transdisciplinario; las comunidades de práctica.

También planteamos que desde lo local, se gestiona y se mejora la salud de las poblaciones, por los principales actores locales: Los tomadores de decisiones locales, la población en general; amas de casa, agricultores, campesinos, comerciantes, etc., con la participación de profesionales de la salud y científicos involucrados. Planteamos un rol para el gobierno local en los problemas de salud, planteamos la posibilidad de una capacidad para diseñar y ejecutar políticas públicas sanitarias apropiadas, adecuadas a las necesidades locales, sustentables a través del tiempo “de abajo hacia arriba”, con la fortaleza de la gobernabilidad local. Planteamos investigar y actuar el concepto de ciudadanía y salud, donde se creara aprendizaje, la acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos. Por lo anterior se asumió a la gestión municipal de la salud pública como la actividad de aprender y de accionar de forma multidisciplinaria o transdisciplinaria.

Para tal propósito, Jean Lebel sustenta una serie de conceptos de planificación participante, para que las comunidades conozcan los aspectos que limitan su desarrollo, sus necesidades y recursos. Facilitando que la comunidad adquiriera

conciencia junto con los académicos y los tomadores de decisiones municipales de acciones que contribuyan modificar la realidad en que se vive, Lebel J. (2005).

En ello se consideró al municipio desde las dimensiones; territorial, de cercanía y accesibilidad a la ciudadanía, y desde los actores sociales, económicos y políticos que interactúan dentro del ámbito territorial, Pérez P. (1991). Para tal efecto, se seleccionó un municipio rural típico de México. Con una administración tradicional caracterizada por un medio estable, con cambios contextuales lentos, donde las demandas de la población que por lo general son también de carácter estable y por lo tanto con respuestas de una administración municipal que simplemente trata de controlar, registrar, ordenar y mantener sus procesos de gestión. Con una marcada rigidez estructural, con centralización en las decisiones, principalmente en la presidencia municipal, con pobre planeación en el campo de la salud, con tecnología primitiva, con escaso o nulo conocimiento de las necesidades de salud de la población. En una cultura organizacional de trabajo por costumbre, por rutina. Así definen las cosas que hay que hacer, principalmente en el campo de la salud.

Por lo tanto, el marco teórico de la investigación fue para desarrollar un modelo de gestión de la salud pública sustentado en un sistema de información municipal, que pusiera a disposición de la comunidad información necesaria para tomar decisiones que permitan mejorar la salud, con el propósito de encontrar y desarrollar dentro de la estructura y organización del municipio, los elementos y procesos que articulen al interior del mismo la posibilidad de la gestión de la salud de la población.

En este contexto definimos un mapa de ruta; sustentado en escenarios vinculados; conocimiento de la realidad local; sistematización de la salud pública local a través de la evaluación de las FESP; la acción sustentada en la transdisciplinariedad; las comunidades de práctica. Para desarrollar identidad y significado de la salud pública y la acción.

Lo planteando en esta hipótesis de relación causal, es que; a mayor disponibilidad de información sobre de la salud de la población, mayor participación y toma de decisiones en salud por y entre las autoridades locales, población y académicos. Esta hipótesis demando validar como la generación de información necesaria en salud pública (la SDSS con la información de las 11 FESP accesible a los tomadores de decisiones y a la población) pudo explicar la participación multi o transdisciplinaria de grupos de individuos interesados en la salud de la población (comunidades de práctica).

Expondremos como la información en salud de la población, puesta a disposición de los grupos involucrados, posibilitó o generó un cambio, un efecto en la salud pública.

Utilizamos para medir el cambio, el desempeño de las 11 FESP entre los años 2007 y mediados del 2009, con la misma metodología, en la misma población, en el mismo territorio y con los mismos tomadores de decisiones. La información obtenida o lograda en esta etapa del proyecto refleja datos ensamblados y estructurados en un contexto coherente y procesado con el propósito de medir el desempeño de las FESP en el municipio.

El cómo se relacionó, vertical y horizontalmente, socialmente articulada y funcionalmente la información contenida en el desempeño de las FESP.

Necesito de varios pasos, un primer paso necesario, fue lograr la apropiación social del conocimiento por parte de los tomadores de decisiones, que posibilitara la gestión de políticas públicas municipales, basadas en el conocimiento disponible a través de la evaluación de las FESP en el año 2007.

El otro paso, el ahondar en la cultura y naturaleza de los posibles involucrados, ir más allá de la cultura de gratuidad, receptora de beneficios tal como lo ha referido Celedón C. y Noé M. (2000). Donde se considera al ciudadano como beneficiario. La cual, ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación ciudadana, por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud. Que consideran a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud. Había que romper la tradicional relación vertical existente, propia del sector de la salud, que asigna escasos espacios de participación a las personas. Visión predominante en las organizaciones creadas bajo el concepto de gratuidad de la salud donde el sector de la salud ha tenido un papel y desarrollo preponderantes. Desde este enfoque, se pasó al enfoque transdisciplinario y de las comunidades de práctica. Había que pasar de lo posible, a lo realizable. Ambas decisiones fueron ejes críticos del proyecto, y esto evidentemente le correspondió al investigador (es) involucrados. Se buscó que el conocimiento logrado, se aproximara desde los investigadores a la población, y a través de ello contribuir a la apropiación social del saber y facilitar la utilización de los resultados para beneficio de esa población. Con dicho conocimiento se intentó; promover el trabajo colaborativo y la articulación de las actividades y grupos sociales, respetando su autonomía y aprovechando sus experiencias para beneficio de los demás. La información de la salud local, permitió cerrar la brecha entre la gente y los tomadores de decisiones; promover entre investigadores y la población competencias necesarias para desarrollar y aplicar la investigación a la solución de los problemas prioritarios en salud;

promover el uso compartido de la información del desempeño de las 11 FESP, a través de la promoción y utilización de la Sala de Diagnóstico Situacional en Salud del Municipio. Para la cual se realizó un video de 20 minutos. Así, el acceso a la plataforma tecnológica de la página Web del ayuntamiento no fue la única dimensión para gestionar la salud municipal, esta página constituyó la espina dorsal del conocimiento en salud. Se requirió de la transferencia de saberes, ideas, capacidades y aptitudes, así como la permeabilidad cultural entre los habitantes y la organización municipal, desde sus valores y actitudes compartidas. Se necesitó de una comunidad donde se catalizaran los significados, el aprendizaje, la práctica de la salud pública, donde pudiéramos trasladar el conocimiento logrado, buscando, trabajando el aprendizaje social.

Etienne Wenger en su teoría del aprendizaje social parte del supuesto siguiente; el compromiso en la práctica social, se convierte en el proceso fundamental por el que aprendemos y nos convertimos en quienes somos Wenger E. (1998). Señala que la unidad básica de análisis no es el individuo, ni las instituciones sociales, sino las comunidades de práctica que forman las personas en su intento de lograr una empresa conjunta con el tiempo, para tal efecto Wenger refiere una serie de indicadores que muestran que se ha formado una comunidad de práctica, lo que sucede cuando existe:

1. unas relaciones mutuas sostenidas, sean armoniosas o conflictivas.
2. unas maneras compartidas de participar en la realización conjunta de actividades.
3. un rápido flujo de información y de propagación de información.
4. un rápido establecimiento de un problema a discutir.
5. una identidad definida mutuamente

6. saber que saben los demás, que pueden hacer y cómo pueden contribuir.
7. la capacidad de evaluar la adecuación entre acciones y resultados
8. ciertos estilos reconocidos como muestra de filiación
9. un discurso compartido que refleja una cierta perspectiva del mundo.

A través de estos indicadores se fueron trazando la presencia de la comunidad de práctica, buscamos establecer las relaciones significativas entre el conjunto de conocimientos organizados y sistematizados logrado en las FESP, y comprobar la participación y toma de decisiones en salud, por y entre las autoridades locales, población y académicos o investigadores.

El desarrollar las relaciones mutuas sostenidas y una práctica de la salud pública en el municipio, exigió necesariamente la formación de una comunidad cuyos miembros pudieran comprometerse mutuamente, y con ello, reconocerse recíprocamente como participantes. Las negociaciones entre el grupo municipal electo y el grupo académico, se consolidaron oficialmente con la firma del convenio de cooperación entre la Rectoría General de la Universidad de Guadalajara y la Presidencia Municipal, el cual fue firmado el 18 de Junio 2007.(anexo No. ¿?) El convenio definió quienes somos (universitarios y políticos municipales) en función de las formas en que experimentamos la salud pública por medio de la participación conjunta, en función de dónde venimos y a dónde vamos, y definimos quienes somos por las maneras en que conciliaremos nuestras diversas afiliaciones en una nueva identidad. Las relaciones con la población, las iniciamos los investigadores con líderes comunitarios, profesores de educación primaria, profesionales de la salud que prestan sus servicios en el municipio, y con tomadores de decisiones municipales que voluntariamente accedieron a participar (servicios médicos

municipales, regidor de salud, director de aguas municipal, basura, panteones, jardines y regidor de ecología).

Los universitarios iniciamos, como tramitadores de la salud pública. Nuestra labor en función de los resultados obtenidos de las FESP. La mortalidad y la morbilidad mostró que el Cáncer se había convertido en los últimos años, en la primera causa de muerte en el municipio. Que las enfermedades infecciosas y parasitarias o la mortalidad materna, o infantil, se han modificado, y que se convive con una morbilidad del desarrollo (infecciosas y parasitarias) y, una mortalidad de País desarrollado, Santos J.I. et al (2003), Kumate J. (2002), Vázquez J.L. (2001), Martínez C. y Leal G. (2002).

Encontramos que la promoción de la salud (FESP No.3) y el fortalecimiento de la participación en salud (FESP No. 4) giran alrededor de la organización de la comunidad por comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El cáncer no era parte del inventario local de la promoción de la salud, ni de la participación ciudadana, menos aún del desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública (FESP No. 5). El Cáncer, y la lucha contra él, son pertinentes en el desarrollo de la hipótesis. Iniciamos lentamente una historia de aprendizaje compartido sobre el cáncer en general, una trayectoria de aprendizaje, una experiencia negociada. Intentamos una afiliación definida globalmente en la lucha contra el cáncer, no experimentada localmente. Tramitamos un rápido flujo de información y propagación sobre los tipos de cáncer presentes en el municipio dando a conocer la mortalidad por la enfermedad, la población que lo presentaba, realizamos una serie de autopsias verbales, de 5 años atrás de las defunciones por cáncer (cérnix, mama, pulmón, próstata, estómago y páncreas). También realizamos una serie de encuestas sobre conocimientos sobre la prevención

del cáncer en profesionales de la salud, que trabajan en el municipio, así como de profesores de escuelas primarias y secundarias y población en general.

La presencia del cáncer entre la población municipal, se enfrenta a similares condiciones sociales y económicas. No hay un grupo mayor o menor expuesto. Por lo tanto el cáncer, posibilitó una identidad definida mutua en el campo de la salud pública. Todo habitante tiene un conocido, un amigo o un familiar que ha padecido o tiene cáncer, les es familiar por lo que se pudo acceder al problema a discutir. Se estableció un discurso compartido, una perspectiva del cáncer en el municipio; la perspectiva de la lucha contra el cáncer.

La mezcla de participación y no participación se dio entre los investigadores, algunos definieron sus relaciones con otros problemas de salud en el municipio, otro definió afrontar las adicciones (alcohol, tabaco y drogas duras), otros el uso de agroquímicos y pesticidas.

Volviendo a la comunidad de práctica de lucha contra el cáncer, algunos tomadores de decisiones municipales, incluyendo al Presidente Municipal se sumaron a la lucha contra el cáncer. Participando plenamente; solicitó un programa, un coste y la necesidad de iniciar con detecciones a toda la población susceptible. Se presentó el programa por los involucrados, en reunión de Cabildo y fue aprobado por este órgano de representatividad político municipal, por lo que le asignaron una financiación.

Una vez definido, social, política y científicamente luchar contra el cáncer en el municipio. Se participó en la realización de cientos de detecciones de cáncer de cérvix, de mama, decenas de próstata, se transfirió conocimiento sobre su prevención a escolares, profesores, en las escuelas primarias del municipio, se

interaccionó con los demás. Aprendimos sobre el cáncer y su prevención en el Programa Municipal de Lucha Contra el Cáncer 2008.

Desde la autocrítica al proyecto, a lo largo de este trabajo se ha considerado que la salud pública es una situación social, donde la salud de la gente es un fenómeno público, y es la expresión y condición para el desarrollo local o municipal. En ese sentido el esfuerzo, la oportunidad de realizarlo, el tiempo invertido, la oportunidad de interactuar con el gobierno municipal y con la población por parte de los investigadores debió dar más y mejores resultados que los logrados. Principalmente en la promoción de la salud y la participación ciudadana, así como en el campo de la generación y desarrollo de políticas públicas municipales.

También faltó profundizar e incorporar, una noción más holística de la salud relacionada con las múltiples condiciones ambientales existentes en el municipio, dado que las investigaciones que pretenden facilitar la comprensión e intervención en la salud de la población, no pueden desconocer el conjunto de procesos del medio ambiente y su relación con la salud. Las FESP dejan de lado este aspecto.

Otra crítica importante, probablemente lo más crítico durante todo el proyecto, fue el de los tomadores de decisiones o políticos municipales y la participación ciudadana. El municipio no generó un solo proyecto en que éste se percibiera involucrado en el fortalecimiento del poder de los ciudadanos para la toma de decisiones en salud pública. El interés por la participación ciudadana no se construyó entre los tomadores de decisiones y la población. Se desarrolló entre investigadores y la población. Los universitarios, los investigadores, tuvieron más relación con uno y con el otro para gestionar el proyecto. Éste es

un espacio crítico que debía haberse corregido en su oportunidad, los investigadores prefirieron esta doble visión. Tratar con unos y con otros, y esto no facilitó el empoderamiento de la población, lo cual podría explicarse por lo siguiente; de los tres protagonistas involucrados que de una u otra forma comparten socialmente la responsabilidad de mejorar las condiciones de salud de la población. Solo dos actores; el municipio y la universidad establecieron un convenio con el aporte de cada una de las instituciones. En este sentido a la sociedad civil, y su organización informal local, con o sin antecedentes de participación social. Se le dejó de lado, no se les incorporó a convenio o acuerdo alguno. En este análisis, consideramos que se debió de acordar también formalmente con algunos grupos organizados en el municipio, estableciendo pactos y formalizarlos con la Universidad o con el Municipio.

Cuando consideramos lo obtenido y lo comparamos con otros autores, que abordan la gestión local o municipal de la salud pública, el proyecto ha alcanzado dos productos concretos:

- a) promoción del desarrollo y puesta en marcha de un sistema formal de gestión social del conocimiento en salud pública, a través de tomadores de decisiones, población e investigadores en el nivel local o municipal.
- b) desarrollo de una comunidad de práctica compuesta por población, tomadores de decisiones, y académicos, capaces de actuar en red para generar y aprovechar el conocimiento requerido para la toma de decisiones.

Estos dos productos, son punto de partida a diferenciarse de lo publicado por otros autores.

Por otro lado, desde las organizaciones donde se gesta la política y las estrategias de Salud en América; la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, el tema de la salud pública y el municipio, se aborda a

través de variados documentos oficiales; por referir, en el documento Municipios y Ciudades Saludables, OPS (2005) se refiere que la excelencia en el liderazgo político municipal se caracteriza por el uso exitoso de la evaluación de la promoción de la salud. Donde alcaldes y otros formuladores de políticas de gobierno y los encargados de adoptar las decisiones deben:

- Reconocer que la promoción de la salud es un aspecto fundamental para lograr la equidad, mejorar la calidad de vida y la salud para todos.
- Exigir la evaluación y seguimiento como parte de todas las iniciativas de promoción de la salud.
- Establecer una infraestructura para apoyar la evaluación de la promoción de la salud.
- Promover y apoyar la colaboración entre los sectores del gobierno, los sectores privado y público, las universidades y los socios no gubernamentales.
- Utilizar los resultados de la evaluación de la promoción de la salud.

El resultado de esta postura, es que, los gobiernos de gran parte de los países latinoamericanos impulsaron esta estrategia a través de los sistemas de salud de los respectivos países. La literatura publicada sobre resultados de esta estrategia, es bastante escasa. En el que, frecuentemente los sistemas de salud no se caracterizan por investigar y mostrar sus resultados.

En México, la literatura científica sobre el tema es reducida, quizá el único artículo disponible sobre el tema, que se refiere al municipio como una estrategia para el desarrollo de la salud pública. Los autores lo realizaron siendo directivos de la oficina de la OPS en México, Sotelo J.M. y Rocabado F. (1994). En ese trabajo se valoran únicamente las estrategias de promoción de

la salud además de plantearse la posibilidad de aplicar la estrategia de municipios saludables, como una forma alternativa y propiciatoria del desarrollo y el bienestar y como una manera de distribuir más equitativamente la salud. Los autores citados antes, proponen apoyar la creación de un movimiento regional de municipios saludables.

En el mundo latinoamericano, diversos autores han realizado investigaciones sobre la gestión de la salud, basado en el conocimiento disponible con el objetivo de proponer lineamientos y proyectos pensados para el bienestar de las comunidades, RCIPSS (2009). Otros autores han realizado investigaciones. De Sousa M.B. (2008), sobre resultados obtenidos por los gestores municipales de salud y el grado de gestión participativa municipales, proyecto desarrollado en el Estado de Paraíba- Brasil, con una muestra de 142 secretarios municipales de salud, en ejercicio en la red de servicios de salud. Refieren en sus resultados qué en los municipios investigados, el modelo adoptado por los gestores no envolvió la participación de los grupos integrantes al sistema. Que no hubo actuación directa de esos grupos, con influencia en la gestión y recomiendan que es necesario analizar la amplitud de la contribución de los grupos integrantes del sistema de salud en el proceso decisorio. Que es preciso considerar las características básicas de la dimensión o intensidad de la contribución de esos grupos en el proceso de toma de decisión.

Se han publicado otra experiencias, como las del Gobierno de El Salvador, en cooperación con instituciones como la OPS, Rivas, P. (2002), Estos autores publican resultados de los procesos de gestión municipal de servicios de salud en los municipios de San Juan Opico y Periquín, y se refieren a la municipalización del servicio de salud viable. Como culminación del proceso de descentralización de los servicios de salud en El Salvador, en el sentido de que el municipio y el establecimiento municipal de salud son las unidades mínimas

de planificación del servicio, y constituyen la clave para articular a la población en la solución de los problemas de salud. Refieren que la descentralización por la vía de la departamentalización, los Sistema Sanitarios y la municipalización hacen más accesible el servicio de salud, tanto desde el punto de vista geográfico como socio-económico. Para su organización se toma en cuenta la lógica del uso de la población debida al funcionamiento de los circuitos económicos y la vida cotidiana. Con la planificación municipal del servicio de salud es posible incluir en la planificación a la población de los llamados “bolsones” intermunicipales, quienes constituyen uno de los sectores sociales más vulnerables a los problemas de salud. Consideramos así, que, la función de la municipalización de la administración del servicio de salud es mejorar la atención a la población y su inclusión en el servicio comunal como la introducción de aguas negras, agua potable, letrinización, etc., como experiencia de un primer paso a la municipalización de los servicios de salud pública.

En la medición del Desempeño de las FESP, otra estrategia de la OPS, seguida también por varios Gobiernos en Latinoamérica. México no la sigue, son las evaluaciones regionales y municipales. Perú, Colombia, y actualmente Argentina lo están haciendo o lo han hecho, financiados por el FMI. Hay que desatacar que todos los ejemplos de las mediciones, OPS (2007–B), Ministerio de Salud (2006), PDFSP (2005), OPS/La Experiencia de Puerto Rico. (2001), OPS 2006), realiza el sistema de salud para conocer sus propias debilidades y fortalezas.

En la literatura, no parece existir un referente que promueva desde el municipio el desarrollo y la puesta en marcha de un sistema formal de gestión social del conocimiento en salud pública, a través de tomadores de decisiones, población e investigadores en el nivel local o municipal. Por lo tanto, es posible que al no

encontrar bibliografía referente a este tema, se pueda considerar para su discusión este punto agotado. Sin embargo, su estudio y aplicación nos parece capital para el desarrollo de acciones de empoderamiento que tan reiteradamente reclaman las organizaciones internacionales.

Desde la academia se promovió y se trabajó tres años en la gestión del conocimiento en salud pública de forma continua, esto no solo contribuyó a la salud de la población, ya que, desde el ámbito académico, los alumnos de la licenciatura de medicina, realizaron, en este proyecto; el diagnóstico de salud de algunas de las 25 localidades, y 5 tesis de maestría del área de servicios de salud. Todo ello aproximó la docencia de licenciatura y posgrado de nuestra Universidad a otra realidad de la salud de la población fuera del paradigma, de que la salud pública se aprende y se practica solamente desde los sistemas de salud.

Desde la población, los habitantes convivieron, discutieron y actuaron con investigadores sus realidades, posteriormente hicieron lo mismo con algunos tomadores de decisiones municipales, y lograron que sus realidades fueran las realidades de los demás involucrados, esto se reflejó principalmente en el control de vectores intradomiciliados en la comunidad de Ipazoltic, donde la población decidió con asesoría técnica de los universitarios como combatir y controlar las moscas, mosquitos, triatominios, cucarachas y escorpiones dentro de sus viviendas.

Por último, y como sucede al hacer una investigación, surgen nuevas preguntas, nuevas hipótesis: En el ámbito de las políticas públicas nacionales, como promover en el país una gestión del conocimiento en salud pública que aproxime a los investigadores y a los tomadores de decisiones, que contribuya

a la apropiación social del saber y facilite la utilización de los estudios para beneficio de las poblaciones locales, y asociado a ello, y a la vez, este trabajo deja planteadas una serie de preguntas:

- ¿Cómo mejorar la promoción de competencias necesarias para desarrollar y aplicar la investigación a la solución de los problemas prioritarios en salud entre investigadores y tomadores de decisiones?
- ¿Cómo disminuir la brecha existente entre los investigadores, los tomadores de decisiones y la población a nivel local?
- ¿Cómo promover el trabajo colaborativo y la articulación de las actividades y grupos que realizan investigaciones en este campo, respetando su autonomía y aprovechando sus experiencias para beneficio de los demás?
- ¿Cómo promover el compromiso de las instituciones con la investigación?
- ¿Cómo suscitar el uso compartido de información y recursos para la investigación de los sistemas de salud?
- ¿Cómo posicionar la investigación en salud pública en la agenda política?

Finalmente, la necesidad que se puede considerar como necesaria para mejorar el modelo propuesto en esta investigación, es explorar con mayor profundidad la gestión participativa de la salud por los grupos vinculados en este tipo de proyecto, así como de otros grupos sociales.

VI. CONCLUSIONES

Al final del trabajo realizado podemos extraer las siguientes conclusiones:

1ª En el municipio de San Martín de Hidalgo, Jalisco, se ha formado una comunidad de práctica en salud pública, ciertos estilos de trabajo reconocidos como muestra de filiación, y cierta capacidad de evaluar acciones y resultados en salud.

2ª El diagnóstico de salud realizado en los núcleos de población del municipio de San Martín de Hidalgo nos muestran una comunidad en la que siguen estando presentes muchos problemas de salud propios de una sociedad no desarrollada pero en la que ya están fuertemente asentados problemas propios de las sociedades más desarrolladas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, adicción a drogas, etc.). Se trata de un municipio en el que se está produciendo una clara transición epidemiológica.

3ª El estudio ha puesto de manifiesto que no puede hablarse con propiedad de fuentes de información para el municipio. Si bien es cierto que las autoridades sanitarias de cada una de las estructuras que operan en el municipio disponen de datos relacionados con los aspectos que le son de interés, por lo general estos datos no están integrados y no son del conocimiento y a veces ni del interés de los responsables políticos del municipio ni de la población.

4ª La creación de la Sala de Situación de Salud se ha mostrado como un instrumento válido para movilizar a los tomadores de decisiones en el municipio y a la población en torno a los asuntos relacionados con la salud pero, en la fase en la que se encuentra en el momento de hacer esta evaluación, no ha conseguido una completa interrelación entre unos y otros.

5ª Al evaluar los resultados se ha hecho evidente la insuficiente movilización y participación de los recursos propios de los distintos subsistemas del Sistema de Salud de México, lo que pone de relieve la importancia de la maduración de los movimientos ciudadanos y municipales para que sean ellos los que fuercen el cambio y exijan la adaptación de las estructuras a las necesidades locales.

6ª Por último, desde la perspectiva académica se concluye que este tipo de investigación es un ejemplo muy claro de investigación translacional tan demandado en la actualidad y que al poner el conocimiento a disposición de la población, también genera nuevas fuente de aprendizaje a los profesionales sanitarios y a los investigadores.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Albornoz, Mario, Alfaraz, Claudio. Redes de Conocimiento. Construcción dinámica y gestión. ed. RICYT. UNESCO; Agosto 2006.

Bergonzoli, G. Sala Situacional - Instrumentos para la Vigilancia de Salud Pública. OPS/OMS. Caracas Venezuela. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldón"; 2006. [Consultado Noviembre 2010] Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/documentos/sala%20situacional.pdf>

Bettcher, D.W., Saprie, S, Goon, E.H.. Essential public health functions: results of the international Delphi Study. World Health Statistics. Publicación Científica y Técnica No.589. OPS/OMS. Ginebra: WHO; 1998.

Cabrero Mendoza, Enrique. El Premio Gobierno y Gestión Local en México: un mecanismo de institucionalización de la innovación en gobiernos locales. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal: Oct.2002. p.8-11

Cabrero, E. La nueva gestión municipal en México. ed. MA Porrúa-CIDE; México: 1995.

Carrión Maroto, Juan. Fundación Ibero Americana del Conocimiento. La Teoría de Recursos y Capacidades y la gestión del conocimiento. [Consultado, noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.gestióndelconocimiento.com/pdf-art-gc/00213jcarrion.pdf>

Carriso, Luis, Espina M.P., Julie T.K.. Complejidad, Transdisciplina y Metodología de la investigación social. Utopía y Praxis latinoamericana, Vol 12 No. 38. Maracaibo Venezuela; 2007. p 29-43. [consultado en Noviembre 2010] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-52162007000300003&script=sci_arttext

Celedón Cariola, Carmen, Noé Echeverría, Marcela. XII Concurso de Ensayos del CLAD. Ponencia "Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. XIV Congreso del CLAD. Mesas Redondas. Madrid; 1998.

Celedón, C. Noé, M. Participación y Gestión en Salud. Hacia Una Implantación de Modelos de Administración Gerencia en Salud Pública. XII Concurso de Ensayos CLAD: Ensayo Premiados. Washington, D.C: CLAD. OPS/OMS; 1999.

Celedón, Carmen, Noé, Marcela. Reformas del Sector Salud y Participación Social. ed. Rev Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health. Washington. DC. EUA; 2000. 99-104

Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). Propuesta Política de Participación Social en salud. San Salvador, El Salvador. Centro América. Mayo.2006.

Connolly E. & Bruner J. K. The Growth of Competence. Academic Press. London New York: 1974. 328.

Constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS). 1991. [Consultado, 24 noviembre 2010 en enlaces conexos] Disponible en: <http://www.who.int/governance/es/index.html>

Córdova Villalobos, José Ángel. Secretario de Salud de México. ed. Diario Oficial de la Nación, México: DF, 30 de Dic. 2008.

Cozzens, S.E., P. Healey, A. Rip y J. Ziman (ed.), The Research System in Transition, Dordrecht, Kluwer, 1990.

Davenport, T. H. y Prusak, L. Conocimiento práctico: ¿Cómo las organizaciones gestionan lo que saben? Comunicado de Harvard Business School. Boston, EUA: 1998

De Sousa., Costa, Maria Bernadete, Lopez Salazar, Pedri Eugenio., Rev. enferm. UERJ, Vol.16 No. 4. Rio de Janeiro; 2008. p 465- 471.

Druker, P., E., The information executives truly need.: Harvard Business Review; Boston, EUA 1995. p: 99-104.

Esser Díaz, Joyce. La Transdisciplinariedad Compleja Como Referente Teórico para el abordaje del Proceso Salud-Enfermedad. Artículo de ensayo. Revista de investigación en salud. Vol VII No. 1. México; 2005. 24-27 [consultado en Noviembre 2010] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg052e.pdf>

Evaluación de Las Funciones Esenciales De Salud Pública. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Planificación de la Salud y en conjunto con la representación de la OPS/OMS. Ciudad de La Plata; 21 y 22 de marzo de 2006.

Feliú Giorello, Manuel. Entrevista con Edgar Morin. El Desafío de la Complejidad. Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Guatemala: 2005 [Consultado Noviembre 2010] Disponible en: <http://www.edgarmorin.com/portals/0/entrevista.pdf>

Frutos García, José, Miguel Ángel Royo, Miguel Ángel. Salud Pública y Epidemiología. Díaz de Santos; España: 2006.

Giaconi Gandolfo, Juan. Boletín Esc. de Medicina. P. Universidad Católica de Chile: 1994. 23-35.

Gibbons, M., C. Limonges, H. Nowotny, S. Schwartzman, P. Scott and M. Trow, *The New Production of Knowledge. The dynamics of science and research in contemporary societies*, London. Sage Publications, Thousand Oaks, Nueva Delhi, 1994.

Gimeno Pelleró, J. De las Clasificaciones Ilustradas al Paradigma de la Transdisciplinaria. *Revista Critica del Presente. El Cantoblepas*. No. 10. Cuba: Dic. 2002. p 3 [Consultado Noviembre 2010] Disponible: <http://www.nodulo.org/ec/2002/n010p13.htm>

Gimeno Perelló, J P. Hacer libre y universal el pensamiento, la cultura y la información. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional Cultura y Desarrollo, "En Defensa de la Diversidad Cultural". Cuba: Palacio de Convenciones de la Habana; Junio 2007.

Gimeno, Juan, Repullo, José R, Rubio, Santiago. *Gestión clínica gobierno clínico*. Ed. Díaz de Santos; Barcelona, España: 2006. p 1-9

Guillen, T. *Gobiernos Municipales en México*. ed. MA Porrúa-Colef. México: 1996.

Hidalgo Tuñón, A., Medina Centeno R. *Cuestiones y Conceptos Básicos Sobre Cooperación y Bienestar*. ed: EIKASIA S. L. Universidad de Oviedo. España: 2004.

Iglesias, Alicia N. La organización de la investigación interdisciplinaria e interinstitucional sobre el desarrollo local sostenible. *Revista OIDLES*. Vol No. 1. Argentina: Septiembre 2007 [Consultado Septiembre 2009] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/oidles/01/Iglesias.htm>

Kuhn. Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México: 1971.

Kumate, Jesus. La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos? 2002. [Consultado Diciembre 2010] Disponible: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/92232.pdf>

Lalonde M. A. New Perspective on the Health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974

Lave, J & Wenger E. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation, Cambridge. Ed. Cambridge University Press; 1991.[consultado Julio 2011] Disponible: <http://derrel.net/readings/SituatedLearning.htm>

Lebel, Jean. Un Enfoque Ecosistémico. Enseñanzas y éxitos del enfoque Ecosistémico. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Ed. Alfaomega. Canadá; 2005.

Martín-Baró, Ignacio. Psicología Social Desde Centro América. Retos y Perspectivas. Revista Costarricense de Psicología; 1986. p 8-9, 71-76. [Consultado Noviembre 2010]. Disponible: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20001/pr/pr14.pdf>

Martínez S., Carolina, Gustavo Leal F., Gustavo. La transición epidemiológica en México: Un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencias. Estudios Demográficos y Urbanos, Sept-Dic. No. 51. El Colegio de México, A.C. México: 2002, pp. 547-569.

Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Resultados del taller de aplicación del instrumento. San Juan de Puerto Rico del 17 al 19 de octubre de 2001. Auspiciado por: El Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y La Organización Panamericana de la Salud. 2001.

Merino, M. coordinador. En busca de la Democracia Municipal. ed. Col. México: 1994.

Ministerio de Salud. Gobierno del Perú; 80.- Evaluación del Desempeño de las FESP a Nivel Regional en el Perú. Ministerio de Salud. Gobierno del Perú; 2006.

Mosquera, Janeth., Alejandra Gutiérrez, Alejandra.. Mauricio Serra, Mauricio. La experiencia de Participación Ciudadana en el Control Social de la Salud en Cali Colombia; 2009. [Consultado en Noviembre 2010]. Disponible: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol40No1/html/v40n1a8.html>

O.P.S. El desempeño de las funciones esenciales de la salud pública en el Uruguay. Ministerio de Salud Pública II .Montevideo: OPS, Uruguay.; 2002 (b).

OCDE. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. ed. OCDE Organisation for Economic Co-operation and Development. México: 2004. p. 25-45.

Oficina Sanitaria Panamericana. La Salud Pública en la Américas: Instrumento para la Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento Preliminar. Washington DC.: Octubre 2000.

Oficina Sanitaria Panamericana., OPS., La salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS. 2002.

OPS. 2002. La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. OPS, Washington; D.C.: 2002 (a).

OPS. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. OPS/OMS, Washington; 2001.

OPS/ OMS. 1997. La Salud Pública de las Américas: Funciones Esenciales de la Salud Pública. OPS/ OMS. Washington: 1997.

OPS/OMS. Documento Municipios y ciudades saludables: dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. Washington, D.C. OPS; 2005.

OPS/OMS. Sala de Situação em Saúde: Compartiendo experiencias do Brasil. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Brasilia: 2010.208 p.

OPS/La Experiencia de Puerto Rico. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Consultado Noviembre 2010.[Disponible en]
www.lachealthsys.org/documents/.../RaulCastellanosPuertoRico.pdf

OPS/OMS. Salas de Situacional en Salud en América Latina, Retos y Perspectivas. Reunión Internacional. Nuevo Reglamento Sanitario Internacional y el Intercambio de Experiencias en la Región Sobre Salas de Situación de Salud. Ciudad de México. OPS/OMS . OPS México; Julio. 2007 (a). [Consultado Noviembre 2010] Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/documentos/presentaciones/julio%2024/salas.pdf>.

OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la medición. Washington D.C; 2003. p 106.

OPS/OMS. Sistemas de Salud: Mejora de su Desempeño” Edición Especial. No. 17. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Oficina de la Subdirectora. OPS Washington, D.C. 2007 (b).

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Locales. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Experiencias Latinoamericanas. Silos No. 35. Washington, D.C.: OPS; 1995.

Piédrola Gil, G. Concepto de Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Díaz de Santos. Barcelona, España: 2001; 3-14

Pérez, P. Municipios, Necesidades Sociales y Política Local. Ed. GEL. IIED-AL. Buenos Aires Argentina; 1991. p 201-217

Plan de Desarrollo De Las Funciones esenciales de la Salud Pública. Publicación del Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social República De El Salvador.; Nov. 2005.

Plan de Desarrollo Rural Sustentable 2006. San Martin Hidalgo, Jalisco, México: [Consultado en noviembre 2010]. Disponible en <http://www.oeidrus-jalisco.gob.mx/jalisco/docs/serv/planesmpales/077.pdf>

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Acciones de Participación Ciudadana en el Sistema Nacional de Salud para Construir Ciudadanía. Gobierno de México. México DF. 2001-2006.

Red colombiana de investigación en políticas y sistemas de salud. La Gestión del conocimiento para la salud pública. Colombia; Dic.2009. [Consultado Noviembre 2010 en enlaces conexos].Disponible en: www.politicaspUBLICASysalud.org/documentos/gestion-social-del-conocimiento.html

Rivas, Patricio. Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. No. 2. OPS/OMS en El Salvador. San Salvador; 2002. p 1-65.

Roses M. La población y sus Necesidades de Salud. Identificación de Áreas Prioritarias y sus Políticas Públicas Correspondientes. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol 22, No 099 Colombia. p 9-20 [Consultado, Noviembre 2010]. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12021902>

Royero, Jaime. Las redes sociales de conocimiento: el nuevo reto de las organizaciones de investigación científica y tecnológica. Venezuela [Consultado Noviembre 2010]. Disponible: www.monografias.com/trabajos19/redes-conocimiento/redes-conocimiento.shtml

Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones.. Madrid, España: 1985.

San Martín Hidalgo, Ficha Básica Municipal. ed. Centro Estatal de Estudios Municipales de Jalisco. Versión mecanografiada Jalisco: México; 1997.

Santos P. José Ignacio, Villa B. Juan Pablo, García A. Martha Angélica, León Á. Graciela, Quezada B. Sonia, Tapia C. Roberto. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud pública Méx v.45 supl.1 . Cuernavaca México: 2003.

Secretaría de Gobernación y Gobierno del Estado de Jalisco. Los Municipios de Jalisco. Colección: Enciclopedia de los Municipios de México. ed. Secretaría de Gobernación y Gobierno del Estado de Jalisco. Mexico; 1988.

Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). El papel estratégico de los gobiernos locales. México: 2008 (b).

Secretaría de Gobernación. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED). México. [Consultado, Noviembre 2010]. Disponible en: http://www.inafed.gob.mx/wb/inafed09/desde_lo_local.

Secretaría de Gobernación. La Historia del Municipio en México. México DF: Gobierno de México; 2008 (a).

SEIJAL. Sistema Estatal de Información Jalisco. ed. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información. Censo de Población y Vivienda. México: DF; 2000.

Sen, Amartya. Development as Capacidad Expansion”, en Keith Griffin y John Knight, eds., Human Development Strategy for the. 1990s. Londres, MacMiklan, 1990.

Senge, Peter. The Fifth Discipline. New York: Doubleday; 1990.

Sotelo, Juan Manuel y Rocabado, Fernando. Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. Salud Pública de México, vol. 36, número 004. Mexico; 1994. p 422-432.

Vázquez Castellanos, José Luis, Panduro Cerda, Arturo. Diabetes Mellitus Tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud, Vol. III, Guadalajara, México: 2001. pp.18-26.

Wenger, E, McDermott, R & Snyder, W.M., Cultivating Communities of Practice. Harvard Business School. Press. Boston, Massachusetts; 2002.

Wenger, Etienne. Comunidades de Práctica, Aprendizaje, Significado e identidad. ed. Paidós, Barcelona, España: 2001.

Wenger, Etienne. Comunidades de práctica, Aprendizaje, significado e identidad. Ed. Paidós. España; 1998.

Wenger, Etienne. Communities of Practice: Learning as Social System. Published in the Systems Thinker Vol 9 No 5. London: June. 1998.

Wenger, Etienne. Communities of Practice: Learning as a Social System. Communities of practice: The Press Syndicate of The University of Cambridge; 1998. .

Ziccardi, A. coordinador. La tarea de Gobernar. ed. MA Porrúa-IISUNAM. México: 1995

Ziman, John, Real Science. What it means, Cambridge, Inglaterra, Cambridge University Press, (prefacio, capítulos 1 y 4), 2000.

Cuadros

Cuadro No. 1

Cuadro No. 1 Fragmentación de la cobertura las instituciones de salud de México						
Categoría de Población Funciones	Población Asegurada				Población no Asegurada	
	Asegurados Privados Social	Sistemas de Aseguramiento			Con acceso a servicios Públicos de Salud	Sin Acceso
Regulación (Normalización control de calidad)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Financiamiento (aportaciones a seguros o pago por servicios)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Prestación de servicios de salud	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Porcentaje de población (estimado)	3 %	40 %	9 %	2 %	49 %	3 %

Fuente: estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México 2005

Cuadro No.2

Cuadro No.2	Protocolo Transdisciplinario
A. Los grupos de protagonistas	
Científicos con el deseo de trabajar por el bienestar de la comunidad.	
Una comunidad decidida a colaborar en un proceso de desarrollo que use la investigación como herramienta.	
Tomadores de decisiones que puedan dedicar tiempo, conocimientos y experiencia durante el proceso de consenso de las partes.	
B. Las etapas	
Establecer un diálogo entre los protagonistas por medio de reuniones informales de intercambio de correspondencia escrita y electrónica.	
Solicitar el soporte económico requerido para financiar la definición del problema en un taller pre-proyecto que reúna a los protagonistas.	
Organizar un taller pre-proyecto para:	
– Definir el problema basado en la perspectiva y el conocimiento de cada grupo (grupo base, mapas, interacción, datos, sistemas de información, etc.,)	
– Identificar las áreas comunes de interés	
– Acuerdo sobre los objetivos comunes	
– Especificar la metodología de cada grupo o participante	
– Definir los papeles y responsabilidades	
– Establecer el calendario para las reuniones de los equipos.	
Repetir los protocolos con base en los resultados obtenidos.	
Traducir los resultados de la investigación en programas concretos de acción.	
Asegurar la continuidad del programa a largo plazo y el seguimiento del progreso.	

Cuadro No. 3

Cuadro No. 3				
Los Grupos de Protagonistas en los programas de salud municipales				
No.	Nombre del programa	Miembros de la comunidad decidida a colaborar en el proceso del programa	Responsable /o tomador de decisiones del municipio	Responsable académico de la Universidad
1				
2				
3				
4				
5				

Cuadro No. 4

Cuadro No. 4		Los Grupos de Protagonistas	
Ejemplo de proyecto: Nombre del Proyecto o programa			
	B.- ETAPAS	Resultados o avances	Fecha y Lugar
Basado en la perspectiva y el conocimiento de cada grupo (grupo base, mapas, interacción, datos, sistemas de información, etc..)			
A	- Identificar las áreas comunes de interés		
B	- Acuerdo sobre los objetivos comunes		
C	- Especificar la metodología de cada grupo o participante		
D	-Definir los papeles y responsabilidades		
F	- Establecer el calendario para las reuniones de los equipos.		
G	-Repetir los protocolos con base en los resultados obtenidos.		
H	-Traducir los resultados de la investigación en el programa concretos de acción.		
I	-Asegurar la continuidad del programa a largo plazo y el cumplimiento del programa		