

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD A.C.
CENTRO DE ANÁLISIS SOCIAL Y ECONÓMICO

El proceso de descentralización en el sector salud y
su impacto en el desarrollo de los programas de
enfermedades transmitidas por vector: el caso de
México

Gustavo Nigenda¹
Magaly Vargas²
José Arturo Ruiz¹

18, octubre, 2002

¹ Centro de Análisis Social y Económico de Funsalud

² Consultora independiente

1. Introducción

La descentralización del sector salud es un proceso formalmente concluido en el sexenio zedillista (1994-2000). Sin embargo, en la práctica se siguen presentando fenómenos relacionados o derivados de la descentralización; fue por esa razón que se consideró pertinente conocer el impacto de la descentralización en el comportamiento de las enfermedades transmitidas por vector. Fueron seleccionados seis estados con un criterio central: dos descentralizados en la primera etapa (1984), cuatro más descentralizados en la segunda fase. Estos últimos a su vez fueron divididos en dos grupos: los que se prepararon para la descentralización (creando instancias *ad hoc*, proyectando presupuestos, preparando una etapa de transición) y los que no se prepararon pero además, han presentado mayores índices de marginación social.

Comentario: La forma correcta es Ad Hoc, la cual es una locución en voz latina que significa *a propósito, especial para aquello de que se trata.*

En febrero del año 2002, al reformularse la orientación del presente estudio, se decidió considerar las siguientes enfermedades: dengue clásico, dengue hemorrágico, paludismo, chagas, oncocercosis y leishmaniosis. En verano del citado año (en el mes de agosto), en 14 estados de la República Mexicana se reportaron 2 mil 300 casos de dengue clásico y 300 de hemorrágico con un saldo de por lo menos cuatro personas fallecidas. Desafortunadamente este tipo de enfermedades han presentado una situación de emergencia en más de la mitad del territorio nacional. El debate sobre sus causas, las acciones preventivas, los niveles de responsabilidad (federal, estatal, municipal), las campañas oportunas, la infraestructura especializada para prevenir y para responder a los brotes, la cantidad de recursos humanos y económicos que deberían ser dedicados a los programas, entre otros aspectos, adquiere un enfoque particular si se discuten y analizan en el contexto de la descentralización y sus efectos.

Comentario: Estos dos cuadros en color rojo yo los quitaría.

En este documento se hace un repaso general de la descentralización en el sector salud, considerando las dos etapas del proceso y algunas particularidades propias de cada uno de los seis estados incluidos en el estudio. Se continúa con un apartado que contiene información cuantitativa, recopilada durante la investigación acerca del comportamiento de las enfermedades transmitidas por vector, el número de casos y las tasas durante el periodo 1996-2001. La sección inmediata concentra buena parte de la esencia de la pesquisa ya que se consigna el impacto de la descentralización en la operación de los programas referidos a las enfermedades transmitidas por vector. El último apartado del documento contiene una discusión alrededor de los resultados centrales de la investigación.

Comentario: Esta parte del párrafo la redacte distinta de como estuvo originalmente, por favor verifica si es de tu agrado el estilo.

Comentario: Creo que aquí falta una palabra, quizá podría ser *parte* inmediatamente después de *buena*.

2. Objetivos

General

Identificar los patrones de asignación de recursos para el control de enfermedades tropicales en seis estados, de acuerdo a indicadores epidemiológicos de la carga de enfermedad.

Específicos

- Identificar los recursos (humanos materiales y financieros) que han tenido los estados a estudiar, antes y después del proceso de descentralización.
- Establecer el impacto que tuvo el proceso de descentralización y asignación de recursos en los estados afectados por enfermedades transmitidas por vector, según el tipo de escenario de reforma en que se encuentre cada entidad.

3. Metodología

La selección de los estados participantes se realizó con base en los criterios de incidencia y de acuerdo a la fase de descentralización en que se encuentran. Así, de la primera etapa de descentralización se escogieron Tabasco y Guerrero; de la segunda etapa sin preparación previa y pocos recursos estatales se optó por Chiapas y Oaxaca; y también de la segunda etapa pero con preparación previa se decidió incluir los estados de Campeche y Nayarit.

Respecto a la recopilación de información cuantitativa sobre incidencias de las seis enfermedades en los estados seleccionados, se estableció el periodo 1996-2001. Cabe aclarar que este componente del estudio presentó grandes dificultades, contradicciones e incoherencias en la información compilada. Baste mencionar que en el boletín editado por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica no se publica información sobre chagas, oncocercosis y leishmaniosis, que en lo referente a la información sobre dengue y paludismo el número de casos no coincide con los recopilados en cada estado y que, por tanto, las tasas reportadas a nivel nacional y estatal presentan frecuentes diferencias. Frente a esta situación se optó por recopilar la información para el periodo en cuestión, directamente en los departamentos de vectores de cinco de los seis estados, durante las visitas respectivas.

Por otra parte, fue prácticamente imposible encontrar información sobre la asignación de recursos financieros al conjunto de enfermedades transmitidas por vector (ETV), desde los niveles federal, estatal y jurisdiccional. Una explicación a tal situación se expone en el apartado final del presente documento.

La información cualitativa se basó en entrevistas dirigidas a responsables de programas de prevención y control de ETV, con el fin de establecer la forma en la que se han asignado los recursos y han operado los respectivos programas. También se buscó identificar la manera en que los procesos administrativos influyeron en el desarrollo de los mismos programas.

En total se realizaron 14 entrevistas, donde los informantes centrales fueron directivos de servicios médicos a nivel estatal, jefes de vectores en cada estado, jefes de jurisdicciones con mayor incidencia dentro del estado y jefes de brigadas (personal netamente operativo). Todas las entrevistas fueron grabadas, la información fue capturada en Word y procesadas en ATLAS/ti. Se definieron códigos a fin de identificar temas específicos en el discurso de los informantes. Dichos códigos fueron de utilidad para hacer análisis triangulados de información.

4. La descentralización de los servicios de salud

4.1. Fases de la descentralización

En el marco de una redefinición del federalismo surge la descentralización como un proceso necesario, con el fin de fortalecer la Nación, hacer más eficiente la economía y más justa e igualitaria a la sociedad; planteando en todos los sectores de desarrollo social, la redistribución de competencias, la municipalización de las atribuciones relacionadas directamente con la comunidad básica y redefiniendo el federalismo como actor conductor.

De esta forma en 1981, se puede ubicar el inicio del proceso de descentralización, cuando a través de la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República se reconoce que dos programas de extensión de cobertura (uno a cargo del IMSS enfocado a población abierta en zonas rurales y el otro a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) para población abierta en zonas urbanas marginadas) absorben considerables recursos financieros y se desempeñan sin vinculación alguna entre ellos.

La descentralización en México se da en dos fases: la década de los años ochenta (1983-1988) y la de los noventa (1995-1998). Interrumpiéndose este proceso durante el periodo de Salinas de Gortari (1989-1994).

Se orientó hacia al fortalecimiento de los estados y municipios, buscando que los municipios se constituyeran en unidades básicas de la vida económica, social y política del país, con el fin de lograr una operación más eficiente de la administración pública federal y por consecuencia de los servicios públicos.

El *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988* presentó tres orientaciones fundamentales para la descentralización de la política social, ubicadas en la

estrategia de cambio estructural, en la política social y en la política de regionalización. Se definió la política de descentralización comprendiendo: 1) la desconcertación territorial, 2) la descentralización de funciones y recursos y 3) la ampliación de la participación popular en la definición de políticas y programas de bienestar social. Todo ello con el propósito de obtener un desarrollo estatal integral que permitiera contar con capacidad económica y administrativa con el fin de alcanzar mayores niveles de bienestar y progreso.¹

Desde sus inicios la descentralización fue dirigida a la atención de la población abierta, con el establecimiento del modelo de servicio regionalizado se pretendía atender eficientemente las necesidades de la población, por lo que se buscaba llegar al municipio, para convertirlo gradualmente en el responsable de la administración de los servicios y depositario de los recursos.

La descentralización en el sector salud incluyó la implementación de estrategias tales como: sectorización, modernización de la SSA, coordinación intersectorial y participación comunitaria. Se reconoció como un proceso costoso pues requería rehabilitar servicios, reforzar estructuras, y realizar evaluaciones y seguimiento.

De esta forma, se definieron dos vías por medio de las cuales evolucionaría la descentralización: la legislativa y la convencional. Los convenios de coordinación entre el Ejecutivo Federal y las entidades son instrumentos convencionales que redistribuyeron la competencia administrativa, pero no la legislativa. Estas vías constituyeron las premisas de la Ley General de Salud, misma que se promulgó y entró en vigor en 1984.

La descentralización se consideró como un proceso gradual con el que se pretendía, en una primer etapa, integrar programáticamente los servicios de salud en el estado y en la segunda etapa la integración orgánica de los servicios de salud para población abierta a cargo de la SSA y de las entidades, con el fin de llegar a la organización y desarrollo de Sistemas Estatales de Salud.

La primer etapa comenzó en 1983, y fue en ese periodo cuando se promovieron los Acuerdos de Coordinación Programática como actividad unificadora de esfuerzos, recursos, funciones y programas en materia de atención médica, salud pública y asistencia social.

En la integración orgánica se conformaron los Servicios Estatales de Salud como resultado de la agrupación de todos los recursos coordinados de salud pública, los del Programa IMSS-COPLAMAR y los de los propios estados; teniendo como fin la ampliación de la cobertura y elevar la calidad de los servicios de salud para población abierta.

En la segunda parte se instrumentó contiene la desconcentración formal de los Servicios Coordinados de Salud Pública (Decreto del 30 de agosto de 1983), que incluía las siguientes funciones: a) investigación y desarrollo, b) planeación,

programación, evaluación y modernización administrativa, c) regulación sanitaria, d) servicios de salud, e) administración, f) control, y g) jurídica.

En relación con el financiamiento, en la primer etapa se desarrolló una estrategia financiera llamada Reorientación del Financiamiento de las Acciones de Salud Pública misma que se planteó en dos direcciones: el incremento y la reorientación de los recursos financieros federales y estatales, y la diversificación de las fuentes de financiamiento.

En el año de 1984, en los acuerdos de coordinación entre la SSA y los gobiernos de los estados se fijaron compromisos para aportar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos necesarios para la operación de los servicios, y en 1986 en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta se establece lo relativo al financiamiento de los servicios, a través de actividades de apoyo logístico entre la SSA, el IMSS y los gobiernos estatales.

En ésta primer etapa del proceso de descentralización se responsabilizó a los estados de la atención a la salud sin tener autonomía completa en la administración de los servicios, ni control en las finanzas, ni en el personal. Dicho control continuó centralizado por el nivel federal a través de líneas de mando más integradas y menos burocratizadas.

En 1985 se descentralizaron 14 de los 32 estados del país, y en 1991 se comenzó el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) a través de la transferencia de recursos encaminados a elevar su capacidad de gestión y optimizar su desempeño.

Como resultado de la desigualdad entre los estados del país, se observaron diferentes grados de avance en el proceso de descentralización; en 1985, se registró que solo 11 estados ofrecían servicios de salud en todos sus municipios, identificándose como obstáculo el número elevado de municipios rurales ya que se dificulta la prestación de los servicios básicos de salud.

Herrera-Zárate et al. (1989) señalan que el impacto de la descentralización sobre el nivel de salud de la población no fue el esperado, debido a que entre 1983 y 1987 el gasto en salud se destinó principalmente a la atención curativa, restándole importancia a los programas preventivos.

En 1986, el Consejo Nacional de Salud realizó al menos tres evaluaciones sobre el proceso de descentralización, en el cuál se registró que después del periodo de ajuste, la productividad aumentaba un 25% a la registrada antes de la descentralización; no obstante se interrumpió hasta reactivarse en el sexenio 1994-2000.

Durante el sexenio del Presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se identificaron como obstáculos del sector salud la insuficiente cobertura, la baja calidad de la atención y la desvinculación de los problemas de salud de factores condicionantes de la misma; se interrumpió el proceso de descentralización por el de fortalecimiento de los SILOS como estrategia prioritaria.

Con el fin de eliminar los obstáculos a la descentralización, se enfatizó la capacitación del recurso humano, la construcción de instalaciones adecuadas y las mejoras salariales; sin lograrse los resultados planeados.

En 1994, en el Simposio *Salud y Federalismo*, organizado por la Academia Nacional de Medicina, se identificó como un factor favorable la entusiasta participación del personal involucrado en el proceso a nivel central y estatal, y como factores desfavorables la resistencia a transferir funciones, las limitaciones económicas, la regresión centralizadora y el balance adecuado entre las aportaciones federales y estatales.

No obstante, en 1995, al reactivarse la descentralización, se pretende atender las necesidades de salud de la población abierta más equitativa y eficazmente, implementando estrategias en la asignación de recursos basadas en indicadores como índice de marginación y mortalidad infantil, equilibrando el gasto per cápita en salud.

En esta nueva fase de la descentralización se pretendió disminuir las deficiencias en cobertura y equidad, profundizando el proceso en los estados donde se inició la descentralización y poniéndolo en marcha en los que estaban pendientes.

En el *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, se estableció que el nuevo federalismo debería surgir del reconocimiento de los espacios de autonomía de las comunidades políticas y del respeto a los universos de competencia de cada uno de los ordenes gubernamentales, a fin de articular armónica y eficazmente, la soberanía de los estados y la libertad de los municipios, con las facultades constitucionales propias del gobierno federal; así como promover la participación social y definir un nuevo marco de relaciones entre el estado, los ciudadanos y sus organizaciones.

A partir de 1995, se establecieron las bases, compromisos y responsabilidades de la federación y de las entidades federativas para la descentralización de los servicios de salud, así como la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros que permitieran la autonomía de las entidades en el ejercicio de las facultades que les otorga la Ley General de Salud.

Se promovió la creación de grupos de expertos que coadyuvara con los estados en el fortalecer su capacidad administrativa a través del Consejo Nacional de Salud, mismo que se formalizó como la instancia permanente entre la federación, las entidades federativas y el distrito federal para la planeación, programación y evaluación integrada de los servicios de salud en toda la

República. Entre sus principales funciones se encontraba la consolidación del proceso de descentralización.

De esta forma, se fortaleció la actividad rectora de la Secretaría de Salud, ejerciendo las atribuciones que le confieren la Ley general de Salud, como son las actividades de coordinación general, vigilancia y seguimiento y la definición de políticas generales y normatividad respectivas.

A las entidades federativas les correspondía tener el control de los recursos presupuestales asignados por la Federación, asumir las funciones relacionadas con programación y presupuestación, de adquisición, manejo, administración, baja y destino final de materiales, suministros, bienes muebles e inmuebles, así como la prestación de servicios generales, mantenimiento y construcción de obra pública.

Con el fin de fortalecer los Servicios de Salud Estatales, se desarrolló el Paquete de Servicios Básicos, mismo que racionalizaba el uso de medicamentos básicos y definía un plan de desarrollo de la infraestructura; con el mismo fin, en 1996 se firma un acuerdo entre Gobierno Federal y los estados que promoviera la descentralización a través del fortalecimiento de los Sistemas Estatales de Salud como Organismos Públicos Descentralizados (OPD). El que se hubiera iniciado la descentralización con la creación de OPD's financiadas por fondos estatales, fue determinante en las características y resultados del proceso en cada estado, ya que se vieron influenciadas por condiciones políticas estatales.

En 1996, la prioridad fue la evaluación y seguimiento, realizando diagnósticos en cada estado para la elaboración de los programas anuales de salud, mismos que fueron la base para el documento *Salud 2000*.

El *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000* se propuso introducir incentivos en la calidad de atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios de salud, y otorgar servicios esenciales de salud a la población no cubierta. Se reconocieron cuatro problemas asociados al centralismo: 1) la baja eficiencia en las decisiones respecto a la orientación de los recursos, 2) la débil definición de responsabilidades, 3) el burocratismo, y 4) las inercias en las decisiones de asignación del gasto entre los estados.

En dicho *Programa* se aceptó que el recurso humano era un factor clave en el apoyo al logro de sus objetivos, haciendo especial énfasis en la capacitación y actualización del mismo, constituyéndose el desarrollo del recurso humano como un programa sustancial.

Sin embargo, en esta fase de la descentralización, el recurso humano se identificó como el principal obstáculo, ya que no existía capacidad de regulación y gestión del mismo; como resultado de la fuerza política que adquirió el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSS) y el burocratismo federal que vio a la descentralización como una amenaza para su

poder. Lo anterior implicó una revisión detallada de los regímenes laborales y de la distribución de los trabajadores.

A partir de la descentralización se registró un importante incremento en la plantilla de la Secretaría de Salud aumentando de 65,133 a 140,939, durante el periodo 1983 y 1995. Al mismo tiempo, el recurso humano fue el rubro al que se destinaron los mayores recursos financieros, por lo que, el no optimizar la utilización de ese recurso, se reflejó directamente en el desempeño del sector salud.

Los principales obstáculos en la administración del recurso humano en la descentralización del sector salud fueron: 1) la distribución (inmovilidad del personal), 2) la regulación (se sigue considerando responsabilidad del nivel federal), y 3) la gestión (lo referente a salarios, prestaciones económicas, movimientos escalafonarios, se acuerda a nivel central entre SSA y SNTSS).

Para 1997 se encontraban descentralizados 26 de los 32 estados, concluyéndose la transferencia de recursos (6 mil 132 mdp, 7,400 inmuebles y 103 mil trabajadores), así como los marcos jurídicos y administrativos correspondientes; esperándose como ventajas del proceso, la reducción de gastos administrativos, la equidad en la distribución de los recursos financieros, el incremento de la cobertura y la mejora de la calidad.

En ese momento no se habían logrado los resultados esperados, por lo que, los estados y municipios no contaban con la autonomía total en el manejo de sus recursos financieros, de su gestión administrativa y de la planeación de sus servicios de acuerdo a las necesidades reales de la población.

Otro factor que pretendía contribuir al logro de los objetivos de la descentralización, fue el fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales con el fin de lograr la integración de sistemas estatales, donde las diferentes instituciones se desempeñaran coordinadamente para cubrir las necesidades de su población blanco.

Estudios anteriores (González Block) sobre el proceso de descentralización, coinciden en que los logros relacionados con la transferencia del presupuesto y la autonomía en la toma de decisiones, así como, lo referido a la mejora de la eficiencia, equidad y calidad, no se han logrado.

4.2. Proceso de descentralización en los estados seleccionados

De acuerdo a Muñoz-Patracca (1998), los objetivos de búsqueda de equilibrio relacionados con la asignación del gasto a nivel regional como entre los componentes del sistema nacional de salud no se han logrado. Por lo tanto, los estados más pobres (por ejemplo, Chiapas, Oaxaca, Guerrero) reciben en términos per cápita, menos gasto público en salud que el promedio nacional, prevaleciendo las inequidades, ya que se les otorga menos presupuesto en salud a quienes más lo necesita.

Durante los procesos de descentralización de los servicios de salud, las distintas entidades federativas han pasado por experiencias diversas en lo particular. A pesar de ello, es posible realizar un agrupamiento (sin afán de clasificación) entre los primeros descentralizados (década ochenta), la segunda etapa (década de los noventa) y los estados que contaron o no con buenas condiciones para afrontar el proceso.

Así, de la primera etapa de descentralización fueron seleccionados para el estudio los estados de Tabasco y Guerrero; del grupo de estados que afrontaron el proceso en la segunda etapa se optó por Chiapas y Oaxaca (sin preparación previa y pocos recursos estatales) y por Campeche y Nayarit (con preparación previa).

A continuación se presenta una breve descripción del proceso de descentralización en los estados seleccionados.

Campeche

La descentralización se inició extraoficialmente a finales de los años ochenta. En ese estado la descentralización fue un proceso gradual avanzándose paulatinamente en los objetivos relacionados con la transferencia de la autonomía en el manejo del recurso financiero, (Nigenda, et.al. 2002).

Campeche fue uno de los estados que se preparó para el proceso, creando un órgano de gobierno (OPD) mediante la fusión de entidades preexistentes que representaban los servicios de salud en el nivel estatal, sin que se generara una duplicación de funciones entre el nivel local y el federal.

De esta forma, se rediseñó la estructura organizativa con el fin de recibir la estructura federal y lograr la óptima coordinación entre ambos niveles. El proceso no sufrió influencias determinantes de las condiciones políticas estatales, ya que el partido oficial en el estado (PRI) se ha mantenido en el poder sin interrupción alguna. Además, la descentralización se complementó desde su inicio con una política local de redistribución de recursos para la salud entre áreas urbanas y rurales.

Otro factor que priorizaron los tomadores de decisiones, fue la integración de los programas preexistentes de ambos niveles, federales y estatales. A partir de la descentralización fue aumentando la flexibilidad en el trato con la federación.

En relación con el margen de autonomía respecto del nivel federal, se considera que fue un proceso que comenzó con la formalización de la transferencia de recursos y continuó con la definición de las instancias responsables de la toma de decisiones. Sin embargo, a la fecha en la Secretaría del estado se esperaba

una mayor determinación para el manejo de los recursos humanos, cuya gestión sigue totalmente centralizada y sujeta a los acuerdos entre el sindicato nacional y la Secretaría federal.

Si bien se considera que el proceso de descentralización ha sido exitoso, en general, a nivel jurisdiccional no se ha logrado avanzar notablemente en la transferencia de recursos y responsabilidades; resta delegar más a los niveles operativos.

Respecto a los recursos financieros, antes de la descentralización en Campeche ya existía una aportación estatal, la cual se mantenía en el año 2001 por arriba del 10%, coadyuvando con ello a reforzar el proceso.

Chiapas

El estado se descentralizó en el periodo 1998-1999, sin que a la fecha el proceso se encuentre consolidado. Chiapas ha pasado por situaciones de extrema complejidad, sobre todo por el impacto del conflicto armado. A lo anterior hay que agregar la situación de marginación extrema que históricamente ha existido, siendo una de las entidades con menores índices de bienestar a nivel nacional.

El sector salud no puede ser ajeno a ello, así el proceso de descentralización se ha visto envuelto en una serie de variables macro económicas, sociales y políticas que le han impedido un desarrollo sin obstáculos externos. También hay que tomar en cuenta los cambios frecuentes dentro del poder ejecutivo estatal, lo cual ha implicado procesos cortos de administraciones que no han podido consolidar políticas de salud para el estado. Además difícilmente se puede hablar de una continuidad en los programas de salud.

En la actualidad existe un gobierno estatal de oposición al tradicional partido gobernante (PRI), quién viene intentando dar un sello particular a su política en el sector salud por medio de un programa amplio, generalizado y estrechamente coordinado con los gobiernos municipales. Se puede sostener que es una de las pocas acciones que destacan en la vida descentralizada del sector salud.

En términos de presupuesto destinado a salud, la dependencia de los recursos federales es casi total: en el año 2001 la participación estatal fue menor al uno por ciento. La participación de los gobiernos municipales también es poco significativa.

Guerrero

Guerrero fue un “estado piloto” en la descentralización aun y cuando no cumpliera con el conjunto de criterios establecidos, entre ellos: baja dispersión poblacional en el medio rural que impidieran el traslado de funciones a nivel

local; contar con varias instituciones prestadoras de servicios, cobertura aceptable y bajos costos de homologación salarial entre Secretaría de Salud y el IMSS; y tener capacidad para poder adquirir hospitales suficientes que garantizaran la atención a la población de menores recursos.

Sin embargo, de acuerdo al estudio de Ornelas (1997), la selección de Guerrero para participar en la primer fase de la descentralización, se debió a que el subsecretario de Planeación de la SSA (que era un impulsor de la descentralización), fue electo gobernador de ese estado; lo que en teoría debería facilitar las negociaciones relacionadas con el traslado de recursos y responsabilidades, aunque no tuviera las condiciones óptimas para llevar a cabo el proceso.

Según Soberón y Martínez (1996) en Guerrero se formalizó la descentralización en 46 de los 75 municipios, proceso que tuvo que revertirse, ya que los municipios no contaban con la capacidad para ejercer la autonomía que se les transfería; de tal suerte que el proceso solo se formalizó en los cinco municipios más grandes del estado, a saber: Acapulco, Chilpancingo, Taxco, Zihuatanejo e Iguala.

Nayarit

En ese estado la descentralización se dio en la segunda fase (1997). Desde hace varios años se le ha considerado como un estado con buen desempeño en la operación de su sistema de salud. Antes de formalizarse las transferencias de recursos físicos y humanos, los servicios de salud se prepararon para enfrentar sin grandes turbulencias el proceso de descentralización.

Antes de la descentralización en Nayarit se contaba con cierta autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la operación de sus servicios de salud, al impulsar programas que respondían a las necesidades locales de salud. Sin dejar de cumplir con la normatividad federal se emprendieron campañas muy focalizadas, de tal suerte que problemas como el dengue se logró controlar y reducir a una sola zona del Estado: el Nayar. El proceso ha continuado teniendo como uno de sus principales objetivos el aumentar notablemente la participación activa de los municipios, en todos los problemas vinculados a la salud.

Oaxaca

En Oaxaca, el inicio de la descentralización fue definido por el nivel federal en el año de 1996. No obstante, en la actualidad los resultados del proceso aun se consideran incipientes, debido al limitado avance en el enorme rezago en la cobertura universal y en las principales acciones para reforzar su autonomía de gestión.

Se ha considerado como un obstáculo del proceso el cambio de administración del ejecutivo estatal, cuando recién había iniciado la descentralización, hecho que se estima sigue repercutiendo actualmente.

De acuerdo a declaraciones de un informante, quien no tiene injerencia en la estructura de los servicios estatales, en la Secretaría se piensa que los logros obtenidos en cuanto a mejoramiento de la calidad de la atención, no son resultado de la descentralización, sino del eficiente desempeño del personal.

Existiendo una contradicción con otro informante, quién señaló como parte de la descentralización, la introducción de conceptos de mejora de la calidad en la atención, mismos que han motivado un cambio en su proceso de producción de servicios.

Al igual que en otros estados, en Oaxaca se rediseñó la estructura de los servicios de salud, creando una OPD en la que participan directores y el secretario de salud.

En cuanto a la participación del estado respecto al financiamiento de los servicios de salud, es casi nula (menos del 5% en el año 2001), ya que la aportación de la federación sigue siendo la más significativa. Actualmente, existe un ejercicio de la autonomía gradual, principalmente relacionado con las compras de medicamentos, ya que una parte las realiza la federación y la otra el estado directamente.

Con la descentralización, se generó una competencia entre los programas por la asignación de recursos del nivel estatal, ya que en 1998 y 1999 algunos programas sufrieron una reducción de su presupuesto, situación que permite inferir que no existe una priorización para la asignación de recursos.

Tabasco

Tabasco es uno de los estados que se descentralizaron en la primer etapa (entre mayo y diciembre de 1985), teniendo como propósito lograr una mayor autonomía en investigación y desarrollo; en la planeación, programación, evaluación y modernización administrativa; regulación sanitaria; servicios de salud; administración de recursos; control y asuntos jurídicos. (Ornelas 1997)

Los criterios de selección de los estados que se descentralizan en la esta fase fueron diversos y polémicos; sin embargo, en el caso de Tabasco se tiene la percepción de que fue incluido debido a una emergencia epidemiológica, lo cual implicó premura por transferir los recursos, para reforzar la operación del sector salud.

En los años ochenta, Tabasco era un estado en auge, debido principalmente a la explotación de sus mantos petroleros, factor que pudo influir en su selección para descentralizarse en la primer fase, ya que de acuerdo a Ornelas, en los

estados con mayores recursos económicos y menores niveles de marginación se pronosticaba el éxito de este proceso.

5. Datos sobre el comportamiento de las cinco enfermedades

Con relación a las tasas de prevalencia nacionales, el sistema de vigilancia epidemiológica solo cuenta con datos de paludismo, dengue clásico y dengue hemorrágico, por lo que para la recolección de datos de las otras tres enfermedades consideradas se recurrió directamente a los servicios de salud estatales.

De acuerdo a la información nacional, se observa que en el periodo analizado (1996-2001) la enfermedad transmitida por vector más padecida fue el dengue clásico, seguida por el paludismo y finalmente el dengue hemorrágico.

Se puede afirmar que en México el dengue clásico es una endemia, con tendencia variable, ya que existieron brotes en 1996 ($p= 1,100.32$) y 1997 ($p= 2,779.67$); se mostró una disminución en el año 2000, misma que no se mantuvo ya que en el 2001 aumentó esta prevalencia ($p= 299.36$).

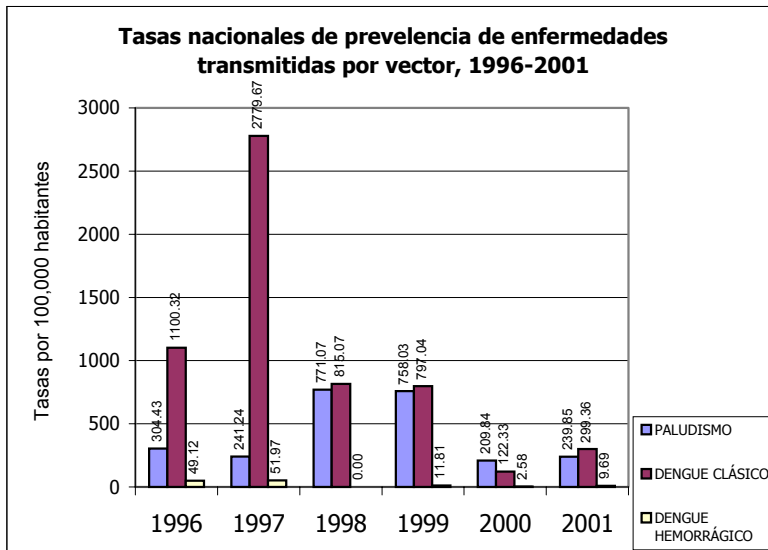
En el caso del paludismo, los años críticos fueron 1998 ($p= 771.07$) y 1999 ($p= 758.03$), sin embargo se registran tasas constantes en los años 1996, 1997, 2000 y 2001, con una prevalencia promedio de 248.84.

El dengue hemorrágico presentó menores tasas, pero son considerables debido a la letalidad de esta enfermedad; al igual que el dengue clásico, los años con mayores tasas fueron 1996 y 1997; pero en el año 1998 no se registran casos, sin embargo se observan brotes en los años 1999 ($p= 11.81$) y 2001 ($p= 9.69$), ver tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1
Tasas nacionales de prevalencia de enfermedades transmitidas por vector, 1996-2001

AÑO	POBLACION NACIONAL (CONAPO)	PALUDISMO		DENGUE CLÁSICO		DENGUE HEMORRÁGICO	
		ACUMULADOS	TASA POR 100,000 HABITANTES	ACUMULADOS	TASA POR 100,000 HABITANTES	ACUMULADOS	TASA POR 100,000 HABITANTES
1996	177,118,311	5479	304.43	19803	1100.32	884	49.12
1997	180,122,995	4428	241.24	51021	2779.67	954	51.97
1998	183,060,270	14423	771.07	15246	815.07	0	0
1999	185,923,303	14438	758.03	15181	797.04	225	11.81
2000	188,720,349	4067	209.84	2371	122.33	50	2.58
2001	191,449,798	4727	239.85	5900	299.36	191	9.69

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
 Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
 Indicadores Básicos Estatales 1995-2020 (CONAPO)
 Secretaría de salud estatales, Departamentos de vectores.

Las ETV: comparativo entre los seis estados

A continuación se presentan las tasas de prevalencia de paludismo, dengue clásico, dengue hemorrágico, Chagas, leishmaniosis y oncocercosis de 1996 a 2001 en los estados considerados en el estudio.

El paludismo y el dengue son las enfermedades de mayor prevalencia: así mismo, no se registra una tendencia decreciente, lo que sugiere que con la descentralización, no se ha logrado que los programas de vectores tenga un impacto satisfactorio.

En los años analizados, es evidente que las enfermedades transmitidas por vector son endémicas, sobre todo en Tabasco, Chiapas y Oaxaca. (tabla 2). En este apartado se describe, el comportamiento de cada enfermedad en los diferentes años estudiados y posteriormente se detalla la tendencia de las seis enfermedades en cada estado.

**Tabla 2. Tasas de prevalencia de enfermedades transmitidas por vector
Campeche, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Nayarit y Tabasco, 1996-2001
(Tasa por 100,000 habitantes)**

ESTADO	AÑO	POBLACIÓN ESTATAL (CONAPO)	PALUDISMO	DENGUE CLÁSICO	DENGUE HEMORRÁGICO	CHAGAS	LEISHMANIOSIS	ONCOCERCOSIS
CAMPECHE	1996	655,343	13.58	27.01	0.00	0.00	5.65	0.00
	1997	669,430	11.80	736.00	17.93	0.00	21.81	0.00
	1998	683,237	8.20	42.74	0.00	0.00	14.64	0.00
	1999	696,752	9.04	0.00	0.00	0.00	6.17	0.00
	2000	710,028	5.35	0.42	0.00	0.85	10.14	0.00
	2001	723,059	7.88	7.88	0.55	1.52	9.40	0.00
GUERRERO *	1996	2,989,103	5.79	2.81	0.07			
	1997	3,037,880	5.53	0.00	0.00			
	1998	3,085,526	5.15	2.56	0.00			
	1999	3,131,946	0.03	2.39	0.00			
	2000	3,177,316	4.56	0.00	0.06			
	2001	3,221,605	0.00	0.00	0.00			
OAXACA	1996	3,413,443	30.79	16.64	0.35	1.35	2.90	0.00
	1997	3,459,305	25.76	44.78	1.07	0.20	2.05	0.00
	1998	3,503,378	509.65	114.97	0.97	0.17	0.63	0.00
	1999	3,545,614	156.33	6.83	0.03	0.23	0.20	0.00
	2000	3,586,260	18.88	5.69	0.20	0.45	0.39	0.00
	2001	3,625,331	8.16	12.30	1.10	0.41	0.25	0.00
CHIAPAS	1996	3,795,619	40.55	1.05	0.69	0.00	10.38	25.11
	1997	3,864,028	50.05	3.75	1.40	0.00	4.94	14.83
	1998	3,930,383	133.02	1.09	0.10	0.00	3.10	10.43
	1999	3,994,597	108.65	5.56	0.28	0.00	0.83	6.86
	2000	4,056,968	89.65	2.59	1.01	0.00	0.49	4.29
	2001	4,117,506	63.17	7.16	2.89	0.00	0.58	3.38
NAYARIT	1996	914,879	42.41	54.76	0.11	0.00	15.08	0.00
	1997	926,772	27.62	43.70	0.76	0.00	8.63	0.00
	1998	938,203	18.55	2.24	0.00	0.00	9.06	0.00
	1999	949,177	23.28	2.63	0.00	0.00	6.74	0.00
	2000	959,742	22.82	0.21	0.00	0.00	5.11	0.00
	2001	969,914	16.19	0.00	0.00	0.00	2.27	0.00
TABASCO	1996	1,799,750	10.83	74.90	0.67	0.11	12.11	0.00
	1997	1,835,503	10.02	433.78	5.56	0.38	40.26	0.00
	1998	1,870,507	21.33	88.21	0.00	0.43	17.96	0.00
	1999	1,904,677	19.74	36.80	0.00	0.05	11.60	0.00
	2000	1,938,136	15.79	11.40	0.10	0.10	6.76	0.00
	2001	1,970,839	11.57	7.61	0.10	0.15	15.68	0.00

Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
Indicadores Básicos Estatales 1995-2020 (CONAPO)

Secretaría de salud estatales, Departamentos de vectores.

* La información para Guerrero es solo del Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica

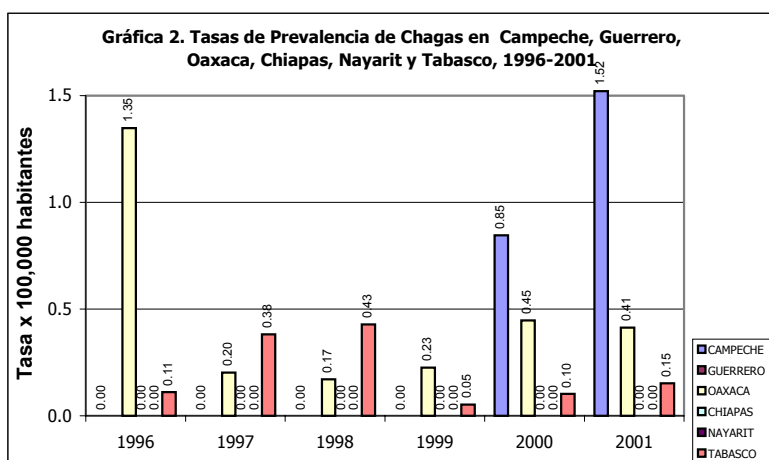
Chagas

En los estados estudiados el Chagas es la enfermedad transmitida por vector que presenta menos casos; ya que solo se hubo en Campeche, Tabasco y Oaxaca. Puede inferirse que existe un subregistro, como resultado de su dificultad de diagnóstico.

Oaxaca es el estado que presentó más casos de Chagas (98) con una prevalencia de 0.47 casos por cada 100,000 habitantes en los seis años estudiados, con un brote considerable en 1996 (46 casos) y una presencia constante sin tendencia a la baja en los años 2000 y 2001 ($p= 0.45$ y 0.41 respectivamente).

En Campeche solo se registraron casos en los años 2000 (6 casos) y 2001 (11 casos) ($p= 0.85$ y 1.52 respectivamente) con una prevalencia de 0.39 casos por cada 100,000 habitantes en los años considerados.

En Tabasco el Chagas tiene una presencia inestable ($p= 0.20$), con una tendencia al aumento de su prevalencia, debido a que se presentaron siete casos en 1997 ($p= 0.38$) y ocho casos en 1998 ($p= 0.43$); mientras que en 1999 se registró un caso ($p= 0.05$), en el 2000 dos casos ($p= 0.10$) y en el 2001 tres casos ($p= 0.15$).



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Dengue clásico

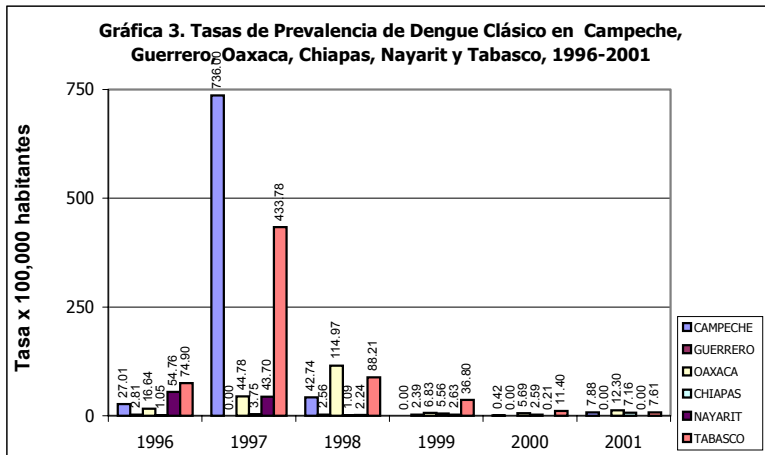
El dengue clásico es la enfermedad por vector padecida con mayor frecuencia ($p= 300.08$). En los seis años considerados, Guerrero registra menos casos de dengue clásico, observándose en promedio 1 caso por cada 100,000 habitantes durante los seis años analizados, sin reportar casos los dos últimos años; Chiapas presenta 3.5 casos por cada 100,000 habitantes, observándose en Chiapas una presencia constante, sin tendencia a la disminución.

Campeche es el estado con mayor presencia de dengue clásico, siendo la ETV más padecida en el estado, ya que en los años estudiados se presentaron 5,456 casos con una prevalencia promedio de 135.68 por cada 100,000 habitantes; con un comportamiento irregular sin tendencia decreciente, debido a que después del año 1998 en que se presentó el brote importante (4,927 casos, $p= 736$), se registraron en 1999 y 2000 prevalencias bajas ($p= 0$ y 0.42 respectivamente) aumentando el siguiente año (2001), ya que se registraron 57 casos ($p= 7.88$).

En Nayarit, se observan en promedio 17 casos por cada 100,000, teniendo brotes importantes en 1996 y 1997 ($p= 54.76$ y 43.70 respectivamente), con una tendencia a la disminución, debido a que en los últimos dos años se reportó un caso en promedio.

Tabasco reporta durante los años analizados 109 casos por cada 100,000 habitantes; siendo el segundo con mayor presencia de los estados considerados; en 1997 se notó un brote considerable (7,962 casos), disminuyendo los últimos años, pero siendo aún un padecimiento notable.

En Oaxaca, el dengue clásico es la ETV con mayor prevalencia ($p= 33.53$); 1997 y 1998 fueron años difíciles con 1,549 ($p= 44.78$) y 4,028 casos ($p= 114.97$) respectivamente, observándose en los dos años posteriores una disminución importante, sin embargo en el 2001 se registró un repunte con 446 casos ($p= 12.30$), por lo que se puede observar que su presencia es inestable, sin una tendencia clara a la disminución.



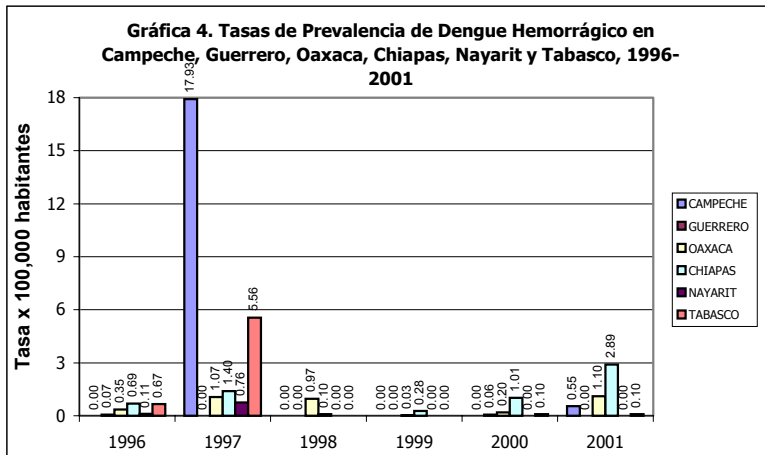
Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Dengue hemorrágico

Al igual que el dengue clásico, 1997 fue un año crítico en el número de casos de dengue hemorrágico. Guerrero, Oaxaca y Nayarit registraron menos incidencia de dengue hemorrágico, presentando respectivamente 0.02, 0.62 y 0.14 (en promedio) por cada 100,000 habitante; en Guerrero se presentaron 2 casos en 1996 y otros 2 en el 2000; en Nayarit aparecieron 8 casos entre 1996 y 1997, sin reportarse casos los últimos cuatro años.

Como resultado de ser el estado con mayor presencia de dengue clásico, Campeche es también el que tiene una mayor presencia de dengue hemorrágico, ya que se registraron 120 casos ($p= 3.08$).

De los estados considerados, Tabasco es el segundo estado con mayor presencia de dengue hemorrágico, ya que se presentaron 1.07 casos por cada 100,00 habitantes. 1997 fue un año de emergencia, debido a que se reportaron 102 casos ($p= 5.56$), logrando en 1998 una importante erradicación de la enfermedad, ya que en los últimos cuatro años se presentó un caso en promedio por cada 100,000 habitantes. Chiapas tuvo un brote considerable en 1997 (54 casos $p=1.40$) superado en el año 2001 con un brote de 119 casos ($p= 2.89$), manteniendo una tendencia de incremento en los últimos tres años. De esta forma; con una presencia de 1.06 caso por cada 100,000 habitantes.



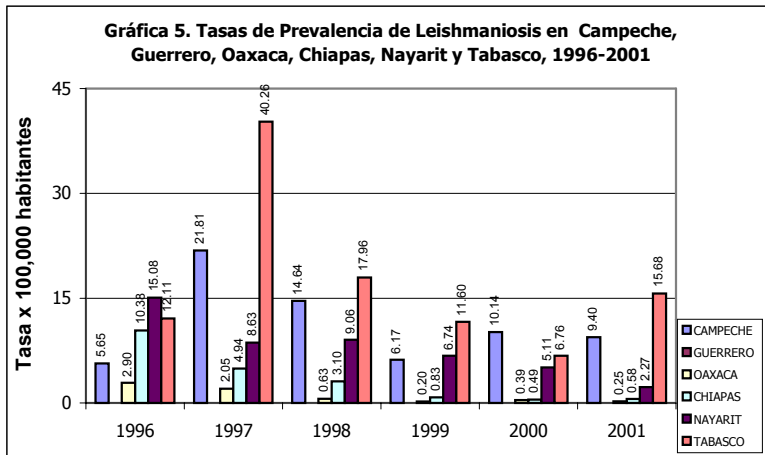
Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Leishmaniosis

Por el número de casos que se presentan de leishmaniosis, se puede afirmar que es la tercer enfermedad transmitida por vector más importante. Nayarit y Chiapas muestran una tendencia a la baja en los últimos cinco años pero con un brote importante en 1996 de 138 y 394 casos respectivamente; en los años considerados se reportaron 3 y 8 casos por cada 100,000 habitantes en cada estado.

En Oaxaca se presentaron 222 casos ($p= 1.07$), con una tendencia irregular, ya que después del brote de 1996 ($p= 2.90$) se observó una disminución los siguientes dos años, de esta forma en 1999 se registraron 0.20 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que en el 2000 y 2001 se presentaron 0.39 y 0.25 por cada 100,000 habitantes.

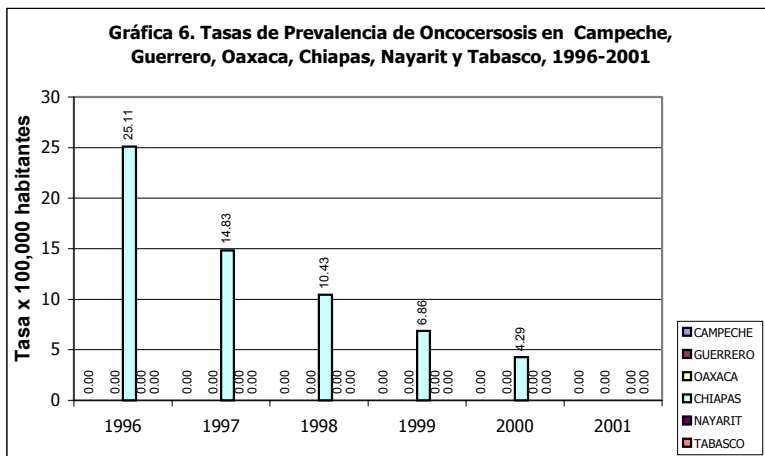
Tabasco es el estado con mayor presencia de leishmaniosis, ya que registró el 42% de los casos existentes en los años estudiados con un brote notable en 1997 ($p= 40.26$); con una presencia constante significativa, ya que se registraron 17 casos por cada 100,000 habitantes. Campeche es el segundo estado con mayor presencia de leishmaniosis, ya que en los años considerados presentó 466 casos ($p= 11.30$), representando el 28% del total de casos que se registraron en los años en estudio, observándose una tendencia discontinua.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Oncocercosis

Chiapas es considerado un estado endémico ya que cuenta con áreas cafetaleras con población en extrema marginación. En los años considerados es el único estado que presenta casos de Oncocercosis, siendo un padecimiento importante (11 casos por cada 100,000 hab.) aunque con tendencia clara a disminuir después del brote de 1996, cabe destacar que solo el municipio de Tapachula registra el 91% de los casos.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Paludismo

El paludismo es la segunda ETV con mayor presencia en los estados analizados, ya que se registran en total 49,723 casos ($p= 258.62$). Oaxaca es el estado que tiene la mayor prevalencia (125 casos por cada 100,000 habitantes). Siendo el paludismo la ETV con mayor incidencia, con tendencia irregular; registrándose dos brotes importantes (1998 y 1999) con 510 y 156 casos por cada 100,000 habitantes.

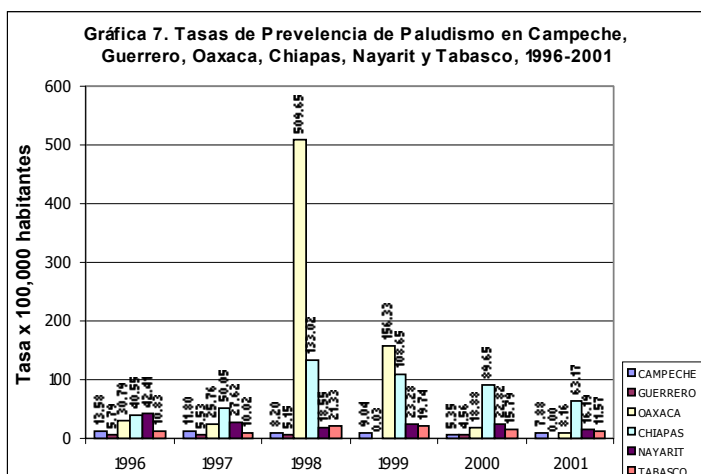
Chiapas es el segundo estado con prevalencia de paludismo alta (81 casos por cada 100,000 habitantes) con una tendencia a la baja los últimos dos años, observándose que Tapachula es el municipio con mayor presencia de casos (8216).

En Nayarit el paludismo es la segunda ETV con mayor presencia, ya que en promedio se observan 25 casos por cada 100,000 habitantes en los años de estudio, siendo el municipio del Nayar el que concentra el 70% de los casos, en parte porque se encuentra en un área geográfica de difícil acceso y con un alto índice de población indígena.

En Tabasco se observaron 15 casos por cada 100,000 habitantes, con una presencia importante y con una tendencia decreciente. En Campeche se observaron 382 casos ($p= 9.31$), con un comportamiento irregular, debido a que en 1996 y 1997 se presentaron 89 y 79 casos respectivamente, registrando una disminución en los años 1998 y 2000 (56 y 38 casos) pero con brotes en los años 1999 y 2001 (63 y 57 casos respectivamente), con una prevalencia de 8 casos por cada 100,000 habitantes en el último año en estudio. En Guerrero se registraron 3 casos por cada 100,000 habitantes, siendo de los seis estados estudiados el que cuenta con menor presencia de paludismo.

Estudios anteriores (Gómez Dantés et al. 1994) han concluido que la incidencia del paludismo en México muestra un patrón de brotes inestables, mismos que aparecen cuando las medidas de control bajan de intensidad durante varios años, registrándose una disminución significativa al reactivarse las medidas antipalúdicas. Con la descentralización de los programas de vectores aparentemente se detiene la tendencia al aumento, en parte porque se realizaron acciones basadas en una estratificación regional y local del problema, siendo aún una situación de alerta.

De manera coincidente, en 1989 se fortalecieron los programas de control de paludismo en los estados que iniciaron el proceso de descentralización (Tabasco y Guerrero); al transferírseles equipo, vehículos y recursos, registrándose una disminución significativa en las tasas de incidencia de paludismo.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

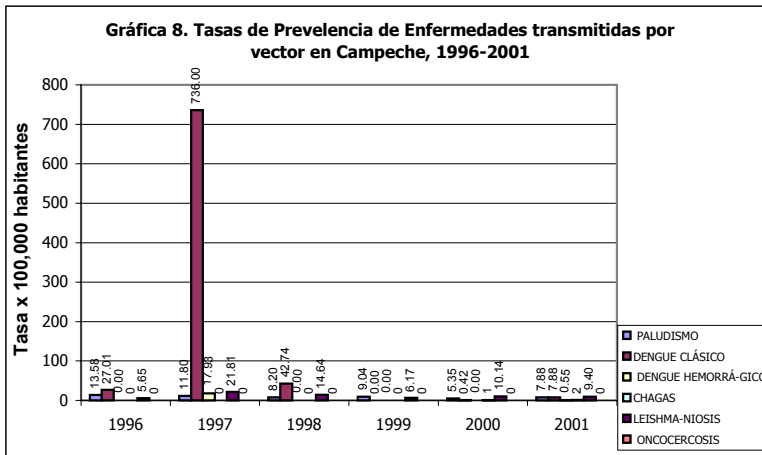
Las ETV en cada estado

Campeche

De los estados estudiados Campeche es el segundo con mayor presencia de ETV. En Campeche, el dengue clásico y la leishmaniosis son las enfermedades transmitidas por vector que tienen una prevalencia mayor ($p= 135.68$ y 11.30 respectivamente); ambas enfermedades presentan un comportamiento cambiante, sin una tendencia decreciente. El año 1997 fue de emergencia epidemiológica en el estado, debido al brote de dengue clásico que se presentó ($p= 736, 4927$ casos), con prevalencias importantes también en leishmaniosis ($p= 21.81$), siendo el año en el que se presentaron las mayores incidencias de todas las ETV consideradas.

El paludismo es la tercer ETV más padecida en el estado de Campeche, registrándose en los años considerados 382 casos ($p= 9.31$). El dengue hemorrágico tiene un comportamiento irregular ya que en 1997 se observó un brote considerable 124 casos ($p= 17.93, 120$ casos), sin registrarse casos los siguientes tres años, pero con un repunte en el años 2001 (4 casos, $p= 0.55$). De esta forma, la prevalencia de dengue hemorrágico en el estado de Campeche es de 3 casos por cada 100,000 habitantes en los seis años considerados.

En relación con el Chagas, en este estado se registraron incidencias solo en los últimos dos años, ya que se presentaron 6 casos en el 2000 ($p= 0.85$) y 11 casos en el 2001 ($p= 1.52$), de esta forma se puede inferir que el Chagas tiene una tendencia a la alza o que en los años anteriores existe un subregistro. A su vez, en este estado no se registraron casos de oncocercosis.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

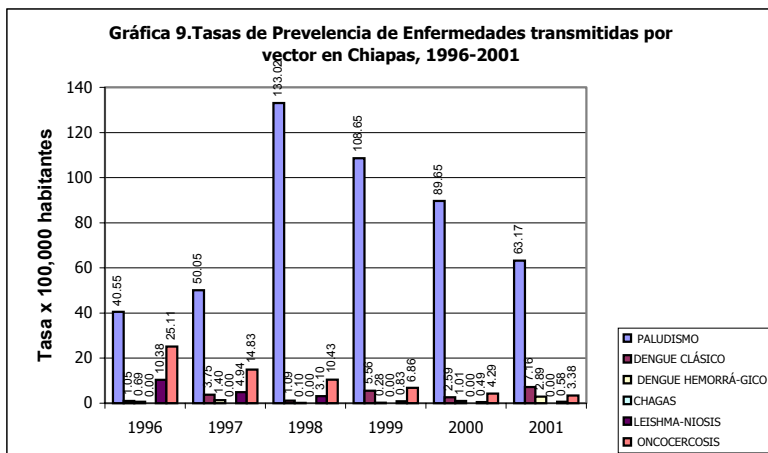
Chiapas

En Chiapas los padecimientos de enfermedades transmitidas por vector son endémicos. Los padecimientos más importantes en relación al número de casos que se presentaron fueron: el paludismo, la oncocercosis, el dengue clásico, la leishmaniosis y el dengue hemorrágico; sin presentarse casos de Chagas.

Fue en el año de 1998 cuando se registró un inusitado brote de paludismo, llegando a una tasa de 133.02 por 100,000 habitantes, misma que mantuvo una tendencia a la baja en los últimos tres años, pero sin llegar aún al número de casos registrados en 1996, año en el cual la tasa de prevalencia fue de 40.55 por cada 100,000 habitantes.

Durante los años 2000 y 2001 se observa una disminución de presencia de oncocercosis ($p= 4.29$ y 3.38 respectivamente), ya que esta enfermedad se encuentra relacionada con áreas cafetaleras, en parte debido a que en la actualidad tiende a disminuir la población caficultora. La oncocercosis es la única enfermedad transmitida por vector que en estos momentos tiene en Chiapas una tendencia claramente decreciente.

El dengue clásico y el dengue hemorrágico tienen un comportamiento irregular, sin presentar una tendencia a disminuir, ya que registraron brotes en 1997, 1999 y 2001. La leishmaniosis tiene una prevalencia promedio de 3.39 por cada 100,000 habitantes; presenta una tendencia decreciente, excepto en el último año ya que se registró un aumento de 0.09 casos por cada 100,000 habitantes con respecto al año anterior (2000 $p= 0.49$ y 2001 $p= 0.58$).



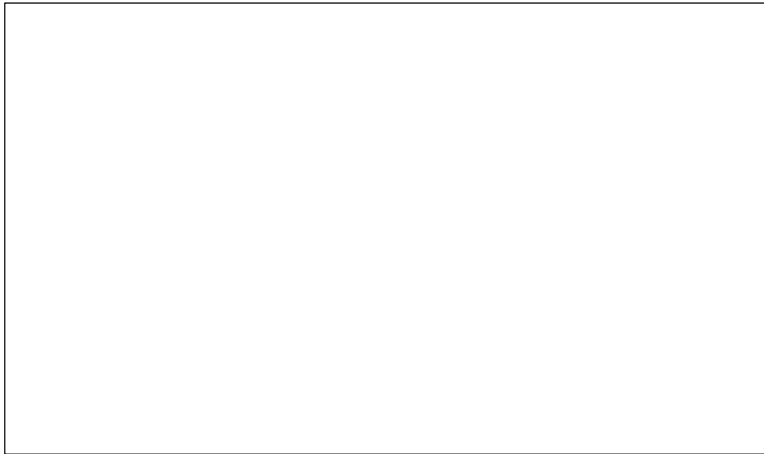
Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Guerrero

En este estado no se logró el acceso a información relacionada con la incidencia de Chagas, leishmaniosis ni oncocercosis. Por lo que Guerrero presenta menor prevalencia de enfermedades transmitidas por vector.

De las tres ETV consideradas el paludismo es la que tiene mayor presencia en el estado ($p= 3.51$), registrando en 1996 un considerable número de casos (173) con una prevalencia de 5.79 casos por cada 100,000 habitantes; observándose en general una tendencia decreciente, pero con un comportamiento irregular. En 1998 se reportaron 159 casos ($p= 5.15$) y en el año siguiente (1999) se registró un solo caso ($p=0.03$), sin embargo en el año 2000 aparecieron 145 casos ($p= 4.56$), mientras que en el año 2001 no se presentaron casos.

La segunda enfermedad transmitida por vector más padecida en el estado de Guerrero es el dengue clásico, mismo que registra un comportamiento cambiante con tendencia decreciente. En 1996 fue el año en que se reportaron el mayor número de casos (84) con una prevalencia de 2.81 casos por cada 100,000 habitantes, sin aparecer casos el siguiente año (1997), registrando en 1998 una prevalencia de 2.56 casos por cada 100,000 habitantes y en 1999 una prevalencia de 2.39 casos por cada 100,000 habitantes, sin presentar casos en el 2001.



**Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.**

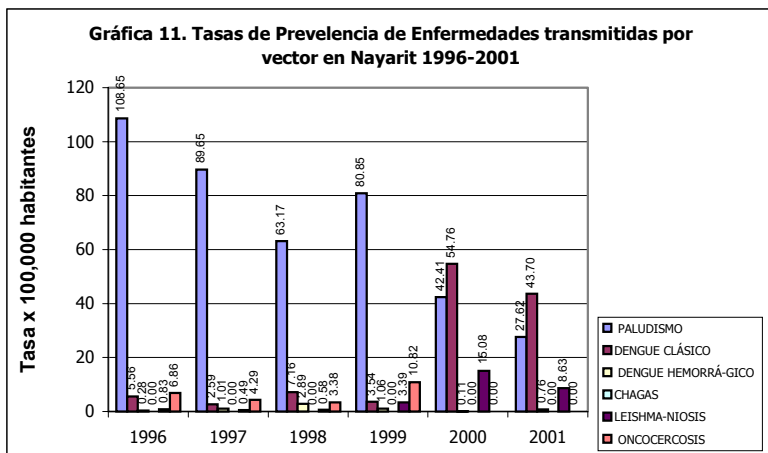
Nayarit

De acuerdo al número de casos de ETV que se presentaron en Nayarit en los años estudiados, se puede afirmar que la más importante fue el paludismo, seguido por el dengue clásico, la leishmaniosis y el dengue hemorrágico, sin aparecer casos de Chagas y oncocercosis.

En 1996 se presentó un brote importante de dengue clásico, paludismo y leishmaniosis. El dengue clásico ha registrado un comportamiento irregular, con una clara tendencia decreciente, ya que en 1996 y 1997 presentó una prevalencia de 54.76 y 43.70 casos por cada 100,000 habitantes respectivamente, pero con una disminución considerable en los siguientes años (1998 $p=2.24$), sin presentar casos en el año 2001.

Aunque en 1996 y 1997 el dengue clásico registró tasas altas, en Nayarit la enfermedad transmitida por vector más padecida es el paludismo, debido a que en los años estudiados presentó en promedio una prevalencia de 25.14 casos por cada 100,000 habitantes, con un comportamiento irregular. Como resultado del brote de 1996 ($p=42.41$) se reportó una tendencia decreciente, misma que repuntó nuevamente en 1999 y 2000 ($p=23.28$ y 22.82 respectivamente), disminuyendo en el 2001, ya que se registraron 157 casos ($p=16.19$). El paludismo junto con la leishmaniosis son las únicas enfermedades transmitidas por vector padecidas en Nayarit en el último año.

En los municipios turísticos de Nayarit, se reportó la mayor presencia de dengue clásico y leishmaniosis (Bahía de Banderas y Compostela respectivamente), mientras que la mayor prevalencia de paludismo, se observó en El Nayar que es un municipio serrano y con población indígena en pobreza extrema.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores

Oaxaca

Oaxaca reporta las mayores incidencias en todas las enfermedades frente al resto de los seis estados durante el periodo considerado. En este estado no se presentaron casos de oncocercosis.

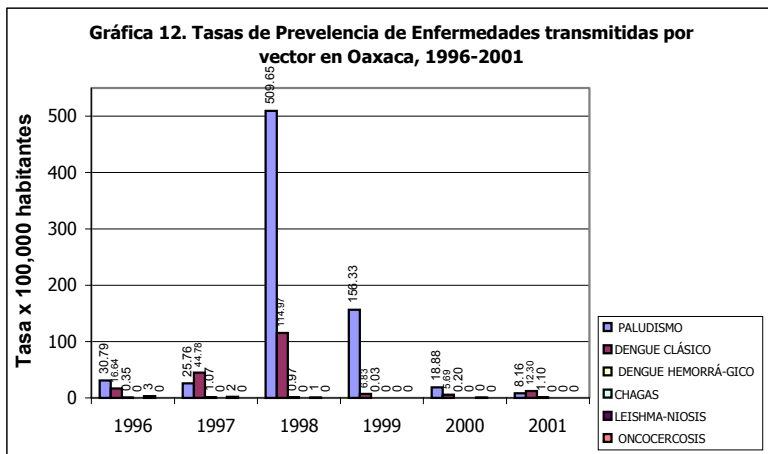
El paludismo es el principal padecimiento, registra un comportamiento cambiante; en 1998 se observa un brote considerable ($p= 509.65$, 17,855 casos), con una tendencia clara decreciente, ya que en 1999 se presentaron 5,543 casos ($p= 156.33$), en el 2000 677 casos ($p= 18.88$) y finalizando el 2001 con 8 casos por cada 100,000 habitantes.

El dengue clásico es la segunda ETV más padecida en el estado, debido a que se identificaron 7,037 casos ($p= 33.53$) en los años considerados; constituyéndose como años críticos 1997 con 1,549 casos y 1998 con 4,028 casos ($p= 44.78$ y 114.97 respectivamente). En 1999 se presentaron 6.83 casos por cada 100,000 habitantes, en el 2000 5.69 casos por cada 100,000 habitantes observándose un decremento de incidencias, sin embargo en el 2001 se presentó un repunte, ya que se observaron 12.30 casos por cada 100,000 habitantes, por lo que puede inferirse que el dengue clásico en Oaxaca tiene una presencia irregular sin tendencia decreciente durante los años analizados.

La leishmaniosis tiene una tendencia clara decreciente en el estado de Oaxaca, registrando en los años estudiados una prevalencia de 1.07 casos por cada 100,000 habitantes; las mayores incidencias se registraron en 1996 y 1997 ($p= 2.90$ y 2.05 respectivamente), con una clara disminución de incidencias en los

años consecutivos, finalizando en el año 2001 con una prevalencia de 0.25 por cada 100,000 habitantes.

El dengue hemorrágico es la cuarta ETV más padecida en Oaxaca ($p= 0.62$), con un comportamiento inestable; registrándose 37 casos ($p=1.07$) en 1997, mientras que en el año siguiente (1998) se observan 34 casos ($p= 0.97$), registrándose 1 y 7 casos en los años 1999 y 2001 ($p= 0.03, 0.20$ respectivamente), con un brote considerable en el 2001 (40 casos), registrando una prevalencia de 1.10 casos por cada 100,000 habitantes, siendo la mayor en los años analizados.



Fuentes: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Secretarías de Salud en los Estados/Departamento de vectores.

Tabasco

En Tabasco, se puede asegurar que las enfermedades transmitidas por vector son endémicas; es el tercer estado con mayor presencia de las ETV's en estudio.

La enfermedad con mayor presencia es el dengue clásico con una prevalencia promedio de 108.78 por cada 100,000 habitantes, seguida por la leishmaniosis ($p= 17.40$) y el paludismo ($p= 14.88$).

Tabasco vivió en 1997 un año de emergencia, debido al brote de dengue clásico ($p= 433.78$), de leishmaniosis ($p= 40.26$), de dengue hemorrágico ($p= 5.56$) y de paludismo ($p= 10.02$) que se presentó, poniendo en alerta a los involucrados en la coordinación y dirección de este programa.

El estado obtuvo un apoyo importante de la federación, por lo que se le designaron mayores recursos financieros federales, estatales y municipales. El

6. La Descentralización y los programas de enfermedades transmitidas por vector

Los programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vector se caracterizaron, entre otros aspectos, por poseer una estructura vertical (semi-militar) antes de la descentralización, dependían del nivel central pero su práctica era autónoma, su organización rígida y sus recursos suficientes. De acuerdo a diversos testimonios de trabajadores con mayor antigüedad, el personal se distinguía por su disciplina, su compromiso con su misión; el uniforme se portaba con orgullo. A mediados de los años 70's no contaban con una organización sindical; antes de concluir esa década el personal del programa de paludismo luchó y logró reconocimiento de una sección sindical propia dentro del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.

La experiencia común con la descentralización en los distintos estados incluidos en el estudio, es que los municipios y/o las jurisdicciones no enfrentaron eficientemente el control de vectores; ya sea por la desviación de recursos ó porque no se le considera como un programa prioritario, o porque se empezó a carecer de recurso humano en cantidad y calidad.

A partir de la descentralización, la planeación de prevención se basó en la vigilancia entomológica dejando a un lado las acciones larvicidas y adulticidas, por lo que al especularse la eliminación del vector se disminuyen los recursos nacionales designados a estos programas.

La asignación de recursos del nivel central a las entidades o municipios, se realiza sin especificar su destino o uso específico, comúnmente se utilizan en actividades distintas a las planeadas; pero aún cuando se puede especificar el fin de los recursos, al pasar del nivel central a las entidades federativas se desvirtúa su finalidad.

La carencia de recurso humano capacitado es otro problema que están enfrentando los programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, ya que con la descentralización, el personal existente a sido distribuido o absorbido por otras áreas o es personal que cuenta con muchos años de servicio y están próximos a abandonar sus puestos (por jubilación), quedando poco personal experto.

Algunos informantes consideran que la sindicalización del personal de los programas de vectores ha contribuido a la utilización no óptima de este recurso, ya que promovió la distribución del personal sin planeación y la pérdida de compromiso hacia el trabajo.

Como resultado de la descentralización, el nivel central disminuyó su capacidad de respuesta para dar soluciones a las ineficiencias en los estados, municipios o jurisdicciones.

Proceso de descentralización en los estados seleccionados

Tal y como se anotó en el apartado 4 algunos estados se prepararon para la descentralización, por lo que no percibieron grandes cambios y se encontraron en condiciones de ejercer su autonomía en la utilización de sus recursos (Nayarit y Campeche); no así Chiapas y Oaxaca, dónde todavía conservan una marcada dependencia del nivel federal, sobre todo a nivel financiero.

Aunque los estados que se descentralizaron en la primer fase tienen varios años de ventaja, su desempeño administrativo es semejante al de algunos estados descentralizados recientemente; sin embargo, relacionado con el impacto del programa de vectores, Nayarit, (que es un estado descentralizado recientemente), muestra una tendencia a la baja de enfermedades transmitidas por vector, que no se registra en estados descentralizados en la primer fase.

En los estados analizados, se observan grados de avance diferentes; en Nayarit y en Tabasco se está intentando la descentralización al municipio, mientras que en Chiapas se piensa que la primer etapa fue un ejercicio y en este momento empiezan a impulsar un programa *ad hoc* de salud integral, comprometiendo activamente a los ayuntamientos.

En la actualidad, existe una carencia de información que describa a detalle el desarrollo de las fases de la descentralización en los diferentes estados, sobre todo para los programas de enfermedades transmitidas por vector. En esta sección se presenta una descripción del impacto de la descentralización en la operación de los programas, su repercusión en la estructura organizativa tradicional, sus efecto en la gestión del recurso humano, las fuentes de financiamiento y en los flujos monetarios, los procedimientos de asignación de los recursos humanos, materiales y financieros, y finalmente, se identifican las ventajas y desventajas de la descentralización en el programa de vectores.

El caso de Campeche

Derivado de una emergencia de cólera en 1992, se establecieron en el estado d comités de vigilancia epidemiológica; en 1997 con el brote de dengue se empezó a trabajar permanentemente en búsqueda de casos y tratamientos, ya que por su frontera tiene mayor riesgo de incidencias de ETV, debido a que en Guatemala y Belice se realizan pocas actividades de nebulización.

La operación del programa de vectores ha tenido pocos cambios en los últimos cinco años, uno de los informantes opinó que se necesita mejorar la calidad y comprometer la participación de entidades gubernamentales y ONG. Se considera que no se realiza un análisis a conciencia las incidencias de las ETV y que no se informa lo suficiente a la población. Esa situación hace más difícil las

actividades de prevención y control, ya que no se cuenta con una participación comunitaria comprometida.

En los últimos cinco años la vigilancia epidemiológica ha evolucionado, antes de la descentralización la realizaban los servicios coordinados, posteriormente quedó bajo la responsabilidad del Instituto de Salud promoviendo la participación intersectorial, así como la participación interestatal a través de la dirección de regulación y fomento sanitario.

Con relación a la participación municipal, uno de los informantes aseguró que no hay convenios de participación, sin embargo existe un compromiso de proporcionar un apoyo mensual de \$700, mismo que otorgan realizando el pago a promotores que trabajan en todos los programas de salud y en el programa de vectores en la detección de ETV.

“Después de la descentralización sé continua de está forma. Pero en situaciones emergentes como es el caso de algún brote de dengue, hay aportaciones estatales directas...”

En el año 2002, derivado del brote de dengue, la secretaría de gobernación junto con la secretaría de salud federal convocó a los gobernadores y secretarios de salud para convenir en ofrecer un paquete de beneficios económicos con el fin de sufragar un programa emergente contra el dengue, en el que aportará el 50% la federación y el otro 50% el estado.

“Aquí tenemos la Red Campechana de Municipios por la Salud, el cuál es un frente muy importante, en donde los ayuntamientos no solamente participan en los programas de vectores, sino en todos los programas del sector salud. Sé involucran totalmente los alcaldes de los ayuntamientos”.

En relación con la gestión del recurso, antes de la descentralización, la vocalía de gobierno central asignaba el recurso a la comisión nacional de detección de paludismo; con la descentralización, la asignación de recursos se realiza del gobierno federal al gobierno estatal, éste último designa recursos al Instituto de Salud, mismo que los prorratea de acuerdo a sus prioridades, generalmente basadas en la situación epidemiológica de cada programa; sin embargo se puede inferir que los recursos eran mayores cuando el programa tenía una operación vertical.

Los informantes identificaron los siguientes problemas en la operación del programa de vectores: 1) La carencia de recursos humanos tanto en calidad y cantidad; 2) la falta de equipo (principalmente vehículos y máquinas nebulizadoras); 3) conflictos con el personal eventual, ya que tienen la inquietud de tener un trabajo con protección laboral como el personal de contrato permanente y 4) el contar con un gran número de personal con edad de jubilarse principalmente dos conflictos relacionados con la gestión del recurso humano,

“Por ser personal de base, por ningún motivo se les puede jubilar o pensionar hasta que ellos lo soliciten voluntariamente. Naturalmente que la productividad de esa persona se ve afectada, porque ya son personas con bastantes años de edad y de antigüedad”.

El caso de Chiapas

En Chiapas la descentralización ha sido reciente (1998-1999) y, de acuerdo con el jefe de la jurisdicción de Tapachula, se puede asegurar que todavía no se tiene conciencia plena de lo que ésta implica, se piensa que se está dando gracias a la buena administración de un Secretario de Salud.

No se puede definir con exactitud el impacto que ha tenido la descentralización en Chiapas; sin embargo se reconoce entre sus principales problemas: las limitaciones del recurso humano, la falta de equipo especializado y de transporte. Con relación al recurso humano se considera que la excepción es el programa de oncocercosis ya que cuenta con su propio personal.

En cuanto a recursos financieros existen ciertas discrepancias, el jefe de la jurisdicción de Tapachula percibe que los municipios están aportando entre un 80 y 90% y mientras que el jefe de vectores en el estado considera que “todavía la mayor parte del presupuesto asignado depende de la Federación”, sin tener conocimiento del porcentaje de la participación estatal.

Se considera que la operación de los programas se realiza con apego a la Norma Oficial Mexicana y aumentan o disminuyen acciones de acuerdo a la aparición de brotes.

“Cuando un programa es continuo y permanente difícilmente se presentan altibajos, la tendencia tiene que ser a la baja, salvo descuidos o brotes se pueden levantar ese tipo de situaciones.” Jefe de Vectores del Estado de Chiapas.

De acuerdo al jefe de vectores estatal, Chiapas es un estado con una problemática particular, aún antes de 1994 (año en el que inició el conflicto armado); situación que ha impedido la organización administrativa efectiva, antes y después de la descentralización.

A partir de la descentralización, la asignación de recursos para el programa de enfermedades transmitidas por vector (ETV) ha sido gradual, con carencias de recursos derivada de los cortos periodos administrativos que se han dado en Chiapas como resultado del conflicto armado; de esta forma se ha observado que los recursos financieros no han aumentado y el personal realiza el trabajo

de campo muchas veces con sus propios recursos, lo que genera desmotivación por el trabajo.

“Los recursos que lamentablemente no llegan a tiempo, entonces el personal tradicionalmente de campo ha salido fiado ha realizar su trabajo en el primer mes y segundo, ellos ponen de su bolsa, en cuanto a lo que se les debe de la cuota de viáticos, esto desanima, pues sin el atractivo del recurso quien va a querer salir.” Jefe de Vectores del Estado de Chiapas.

En Chiapas el recurso humano ha disminuido, no solamente como resultado de la descentralización, sino a partir de que la planeación de los programas de enfermedades transmitidas por vector se basó en la vigilancia entomológica; de esta forma, el recurso humano fue absorbido por los servicios de salud.

El personal del programa de paludismo, ya había atravesado por una modificación en su estructura organizacional antes de la descentralización, afirmó el jefe de vectores estatal, debido a que en los años 80's cambió el enfoque del programa, de actividades de erradicación a control; incorporándose a los servicios de salud el 30% del personal con que contaban, de esta forma, con la descentralización no sufrió modificaciones el personal, debido a que en 1984 ya habían sido incorporados a los servicios de salud estatales.

Antes de la descentralización el programa de vectores se enfocaba a actividades de control y operaba independiente de los servicios de salud con una estructura administrativa propia, autonomía que desaparece con la descentralización al subordinarse a los servicios de salud estatales.

La mayoría del personal de estos programas son adultos mayores o próximos a jubilarse, factor que contribuye a la disminución del personal, ya que en los últimos años las autoridades conjuntamente con el sindicato, controlan la incorporación de nuevo personal con una tendencia a la no contratación, para disminuir costos.

Ha habido un cambio en la capacitación del personal de nuevo ingreso al programa de vectores, mismo que cuenta con educación media básica (secundaria) como requisito mínimo; anteriormente, la capacitación se realizaba antes de iniciar la relación laboral y después de la misma se firmaba el contrato. Actualmente se contrata el personal de acuerdo al perfil y se capacita directamente en el campo, a su vez el departamento de recursos humanos de los servicios de salud estatales, aplican un examen técnico y psicométrico.

Se observa un cambio en las necesidades de salud de las comunidades, debido a la influencia de los medios de comunicación que contribuyen a que la población este más informada y tenga mayores demandas. Con este cambio, se incentiva en las comunidades el autocuidado de la salud, ya que ahora acuden

al centro de salud para la toma de muestras y no están a la espera de la visita de los mensajeros de salud que se realiza cada seis meses.

Para realizar el registro de un caso de ETV, éste debe confirmarse por laboratorio, con observación microscópica en la jurisdicción, se selecciona una muestra que se envía al laboratorio estatal de salud pública, para asegurar la calidad de las observaciones microscópicas. Anteriormente el tiempo de proceso de la información era entre 8 y 15 días, en la actualidad, este proceso requiere de 48 horas. La capacitación de los recursos humanos y el procesamiento de la información se realiza por personal del programa.

"La mayor parte del presupuesto asignado depende de la federación, tanto para paludismo y oncocercosis, para las otras enfermedades como leishmaniosis ha sido muy, muy reducido el recurso con el que hemos contado y muy esporádico." Jefe de Vectores del Estado de Chiapas.

Con relación a los recursos humanos y financieros del sector salud, los municipios aun no tienen una participación comprometida, de esta forma, Tuxtla y Tapachula son los que aportan recursos pero no económicos y "algunos otros municipios en menor grado" según el jefe de vectores en el estado; sin embargo al presentarse situaciones de contingencia, sí se cuenta con la participación de los municipios y el gobierno del estado.

"... así que digamos recursos etiquetados para este programa no hay, son muy pocos..."

"...somos los próximos en cuanto a eliminación de oncocercosis al norte de Estado, las cuales se han visitado por autoridades para la precertificación de la eliminación, así pues sería muy doloroso abandonarlo y se está trabajando con el espíritu de salubristas" Jefe de Vectores del Estado de Chiapas.

La percepción de las ventajas y desventajas de la descentralización en Chiapas, es que al subordinarse a los servicios estatales ya no obtienen sus recursos directamente de la federación, de esta forma, el estado recibe recursos que al no estar etiquetados se distribuyen a discreción, reduciendo montos para el programa de vectores. Aunque se reconoce que también en los años 80's se trabajaba con recursos limitados y que solo en las contingencias se recibía más apoyo.

El caso de Tabasco

En Tabasco la descentralización ha sido un proceso complejo. De acuerdo a el director de prevención, se tiene la percepción que con ella disminuyeron los recursos humanos y financieros. Aun cuando la descentralización se dio en 1985, coincidiendo con un brote de 10 mil casos de dengue, la federación

canalizó principalmente recursos humanos y vehículos, mismos que después de la contingencia regresaron o se redistribuyeron para continuar con la estructura.

Según la jefa de jurisdicción de Tenosique, la participación de los municipios se da en lo que se refiere al control y atención de la leishmaniosis; para el caso del paludismo, solo en situaciones de contingencia (generalmente inundaciones) reciben apoyo de la federación y del estado en la contratación de personal eventual.

Sin embargo, el jefe de vectores, afirma que en el estado ya se tiene un presupuesto asignado para paludismo y dengue, mismo que ha aumentado gradualmente; pero a su vez, cuando existen contingencias continúan recibiendo recursos federales.

De esta forma, el estado paga el recurso humano ascendiendo su aportación al 70% de los recursos asignados, y el resto lo otorga la federación (30%); pero, de acuerdo al jefe de vectores, el recurso asignado por la federación no ha aumentado desde hace diez años.

A nivel de jefatura se considera que las jurisdicciones y los municipios trabajan coordinadamente, con buenos flujos de comunicación, así como capacitación del personal para cada programa, según el jefe de vectores.

De acuerdo a declaración de la jefa de jurisdicción de Tenosique, el pago del recurso humano se realiza compartidamente entre la federación y el estado; en relación a la gestión del personal, la contratación y el pago de viáticos son puntos de fricción con el sindicato y debido a que el representante sindical es a su vez jefe de sector. Siempre se trata de negociar de la mejor forma sobre todo en los municipios fronterizos, ya que consideran que tienen mayores problemas y riesgos de salud pública.

Antes de la descentralización, cuando había necesidades de recurso humano el jefe de sector lo solicitaba, la federación lo aprobaba y el mismo jefe de sector se encargaba de capacitarlo, pero muchas veces la capacitación y la compra de uniformes corría por cuenta del nuevo empleado, consideró un trabajador de base asignado a paludismo.

Para Tabasco los recursos humanos han sido también un factor crítico durante el proceso de descentralización, pero se considera que a pesar de que el sindicato ha promovido los movimientos del personal, éste continúa igual que antes de la descentralización, ya que se ha compensado con nuevas contrataciones y con inmigración de trabajadores de Chiapas.

Otro problema relacionado con los recursos humanos es la mala distribución debido a que al inicio de la descentralización se promovieron movimientos del

personal (por presiones sindicales), basados solamente en las preferencias del trabajador y dejando a un lado las necesidades de salud de la región.

Cabe mencionar que antes del año 1975, el personal de paludismo no estaba sindicalizado. Su reconocimiento como trabajadores de base y sindicalizados se debió a una lucha que tenía como objetivo proteger los derechos laborales de los trabajadores, dándoles seguridad en el empleo ya que cada mes se publicaban en una lista los nombres de los que continuaban trabajando y los que no aparecían en esta lista estaban fuera del programa automáticamente. Pero con el transcurso de los años se ha observado que el papel del sindicato se ha desvirtuado, según un trabajador operativo de nivel medio.

Se considera que con la estructura semi-militar que se tenía antes de la descentralización, el personal del programa se esforzaba más ya que los ascensos (mismos que implicaban un aumento de salario) se otorgaban de acuerdo al desempeño; con la subordinación a los servicios de salud estatales, consideran que el personal del programa de vectores se encuentra desmotivado debido a que todos tienen el mismo nivel ya que se suprimieron parte de sus prestaciones como empleados federales.

"Había una disciplina más estricta, en el sentido de trabajo y de personal, ahorita como que ya perdimos las mística, se ha perdido todo, entra cualquier gente a trabajar sin saber nada, ni adiestrarse..."
trabajador operativo nivel medio. Tenosique, Tab.

La renovación del equipo de transporte es otro elemento identificado como problemático, antes de la descentralización los vehículos se solicitaban a la federación a través del estado, ese trámite era difícil, ya que muchas veces no llegaban los recursos. Con la descentralización la situación no ha cambiado y el equipo se encuentra cada vez más deteriorado.

A pesar de no tener ninguna evaluación sobre la percepción de la población blanco, se considera que el programa de vectores tiene buena aceptación sobre todo en cuanto al seguimiento del tratamiento. Pero también existe un cambio en el apoyo por parte de las comunidades, debido a que están más informadas y más pobres, prevaleciendo la postura de que el gobierno debe ser paternalista, según el jefe de sector.

De acuerdo a un trabajador operativo de nivel medio, al jefe de vector y al epidemiólogo, Tabasco es un estado fronterizo canal adecuado para la inmigración de centroamericanos (principalmente guatemaltecos). Se especula que debido al aumento de inmigrantes no se ha podido eliminar el paludismo, pero se están realizando convenios para mantener vigilancia epidemiológica en los asegurados por las autoridades migratorias en la frontera.

Relacionado con la operación del programa, no existe subregistro en el caso de paludismo, ya que los eventos reportados deben ser confirmados por laboratorio; pero en el caso del dengue, oncocercosis y Chagas se acepta que puede existir un subregistro debido a diagnósticos equivocados, por lo que se trabaja en la capacitación del personal médico. Al mismo tiempo, al 10% de las muestras se les realizan exámenes clínicos para el aseguramiento de la calidad de los resultados, según el jefe de vectores.

La operación del programa se realiza acorde a lo establecido en la NOM, pero se modifica en el caso de necesidad de aumentar la aplicación de insecticidas, también se utilizan máquinas con mejor roseado que el establecido en la Norma.

Adicional al seguimiento de la NOM, en Tabasco se trabaja en la prevención promoviendo la participación de la población como responsables de su propia salud, utilizando diversas técnicas como lo es el teatro guiñol y otras actividades culturales que se realizan con la ayuda de personal voluntario, auxiliares, comités de salud y parteras. Se considera que las actividades, han sido bien aceptadas por la población, identificándose al magisterio como elemento importante de apoyo pero con una participación baja, de acuerdo con lo expresado por la jefa de jurisdicción de Tenosique.

En la actualidad todavía se trabaja con visitas domiciliarias a áreas de mayor riesgo para aplicar larvicidas como medida de control especialmente del dengue, en las épocas de mayor incidencia. Se promueve la sensibilización de la población, para que la población cobre conciencia del cuidado de su salud acudiendo a tomarse las muestras de sangre.

Según el jefe de vectores, existen factores externos que influyen en la operación del programa de enfermedades transmitidas por vector: los medios de comunicación y los Diputados locales, mismos que manipulan las alertas.

Respecto a las actividades del personal, éstas se están limitando a la aplicación de insecticidas y a brigadas epidemiológicas, debido a que ahora el personal médico es el encargado de las campañas de detección.

En el año 2002, la jefa de jurisdicción de Tenosique identifica como ventaja de las descentralización, la autonomía financiera que adquirirán gradualmente, misma que les permitirá resolver oportunamente las necesidades de salud de su población.

Consideran que con la descentralización tienen que luchar a nivel estatal por la asignación de sus recursos financieros y depender de una programación presupuestal, situación que no les permite planear la utilización de sus recursos de acuerdo a sus necesidades reales.

Derivado de lo anterior, las compras de los insumos del programa de enfermedades transmitidas por vector se realizan consolidadamente a nivel estatal, limitándose la responsabilidad del programa de vectores a la compra de gasolina y mantenimiento de la maquinaria, aseguró la jefa de jurisdicción de Tenosique.

“En verdad que para nosotros no esta descentralizado esto, será administrativamente pero económicamente no, ya que pues realmente el presupuesto viene a nivel México y debería ser a nivel estado si ya llegó la descentralización aquí a Tabasco y nos causa a veces muchos problemas de nuestros pagos, nuestros viáticos”, trabajador operativo nivel medio. Tenosique, Tab.

El jefe de vectores consideró, como desventaja el alto costo del recurso humano y el poder del sindicato. Con sus diez años de experiencia en Tabasco se identifica como reto a superar: el “recelo del personal de vectores”, mismo que surgió con la subordinación del personal a los servicios de salud estatales y con la inclusión de personal médico en la detección de las enfermedades transmitidas por vector.

El caso de Nayarit

En Nayarit el programa de vectores ha sido prioritario, fundamentalmente a que en el estado existe una alta población flotante (turístico) y con zonas de difícil acceso geográfico. La vigilancia epidemiológica es permanente.

La operación del programa se realiza de acuerdo a la NOM. En los programas de paludismo y dengue se clasifican las localidades en tres estratos (que van de mayor a menor positividad), aplicándose tres ciclos de abatizaciones. Esta estrategia permite tener un mejor control de las actividades a realizar en cada localidad, así como hacer comparaciones. En Nayarit consideran importante la participación comunitaria en la limpieza de ríos, actividad que se realiza sistematizadamente.

De acuerdo a los informantes en el caso de leishmaniosis no se puede asegurar que la disminución de casos se deba al impacto del programa ya que esta disminución puede ser el resultado de la utilización de repelentes y pabellones; además, en los últimos años existe menos población expuesta en los cafetales.

Antes de la descentralización el personal de paludismo solo realizaba actividades exclusivas de paludismo, ahora participan en diferentes campañas (cólera, rabia) desempeñándose siempre por objetivos.

Respecto al dengue, se observa un cambio en el procedimiento del registro, ya que antes de la descentralización, los casos reportados se identificaban por asociación epidemiológica, sin toma de muestras. El área de vectores cuenta con un boletín semanal desde hace quince años, que se distribuye en cada una

de las jurisdicciones. Al mismo tiempo, semanalmente el laboratorio emite reportes por localidad, información que se envía a la Ciudad de México.

Se tiene la conciencia de que el trabajo del programa de vectores no es aislado; de esta forma, se realizan reuniones con las autoridades del estado de Jalisco, Durango y Zacatecas, intercambiando áreas de influencia de acuerdo a la facilidad de acceso geográfico, con el fin de trabajar coordinadamente.

En relación a la aceptación comunitaria, el jefe de vectores afirma que con la descentralización no ha existido cambio, ya que se ha procurado conservar la imagen del personal, mismo que sigue siendo aceptado y respetado en las comunidades.

"Realmente no hay una estrategia o una acción novedosa, la participación comunitaria en los criaderos y bueno la estratificación del problema dos conceptos que no plantea la norma..." jefe de vectores. Nayarit, Nay.

"Somos totalmente flexibles, se aceptan diferencias, se aceptan propuestas para trabajar y si son prudentes y propositivas". Epidemiólogo de Jurisdicción Sanitaria, Nayarit, Nay.

Se tiene como prioridad, respetar las costumbres de las comunidades indígenas, por lo que, para facilitar la aceptación del programa por la población, eventualmente se contratan y capacitan trabajadores bilingües, mismos que generalmente son habitantes de las propias comunidades que hablan español y dialecto; se considera que esta medida influye en la reducción en el número de casos nuevos.

De acuerdo a los informantes, antes de la descentralización los recursos se asignaban verticalmente desde el nivel federal, de esta forma el responsable estatal tomaba las decisiones. Con la descentralización se ha horizontalizado el programa dónde se responsabiliza a la jurisdicción sanitaria de las acciones a realizar. En este proceso el personal de paludismo no tuvo cambios en cantidad, ya que continúan los mismos 133 trabajadores que laboraban antes de la descentralización. Al ser la jurisdicción la responsable de la toma de decisiones, ha incluido en el programa de vectores personal médico, del cual tiene un mejor control.

No obstante, cuando se realizan campañas y acciones de intensificación, se contrata personal eventual, con el perfil mínimo (secundaria), mismo que ha laborado con este tipo de contrato en promedio ocho años, según el jefe de jurisdicción sanitaria y el epidemiólogo de la misma. Este personal es importante debido a que está capacitado para cubrir los requerimientos de recurso humano cuando aumente el número de jubilaciones.

Por otra parte el personal del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) ha brindado un apoyo al programa de vectores, ya que colaboran en la detección de casos, en la aplicación de encuestas somáticas y en la aplicación de tratamientos, sobre todo en las zonas marginadas y de difícil acceso.

De esta forma, se realizan reuniones mensuales de información y capacitación con la participación del personal del PAC y los programas de vectores. Cabe mencionar que en 1996 el personal de paludismo apoyó al personal del PAC en el ingreso a las comunidades, realizando recorridos conjuntamente.

Otro problema a que se enfrentan, relacionado con la gestión de los recursos humanos, es que alrededor del 45% de los empleados del programa de vectores, cuentan con las condiciones necesarias para jubilarse, de esta forma, aunque son empleados muy comprometidos con su trabajo, no pueden realizar el trabajo de campo por la disminución de sus capacidades físicas.

De acuerdo a un informante de mando medio de la Secretaría, se tiene mucha disposición de realizar concesiones y acuerdos a nivel estatal con el sindicato para no tener diferencias laborales; pero están concientes de que esto puede generar conflictos a nivel nacional, ya que si la sección sindical de otro estado tiene conocimiento de las concesiones que se otorgan en Nayarit, pueden exigir las también en su estado, generando situaciones problemáticas.

El mismo informante señaló como una posible solución a los conflictos con el personal sindicalizado, que se descentralice el sindicato, ya que si tuvieran un delegado estatal, éste estaría más consciente de las carencias y necesidades de su estado.

En relación con los recursos materiales, desde la descentralización no se han renovado los vehículos, sin embargo en este año el estado ha aportado equipo nuevo; también se cuenta con un laboratorio de paludismo bien equipado, que se utiliza para el control de calidad de las muestras de enfermedades transmitidas por vector.

"el equipo que teníamos antes nos permitía mantener acciones, un equipo deteriorado pero que no limitaba las acciones de control..." Jefe de Vectores. Nayarit, Nay.

Antes de la descentralización el estado ya ejercía cierta autonomía en el manejo de los recursos financieros, con la descentralización se ha reforzado. En el año 2002, se ejerce más oportunamente el recurso, ya que cuando provenían directamente del nivel central al programa de vectores, existía un retraso en la asignación y flujo de los mismos.

Según el jefe de vectores, el gobierno estatal aporta en promedio el 50% de los gastos de operación, realizándose un análisis de prioridades para la asignación

del recurso. De esta forma, el pago de nóminas, el de viáticos y los vehículos se realiza con presupuesto federal. Se ha observado una reducción del 10% del presupuesto federal, pero consideran que el programa de vectores no resulta afectado debido a que tiene establecido un mínimo irreductible, mismo que con la descentralización, pueden destinar a acciones prioritarias para el estado.

Los municipios y ayuntamientos apoyan al programa esporádicamente, generalmente con gasolina y algunas veces con alimentos; el Nayar es el municipio que otorga mayor apoyo, pero es también el que tiene una mayor incidencia de casos. Con el fin de fomentar la participación de los Ayuntamientos, se involucra a los presidentes municipales en las actividades del Programa Municipios Saludables, según afirmó el jefe de jurisdicción sanitaria 1.

Se identifica como ventaja de la descentralización, el aumento de autonomía en el ejercicio del presupuesto, permitiéndoles realizar transferencias entre partidas de acuerdo a sus necesidades.

Se señala como desventaja el alto costo de los recursos materiales y medicamentos, por lo que se sugiere como estrategia, solicitar a nivel federal que realice compras consolidadas al menos de cuatro estados para abatir costos. Nayarit coincide con las otras entidades analizadas, ya que el mal estado de los vehículos y la carencia de recurso humano se identifican también como desventajas de la descentralización.

El caso de Oaxaca

De acuerdo con el subdirector de salud pública, en los últimos cinco años en Oaxaca se ha mejorado la operación del programa de vectores como resultado de la implantación del sistema de información; pero el programa de paludismo es difícil sistematizarlo, debido a que cuenta con un millón de formatos aproximadamente, por lo que requiere de un gran número personal realizando trabajo estadístico. Situación diferente existe en el caso de la oncocercosis, misma que tiene un sistema de información propio, detallado por caso; sin embargo en los últimos tres años no se han presentado casos.

El mismo informante mencionó que el flujo de información entre la Dirección General de Epidemiología, la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación y la Dirección Nacional del Centro de Vigilancia Epidemiológica no es óptimo, debido a que el sistema de información del nivel central se ha utilizados por varios años y no es compatible con los sistemas actuales de vigilancia epidemiológica.

El programa de vectores ha vivido un cambio en su operación, ya que se ha reorientado a actividades de promoción disminuyendo el uso de insecticidas.

Según declaración del jefe del departamento de ETV, en los últimos cinco años se observa que ha mejorado el presupuesto del programa de paludismo, sin embargo los demás programas no tiene presupuesto asignado, por lo que se tiene que quitar recursos del programa de paludismo y distribuirlos a los demás programas de ETV. Lo anterior se contradice con lo dicho por el subdirector de salud pública, mismo que declara que el programa de vectores tienen una “bolsa” asignada y sin etiquetar, la cuál no ha aumentado desde hace diez años.

Relacionado con la operación del programa, en el estado no se realizan acciones complementarias a la NOM, de hecho se considera difícil cumplir con oportunidad la misma, debido a que no existe un procedimiento de flujo de información eficiente entre las unidades locales y las jurisdicciones sanitarias. Se ha tratado de implementar un sistema de reporte diario por radio o teléfono, mismo que aunque no ha tenido el resultado esperado, si ha logrado incrementar y oportunidad en la entrega del reporte de casos nuevos SUIDE 2000.

El problema de comunicación ha estado presente antes y después de la descentralización, pero se considera que en los últimos cinco años ha habido una mejora sustancial en el flujo de la información, según declaración del subdirector de salud pública del estado.

En Oaxaca, antes de la descentralización no existía un procedimiento para la determinación y asignación de los requerimientos de recursos humanos; en la actualidad esto puede realizarse de acuerdo al Modelo de Atención de Salud para Población Abierta (MASPA), debido a que éste modelo establece claramente las necesidades de recurso. De acuerdo al jefe del departamento de ETV antes de la descentralización, los recursos humanos, materiales y financieros estaban asignados directamente del nivel federal al programa de vectores, la operación del programa de vectores, específicamente paludismo contaba con una organización vertical y con una operación autónoma del nivel estatal. Se piensa que con la descentralización reciben más apoyos extraordinarios (estatales) y operan coordinadamente con los servicios de salud estatales.

Con la descentralización la asignación de los recursos materiales y financieros se realiza a través del programa operativo anual (POA), el cual contiene lo ejercido en el año y se programa lo del siguiente. El POA abarca rubros como la contratación de personal eventual, compra de materiales, compra de vehículos, reparación de vehículos, mantenimiento de aparatos; ésta programación se realiza a nivel estatal, pero con la estructura programática del nivel federal. Estatalmente se ha otorgado una mayor autonomía al programa de vectores para ejercer su presupuesto asignado, según declaraciones del epidemiólogo estatal.

Posteriormente a la descentralización los recursos financieros ya no se asignan directamente al programa de vectores, sino que es designa al estado para que lo distribuya entre sus programas, sin que exista un procedimiento preestablecido para la distribución de los recursos financieros. Después de la descentralización se ha enfatizado la prevención, por lo que para la gestión de recursos anuales se elabora un presupuesto basado en acciones de prevención, que incluye todas las actividades a realizarse anualmente: fumigación, eliminación de criaderos, etc. según declaración del jefe del departamento de ETV.

“siento que la descentralización se hizo de manera torpe, porque se llevo a cabo teniendo al estado prácticamente hacia la pared, y ahora se le asigna su presupuesto por una bolsa, ya no viene asignado por programa, entonces se le puede dar o quitar a programas según el arbitrio de la persona que lo señale.” Subdirector de Salud Pública de Oaxaca.

En relación con la cantidad de recurso humano asignado exclusivamente al programa de vectores, el jefe del departamento de vectores afirma que antes de la descentralización el recurso humano no era suficiente y se tenía la necesidad de contratar 250-300 empleados extras anualmente y después de la descentralización (específicamente los últimos tres años), ha disminuido la necesidad de contratación de personal temporal, debido a que se crearon bases nuevas.

El jefe del departamento de ETV, considera que como resultado de la descentralización se cuenta con recurso humano más calificado; de esta forma, dentro del programa de vectores existe personal con maestría o diplomados, situación que permite desarrollar investigaciones que permitan el diseño de las estrategias a seguir.

El Epidemiólogo estatal considera que no ha cambiado la gestión y administración del recurso humano debido que todavía el nivel central norma en qué rubros se tiene que asignar el gasto.

“Es necesario que las acciones, capacitación y diagnóstico se hagan siempre y no sólo cuando existan brotes, andar corriendo, ver el problema, que se necesita más personal, dinero, insecticida... que no se hagan las cosas por emergencia sino sé le de un seguimiento puntual y adecuado a todo proceso administrativo, de manera puntual y adecuada, y con las expectativas que genera el Programa Nacional de Salud.” Epidemiólogo estatal. Oaxaca.

En relación con el subregistro de ETV, no existen diferencias relacionadas con el subregistro y seguimiento de las ETV antes y después de la descentralización, debido a que continúan sin registrarse oportunamente los casos nuevos, además señala que el sistema de información esta diseñado para informar al Centro Nacional de Epidemiología y no a la Dirección Epidemiológica, situación por la que siempre van a existir diferencias de información en ambas instancias, de acuerdo al comentario del Sudirector de Salud pública del estado.

A su vez, el epidemiólogo estatal opina que no existe subregistro en paludismo y oncocercosis, ya que se tiene un control eficiente, sin embargo de dengue, chagas y leishmaniosis, no se puede decir lo mismo, debido que considera que no se están realizando adecuadamente las actividades de vigilancia y control antivectorial. Actualmente se tiene la posibilidad de un mejor seguimiento de los casos detectados de paludismo, oncocercosis y dengue gracias a los sistemas de información, permitiendo contar con un censo nominal actualizado.

Antes de la descentralización las compras de insecticidas y vehículos, así como contratación de personal se realizaba a nivel federal, después de la descentralización, las compras se realizan en el estado, según el jefe del departamento de ETV.

“Estamos en peor condición en el 2002 que en el 2001, no hay avances porque los recursos se han recortado, los logros que se están teniendo a nivel nacional son: por una parte gracias a los programas y gracias a la naturaleza tan benigna se ha comportado con nosotros; no es gracias a que el gobierno o nosotros estamos impactando de manera importante, tenemos que ser críticos con nosotros mismos y con el sistema político.” Epidemiólogo estatal. Oaxaca.

En Oaxaca los municipios no participan comprometidamente con los servicios de salud del estado, de esta forma apoyan eventualmente alguna acción del programa de vectores, pero solo cuando se realiza un acuerdo verbal entre el jefe de jurisdicción y el presidente municipal, debido a que los municipios gastan su presupuesto asignado a salud en obras de sanitarias como lo son introducción de drenaje, agua potable, etc.

A pesar de que los municipios pueden apoyar las acciones de salud a través del ramo 33, de 570 municipios con que cuenta Oaxaca, aproximadamente el 5% realiza una aportación comprometida a los servicios de salud, pero ésta no se lleva acabo de acuerdo a las necesidades de los servicios de salud, sino que generalmente se asigna a drenaje, agua potable y ambulancias, señala el epidemiólogo estatal.

De acuerdo al subdirector de salud pública del estado, los principales problemas a los que se enfrenta actualmente la operación del programa de vectores son derivados de la falta de recursos financieros, ya que el presupuesto asignado no permite el abasto oportuno y suficiente de medicamentos y materiales de curación, así como para dar mantenimiento a vehículos como al equipo de fumigación, por lo que el equipo de nebulización estará obsoleto el año entrante; al mismo tiempo, no se cuenta con recursos para contratar más personal y pagar viáticos al personal existente.

Como principales problemas a que se enfrenta la operación del programa de vectores, el epidemiólogo estatal identifica la carencia de capacitación en todos

los niveles jerárquicos, enfocada a sensibilizar al personal clínico sobre la importancia de la salud pública; la carencia de recursos para realizar actividades de supervisión, prevención y mantenimiento, es otro problema al que se enfrenta el programa de vectores en la actualidad según señala el informante.

El jefe del departamento de ETV identifica como uno de los principales problemas en la operación del programa de vectores, la comunicación derivada del difícil acceso geográfico del estado, aunado a conflictos políticos que dificultan la entrada a ciertas poblaciones, sobre todo en periodos electorales; además se observa que en poblaciones colindantes con Chiapas (que son las de mayor presencia de paludismo) no se puede llegar por ser zonas restringidas, limitando las acciones del programa.

El subdirector de salud pública, opinó que en Oaxaca no se perciben ventajas derivadas del proceso de descentralización, por lo que en la actualidad no se ejerce autonomía en la administración y operación del programa de vectores, debido a que las decisiones siguen tomándose a nivel federal.

“Yo creí que con la descentralización podíamos decidir y seguimos amarrados de México, yo digo que no hay una descentralización total, muchas de las situaciones están concentradas a nivel nacional, y son las importantes las que no descentralizan”. Subdirector de Salud Pública. Oaxaca.

El jefe del departamento de ETV considera como ventajas derivadas de la descentralización: 1) la autonomía para realizar las compras estatalmente, 2) la optimización del flujo de recursos, ya que en Oaxaca el programa de vectores es prioritario; y 3) la horizontalización del programa, misma que permite una operación integral y coordinada con otros programas, como el PAC, Oportunidades y Promoción.

El mismo informante, expresó que ha mejorado el flujo de los recursos financieros (en el caso del paludismo), debido a que la Secretaría de Hacienda tiene reconocido el presupuesto del programa a diferencia de dengue y leishmaniosis que no cuentan con un programa específico.

7. Discusión

La descentralización de los servicios de salud en México ha sido un proceso largo, en constante polémica y con balances diversos, no siempre coincidentes y en algunos casos antagónicos. En los inicios del año 2002 más de un mandatario estatal manejó la posibilidad de *regresar* o *devolver*, los servicios de salud y a la federación, argumentando (entre otros aspectos) que no se contaba con los recursos económicos para hacer frente a la demanda de su población.

Lo anterior ha sido una de varias posiciones extremas en torno a la descentralización, sin olvidar las discusiones iniciadas a mediados de los años ochenta en donde se cuestionaba que las acciones emprendidas en el sector salud se limitaban exclusivamente a una desconcentración de la administración y de la prestación de los servicios.

La descentralización del sector salud continúa siendo un aspecto polémico dentro del procesos de reforma del sector que desde diversas variantes se ha impulsado en México durante los últimos ocho años. Si bien no es el objetivo central del presente trabajo, si es prudente hacer algunos comentarios que permitan contextualizar el desarrollo desigual y combinado que han tenido los programas relacionados con las enfermedades transmitidas por vector (ETV) en los estados considerados en el estudio.

La reforma del sector ha enfrentado obstáculos entre los que destacan, por su peso determinante, los siguientes: las inercias en favor del centralismo fomentadas por agentes heterogéneos a nivel federal y en los estados (v.gr. funcionarios medios, dirigentes sindicales); muy diversa voluntad política por parte de los gobiernos estatales para asumir con amplitud los retos y compromisos del sector salud; las limitaciones en la asignación del gasto federal que se radica a los estados y el enorme monto del mismo que se destina al gasto corriente.

Sin profundizar en cada tópico anotado, se puede afirmar que, por lo menos el último, tiene un reflejo directo en el funcionamiento y en la eficiencia de la prevención y atención oportuna de las enfermedades transmitidas por vector. Las tasas en las enfermedades con mayor incidencia junto con los testimonios de los informantes clave sobre el vínculo descentralización / funcionamiento de los programas, permiten concluir que existe una relación estrecha entre ambos aspecto, no necesariamente determinante de la descentralización sobre los programas de ETV.

La discusión se enfoca alrededor del impacto de la descentralización en cuatro aspectos: recursos humanos, recursos financieros, recursos materiales y las incidencias de las enfermedades en relación con los grados de marginación.

Recursos humanos

Hay que partir de que, en general, la gestión de recursos humanos y la definición de cambios o nuevas condiciones laborales, continúan centralizadas. Existe un sólo sindicato nacional quien es el titular legal y único interlocutor con las autoridades de la Secretaría en todo lo referente a las relaciones laborales. En algunos estados ese sindicato nacional convive con pequeños sindicatos estatales y/o locales que a se mantuvieron a pesar de la transferencia del personal de la federación a los estados, a raíz de la descentralización, (van de dos, como en el DF, a 10 como en el caso de Veracruz). Prácticamente en

todos los estados se ha presentado el conflicto por la homologación salarial entre *federales* y *estatales*.

A partir de la investigación de campo se pudieron recopilar suficientes elementos que permiten sostener que esa “descentralización” de los recursos humanos y las disputas por las homologaciones salariales, han impactado de manera negativa en la operación de los programas de ETV. Baste anotar las siguientes situaciones:

- a) Particularmente en el caso de los trabajadores anteriormente asignados al programa de paludismo, perdieron autonomía (técnica, financiera, logística, cambios en las líneas de mando) paradójicamente frente a los servicios estatales de salud. Dejaron su dependencia directa de la federación.

Los efectos negativos se han expresado en pérdida de mística, resistencia al desempeño de sus labores si es que no existe algún incentivo económico extra, nuevos mandos medios y superiores ajenos a los antecedentes del programa y con bajo conocimiento de las condiciones que se deben enfrentar en campo, desinterés por capacitarse y actualizar conocimientos. Si bien no se puede concluir tajantemente que lo anterior se refleja en un mal desempeño de los programas, ni mucho menos en el comportamiento de las incidencias, es obvio que por lo menor genera situaciones no óptimas.

- b) Las diferencias salariales que se mantienen en la mayoría de los estados, entre trabajadores que desempeñan las mismas funciones y en un mismo escalón del escalafón, han generado por lo menos cuatro efectos: i) desmotivación y apatía entre los trabajadores con menores ingresos, ii) la resistencia a jubilarse de los trabajadores con menores salarios ya que al hacer usos de esa prestación recibirían pensiones menores (en ocasiones hasta del 40%) a sus ingresos como trabajadores “activos”, iii) envejecimiento de la planta laboral de los programas de ETV, con sus consecuencias de menor rendimiento laboral, iv) imposibilidad, por razones de presupuesto y de operación, de renovar la plantilla laboral.
- c) La adscripción de un trabajador a un área específica de trabajo no se puede modificar sin la amplia aceptación del mismo empleado y de la sección sindical correspondiente. Se da el caso que por la modernización de los procesos administrativos y técnicos ciertas categorías laborales se quedan sin materia de trabajo, a pesar de ello no se les puede remover a otra área ni ha otras funciones. En el caso del personal de paludismo los ejemplos son más que elocuentes.

En suma, la descentralización de los servicios de salud no ha favorecido las condiciones de trabajo del personal adscrito a los programas de ETV. Lo anterior debe ser acotado al vincularse al panorama global de la Secretaría de Salud

donde la queja, en todos los estados y en todas las áreas, es la nula creación de **nuevas** plazas de trabajo durante los últimos seis años.

Recursos financieros

Los criterios de asignación de recursos de la federación hacia los estados han estado en polémica permanente desde antes de concluir las transferencias (finales e los años noventas) hasta la fecha. De acuerdo a la Ley de Coordinación Fiscal existen tres condiciones básicas para tal asignación: el inventario de infraestructura y el tamaño de la plantilla laboral transferida; los posibles incrementos salariales y en prestaciones laborales; los gastos de operación e inversión comprometidos en los estados. A lo anterior se suman criterios tales como el índice de marginalidad estatal, promedio anual de la tasa de mortalidad infantil, la proporción de personas mayores de 65 años, entre otros.

En los años 1996 y 2000 los estados considerados en el estudio ocuparon las variadas posiciones en cuanto a la aportación per capita por parte de la federación. La variación en las posiciones de Chiapas, Oaxaca y de Nayarit son difíciles de explicar a la luz de los criterios arriba anotados. Los tres estados descendieron en el orden de las aportaciones de la federación, sin que se pueda demostrar que mejoraron su índice de marginación, por citar tan solo uno de los criterios.

Cuadro 1. Lugar que ocupa cada estado en las aportaciones federales per cápita, en orden descendente

ESTADO	1996	2000
Campeche	1	1
Chiapas	4	6
Guerrero	22	25
Nayarit	5	14
Oaxaca	3	9
Tabasco	32	30

Fuente: Moreno, 2001

Tabasco y Guerrero se ubican entre los últimos lugares en cuanto a las aportaciones per capita recibidas de la federación. “Los 14 estados que se descentralizaron en la década de los ochenta reciben en promedio menos recursos federales que el resto de los estados”ⁱⁱⁱ. De acuerdo con Cardozo (1998) esta situación se explica debido a que la descentralización aumentó la dependencia ya que no se desarrollaron esquemas de financiamiento propios.

Si a nivel general resulta complejo identificar las criterios reales para la asignación de recursos financieros a las entidades federativas, la situación se hace mucho más compleja al buscar conocer criterios y montos destinados a los

programas de ETV. Al respecto existe una total carencia de información, incluso en el ámbito federal.

La hipótesis más sólida es que a los estados ya no les llega etiquetado el recurso, es una gran bolsa para cubrir necesidades que se distribuye a discreción de los directivos, excepto en el caso del capítulo 1000 cuyos montos están destinados al pago de la nómina. Así, los programas de ETV pueden sufrir recortes o incrementos en sus recursos de acuerdo a las políticas de cada estado y a los casos de emergencia.

Respecto al flujo de recursos financieros para las ETV, en los estados seleccionados se encontraron una serie de contradicciones entre los informantes, desde los que consideran que el presupuesto ha aumentado a partir de la descentralización, hasta los que opinan que no se ha incrementado durante los últimos 10 años. Lo anterior se puede considerar como un reflejo de criterios nuevos y desconocidos por los mandos medios y por el personal operativo.

En el terreno de la operación, en el campo, los testimonios recopilados entre personal operativo coinciden en todos los estados, en cuanto a que la descentralización ha implicado una congelación o de plano una disminución de recursos financieros destinados a la prevención, control y seguimiento de las ETV, lo cual influye negativamente en el cumplimiento de los objetivos de dichos programas.

Debido a que en la actualidad el proceso de asignación de recursos para las ETV no es claramente conocido en el nivel estatal, la percepción de los informantes en sus distintos niveles, es que no se reciben suficientes recursos financieros con origen asignados federal, además de que no llegan oportunamente.

Recursos materiales

Por lo menos en lo que se refiere al programa de paludismo, se puede asegurar que a partir de la descentralización ha visto disminuidos los recursos materiales que les permitían una operación aceptable antes de tal proceso. Debido a su dependencia federal directa, durante décadas dicho programa contó con criterios propios para la asignación de recursos, los cuales les llegaban sin pasar por los servicios estatales de salud y su ejercicio era casi autónomo.

Existe un amplio consenso entre los informantes en cuanto a las repercusiones negativas de la descentralización en cuanto a la disposición de recursos materiales para el programa de paludismo. Otros programas de ETV comparten las carencias y limitaciones, por lo menos en los seis estados incluidos en el estudio.

De acuerdo a la información recopilada en campo, los principales problemas que debe enfrentar el personal operativa se relacionan con la antigüedad y el mal estado de los vehículos que los hace inútiles para poder llegar de manera oportuna a comunidades alejadas de los centros urbanos. Para una buena operación de los programas de ETV este factor es determinante tanto en campañas preventivas como en estados de emergencia.

De acuerdo a los coincidentes testimonios de los trabajadores de campo, el acceso imposible a comunidades alejadas es acompañado de accidentes que sufren los trabajadores debido al mal estado del transporte. A lo anterior hay que sumar la carencia y obsolescencia del equipo indispensable, por ejemplo las bombas para fumigar.

Marginación y enfermedades transmitidas por vector

En todos los proyectos de reforma del sector salud, de una u otra manera, se justifica la misma con el propósito de contribuir a una mayor equidad en el acceso a los servicios. La descentralización, como parte importante de las reformas, también mantiene entre sus objetivos principales esa búsqueda de equidad en salud. Prácticamente los seis estados considerados en el estudio han mantenido rezagos históricos en cuanto a los niveles de bienestar de su población.

Entre los estados más pobres del país con un índice de marginación *muy alto* se encuentra Chiapas con un 2.25 y una población indígena de 27%; Oaxaca, con un índice de 2.07 y una población indígena de 36.5% y Guerrero con un índice de 2.11 y un 13% de población indígena.

Mientras que Campeche, Nayarit y Tabasco se encuentran, de acuerdo a la clasificación de CONAPO, en un índice de marginación alto: 0.70, 0.05 y 0.65, respectivamente.

De acuerdo a la información cuantitativa y cualitativa recopilada para el presente estudio, no es posible asegurar de manera tajante que a mayor índice de marginación de un estado y de una región se presentan mayores incidencias en ETV. La situación es relativa ya que algunos estados pueden bajar sus tasas de manera notable en el algún periodo, sin que esto signifique que han mejorado las condiciones de vida de su población. En otros, los casos pueden subir un año, bajar notablemente en otro y de manera inmediata subir considerablemente. Sin duda las causas de este comportamiento son multifactoriales y difícilmente se pueden adjudicar sólo al nivel de marginación.

Baste tomar en consideración factores de clima y de altura sobre el nivel del mar, propicios o no para los agentes transmisores de enfermedades por vectores. En condiciones geográficas no favorables para el vector simplemente

la posibilidad de enfermedades es casi nula aun cuando las condiciones de marginación puedan reportar los mayores índices.

En el caso de Chiapas, en los años 2000 y 2001 se registraron menores tasas en paludismo (de 108.6 en 1998 a 63.1 en el año 2001) y en oncocercosis (de 6.8 a 3.3 en los mismos años); en Oaxaca el dengue clásico y el dengue hemorrágico registraron tasas cero en el año 2000; mientras que en Guerrero el dengue clásico no apareció en el año 2000 y el paludismo pasó de una tasa de 5.15 en 1998 a 4.5 en el 2000. Se puede asegurar que las bajas o las alzas de los casos no estuvieron directamente determinadas por el bajo o alto nivel de marginación.

Otro aspecto a considerar son las regiones y/ o jurisdicciones sanitarias. El ejemplo de Nayarit es muy ilustrativo. Mientras que el estado en general reportó una marginalidad alta (0.05) la zona del nayar, la más marginada al interior del estado, concentró el 90% de los casos de paludismo de toda la entidad. En ese caso si hay una coincidencia fuerte entre marginación y alta incidencia de ETV.

Bibliografía

Brito P. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS. 1999.

Cardozo, Myrian "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud 1983-1993" en Enrique Cabrera et. al. Las políticas descentralizadoras en México, México, CIDE – Porrúa, 1998.

Cardozo B. M. La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. Gestión y Política Pública. Vol. II, No. 2 julio-diciembre 1993; pp. 369.
Consejo Nacional de Salud. Hacia la Federación de la Salud en México. 2da Edición, SSA, México 1998; pp. 21.

Gómez Dantés H, Henry Rodríguez M. Paludismo y dengue: de la erradicación a las zonas de riesgo. SSA México; primera edición 1994.p 20-28

González-Block M. La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El Caso de los Sistemas Locales de Salud 1988-1994, mimeo. México: Academia Nacional de Medicina.

Moreno Jaimes, Carlos, La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación. Documento de trabajo No. 95, CIDE, 2001.

Nigenda G, Ruiz J. Factores Restrictivos para la descentralización en Recursos Humanos. Programa de desarrollo de Recursos Humanos. PAHO. Julio 1999.

Nigenda G, Valdez R, Ávila L, Ruiz J.A. Descentralización y programas de salud reproductiva. Fundación Mexicana para la Salud. 2002.

Ornelas C. El proceso de descentralización de los servicios de salud a la población abierta en México. División de Desarrollo Económico. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Enero 1997; pp.32, 33 y 40

Poder Ejecutivo Federal. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2000 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. Diario Oficial de la Federación, 08 de enero de 2001.

Poder Ejecutivo Federal. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2000 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. Diario Oficial de la Federación, 08 de enero de 2001.

Programa Nacional de Salud 1990-1994. Antología de la planeación en México. México FCE/SHyCP, Vol. 23; pp 228 y 236.

Reunión sobre Descentralización, los Sistemas de Salud y los Procesos de Reforma del Sector. Informe Final. OPS. Chile. Marzo 1997; pp.2-3.

Schmunis G, Pinto J. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2000; 16(Sup. 2):117-123.

Urrutia A, Morales A. Crean frente común para combatir dengue. Sociedad y justicia, julio 2002; pp. 40.

ANEXO 1

Indicadores demográficos y socioeconómicos de los estados considerados en el estudio

Campeche, 2000

Demográficos	
Población total 1	687,572
Porcentaje de población en zona urbana 2	70.9
Porcentaje de población en zona rural 2	29.0
Porcentaje de mujeres 1	50.2
Porcentaje de hombres 1	49.7
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	15.9
Promedio de escolaridad 1	7.2
Porcentaje de analfabetismo 1	11.56
Índice de marginación 4	0.70 (alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.38
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	88.83
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	85.44
Salud	
Esperanza de vida 3	75.03
Médicos por 1,000 habitantes 3	1.42
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° infecciones respiratorias 2° infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	24.73
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	9.75
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	6.05
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	1° enfermedades del corazón 2° tumores malignos 3 accidentes

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . [www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000 fr.html](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html)

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

Chiapas, 2000

Demográficos	
Población total 1	3,912081
Porcentaje de población en zona urbana 2	45.5
Porcentaje de población en zona rural 2	54.5
Porcentaje de mujeres 1	50.4
Porcentaje de hombres 1	49.5
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	26.8
Promedio de escolaridad 1	5.6
Porcentaje de analfabetismo 1	23.48
Índice de marginación 4	2.25 (muy alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.85
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	70.16
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	80.24
Salud	
Esperanza de vida 3	72.81
Médicos por 1,000 habitantes 3	0.77
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° Infecciones respiratorias 2° Infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	30.25
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	53.2
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	36.6
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	tumores malignos, enfermedades del corazón accidentes

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

Guerrero, 2000

Demográficos	
Población total 1	3,063,380
Porcentaje de población en zona urbana 2	55.3
Porcentaje de población en zona rural 2	44.6
Porcentaje de mujeres 1	51.7
Porcentaje de hombres 1	48.2
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	12.7
Promedio de escolaridad 1	6.3
Porcentaje de analfabetismo 1	21.12
Índice de marginación 4	2.11 (muy alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.66
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	56.05
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	65.45
Salud	
Esperanza de vida 3	73.63
Médicos por 1,000 habitantes 3	0.99
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° infecciones respiratorias 2° infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	28.2
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	12.5
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	9.35
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	1° enfermedades del corazón 2° tumores malignos 3° accidentes

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . [www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000 fr.html](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html)

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

Nayarit, 2000

Demográficos	
Población total 1	910,241
Porcentaje de población en zona urbana 2	64.1
Porcentaje de población en zona rural 2	35.8
Porcentaje de mujeres 1	50.6
Porcentaje de hombres 1	49.3
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	4.1
Promedio de escolaridad 1	7.3
Porcentaje de analfabetismo 1	9.01
Índice de marginación 4	0.05 (alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.14
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	86.19
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	89.53
Salud	
Esperanza de vida 3	75.52
Médicos por 1,000 habitantes 3	1.32
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° infecciones respiratorias 2° infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	23.48
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	11.3
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	7.6
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	1° enfermedades del corazón 2° tumores malignos 3° diabetes mellitus

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . [www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000 fr.html](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html)

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

Oaxaca, 2000

Demográficos	
Población total 1	3,419,524
Porcentaje de población en zona urbana 2	44.6
Porcentaje de población en zona rural 2	55.3
Porcentaje de mujeres 1	51.9
Porcentaje de hombres 1	48.0
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	36.5
Promedio de escolaridad 1	5.8
Porcentaje de analfabetismo 1	21.69
Índice de marginación 4	2.07 (muy alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.62
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	46.16
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	81.87
Salud	
Esperanza de vida 3	72.87
Médicos por 1,000 habitantes 3	0.86
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° infecciones respiratorias 2° infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	30.105
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	41.1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	32.7
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	1° enfermedades del corazón 2° tumores malignos 3° accidentes

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . [www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000 fr.html](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html)

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

Tabasco

Demográficos	
Población total 1	1,883,620
Porcentaje de población en zona urbana 2	53.8
Porcentaje de población en zona rural 2	46.1
Porcentaje de mujeres 1	50.8
Porcentaje de hombres 1	49.1
Socioeconómicos	
Porcentaje de población que habla lengua indígena 1	3.4
Promedio de escolaridad 1	7.2
Porcentaje de analfabetismo 1	10.17
Índice de marginación 4	0.65 (alto)
Promedio de habitantes por vivienda 1	4.56
Porcentaje de vivienda con agua potable 3	81.79
Porcentaje con infraestructura sanitaria en el hogar 3	89.17
Salud	
Esperanza de vida 3	75.30
Médicos por 1,000 habitantes 3	1.28
Principales casos nuevos de enfermedades (tasa por 100,000 habitantes) 5	1° infecciones respiratorias 2° infecciones intestinales 3° amibiasis intestinal
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1,000 habitantes) 3	24.06
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	15.15
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRAS (tasa por 10,000, menores de 5 años) 3	21.35
Principales causas de mortalidad (tasa por 100,000 habitantes) 6	1° enfermedades del corazón 2° tumores malignos 3° accidentes

1 INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Tabulados de la muestra censal cuestionario ampliado*. México, Edit. INEGI, 2000.

2 INEGI, *Anuario estadístico 2000*, México, Edit. INEGI, 2001.

3 SSA, *Salud: México 2001*, Edit. SSA, 2002.

4 . [www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000 fr.html](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000_fr.html)

5 . SSA, *Daños a la salud. Boletín de información estadística*, 1999. No. 19, vol. II, México, Edit. SSA, 2001.

6. SSA, *Mortalidad 1999*. México, Edit. SSA, 2001.

ANEXO 2

Definiciones

Norma oficial mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2000. El proyecto de Norma oficial mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2000 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero del 2000 tiene por objetivo establecer los conceptos, estrategias básicas, actividades, procedimientos y técnicas operativas para disminuir el riesgo de infección, enfermedad, complicaciones o muerte por paludismo, dengue, oncocercosis, leishmaniosis, tripanosomosis y rickettsiosis, así como los criterios para orientar las estrategias programáticas de coordinación, regionalización, estratificación y modernización de las actividades para su vigilancia, prevención y control.

Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal que conforma el Sistema Nacional de Salud y para aquellas instancias oficiales o privadas que efectúen el control sobre uno o varios de los vectores que transmiten enfermedades objeto de esta norma.

50 millones de personas residen en territorio nacional que reúne las condiciones geográficas, epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas que favorecen la prevalencia de enfermedades transmitidas por vector (60% de territorio nacional reúne estas condiciones) situación que justifica la importancia de la PROY-NOM-032-SSA2-2000.

En su apartado 8.2. señala que el éxito en el impacto de este programa depende de las acciones a realizar por la comunidad, por las autoridades locales y por las autoridades federales y estatales.

Las acciones a realizar por las comunidades deben enfocarse al incremento de los conocimientos en la población, a la motivación de actitudes solidarias y de colaboración ciudadana, así como producción de cambios de las conductas adversas a la salud individual o colectiva en la comunidad; con el fin de que se sensibilizar a la población para que acepten y participen activamente en acciones preventivas y de control.

A las autoridades locales les compete evitar los riesgos de la transmisión de estas enfermedades, de esta forma su competencia es el saneamiento básico y ambiental, desarrollando acciones relacionadas con el manejo de basura, agua, drenaje, pavimentación, alumbrado, mercados, cementerios y normas de buena convivencia.

A las autoridades federales y estatales, les corresponde proporcionar y adecuar los criterios concretos para que la comunidad y las autoridades locales conduzcan sus actividades en un marco de certidumbre científica y beneficios sociales.

El ámbito de competencia federal es la elaboración, actualización y la capacitación sobre los contenidos de las normas de competencias federales. La adecuación y promoción del cumplimiento de lo normado le compete a los estados. El ejercicio de las normas es responsabilidad de la población y de sus instituciones locales.

En relación a las medidas específicas de prevención y control contenidas también en esta norma, se establece que el control de las enfermedades transmitidas por vector debe incluir las medidas dirigidas tanto a los reservorios como a los vectores, así como otras para evitar o limitar factores de riesgo conocidos, que son propicios para la transmisión de estas enfermedades.

De esta forma, el Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vector es el responsable de dictar la metodología y las estrategias a seguir para la prevención y control cotidianos de esas enfermedades y de emitir los planes de contingencia en las emergencias sanitarias epidemiológicas; estableciendo los lineamientos del tratamiento médico, del empleo de insecticidas, de la coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y otros organismos con acciones afines para el mejor aprovechamiento de los recursos, de la capacitación del personal de salud y de capacitación a la población para el fomento de la salud, de investigación y de información.

Enfermedades transmitidas por vectores. Padecimientos en cuya cadena de transmisión interviene un vector artrópodo, como elemento necesario para la transmisión del parásito. Para efectos de la NOM se considera como enfermo o portador del agente causal de las enfermedades transmitidas por vector, a toda aquella que, con o sin presentar sintomatología. Es detectada por el sistema de vigilancia epidemiológica, incluyendo los hallazgos de laboratorio.

Vector. Transportador viviente y transmisor biológico del agente causal de enfermedad. Para efectos de la NOM, se refiere al artrópodo que transmite el agente causal de una enfermedad por picadura, mordedura o por sus desechos.

Diagnóstico de las enfermedades. Las definiciones operacionales epidemiológicas para cada padecimiento son la base clínica para detectar estas enfermedades, a través del sistema de vigilancia epidemiológica y deben ser descritas en los manuales correspondientes para cada una de ellas. Por tanto, el cuadro clínico, la procedencia de áreas endémicas o con brotes epidémicos de los casos detectados, así como los procedimientos de laboratorio deben ser la base para reconocer enfermos.

Sistemas especiales de vigilancia epidemiológica y evaluación. Para realizar adecuadamente la prevención y control de las enfermedades y en virtud de que: a) existe un Programa estructurado a nivel de campo, b) se cuenta con sistemas de vigilancia epidemiológica específicos, que permiten desarrollar la

detección de casos y c) se dispone de estudios entomológicos sobre los vectores; se integran estos aspectos como las bases para ejercer una adecuada prevención y control oportuno de las enfermedades.

Paludismo. Enfermedad transmitida por mosquitos, que puede manifestarse clínicamente o cursar con infecciones asintomáticas; se caracteriza clínicamente por episodios paroxísticos de fiebre, escalofríos y sudoración, cuando no se trata oportuna y adecuadamente puede cursar con anemia, esplenomegalia y tener solución crónica. Es producida por una o simultáneamente por varias de las cuatro especies de Plasmodium: P. Vivax (el más frecuente en México), P. falciparum (principalmente en la frontera sur del país), P. malariae (poco frecuente) y P. ovale (ausente del país).

Diagnóstico: debe realizarse por examen microscópico de gota gruesa de sangre. Todo caso de sospecha de paludismo o que sea contacto de otro caso, deben confirmarse por microscopia. Por lo anterior, en el país se notifican solo casos confirmados.

La toma de muestra se realiza en puestos de notificación de voluntarios capacitados y unidades médicas, forma parte integral del sistema de vigilancia epidemiológica para este padecimiento, sobre todo en áreas endémicas; la toma de muestra deberá hacerse antes de iniciar la administración de cualquier medicamento antipalúdico.

La lectura de la muestra, y su resultado estarán bajo la responsabilidad de los laboratorios oficiales debidamente reconocidos. En el caso de localidades que no cuenten con este servicio, la toma y remisión de la muestra al laboratorio más cercano, estará bajo la responsabilidad de personal debidamente capacitado de la red de notificación, sea voluntaria o institucional.

Dengue. Enfermedad transmitida por mosquitos y producida por arbovirus de la familia Flaviviridae, que tiene cuatro serotipos. Produce brotes explosivos de formas clásicas, con brotes simultáneos de formas hemorrágicas o de choque graves en menor cantidad. Se caracteriza clínicamente por la infección por virus del dengue que es asintomática, o que evoluciona como fiebre indiferenciada, o presenta las variedades de dengue clásico o hemorrágico. Las formas clásicas cursan con un cuadro febril agudo caracterizado por cefalea frontal, dolor retroorbital, mialgias y artralgias, así como erupción en la piel. Pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas, como epistaxis o gingivorragia.

Diagnóstico: se basa en manifestaciones clínicas de la enfermedad; antecedentes de residencia o procedencia de áreas endémicas con transmisión de la enfermedad o con infestación del mosquito Aedes aegypti o Aedes albopictus y pruebas serológicas positivas o taxonomía de serotipo del virus de dengue.

El diagnóstico por laboratorio para dengue tiene utilidad, primero para realizar la vigilancia epidemiológica y segundo, para confirmar los casos de dengue hemorrágico. A estos últimos y a los de síndrome de choque, se les deberá efectuar diagnóstico por laboratorio en todos los casos, excepto aquellos en los que ocurra el fallecimiento y no logran obtenerse muestras de suero o de autopsia.

Esta NOM contiene también un procedimiento para la confirmación etiológica del dengue y dengue hemorrágico por laboratorio.

Dengue hemorrágico. Se desarrolla rápidamente entre el 3º y 14º días después de iniciado un cuadro febril. Tiene una duración entre dos y tres días, y la recuperación es espontánea y rápida. Para clasificar un caso deben identificarse todos los signos siguientes: fiebre o antecedentes inmediatos de fiebre aguda, manifestaciones hemorrágicas, que incluyen por lo menos una de las siguientes: torniquet positivo, petequias, equimosis o púrpura, y hemorragias de mucosas del tracto gastrointestinal de lugares de punción y otros, trombocitopenia igual o inferior a $100,000/\text{mm}^3$, extravasación de plasma, además puede presentarse síndrome de choque.

Gravedad del dengue hemorrágico. Al que se clasifica y describe según la OMS, en cuatro grados. La presencia de trombocitopenia con hemoconcentración, diferencia el dengue hemorrágico de grados I y II del dengue clásico.

Diagnóstico: se realiza a través de hallazgos de laboratorio, se deben realizar estudios al menos uno diario, para demostrar la trombocitopenia y la hemoconcentración, que son hallazgos constantes en el dengue hemorrágico. De 3 a 8 días después del inicio de la enfermedad, el recuento de las plaquetas es inferior a $100,000/\text{mm}^3$. La hemoconcentración indica extravasación de plasma, con una elevación del hematocrito igual o mayor a 20%, o su disminución en la misma proporción en la convalecencia.

En México debe establecerse un diagnóstico diferencial con la leptospirosis, por su frecuencia y debido a que el curso clínico de la leptospirosis con manifestaciones hemorrágicas tiende a ser fatal, se deberá instalar de inmediato un tratamiento preventivo, con antibióticos, para evitar el agravamiento y la muerte del paciente mientras se realiza su diagnóstico.

Oncocercosis. Enfermedad infecciosa, crónica de carácter degenerativo, no mortal causada por un helminto de la superfamilia Filarioidea, y la especie de filaria *Onchocerca volvulus*. El periodo de incubación comúnmente tarda un año, o más. Forma nódulos fibrosos en el tejido subcutáneo, particularmente en cabeza, hombros y cintura pélvica: A menudo causan una erupción con prurito intenso, alteraciones de la pigmentación, edema y atrofia de la piel. Los cambios de pigmentación localizados principalmente en las extremidades inferiores producen un aspecto de "piel de leopardo", en tanto que la pérdida de elasticidad

en la piel y la linfadenitis, pueden causar lo que se conoce como “ingle colgante”.

Su cuadro clínico es aquel que inicia con manifestaciones clínicas en piel en los sitios cercanos a la inoculación que hacen los vectores después de un periodo de incubación de un año. El signo cardinal es la aparición de nódulo subcutáneos en los que las macrofilarias anidan y se reproducen liberando microfilarias por un periodo de hasta 15 años. Las microfilarias migran a piel causando dermatitis crónica y frecuentemente también al ojo, en donde producen queratitis punctata, queratitis esclerozante e iridociclitis pudiendo conducir a la ceguera; su área endémica se limita a los estados de Oaxaca y Chiapas en regiones situadas entre los 500 y 1500 m sobre el nivel del mar, fundamentalmente asociadas al cultivo del café.

Diagnóstico: se basa en el cuadro clínico y antecedentes de residencia o procedencia de áreas endémicas con transmisión de la enfermedad, así como a través de la demostración de las microfilarias por medio de examen microscópico de material fresco de biopsia de piel superficial, por identificación de filarias y microfilarias al extirpar nódulos o bien por observación de microfilarias en la córnea y cámara anterior del ojo, RCP e hibridación por southern blot. A partir de biopsias o nódulos.

Leishmaniosis. Enfermedad crónica causada por un protozoario del género *Leishmania*, de las especies *L. mexicana*, *L. brasiliensis* y *L. chagasi*. Presenta cuatro formas clínicas que afectan piel, membranas mucosas, cartílagos y vísceras del hombre y de diversos reservorios mamíferos menores, como cánidos domésticos o roedores silvestres. Las formas clínicas se clasifican como:

Leishmaniosis visceral; Kala-azar: produce cuadros graves; afecta vísceras, particularmente bazo.

Leishmaniosis cutánea difusa: semejante, a veces a la lepra lepromatosa.

Leishmaniosis cutánea americana; localizada: se le conoce como Úlcera del Chiclero y es la más frecuente en nuestro país.

Leishmaniosis mucocutánea; Espundia: no cura espontáneamente, resiste mucho a la terapéutica convencional y las infecciones bacterianas secundarias son la principal causa de muerte.

Diagnóstico: se basa en el cuadro clínico y antecedentes de residencia o procedencia de áreas endémicas con transmisión de la enfermedad y demostración del protozoario del género *Leishmania*, por medio de: estudio microscópico de frotis, impronta de lesiones cutáneas, biopsias de tejidos, intradermorreacción o reacción de Montenegro positiva en casos de LCL y LMC,

Serología positiva en casos de LV, LCD y LMC por técnicas de aglutinación e inmunocenzimáticas, cultivo e inoculación, RCP e hibridación con sondas específicas para complejo y especies.

Enfermedad de Chagas; Tripanosomosis: Enfermedad causada por el protozoo Tripanosoma cruzi, transmitido entre animales y humanos por triatómicos o chinches besuconas; el periodo de incubación va de una a dos semanas; los triatómicos se distribuyen ampliamente en el territorio nacional, especialmente en la costa Pacífico y Golfo de México. Se puede transmitir también por transfusión sanguínea, trasplante de órganos parasitados, accidentes de laboratorio, ingestión de bebidas y alimentos infectados, desollamiento de animales silvestres, ingestión de carne semicruda de animales parasitados o infección congénita. En estos casos, el periodo de incubación puede prolongarse.

La enfermedad de Chagas tiene tres etapas: aguda, crónica e indeterminada. Afectan en diversos grados, principalmente a corazón, esófago, colon y eventualmente, sistema nervioso central. Un número no bien definido de muertes corresponden a cardiopatías Chagásicas no diagnosticadas oportunamente. La fase aguda se da generalmente en niños, mientras que las manifestaciones crónicas irreversibles por lo común aparecen en las etapas medias o finales de la vida. La fase indeterminada es particularmente importante en pacientes menores de 15 años en quienes el tratamiento puede prevenir cardiopatías crónicas y muertes súbitas.

Diagnóstico: se basa en cuadro clínico, asociado a las fases aguda y crónica del padecimiento, antecedentes de residencia en áreas endémicas de la enfermedad.

La fase aguda, se confirma al demostrar la presencia del Tripanosoma cruzi o serología positiva en la sangre, por estudio directo o por la técnica de concentración de Stroud, cultivo o xenodiagnóstico, serología positiva (HAI, IFI, ELISA y aglutinación de partículas).

La fase indeterminada se diagnostica por serología positiva (HAI, IFI, ELISA y aglutinación de partículas) y xenodiagnóstico.

En la fase crónica el xenodiagnóstico y el cultivo en sangre en medio bifásicos pueden dar resultados positivos, y serología positiva (HAI, IFI, ELISA y aglutinación de partículas).

ⁱ Nigenda G, Ruiz J. Factores restrictivos para la descentralización en recursos humanos. Programa de desarrollo de Recursos Humanos. PAHO. Julio 1999.