

## **Territorio y Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México**

***José Blanco-Gil, MSP***

Jefe del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

***Oliva López-Arellano, MMS***

Coordinadora de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

***José Alberto Rivera-Márquez, MMS:***

Profesor-Investigador de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

**“PREPARED FOR DELIVERY AT THE 1997 MEETING OF THE LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, CONTINENTAL PLAZA HOTEL, GUADALAJARA, MEXICO, APRIL 17-19, 1997”**

## Introducción

En la ciudad, bajo la apariencia de progreso y modernización, coexisten zonas muy precarias con otras cuyas condiciones podrían considerarse satisfactorias y que, al ser analizadas como conjuntos homogéneos, producen un efecto de invisibilidad social del deterioro. Tal es el caso de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), en donde convergen procesos de segregación socioterritorial y polarización de las condiciones de y para la salud, profundizados por la reestructuración urbana en la lógica neoliberal. Aún en este territorio urbano, equipado con mayores recursos para hacer frente a los problemas colectivos de enfermedad y muerte, se identifican *espacios-población* precarios en donde la complejidad de los problemas sanitarios, supera la limitada visión de enfermedad de la pobreza *versus* patología del “desarrollo”. Así, la mortalidad infantil elevada, altas proporciones de cuadros transmisibles y desnutrición en menores de cinco años coexisten con prevalencias también elevadas de trastornos crónico-degenerativos y lesiones accidentales e intencionales. (Blanco, J. y col. 1996).

El espacio urbano es el escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de la vida y a las que se les atribuye, por lo tanto, vinculación estrecha la salud-enfermedad colectiva. El punto de partida de esta aseveración es la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño de los distintos grupos sociales, las cuales tienen una expresión territorial y pueden ser analizadas a través de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso a servicios de educación y atención médica y las posibilidades de utilización positiva del tiempo libre, entre otras. (Blanco y col., 1995)

En nuestro caso, para reconstruir la calidad de vida en la ZMCM, iniciamos la exploración empírica a través del concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), aproximación a partir de la cual es posible realizar un diagnóstico situacional que identifica espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental. En conjunto, las variables seleccionadas permiten identificar - a través de información censal - las NBI en unidades definidas de espacio-población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados a través de la intervención distributiva del Estado vía políticas sociales (Ver Tabla 1). En tanto se parte de datos censales, la identificación de NBI tiene la ventaja de coincidir con las unidades de registro de hechos vitales y con la estructura administrativa de toma de decisiones.

De acuerdo con nuestros resultados (ver Figura I), se identifican zonas cuyos pobladores comparten mayoritariamente condiciones de vida muy precarias y asentamientos cuya población - en promedio - posee mejores condiciones de

vivienda, equipamiento urbano, índices de escolaridad y salud. De las dieciséis delegaciones que conforman el Distrito Federal, son tres las que pueden ser consideradas con Condiciones de Vida (CV) "Precaria", según los valores del Índice General de Calidad de Vida (IGRAL) (Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco). El grupo de CV "Mala", según el IGRAL, está conformado por tres delegaciones (Iztapalapa, Cuajimalpa y Magdalena Contreras). En las categorías con niveles intermedios de CV se ubican cuatro clasificadas como "Regular" (Tlalpan, Alvaro Obregón, Gustavo A. Madero e Iztacalco), y tres que fueron consideradas como "Suficiente" (Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Cuauhtémoc). Las delegaciones con valores más altos del IGRAL fueron clasificadas en el grupo de CV "Satisfactoria"; este conjunto está integrado por Miguel Hidalgo, Coyoacán y Benito Juárez.

Por su parte, la situación de salud fue reconstruida a nivel delegacional, considerando la frecuencia de enfermedades seleccionadas (gastroenteritis, enfermedades respiratorias y deficiencias nutricionales), la mortalidad proporcional por causas infecciosas y carenciales, crónico-degenerativas y lesiones, así como las defunciones infantiles estimadas por el método de Brass. De acuerdo con la Tabla 2, es posible ver proporciones muy altas de enfermedades infecciosas y carenciales en delegaciones como Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa, en donde además se aprecian prevalencias elevadas de enfermedades crónicas, y zonas donde la violencia y los accidentes generan un grave problema de lesiones (por ejemplo: Cuauhtémoc y Cuajimalpa). Si bien la mortalidad infantil ha descendido en las últimas décadas, las diferencias entre las delegaciones van de 16 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos registrados (NVR) a 31 por 1000 NVR, en donde delegaciones como Cuajimalpa, Magdalena Contreras e Iztapalapa presentan mortalidades más elevadas (Blanco y col. 1996).

En síntesis, el panorama de salud de los habitantes de la ZMCM condensan la multiplicidad de carencias y/o elementos "amortiguadores" o de protección que se desarrollan en la ciudad, dando origen a complejos problemas cuya solución trasciende el simple ámbito sectorial. Se presenta así un fenómeno de polarización epidemiológica en donde los grupos sociales más depauperados presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad respecto a otros grupos de población, con elevada incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas y lesiones accidentales e intencionales.

En términos generales, la información aquí presentada conforma un panorama de heterogeneidad urbana, de desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, así como, de condiciones educativas y para la salud. Este diagnóstico, además de aportar datos sobre las condiciones de vida en la ZMCM, intenta contribuir a la identificación de prioridades para la acción gubernamental y orientar sobre el tipo de intervenciones que posibilitarían un

desarrollo más equilibrado para la entidad. La calificación de las localidades y su agrupación en niveles de prioridad permitiría definir el tipo de acciones y las zonas con mayores necesidades: programas de mejoramiento de la vivienda; desarrollo de infraestructura de servicios; políticas educativas y de salud y desarrollo e implementación de procedimientos de monitoreo ambiental y poblacional.

La definición por niveles de prioridad cobra especial importancia, en vista del grave deterioro social de la última década y de los rezagos preexistentes, por lo que es urgente el reordenamiento radical de las prioridades nacionales para alcanzar la justicia, bienestar e igualdad social. El medio para garantizarlas es una política social, integral y activa, sustentada en una política económica orientada al crecimiento con equidad. Es decir, orientada por el interés de garantizar los derechos sociales de todos los mexicanos, como responsabilidad colectiva de la sociedad y tarea del Estado, a través de un quehacer público que permita la intensificación de las intervenciones y la movilización de recursos compensatorios a los espacios-población más vulnerables en términos de calidad de vida e indicadores de salud.

A esta desigualdad ante la enfermedad y muerte, se suma el deterioro de los servicios públicos de salud por el desfinanciamiento prolongado, la corrupción y su reorganización en una lógica bipolar de neobeneficencia para los "pobres" y mercantilización selectiva para "clientes potenciales" que resuelvan sus necesidades de atención en el mercado; privatizando la producción de servicios rentables, introduciendo el lucro como finalidad de la prestación de servicios y destruyendo en la práctica el derecho constitucional a la protección a la salud.

### **Las propuestas excluyentes en la atención a la salud**

En sentido inverso a la complejidad de las condiciones riesgosas para la salud y al incremento de las desigualdades de enfermedad y muerte entre distintos espacios-población, las políticas de salud se redefinen y simplifican a partir de los ejes de la modernización neoliberal, justificando un conjunto de reformas de los servicios de atención médico-sanitaria que, lejos de responder a la diversidad epidemiológica, fragmentan y limitan el quehacer público en salud. Esta (contra)reforma de la salud en México, se produce en un marco de procesos globales de reorganización capitalista, en el que se erosionan los estados-nación y se articulan espacios supranacionales de decisiones económico-políticas.

Esta reorganización entraña contradicciones y límites de la modernización globalizada, redefine las relaciones estado-mercado y estado-sociedad y conforma megaproyectos sociales destructores de derechos sociales e individuales (López y Blanco, 1996).

Los ejes de la reforma transitan de derechos sociales a igualdad de oportunidades; de universalidad a propuestas crecientemente selectivas; de

solidaridad a individualización de costos; de integralidad a fragmentación y, de equidad social a equidad sectorial (en el mejor de los casos). Se pretende con esto liberar mercados cautivos, racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aun más la prestación de servicios públicos y redefinir los espacios-población hacia los que se orienta este quehacer simplificado. (López y Blanco, 1993)

En el tránsito de una política social (PS) del bienestar hacia una PS bipolar de mercantilización y neobeneficencia, se privatizan áreas rentables de las instituciones de bienestar social, redefiniendo la relación público-privada en los sistemas de protección social y se descentralizan problemas de la federación a los estados, sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales para enfrentarlos, profundizando la inequidad preexistente y acelerando la exclusión de amplios sectores de la población. (López y Blanco, 1993)

La política social asume un papel residual y las políticas de salud restringen la acción pública a modelos asistencialistas y selectivos que se instrumentan a través de paquetes básicos de servicios de salud, justificados desde una perspectiva tecnocrática de costo-efectividad, en donde nuevos actores como las agencias financieras multinacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), asumen un papel protagónico (Blanco y Rivera, 1994; López, 1994).

La descentralización sin recursos y la implementación de "paquetes básicos" de atención, juegan un papel muy importante en esta transformación de los servicios y programas de salud que atienden a la población sin seguridad social (fundamentalmente la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad) y se constituyen en la punta de lanza de la estrategia de neobeneficencia sanitaria.

En 1995, el Programa de Reforma del Sector Salud determina 12 acciones constitutivas del paquete de servicios básicos que se limitan a: saneamiento básico a nivel familiar; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamientos antiparasitarios a las familias; identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, así como, participación social. (SSa, 1995)

Esta propuesta dista mucho de corresponder a la diversidad y complejidad de los perfiles de morbi-mortalidad de zonas y grupos y, es sumamente regresiva si se contrasta con la perspectiva integral de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), que sustenta la creación de programas como el IMSS-Solidaridad y el de Atención a Marginados de Grandes Urbes, en donde la salud se concibe como resultado de las condiciones vida y trabajo de las poblaciones y plantea su

modificación, no sólo a través de la acción médica, sino también y esencialmente, por medio del quehacer sanitario y la transformación social.

### **Políticas de salud incluyentes**

En la definición de prioridades en salud, es necesario reconocer la existencia de distintas racionalidades e integrar la lógica de los técnicos con la lógica de la población que tiene los problemas. Vigilar y monitorear sobre la calidad de vida de la población y no únicamente sobre los daños a la salud; priorizar considerando conglomerados de problemas de salud, es decir, perfiles patológicos regionales y locales para su abordaje integral; definir conjuntos de intervenciones en salud por niveles de complejidad de los servicios, para impulsar las sinergias entre ellas; articular la acción puntual de emergencia con acciones que permitan cambios globales en los riesgos estructurales (calidad de vida, seguridad en el empleo, salario digno); avanzar en la definición de indicadores positivos de salud que posibiliten intervenciones que se anticipen a los daños; y, enarbolar el principio de ciudadanía como única condición para acceder a los servicios de salud (López y Blanco, 1995)

En el debate sanitario, dos frentes deben ser privilegiados: el encuentro con la sociedad civil, para ampliar las propuestas por y para la salud, fortaleciendo en este encuentro los procesos de construcción de ciudadanía activa, así como, la incorporación de diversos actores sociales en la definición de un proyecto incluyente de nación, en donde el bienestar, la salud y el desarrollo humano estén en el centro de la propuesta.

En síntesis, se plantea avanzar en:

- Propuestas para la emergencia epidemiológica, que incluyan respuesta rápidas y coordinadas en relación a: control de brotes, prevención específica y programación micro-regional.
- Propuestas para la emergencia estructural en donde se consideren acciones intensivas y fondos compensatorios dirigidos hacia los espacios-población más vulnerables, con el fin de amortiguar el deterioro de la calidad de vida y por tanto frenar las tendencias de polarización y regresión sanitaria.
- Propuestas de emergencia para las instituciones públicas de salud, que frenen su desfinanciamiento y su fragmentación/destrucción.
- Un plan estratégico para el mediano y largo plazo, que reforme el sistema de salud con propuestas crecientemente incluyentes.

## **Las propuestas estratégicas para la salud (Blanco y López, 1996)**

Si se reconoce que las condiciones de salud de los habitantes del DF condensan la multiplicidad de carencias y/o elementos de protección que se desarrollan en la ciudad y, sobre todo para los grupos más vulnerables, son expresión de la capacidad/incapacidad redistributiva de las políticas gubernamentales. Por tanto, políticas de salud incluyentes y acciones médico-sanitarias intensivas deben ser parte de una propuesta de política social integral para el Distrito Federal.

Una nueva ética pública en salud: La salud debe ser entendida como una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y el derecho a la salud como responsabilidad de toda la sociedad y tarea de Estado, garantizado a través de la acción pública.

Un sistema de contabilidad sanitaria que permita introducir a la salud como elemento a considerar en la planeación económico-social del D.F. y sancionar económicamente a empresas contaminantes o cuyos productos dañan la salud (p. e. fábricas contaminantes, compañías tabacaleras, productoras de licores, etc.) y obligarlas a asumir los costos sanitarios que su actividad genera, financiando parte de la promoción y la atención a la salud.

Reconstrucción y fortalecimiento de las instituciones públicas de salud que a pesar de su deterioro, siguen desempeñando un papel central en la atención a la salud y en el D.F. tienen una infraestructura material y humana suficiente para garantizar el derecho a la protección de la salud; sin embargo, es necesario transformarlas y democratizar su gestión para que respondan adecuadamente a los complejos problemas de salud de la población del D.F., con calidad técnica y humana y con un manejo eficiente y transparente de los recursos. Se requiere revertir su prolongado desfinanciamiento, garantizar el crecimiento real del gasto destinado a salud y fijar criterios equitativos de distribución de los recursos, canalizando recursos de emergencia hacia los espacios-población más precarios.

El impulso a la descentralización y democratización de la gestión pública en salud a través de una nueva relación institucional con la participación efectiva de los trabajadores y los usuarios en la toma de decisiones junto con los directivos para alcanzar un nuevo pacto institucional que defina compromisos, derechos y obligaciones.

La descentralización a través de conformar Sistemas Locales de Salud (SILOS) en las delegaciones, deberá facilitar la constitución de espacios incluyentes de los saberes y prácticas en salud, que gradualmente integren los servicios de salud del DDF y de la Secretaría de Salud, coadyuven a la articulación funcional de la atención médico-sanitaria prestada por el subsistema de seguridad social e incorporen los servicios comunitarios y los proporcionados por ONG's.

Para potenciar el uso racional de los recursos, una atención de buena calidad y un desarrollo equilibrado del equipamiento para la salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, se deberá impulsar un sistema metropolitano de atención a la salud que garantice el 1º y 2º nivel de atención y promueva la creación de infraestructura médico-sanitaria en los municipios conurbados. Así mismo, se propone recuperar la dimensión política de los SILOS, de autonomía, gestión y control social de los servicios de salud.

El modelo de atención a la salud deberá privilegiar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, orientación que disminuye el sufrimiento por enfermedad y ahorra recursos. La atención se orientará intensivamente hacia los grupos más desprotegidos y apoyará la medicina popular, fortaleciendo paralelamente la capacidad de respuesta de servicios médicos en los distintos niveles de atención.

El compromiso con la calidad técnica y humana de la atención se promoverá mediante una nueva ética y cultura de servicio y un código de derechos del paciente. Este código garantizará el derecho del paciente a la información, al tratamiento adecuado, al trato digno y respetuoso, que deberá salvaguardar particularmente los derechos de los grupos más expuestos a abusos.

### **Consideraciones finales**

En la coyuntura actual, la discusión sobre las características y la complejidad de las condiciones de y para la salud y la orientación de las políticas públicas para enfrentarlas es de enorme importancia, así como, la explicitación de la perspectiva que guía la identificación de las necesidades y las respuestas en salud.

Hoy se debate sobre la concepción de la salud como bien privado o público, como derecho o como mercancía, como quehacer fundamental del estado o del mercado, como medio o como fin, como pre-condición o resultante del desarrollo, como problema ético-político o únicamente técnico-instrumental y como responsabilidad individual o colectiva.

Desde luego, la disputa se da en el plano ideológico, en donde se confrontan una visión pragmática y de corto plazo que concibe a la salud como un bien privado y se interesa por ella en la medida en que entiende como inversión o mercancía y, una perspectiva de equidad y ciudadanía, que coloca el énfasis en las propuestas orientadas a construir un piso basal igualitario para la salud. Asimismo, se debate en el ámbito de lo económico, en interés de recuperar y legitimar la atención a la salud como actividad económica privada y convertirla en un nuevo campo de acumulación. (Laurell, 1994)

En esta disputa, la política y la ideología que privilegia lo individual y lo privado, subordina lo público y plantea la resolución de las necesidades humanas

a través del mercado se ha consolidado con altos costos sociales y de salud que si no son revertidos, colocarán a los ciudadanos en una situación de emergencia sanitaria que difícilmente podrá ser enfrentada con instituciones desmanteladas y servicios fragmentados y reducidos a un mínimo de intervenciones.

**Tabla 1.**  
**Indices y variables seleccionadas de calidad de vida.**  
**Ciudad de México, 1995.**

Indice	Expresión	Variables
<b>IR1</b>	<b>Patrimonio Básico Acumulado:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones de la vivienda</li> <li>• Consumo privado</li> <li>• Capacidad del grupo doméstico para mantener y modificar su vivienda</li> </ul>	V1: Viviendas con piso de tierra V2: Número de ocupantes por vivienda V3: Viviendas con un solo cuarto
<b>IR2</b>	<b>Derecho de Acceso a Servicios o Bienes:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligado a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura</li> </ul>	V4: Viviendas con agua entubada V5: Viviendas con drenaje a la calle V6: Viviendas con drenaje al suelo V7: Viviendas con energía eléctrica
<b>IR3</b>	<b>Derecho de Acceso a Servicios o Bienes:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel educativo de la población.</li> <li>• Remite a uno de los componentes más importantes de la política social del Estado mexicano.</li> </ul>	V8: Población de 15 y más años con primaria completa
<b>IR4</b>	<b>Acceso a Bienes y Servicios a través del Mercado:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se consideró el ingreso mayor a dos salarios mínimos como parámetro para la construcción del IR4.</li> </ul>	V9: Ingreso (Solo para el Distrito Federal)
<b>ICV</b>	<b>Indice de Calidad de la Vivienda</b>	<b>IR1, IR2</b>
<b>IGRAL</b>	<b>Indice General de Condiciones de Vida</b>	<b>ICV, IR3, IR4</b>

Fuente: Since: X I Censo General de Población y Vivienda 1990 [base de datos en CD-ROM] México: INEGI; 1990.

**Tabla 2.****Indicadores de morbi-mortalidad y nivel de prioridad según IGRAL por delegación/municipio. ZMCM, 1993.**

LOCALIDAD	Indice de Desnutrición (1)	MORBILIDAD		MORTALIDAD (4)			PRIORIDAD SEGUN IGRAL	
		GEPI (2)	IRAS (2)	BRASS (3)	ENF. TRASM.	ENF. NO TRASM.		LESIONES
<b>DISTRITO FEDERAL</b>								
Milpa Alta	10.5	11.1	18.5	21.2	14.4	71.3	13.4	<b>1</b>
Tláhuac	9.0	8.0	16.8	22.9	11.6	76.3	12.2	<b>1</b>
Xochimilco	7.2	7.2	14.9	20.6	9.4	79.1	11.3	<b>1</b>
Cuajimalpa	7.7	5.0	22.0	30.8	9.4	75.9	14.2	<b>2</b>
Iztapalapa	7.1	6.7	16.3	23.2	10.6	77.1	11.9	<b>2</b>
M. Contreras	7.6	3.7	22.4	24.4	7.0	84.0	8.5	<b>2</b>
A. Obregón	6.1	5.9	15.1	20.8	8.0	81.5	10.3	<b>3</b>
G.A. Madero	5.5	6.3	13.7	20.2	7.4	83.4	9.0	<b>3</b>
Iztacalco	5.0	3.9	10.2	20.1	7.1	83.1	9.5	<b>3</b>
Tlalpan	6.2	6.8	17.4	22.8	8.3	81.0	10.3	<b>3</b>
Azcapozalco	4.0	2.6	10.0	18.5	7.1	83.4	9.3	<b>4</b>
Cuauhtémoc	4.6	3.5	7.3	18.0	5.4	79.4	14.9	<b>4</b>
V. Carranza	4.8	7.8	13.2	20.0	6.6	85.2	8.1	<b>4</b>
B. Juárez	3.3	3.3	8.0	16.3	5.1	88.3	6.3	<b>5</b>
Coyoacán	4.7	4.3	10.8	19.3	6.0	83.4	10.3	<b>5</b>
M. Hidalgo	4.5	1.0	4.9	18.1	9.8	82.8	7.2	<b>5</b>

Fuente: Blanco-Gil J, Rivera-Márquez JA, López-Arellano O, Rueda-Arroniz F. Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México. Salud Problema 1996;1:23-31.

(1) Menores de 5 años.

(2) Población general (Tasa por 100)

(3) Menores de 1 año (Tasa por 1000 nacidos vivos registrados)

(4) Proporción de defunciones según causa en población general

## **Bibliografía**

Blanco-Gil J, López-Arellano O. (1996). Hacia un quehacer en salud incluyente. Documento de trabajo. Taller de políticas de salud. CONPAZ: San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Blanco-Gil J, Rivera-Márquez JA, López-Arellano O, Rueda-Arroniz F. (1996). Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México, *Salud Problema*, 1996;1:23-31.

Blanco-Gil J, Rivera-Márquez JA, López-Arellano O, Rueda-Arroniz F. (1995) Calidad de vida y salud en el Distrito Federal. En: Eibenschutz R (Coord). Programa de Desarrollo Urbano del D.F. Grupo de Estudios Metropolitanos. México:UAM-X;1995. (Reporte Técnico).

Blanco-Gil J, Rivera-Márquez JA. (1994) La carga global de morbilidad. En: Laurell AC. coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X:111-128.

Laurell AC. (1994) La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AC. coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X: 9-31.

López-Arellano O. (1994) La selectividad en la política de salud, En: Laurell AC. coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X:33-60.

López-Arellano O, Blanco-Gil J. (1993) La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Colección Ensayos. México: UAM-X.

López-Arellano O, Blanco-Gil J. (1995) Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para el debate. Trabajo presentado en el Seminario de investigación multidisciplinaria en salud, Cuernavaca, Morelos, octubre de 1995.

López-Arellano O, Blanco-Gil J. (1996) La reforma del sector salud ¿transición o retroceso?. En: Veraza J. coord. Consumo y capitalismo en la sociedad contemporánea. Los problemas actuales de la subordinación real del consumo. México: UAM-I:69-80.

SSa (1995) Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Anexo B: Paquete básico de servicios de salud. México: Poder Ejecutivo Federal:73-78.