



Hegemonía y contra hegemonía en la gestión financiera en salud. Estudio Comparado en localidades Rurales de México y Perú¹.

Hegemony and against hegemony in the financial management in health: Study compared in rural localities of Mexico and Peru.

Amalia Ávila Silva², Fredy Hernán Polo Campos³
Sebastián Bustamante Edquén⁴

Recibido 15 de octubre 2012; aceptado el 03 de noviembre de 2012

Resumen

Investigación cualitativa cuyos objetivos fueron analizar relaciones de hegemonía y contra-hegemonía de gestión financiera en salud; analizar diferencias y semejanzas del comportamiento de grupos hegemónicos y contrahegemónicos desde una perspectiva comparada de sistemas de salud. Se utilizó el método comparado con abordaje dialéctico. Los escenarios fueron una localidad rural de Tzurumútaró del Municipio de Pátzcuaro (Michoacán-México) y una localidad rural del Municipio de Simbal (Trujillo-Perú); veinte actores sociales fueron entrevistados de ambos sexos en cada localidad. El soporte teórico fue dado por Antonio Gramsci y sus estudiosos. Resultados: La primera categoría empírica fue: Relaciones entre grupos hegemónico y contra hegemónico en la gestión en salud con tres sub categorías: La gestión a partir de la demanda expresa del grupo contra hegemónico, la gestión a partir del humanismo y la corrupción del grupo hegemónico desde la percepción del grupo contra hegemónico. La segunda categoría Mecanismo de asignación presupuestal para la salud del grupo hegemónico VS contra hegemónico con dos sub categorías La participación del grupo hegemónico y La participación del grupo contra hegemónico. La tercera categoría: Justicia en la asignación financiera en salud con la sub categoría Equidad/Inequidad en la asignación financiera en salud. Recomendaciones: Orientar las políticas públicas en la distribución financiera en salud de manera equitativa, a partir de necesidades expresadas por las familias; así como generar iniciativas para la transparencia del gasto público, y el incremento financiero para la política pública de salud como un derecho constitucional que está establecido en el artículo 4° en México y en los artículos 7°, 9°, y 11° en el Perú, de tal manera que se asegure la democratización y justicia en la gestión de los servicios de salud.

Palabras claves Hegemonía, contra-hegemonía, familias, presupuesto en salud, gestión financiera, ruralidad.

Abstract

Qualitative investigation whose objectives were to analyze relations of hegemony and against-hegemony of financial management in health; to analyze differences and similarities of the behavior of hegemonic and contrahegemonic groups from a compared perspective of health systems. The method comparative with dialectic boarding was used. The scenes were a rural locality of Tzurumútaró of the municipality of Pátzcuaro (Michoacán-Mexico) and a rural locality of the municipality of Simbal (Trujillo-Peru); twenty 20 social actors of was interviewed of both sexes in each locality. The theoretical support was given by Antonio Gramsci. Results: The first empirical category was: Relations between groups hegemonic and against-hegemonic in the management in health with three sub categories: The management from the express demand of the group against hegemonic, the management from the humanism and the corruption of the hegemonic group from the perception of the group against hegemonic. The second category: Mechanism of financial allocation for the health of the hegemonic group hegemonic vs against- hegemonic with two sub categories: the participation of the hegemonic group and the participation of the group against hegemonic. The third category: Justice in the financial allocation in health with sub category equity/inequity in the financial allocation in health. Recommendations: To orient the public policies in the financial distribution in health of equitable way, from necessities expressed by the families; as well as to generate initiatives for the transparency of the public cost, and the financial increase for the public policy of health like a constitutional right that is established in the article 4° in Mexico and articles 7°, 9°, and 11° in Peru, in such a way that one makes sure the democratization and justice in the management the services of health.

Key words Hegemony, against-hegemony, families, budget in health, financial management, rurality.

¹ Artículo producido en base a la tesis doctoral de la autora, realizada en el Programa Itinerante de Doctorado en Salud Pública, del Convenio Universidad Nacional de Trujillo-Universidad de Guanajuato (México) 2012.

² Autora, Doctora de Salud Pública en la Universidad Nacional de Trujillo. Profesora e Investigadora Titular de Tiempo Completo, adscrita a la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en Morelia, Michoacán, México. E-mail: amalia.asilva.avila4@gmail.com y aasilva@umich.mx

³ Asesor, Doctor en Enfermería de la URJ-Brasil, Profesor Asociado de la Facultad de Enfermería-UNT. Trujillo – Perú. E-mail: epifam@gmail.com

⁴ Doctor en Enfermería de la Universidad Federal de Rio de Janeiro-Brasil. Profesor Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. E-mail: edquen@gmail.com

Introducción

En el presente artículo es producto de la investigación de abordaje cualitativo con enfoque dialéctico, en la línea de políticas públicas y, de manera particular, la relación que se encontró entre los grupos hegemónicos y contra-hegemónicos en la gestión financiera para la salud pública de dos países de América que fueron México y Perú, donde se eligieron dos localidades rurales y que para el caso de México fue Tzurumútaró, Tenencia comunal rural, perteneciente al municipio de Pátzcuaro, Michoacán; y de Perú, del Departamento de la Libertad fue Simbal, municipalidad rural en lo que se encontraron, semejanza de que en ambos países son consideradas como zonas rurales por tener características contextuales similares socialmente; como serían que el derecho a la salud, su economía y parte de sus culturas, lo mismo que estar integradas por familias y en donde socialmente participan en el desarrollo local buscando tener beneficios para su salud y bienestar familiar, como política pública establecida en los dos países en sus Cartas Magnas.

Para los Mexicanos este derecho, se establece en el artículo 4°. y en Perú en los artículos 7°, 9°. Y 11° en ambas cartas magnas respectivamente, donde se les garantiza el derecho a recibir atención para su salud. Sin embargo en la pesquisa que se realizó en torno al financiamiento para el cumplimiento de dicha política y su gestión que deben ejercer los grupos hegemónicos a partir de la aprobación que hacen los parlamentos legislativos en ambos países y en donde los Poderes Ejecutivos ejerzan los presupuestos aprobados para que en estos países sus ciudadanos alcancen el beneficio de las políticas ya establecidas por los Gobiernos para las regiones de la Costa, Sierra, Selva en el Perú, y en México a los 31 Estados y un Distrito Federal; a partir de las necesidades que presentan cada una de éstas regiones o Estados al Ejecutivo, son

derivados a las diferentes instancias que para México como institución rectora es la Secretaría de Salud a nivel nacional y ésta lo derive a cada uno de los 31 Estados y el Distrito Federal. En Perú a partir del Ejecutivo, el presupuesto aprobado por el parlamento para el sector salud como política nacional, se deriva al Ministerio de Salud y que éste a la vez lo distribuya y se ejerza en base a lo que establece el gobierno y para que en los dos países se cumpla con los mandatos constitucionales en materia de salud y bienestar familiar y se distribuyan, indistintamente en las zonas urbanas o rurales siendo una semejanza en ambos casos por estar conformadas por familias, organizaciones sociales, civiles, sindi-catos, grupos religiosos; quienes perciben deficiente el derecho a la salud, se convierten en grupos contrahegemónicos para demandar el derecho que como ciudadanos de México y del Perú; pero al mismo tiempo con aspiraciones de lucha para acceder o participar dentro del grupo hegemónico manejando discursos que a través de estas demandas se podrán mejorar las políticas públicas en base a las necesidades de las familias visto como otra semejanza entre México y Perú.

En base a lo antes señalado, en cada país hace necesario que las políticas públicas se dirijan a las necesidades sociales de las familias rurales con mayor vulnerabilidad, que favorezcan la salud y el bienestar de los colectivos humanos a integrarse a los roles que les corresponden en la sociedad. Para tal fin, el objeto de estudio en esta investigación es la relación, de la hegemonía y contra-hegemonía en el ejercicio del poder de la gestión financiera para la salud en los contextos de México y el Perú; así mismo desde el abordaje teórico a partir de Antonio Gramsci que enfatiza el estudio de la hegemonía y contrahegemonía como un proceso dialéctico propio de una sociedad porque quienes ostentan el poder y toman las

decisiones para el cumplimiento y demandas que los ciudadanos esperan como un derecho y que como grupo contra-hegemónico exigen su derecho a la salud y al bienestar de sus familias y el mejoramiento de sus localidades, que con sus organizaciones sociales apoyan pretenden participar en su desarrollo propio.

El ejercicio del poder como hegemonía se ha dado en diferentes épocas y hoy en día se observa como los grupos se disputan el poder para el ejercerlo en base a sus patrones culturales en una participación activa en la sociedad que tenían formada y a quienes le otorgaban el poder a través de mecanismos democráticos que cada comunidad establece para manejar el interés de los grupos sociales.

En América Latina, la evolución de los grupos sociales, ha sido similar a las de otras partes del mundo con características y particularidades de sus contextos geográficos, de raza, cultura; organizaciones que han determinado y han otorgado el poder para el ejercicio hegemónico a sus gobernantes.

La lucha por el poder y el control hegemónico en el mundo, se encuentra actualmente en el centro del debate, haciendo de esto un ejercicio político en el que la democracia debe ser fundamental para lograr el equilibrio entre los grupos hegemónicos constituidos y constituyentes; es decir entre la hegemonía y contra hegemonía y el ejercicio del liderazgo entre grupos se acepte, se respete y se continúe buscando a través de la participación social que legitime el ejercicio del poder en un mundo globalizado en la actualidad mexicana y peruana.

Dentro de la sociedad civil se dan las relaciones de clase, el elemento material y económico; el momento estructural del mundo de la producción por consiguiente el fenómeno del poder; De acuerdo con Gramsci, citado por (Piñón, Gramsci, Proglómenos Filosofía y Política, 1989) el

poder no sólo se ejercita con la hegemonía; es decir como la sola difusión de las ideas de la clase dominante, sino también se da el elemento de la coactividad o de la fuerza.

La clase dominante no sólo obtiene el “asentimiento” sino que también usa la manipulación, el engaño, la fuerza física en todos los sentidos Gramsci no sub-valora o margina el momento estructural a favor de la superestructura (Gramsci, 1989)

La hegemonía de la burguesía en el aspecto no meramente “ideológico” siempre ha tratado de convertir al proletariado en una “cosa” (o hacérselo creer) en transformarlo en un elemento únicamente de “resistencia” o irresponsabilidad” sin preguntarse la causa, para Gramsci, el proletariado es subalterno, de sufrir la fuerza de las cosas pasa a ser una persona histórica un “dirigente” un “protagonista” agente y necesariamente activo “responsable de la actividad económica de las masas (Gramsci, 1989).

En el análisis del poder entra en juego la lucha de clases por lo que de acuerdo con Gramsci, el poder está dado por la hegemonía cultural que las clases dominantes ejercen sobre las clases sometidas, a través del control ejercen sobre estas y en las que entran en juego “los aparatos ideológicos del estado” como el sistema educativo, los medios de comunicación y las instituciones religiosas, a través de las cuales las clases dominantes deciden que enseñar, como educar y qué hacer para que las clases vivan sometidas y consideren como algo natural y conveniente la supremacía de las clases dominantes. Gramsci citado por (Piñón, Gramsci, Proglómenos Filosofía y Política, 1989 pag. 273) entiende el concepto de hegemonía primaria y fundamentalmente como conquista del consenso. En esto señala la diferencia existente con el concepto que maneja Lenin, que insiste en el aspecto político de la hegemonía, es decir, en el derrumbe violento del aparato político. Para

Gramsci, el campo principal de la lucha se individualiza en la sociedad civil. El grupo que controla la sociedad civil es el grupo que goza de hegemonía y la conquista de la sociedad política completa esta hegemonía. Gramsci privilegia la sociedad civil mientras Lenin la sociedad política. (Piñón, Gramsci, Proglómenos Filosofía y Política, 1989)

Esto no limita a Gramsci para ver que la hegemonía es requisito necesario para conquistar el poder, el grupo social fundamental, después de conquistar el poder estatal, use indistintamente el dominio y la dirección intelectual y moral, el dominio y la dictadura si es necesario contra los grupos adversarios, para reforzar la propia hegemonía, citado por (Piñón, Gramsci, Proglómenos Filosofía y Política, 1989)

Los términos “hegemonía” y “contra-hegemonía” implican una negociación constante del poder y de la aquiescencia dentro de un marco general de dominación y el afán de cambiar la conciencia popular en torno a determinadas cuestiones ideológicas (Olgún, 2003 pag. 8).

Las ideologías funcionan como agentes de unificación social, como cemento sobre una base de clase. Es más: la ideología, tendencialmente identificada con la concepción del mundo de una clase, impregna todas las prácticas. Es “una concepción del mundo que se manifiesta implícitamente en el arte, en el derecho, en la actividad económica, en todas las manifestaciones de la vida colectiva e individual” (Buci-Glucksman, 1978 pag. 79-80)

Las representaciones de la ideología se refieren al mundo mismo en el cual viven los hombres, la naturaleza y la sociedad, y a la vida de los hombres a sus relaciones con la naturaleza, con la sociedad, con el orden social, con los otros hombres y con sus propias actividades, incluso a la práctica económica y la práctica política. En su práctica real sea la práctica económica o la práctica política, los hombres son

efectivamente determinados por estructuras objetivas (relaciones y producción, relaciones políticas de clases): su práctica los convence de la existencia de la realidad, les hace percibir ciertos efectos objetivos de la acción de esas estructuras pero les disimula la esencia de éstas. (Althusser, 1981 pag. 47-48). No puede llegar por su simple práctica al conocimiento verdadero de esas estructuras, ni, por consiguiente, de la realidad objetiva ni de la realidad política, en el mecanismo de las cuales desempeñan sin embargo un papel definido. Este conocimiento del mecanismo de las estructuras económicas y políticas no pueden ser sino el resultado de otra práctica distinta de la práctica económica o política inmediata (Althusser, 1981 pag. 47-48). Es aquí en efecto donde reside el primer carácter esencial de la ideología: como todas las realidades sociales solo es inteligible a través de su estructura. La ideología comparte representaciones, imágenes, señales, etc.

Según Marx, citado por (Anda, 2005 pag. 20-21) señala que toda formación social está integrada por una estructura y una superestructura, ambas forman una totalidad social y no es posible establecer una división radical entre ellas, sino que la segunda es consecuencia de la primera, estableciéndose una estrecha interrelación entre ambas. La estructura económica es la base real de todo el sistema productivo, pero debe estar apoyada por la superestructura, ésta tiene una autonomía muy relativa de la base económica y reacciona de acuerdo con esta última, ya que a un cambio de estructura corresponde necesariamente un cambio en la superestructura. (Anda, 2005 pag. 20-21)

La superestructura está formada por las instituciones jurídico-políticas e ideológicas; las jurídicas políticas son el estado y el derecho, como actividad normativa; las ideológicas son el derecho como ciencia, la política, la moral, la religión, etcétera. Como

consecuencia de esta relación, las comunidades se encuentran en un proceso de transformación que es resultado, por un lado, de la influencia de la sociedad nacional, y por otro, es una adaptación de sus características para poder acceder en mejores condiciones a dicho sistema (Coronado, 1985).

Los cambios experimentados por estas poblaciones en algunos casos han sido tales que han ido modificando las características de su organización interna, al grado de perder su configuración específica basada en una organización de tipo comunitario. Las localidades se han ido homologando al resto de los sectores de población, que junto con ellas conforman las sociedades nacionales, en donde se ha presentado un proceso de refuncionalización, por medio del cual se han ido transformando las características de las poblaciones rurales; asimismo, al introducirse elementos externos a las localidades, se han ido adaptando a las formas previamente existentes. (Coronado, 1985).

La relación que la comunidad establece con el sistema capitalista se presenta como una relación de explotación, en la que la comunidad queda subordinada a los sectores hegemónicos del país. En el contexto de esta relación desigual y desventajosa para los integrantes de la localidad, la cultura del grupo dominante trata de imponerse con objeto de lograr una homologación tendiente a la unificación comunitaria (Coronado, 1985).

La familia, sin embargo, no ha estado ajena a las transformaciones sufridas por los grupos, y presentan asimismo un cambio en cuanto a sus formas de producción y reproducción. De este modo, las relaciones entre los miembros de la familia, sus funciones y sus relaciones jerárquicas han sido transformadas, si no totalmente, sí en aspectos centrales de su organización. Estas transformaciones, sin embargo, no siempre

se manifiestan como cambios radicales, sino que con frecuencia muestran procesos de reestructuración alrededor de un núcleo central de organización comunal (Coronado, 1985).

La salud y el bienestar de las localidades rurales, se han visto deterioradas por agudos problemas de desnutrición, poca capacidad de cuidados de la salud, altos índices de analfabetismo y deserción escolar, así como carencias en los servicios básicos. El derecho a la salud es fundamental en los grupos humanos de localidades rurales, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. “La salud de todos los pueblos es necesaria para alcanzar la paz y la seguridad, quienes dependen de los apoyos que el Estado como responsabilidad social, deben responder a estos aspectos de salud educación, ya que la inequidad financiera para el fomento a la salud es significativa y cada gobierno debe responder con más medidas educativas y sanitarias que respondan a la sociedad, que permitan salud y desarrollo en las localidades con mayor rezago social y no en desarrollo paternalista” (Palacios, 2002) como señala Iván Illich “El desarrollo es un agotamiento del progreso; estrechamiento particularmente útil para la concentración del poder y la riqueza en una minoría, es la misión de la élite profesional, el estatus coincide con la formación universitaria. Cuando el progreso se transforma en desarrollo esa transformación es paternalista” (Palacios, 2002). Cuando un desarrollo es impuesto por una élite profesional hace reflexionar, el verdadero desarrollo tiene que ser un proceso democrático en el que participe activamente la mayoría, los menos favorecidos; porque en una sociedad el progreso no son las máquinas ni las instituciones, sino los seres humanos a través de las fuerzas de trabajo de cualquier pueblo o país. “Con la calidad de vida se garantiza una sociedad con salud, buena nutrición y sobre todo de un ambiente

sano y es claro que para todo esto se requiere mayor inversión para la educación, para la salud, para la investigación, para prevenir enfermedades y evitar mayor daño y con ello un progreso económico y un mayor desarrollo social.” (Campero Calderón, 1983)

Algunos de los indicadores del contexto investigado, son la población total de las localidades; en Tzurumútaró México, entre hombres y mujeres fueron para 2010; 2443, con un total de familias de 564, y el

presupuesto fiscal Nacional, para ese mismo año fue de \$ 89,892.930 927.00 (ochenta y nueve mil ochocientos noventa y dos millones novecientos treinta mil novecientos veintisiete pesos) y para Perú de en 2010 fue de 81,873,459.00 millones de nuevos Soles (ochenta y un mil millones, ochocientos setenta y tres mil cuatrocientos cincuenta y nueve millones de nuevos soles, presupuesto nacional (ver la tabla No. 1)

TABLA No. 1		
PRESUPUESTOS NACIONALES, POBLACIÓN Y FAMILIAS ESTUDIADAS		
INDICADORES	Tzurumútaró/México	Simbal/Perú
Población Total hombres y mujeres,	2443	4082
Familias	564	998
Gasto en salud Presupuesto en salud	Para México 2010 \$ 89,892,930,927.00	Para Perú 2010 81,873,459.00 millones de nuevos soles (INEI)
Para Michoacán	en el 2010 \$3,363,263,523.00	

FUENTE: Elaboración propia, en datos del conteo del Censo 2010 del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI, 2010) Periódico Oficial de la Federación y del Estado de Michoacán México, y Decreto de Presupuesto aprobado y Publicado por el Ejecutivo Nacional de Perú.

Hablar de México y Perú, es decir, de dos países latinoamericanos, con riquezas naturales, culturales, con una historia que nos permite ubicarlos como países de grandes inequidades y en donde el acceso a sus riquezas es inequitativa, en los diversos sectores de la población y pese a la grandeza de sus habitantes, se puede considerar como subdesarrollado en comparación de otras sociedades con menos diversidad natural, aguas, bosques, fauna y flora, pesca, minerales, entre otros muchos recursos; en el 2010 no se ha permitido dar una respuesta satisfactoria a las demandas de su población, la que es joven con edad promedio de 27 años en México y 28.9 en Perú, donde la

mayoría de la población es menor de 30 y que hasta el año 2030 la población será económicamente activa.

Por lo que se refiere, que los indicadores, que permiten evaluar, la semejanzas y diferencias en razón de cómo cada uno de los países cuenta con disposiciones políticas en el manejo económico y sobre todo para el desarrollo social en ambos países, a partir de la participación de sus ciudadanos hombres y mujeres que apoyan, para que se disminuya la pobreza, la indigencia de las zonas urbanas, pero sobre todo en la zonas rurales de México y Perú.

Tabla No. 2
Comparativo de indicadores económicos para el desarrollo
Perú/México 2010

Indicadores	México	Perú
Tasa de participación económica en población de 15 años y más	61.7	70.6
Tasa de participación económica en hombres de 15 años y más	80.4	80.5
Tasa de participación económica en mujeres de 15 años y más	42.5	60.9
Porcentaje de pobreza nacional	36.3	31.3
Porcentaje de pobreza rural	42.9	52.2
Porcentaje de indigencia nacional	13.3	9.8
Porcentaje de indigencia rural	21.3	23.3
Porcentaje del PIB a precios corrientes nacional	3.1	1.0

Fuente: Elaboración propia (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011)

Tabla No. 3
Comparativo Indicadores Socio-económicos y de salud
México-Perú

INDICADOR	MÉXICO	PERÚ
Área de tierra (Kilómetros cuadrados)	1'943,950	1'280,000
Densidad de población (2010)	58	23
Asistencia oficial para el desarrollo per cápita (dólares)(2009)	2	15
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de población con acceso) 2008	85	68
Gasto en salud, total (% del PIB) (2009)	6,5	4,6
Gasto en salud sector público (% del gasto total en salud) (2009)	48.3	58.6
Gasto en salud desembolsados por paciente (% del gasto privado en salud) (2009)	92.3	75,7
Gasto en salud per cápita (dólares a precios actuales) (2009)	515	201
PIB per cápita (2010) dólares	9.123	5.401

FUENTE: Tabla de elaboración propia a partir de base de datos del Banco mundial(Banco Mundial, © 2012)

Tabla No. 3
Comparativo Indicadores de disponibilidad de servicios en las viviendas
México-Perú, 2011

INDICADOR	MÉXICO	PERÚ
Eliminación de excretas nacional	75.0%	58.9%
Eliminación de excretas rural	44.9%	10.6%
Agua entubada nacional	92.1%	71.0%
Agua entubada rural	83.2%	38.7%
Alumbrado eléctrico nacional	98.6%	85.0%
Alumbrado eléctrico rural	97.0%	59.6%

FUENTE: Cuadro de elaboración propia a partir de datos de (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011).

En relación a los indicadores para el desarrollo de México y Perú, se hace el análisis destacando que la población mayor de 15 años, tasa de participación económica en México es de 61.5 mientras que para Perú es de 70.6.

Referente a la participación económica por sexo, los hombres de los dos países tienen la mayor participación con relación a las mujeres ya que estas tienen una diferencia de México una mayor participación con el 60.9, mientras para México fue del 42.5. En cuanto a la pobreza nacional, México registra un 36.3 y Perú el 31.3, con una ligera diferencia para México, en cambio, en la pobreza rural, Perú tienen 52.2 y México el 42.9; otro de los indicadores es la indigencia nacional y rural y en ambos países existe poca diferencia y si se hace más notorio en el porcentaje del PIB ya que México tiene 3.1 y Perú solo el 1.0, lo que al análisis de estos indicadores tienen semejanza; sin embargo las diferencias se explican tomando como base el gasto social.

En los indicadores económicos y de salud, se hacen más evidentes las diferencias que las semejanzas como serían por ejemplo la densidad de población para 2010, México tiene 58 habitantes por Kilómetro cuadrado mientras Perú tiene 23. Para la asistencia oficial para el desarrollo per cápita en dólares en 2009, México fueron 2 dólares, mientras para Perú 15.

En lo referente al renglón de la mejora de instalaciones sanitarias, el indicador de porcentajes de población con acceso a los servicios de salud en 2008 en México fue de 85% y para Perú 68%. En el gasto en salud total el porcentaje del PIB en el 2009 en México fue de 6.5% y para Perú de 4.6%. El porcentaje del

gasto en salud para el 2009 fue de 48.3% en México y para Perú 58.6%, esto con el fin de cumplir con la política pública en salud, ya que tanto en México como en salud se tienen constitucionalmente como un derecho.

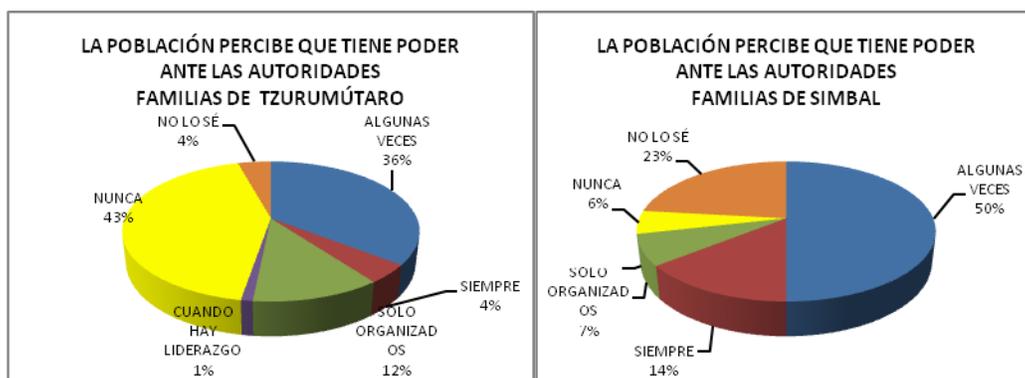
Sin embargo, el mayor gasto para la salud es el que hacen las propias familias o paciente de forma privada que para México representó el 92.3% en 2009 y en Perú el 75.7%. el gasto per cápita en dólares a precio del 2009 fue de 515 dólares para México y de 201 dólares en Perú, este mismo indicador para 2010 en dólares en México fue de 9123 en tanto que para Perú de 5401, según lo establece el Banco Mundial, con todo lo anterior podemos mencionar que es una de las razones que se observan el incremento en el gasto en salud, tanto para las instituciones privadas, públicas; pero principalmente para las familias de las comunidades rurales por lo que la política pública en salud no se cumple en su totalidad por esta misma razón globalizadora y neoliberal.

Otro indicador es el de la disponibilidad de servicios en las viviendas de los dos países, considerándolos básicos para las familias de las comunidades rurales que fueron objeto de la presente investigación en donde las familias refirieron sus necesidades para aspirar a una mejor salud y bienestar familiar y comunitario; en donde se realizó el análisis tanto a nivel nacional como rural en lo que respecta a la eliminación de excretas que para México fue del 75.0% y en Perú de 58.9% a nivel nacional y en el área rural en México fue de 44.9% y en Perú solo del 10.6%, encontrando una diferencia significativa en este indicador en razón del agua entubada a nivel nacional México tuvo 92.1% de cobertura,

mientras que el Perú es del 71.0%, en cambio en la zona rural también existió una diferencia significativa ya que para México la cobertura fue del 83.2% y en Perú 38.7%.

En el alumbrado público, la diferencia no es significativa ya que a nivel nacional en México la cobertura es de 98.6% mientras que en Perú del 85.0% y si existe diferencia para las localidades rurales, México tiene la cobertura de red eléctrica en un 97% y Perú de 59.6% con una diferencia significativa del 40.4% en el alumbrado rural.

En el contexto de estudio México-Perú, se encontraron algunas semejanzas y diferencias en el comportamiento de la economía, la pobreza, la indigencia; indicadores sociales que cada uno de los países tiene y que al análisis de ellos se describen las características de los grupos hegemónicos y contra hegemónicos de México y Perú, en donde se establecieron criterios de desarrollo en la gestión de las riquezas y la distribución de la misma y conlleva esto al cumplimiento de las políticas públicas, sociales, económicas y de salud que México y Perú tienen establecidas en sus programas nacionales.



Fuente: Encuesta aplicada en familias de Tzurumútaro, México y Simbal, Perú. 2011.

En el artículo para publicar las imágenes anteriores muestran las semejanzas más que diferencias tanto en México como en Perú, en virtud de que cuando los integrantes de las localidades rurales de estos dos Países se organizan y ejercen presión ante los grupos hegemónicos para buscar apoyo en las situaciones de salud y bienestar de las familias, siendo menor la participación de las familias de Tzurumútaro con 40% en

contraste con Simbal, donde la participación de las familias fue de 64%.

Los objetivos a dar cuenta en la investigación fueron: analizar relaciones de hegemonía y contra-hegemonía de gestión financiera en salud y analizar diferencias y semejanzas del comportamiento de grupos hegemónicos y contrahegemónicos desde una perspectiva comparada de sistemas de salud.

Material y Método

La presente investigación cualitativa, descriptiva, de análisis comparado con enfoque dialéctico donde se analizaron a los grupos hegemónicos y contra hegemónicos de México y Perú; países latinoamericanos y

de manera específica dos comunidades rurales en razón de la gestión financiera para la salud como política pública, establecida en los dos Países (Simbal, Perú y Tzurumútaro, México).

En este mismo tenor, los escenarios de estudio fueron dos localidades rurales de Michoacán, México y de Trujillo, Perú; en donde los sujetos de estudio, fueron los grupos hegemónicos (Políticos, líderes parlamentarios, municipales, locales, gubernamentales, de salud) y contra hegemónicos (familias de Tzurumútaró, México y Simbal, Perú); los presupuestos destinados a la atención en salud en Michoacán- México y Trujillo, Perú y las políticas públicas y la hegemonía social en las localidades rurales de Tzurumútaró, México y la asignada a Simbal, Perú; teniendo como criterios de inclusión pertenecer a las dos localidades objeto de estudio ya sea por parte del grupo hegemónico o del contra hegemónico, excluyendo a aquellos que tengan menos de 1 año viviendo en las localidades motivo de estudio.

La metodología comparada en investigación es establecer una comparación entre dos hechos o fenómenos y un requisito es que tengan posibilidad de identificar criterios de comparación. Apegados esta metodología, la investigación constó de 4 etapas; en la **primera etapa** se hizo la **descripción** de los casos y categorías a partir de los discursos; en la **segunda etapa** fue la **interpretación**, de los discursos obtenidos, en la **tercera etapa** se realizó la **yuxtaposición** y en la **cuarta etapa** se buscaron las semejanzas y las diferencias con respecto a las categorías de análisis; es decir se realizó la **comparación** propiamente dicha que fueron para conocer el nivel de participación del grupo hegemónico en la gestión financiera y la determinación presupuestaria de ambas localidades; indagar el porcentaje del presupuesto en salud que llega a las localidades para mejorar las condiciones de salud y bienestar; encontrar diferencias y semejanzas en relación a las localidades de estudio en razón al ejercicio hegemónico y la determinación de los

porcentajes que se destinan para la salud de las mismas.

El trabajo de campo se realizó en forma directa, con líderes municipales y comunales en donde para la recolección de los datos, se elaboraron dos instrumentos; una encuesta con 15 preguntas que fue dirigida a las familias de ambos países y una guía de entrevista estructurada que se aplicó a los líderes municipales y de educación; así como autoridades y personal del sector salud en Simbal, Perú; y en Tzurumútaró, México, de igual forma, parlamentarios, autoridades de salud, líderes comunales, quienes aceptaron participar en la investigación y dar el apoyo y facilidades en la comunidad rural. México con las familias de la localidad en donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos para cumplir con los objetivos propuestos que permitieran conocer la participación como grupo hegemónico y contra hegemónico en Michoacán-México y Trujillo-Perú, respecto a la gestión financiera y el presupuesto que se destina para la salud como política pública; así como de su bienestar familiar en las localidades descritas de ambos países. Para validar el instrumento, éste, se probó aplicándolo en las localidades de Tzintzuntzan, México y Santa Rosa, Perú, poblaciones con características sociales semejantes al universo estudiado.

Para el manejo de la información recolectada con el cuestionario, se utilizó la estadística descriptiva, ordenando, codificando y tabulándola lo que permitió establecer el perfil de las familias de las áreas estudiadas, elaborando cuadros comparativos para objetivar las diferencias y semejanzas contextuales.

Respecto a las entrevistas, de manera previa se les solicito su autorización para grabarlas, estas se realizaron de manera directa; los discursos una vez recogidos, fueron transcritos de manera fiel en un primer momento y posteriormente se pasaron del lenguaje emic al lenguaje etic, se realizo la

interpretación cualitativa y de ahí emergieron las categorías empíricas.

Los aspectos éticos de la investigación científica La información se manejó de manera anónima, y

Resultados

En las manifestaciones (comportamiento) de la hegemonía y contra hegemonía en el ejercicio del poder para la gestión financiera para la salud, la primera categoría empírica **Relaciones entre grupos hegemónico y contra hegemónico en gestión para la salud** con tres sub categorías: La gestión a partir de la demanda expresa del grupo contra hegemónico, La gestión a partir del humanismo y La corrupción del grupo hegemónico desde la percepción del contra hegemónico. La segunda categoría **Mecanismo de asignación presupuestal para la salud del grupo hegemónico VS contra hegemónico** con dos sub categorías La participación del grupo hegemónico y La participación del grupo contra hegemónico. La tercera categoría **Justicia en la asignación del presupuesto en salud** la sub categoría Equidad/Inequidad en la asignación del presupuesto en salud.

De acuerdo a los objetivos en la presente investigación y después de realizar el proceso de búsqueda de antecedentes que permitieran fundamentar la interrelaciones entre los grupos hegemónicos y contra hegemónicos de dos países de América Latina y que de forma específica fueron Tzurumútaró, México y Simbal, Perú; localidades rurales ambas con características contextuales semejantes; sin embargo, en cada país se tuvieron hallazgos diferentes en cuanto a las relaciones que existen con los grupos que ostentan el poder y los cuales buscan apoyar la salud y el bienestar familiar en estas localidades rurales para las que gestionan apoyos y que lo hacen como hegemónicos, así mismo los contra

confidencialmente, no se manejaron datos de identificación de las personas con el propósito de respetar su privacidad.

hegemónicos en la búsqueda; los primeros para continuar con su hegemonía y los otros en búsqueda de apoyar las necesidades locales y de las familias y así buscar la coyuntura de convertirse en hegemónicos con el fundamento de que el derecho a la salud es constitucional en ambos países y esto se encuentra en el artículo 4°. en la Constitución de la Unión-México, y artículos 7°, 9° y 11° en la Constitución del Perú.

Las familias reportan que disponen de una “clínica” o centro de salud rural; pero desconocen si cuenta con los recursos humanos, financieros y materiales, dicen que al asistir a consulta les entregan una prescripción médica, que al ser los medicamentos suficientes con ello no resuelve su problema ya que acuden a esa clínica porque sus recursos económicos no les permiten ni siquiera pagar el transporte para acudir a Pátzcuaro y prefieren atenderse de cualquier otra forma con sus recursos naturales.

“... si son problemas más grave, la gente por su cuenta busca los hospitales o un médico particular para salir adelante cuando son gripas o enfermedades sencillas se acude a las clínicas, y si se va uno muy temprano alcanza la ficha para ser atendido antes de la una de la tarde y si no, hasta las tres de la tarde que empiezan otra vez la consulta”.(M6)

En este discurso dicen que en la clínica solamente se atienden problemas sencillos de resolver; pero que cuando sus

familiares tienen una enfermedad grave el gobierno no les ayuda, por lo que ellos tienen que buscar soluciones y llevar a su enfermo a hospitales privados para superar el problema de salud. Como grupo contra hegemónico es notoria la inequidad que reciben para su salud, pese a que el Estado tiene la obligación constitucional de cubrir la política social de salud y que en zonas rurales solo la limita a los programas vertical y homogéneamente establecidos, de forma direccionada por el grupo hegemónico que determinó previamente con partidas presupuestales para ese fin y sólo se ejercen por las decisiones de quienes están en el poder y no en base a las necesidades y demandas del grupo contra hegemónico (familias rurales de la localidad de Tzurumútaró, México).

“...En Perú se está implementando una nueva estrategia de salud familiar y comunitaria, pretendemos hacer una sectorización y una estadística de la realidad de los usuarios para determinar cuál es la población vulnerable no solo en aspectos biológicos sino también con los problemas sociales como la violencia, el mal trato e género, la drogadicción, contaminación ambiental y así poder gestionar como lo hizo Brasil en la cuestión de salud” (P26)

En Perú la situación no varía mucho, ya que el grupo hegemónico a través de este discurso menciona que la nueva estrategia para la salud familiar y comunitaria es hacer una sectorización y un diagnóstico para determinar la vulnerabilidad de las localidades rurales y así apoyar al grupo contra hegemónico y no sólo en problemas de salud; sino que observan problemas sociales como la violencia de género, las adicciones, la contaminación ambiental, entre algunos otros, para así, ellos gestionar

recursos que apoyen la salud de los colectivos humanos y más si se trata de las zonas rurales vulnerables; desde una visión direccionada de quienes ostentan el poder y que como hegemónicos perciben la necesidad y la carencia de servicios básicos en la localidad rural de Simbal, quienes determinan cómo y cuánto apoyo financiero se les debe otorgar a partir de los problemas de salud, de la violencia y el medio ambiente, esta localidad de Simbal, Trujillo-Perú.

Aunque de acuerdo con lo establecido por (Gramsci, Pasado y presente pag 34-35, 1977), para esta orientación, no se debería buscar un especial motivo humanitario y tampoco una tendencia “democrática”, pues hasta el gobierno más oligárquico y reaccionario tendría que reconocer la validez “objetiva” del valor político universal en la esfera política y debido a que toda crisis significa un retroceso en las condiciones de vida popular, es evidente que se requiera la existencia previa de un espacio de recreación para que la resistencia “biológica” y por tanto sociológica, del pueblo, no se rompa al primer choque contra la nueva realidad.

La referencia extrapolítica, se entiende de naturaleza humanitaria o de una determinada ideología política, a pesar de que el “humanismo” no deja de ser también una política (Gramsci, Pasado y presente pag 34-35, 1977). En este rubro Gramsci (Portell 2003), muestra cómo a medida en que se desarrollaron sus funciones económicas y sociales, la burguesía se vio obligada a confiar la gestión de organización de superestructura ideológica y política a grupos especializados estrechamente solidarios, a menudo burgueses o al menos salidos de clases aliadas a la burguesía.

Consideraciones Finales

En este capítulo se aborda la aproximación de las relaciones entre los grupos hegemónicos y contra- hegemónicos en la asignación de recursos financieros en salud de dos localidades rurales de México y de Perú en donde se trabajaran tres dimensiones que fueron: relaciones entre grupos hegemónicos y contra-hegemónicos en gestión para la salud y de la cual surgieron tres categorías, una fue la gestión a partir de la demanda expresa del grupo contra-hegemónico, la segunda fue la gestión a partir del humanismo y la tercera la corrupción del grupo hegemónico desde la percepción del contra-hegemónico, destacando que en México las familias demandan el derecho a la salud como contra-hegemónicos por el nivel de politización que tienen y lo hacen a través de sus organizaciones; y en Perú las familias están menos politizadas para demandar su derecho a la salud, aceptando de forma conforme lo que las autoridades de salud y el gobierno les brindan en las necesidades básicas en la localidad.

En México los hegemónicos dicen cumplir con la política pública de salud en todo el país desde las esferas del gobierno; y en Perú, las autoridades deciden los programas con base en la política pública de salud de toda la nación por lo que los colectivos humanos aceptan tales decisiones y esperan a que cada vez que hay cambio de gobierno las condiciones mejoren. Pese a que tanto en México como en Perú los recursos humanos, materiales y financieros son insuficientes para satisfacer las demandas que los ciudadanos mexicanos presentan y exigen lo en Perú, solo se queda en comentario sus inconformidades por la falta de recursos. En México y en Perú la gestión a partir del humanismo fue

característica común del grupo hegemónico, confundiendo el humanismo por las dádivas que ofrecen a las familias o ciudadanos que acuden en busca de apoyos a los problemas de salud o necesidades básicas que se presentan en las localidades; puesto que los ciudadanos buscan y luchas por programas con un sentido humano esto en México, y en Perú las familias aceptan lo que sus gobernantes deciden.

En ambos países, los gobiernos determinan los programas en base a su hegemonía y así justifican el cumplimiento el cumplimiento de las políticas públicas dándoles un enfoque humano como parte de la ideología que ellos desean implantar en los ciudadanos, sin perder de vista el objetivo de mantener su hegemonía en las masas sociales que ellos gobiernan y no así buscar la participación de las familias que pudieran apoyar en los problemas de salud sino que vienen las decisiones lineales de quienes ostentan el poder.

En la participación del grupo contra-hegemónico, en esta las familias de México y Perú trabajan en la generación de su riqueza y así tener derecho a los bienes y servicios que los Estados proporcionan a sus ciudadanos por lo que manifiestan inconformidad por ser tan limitado los servicios de salud que les brindan a los ciudadanos cuando demandan los servicios y en los dos países se precisa establecer políticas públicas participativas donde los gobiernos y sociedad busquen resolver o apoyar el bienestar colectivo y de salud como un derecho fundamental en estos países latinoamericanos.

En cuanto a la equidad en los dos países investigados, la distribución se hace con una visión hegemónica y paralela y esto

en México se hace a nivel nacional, estatal y municipal; en tanto que en Perú de igual forma se realiza a nivel nacional, regional y municipal a los responsables o titulares de las instituciones de salud donde se establecen las normas de operación para el ejercicio presupuestal instrumentándolos en base a las necesidades que se tienen de recursos humanos y materiales y que para ejercerlos lo hacen con base en la política pública de salud de cada uno de los países investigados.

La primera proposición emergente del estudio es que, las relaciones entre grupos hegemónicos y contrahegemónicos en los dos países existe rezago social y deficiente atención a las demandas de salud y bienestar social en ambas localidades, por lo que tendrán que establecerse las estrategias para dar cobertura a todos los habitantes, sean estos de zonas urbanas o rurales, y por alejadas que se encuentren por la dificultad geográfica, para que reciban las partidas presupuestales para la salud y se ejerzan como está mandado desde la aprobación que hacen los parlamentos como grupo hegemónico, a fin de que permita que todos los mexicanos y peruanos gocen de este derecho.

Segunda.- Con relación al manejo y trato de los administradores de los presupuestos

o autoridades municipales, estatales, nacionales, departamentales y locales, ya que estar ejerciendo el poder en los distintos niveles de decisión no limita el que las personas reciban un trato diferente al que reciben integrantes del grupo hegemónico, en comparación de cómo se recibe y se tratan a integrantes de organizaciones rurales como contrahegemónicos que buscan la atención a través de las gestiones necesarias que los ciudadanos les demandan.

Tercera.- En cuanto a la atención en salud que tuvieron las personas en las respectivas localidades de los dos países, en ambas se cuenta con un centro de salud rural (México) y una posta en la localidad peruana, en donde reciben servicios públicos las familias contra-hegemónicas, que tienen que esperar un promedio de cuatro o más horas para ser atendidas o de acuerdo al servicio que solicitan; cuando las políticas de salud mencionan que todos los mexicanos y los peruanos, tienen derecho a recibir atención para su salud con calidad. Sin embargo se mencionó que sólo reciben atención quienes alcanzan ficha para el servicio que demandan y fue notoria la desigualdad en la atención, así mismo se observó que el personal en servicio ofrece de manera deficiente la atención en virtud de la carencia de recursos humanos, materiales y financieros.

Cuarta.- En razón de los personajes hegemónicos, ya que sobre todo se observó la facilidad del discurso que tienen de los problemas de salud en estos dos países; pero que sólo están en papel y no en las precarias necesidades por la falta de inversión de gasto operativo de los programas establecidos por la Secretaría de Salud en México y el Ministerio de Salud en Perú.

Quinta.- Respecto a la distribución del presupuesto para la salud en México y en Perú, justifican el cumplimiento de la política social, con algunas de las partidas que en México se llama seguro popular, apoyo a los de 70 y más años, que en Perú se está direccionando una política con características similares, ya que en el momento del recojo de datos las madres de familia reciben alimentos para los menores.

Sexta.- Sobre la asignación presupuestaria, debe observarse con un enfoque descentralizado, y que tanto los hegemónicos y contra-hegemónicos

participen con base en las necesidades de cada una de las localidades estableciendo la participación ciudadana y no así desde los gobiernos o autoridades de salud.

Séptima.- Acerca de lo que organismos internacionales han propuesto y fundamentado en los porcentajes del producto interno bruto para la salud, cuestión en la que México y Perú están debajo de estos indicadores. Octava- La equidad e inequidad que se observó es que el gasto mayor del presupuesto para la salud en los dos países en estudio los determinan los Ejecutivos Nacionales y lo hacen llegar a los estados en México y Regiones en Perú, quienes a la vez a las autoridades de salud y además el propio municipio determina los apoyos económicos en este rubro existiendo paralelismo en este aspecto.

Entre las recomendaciones, generadas del estudio, se hace necesario que

REFERENCIAS

Titular del Poder Ejecutivo. (2007). *Presidencia de la República. México*. Recuperado el 07 de junio de 2012, de http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/Eje3_Igualdad_de_Oportunidades/3_2_Salud.pdf f276), H. L. (2006). *Logica formal, logica dialéctica*. México, DF: Siglo XXI Editores. Althusser, L. (1981 pag. 47-48). *La filosofía como arma de la revolución*. México, D.F.: Ediciones pasado y presente. Alvarez, E. L. (2004). *La Sociedad Civil en la Ciudad de México. Actores Sociales y Oportunidades Políticas y Esfera Pública pag. 21*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. Amezcua, M., & Galvez Toro, A. (octubre de 2002). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&tlng=es. Recuperado el 10 de abril de 2012.

las políticas públicas de México y Perú se direccionen más a las zonas rurales; así como a las zonas urbanas, sin menoscabo de que por tener mayor número de habitantes en esta última, el gasto en salud es mayor por lo que el grupo hegemónico da prioridad con mayor gestión para la salud. - Capacitación en relaciones humanas y públicas en todos los niveles de gobierno y agentes políticos de las áreas de salud, para que no exista esa brecha de desigualdad entre hegemónicos y contra-hegemónicos, y que de la misma forma los recursos financieros para salud se ejerzan en esta política pública y no de forma discrecional marginando al que no tiene poder, educación o facilidad para realizar las gestiones necesarias para su salud y la de sus familias, ya que en México y Perú existe una semejanza más que diferencia en el trato desigual entre las zonas urbanas y las zonas rurales.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&tlng=es Anda, G. C. (2005 pag. 20-21). *Estructura socioeconómica de México (1940-2000)*. México: Limusa. Antonio, V. O. (1998). Las Mujeres en el Medio Rural. En M. E. Buitrón, *Mujeres Género y Desarrollo* (págs. 738-741). Morelia Michoacán México: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo. Augusto, M. C. (22 de marzo de 2007). *es mi Perú*. Recuperado el 10 de mayo de 2011, de Los pueblos indígenas del Perú: <http://esmiperu.blogspot.com/2007/03los-pueblos-indigenas-en-el-per.html> Banco Mundial. (© 2012). *Banco Mundial*. Recuperado el 04 de abril de 2012, de Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/sp> Bardález del Aguila, C. (2002). Proyecto observatorio de la salud en el Perú. La Salud en el Perú. Lima, Lima, Perú.

- Buci-Glucksman, C. (1978 pag. 79-80). *Gramsci y el Estado*. España: Siglo XXI de España Editores, s.a.
- Bustamante Edquen, S. (31 de enero de 2010). Método Comparado. Trujillo, Trujillo, Perú: Material audiovisual .
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (05 de noviembre de 2009). *Secretaría de Hacienda y Crédito Público*. Recuperado el 09 de junio de 2012, de http://www.shcp.gob.mx/INGRESOS/Ingresos_ley/2010/lif_2010.pdf
- Campero Calderón, J. J. (1983). *"La Salud Pública en Michoacán"*. Morelia, Michoacán, México: Biblioteca de Nicolaitas Notables. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Castañeda, C. J. (2007). Simbal. . *Plan de Desarrollo Concertado 2007-2015*. Simbal, La Libertad, Perú: CEDEPAS.
- CEPAL, Naciones Unidas. (2007). *América Latina y el Caribe Observatorio Demográfico*. Santiago de Chile: Copyright © Naciones Unidas.
- Colaboradores Noticias América. (01 de septiembre de 2012). *Noticias*. Recuperado el 01 de septiembre de 2012, de <http://www.americatv.com.pe/portal/noticias/actualidad/informe-especial-la-crisis-de-la-salud-en-el>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (diciembre de 2011). *Naciones Unidas CEPAL*. Recuperado el 13 de abril de 2012, de <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/45607/P45607.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>
- Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL). (23 de mayo de 2011). *Plataforma para la gestión social basada en el conocimiento*. Recuperado el 14 de abril de 2012, de <http://www.risalc.org/portal/indicadores/ficha?id=51>
- Congreso Constituyente Democrático. (05 de noviembre de 2000). *Constitución Política del Perú*. Recuperado el 09 de junio de 2012, de <http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>
- Congreso de la República. (07 de diciembre de 2009). Recuperado el 09 de junio de 2012, de <http://docs.peru.com/federales/leyes29465-dec-7-2009pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (s.f.). *CONEVAL*. Recuperado el 23 de 10 de 2010, de *CONEVAL*: <http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/mapas/mapas2005.es.do>
- Coronado, G. M. (1985). *Continuidad y Cambio en una Comunidad Bilingüe*. México D.F.: Casa Chata.
- Dagmar, R. (10-15 de septiembre de 2007). *Equidad, Inversión Social y pobreza. Innovar en como se concibe, diseña y Gestiona las Política y los programas Sociales*. Moskú, Foro Mundial de la Seguridad Social: OMS/AISS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y PROMOCION DE LA SALUD.
- Duarte-Gómez, M. B. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública de México*. Felipe de Jesús, Calderón Hinojosa (Presidente de los Estados Unidos Mexicanos). (lunes 07 de diciembre de 2009). Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio Fiscal 2010. *Diario Oficial de la Federación*, págs. 1,42,43.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2006). *Fundación Mexicana para la Salud*. Recuperado el 22 de junio de 2010, de Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México: 2006/2012: <http://www.funsalud.org.mx>
- Gabriela Coronado, M. R. (1985). *Continuidad y Cambio en una Comunidad Bilingüe*. México D.F.: Casa Chata.
- Gobierno del Estado de México. (21 de mayo de 2004). *Gaceta del Gobierno*. Recuperado el 09 de junio de 2012, de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2004/may215.pdf>

Gobierno Federal . (21 de 05 de 2010). *Presidencia de la República*. Recuperado el 18 de 10 de 2010, de Presidencia de la República:
<http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=56826>
Gramsci", A. (26 de octubre de la pagina fue modificada por última vez el 26 de octubre 2010).
"http://es.wikipedia.org/AntonioGramsci". Recuperado el 11 de noviembre de 2010, de <http://es.wikipedia.org/AntonioGramsci>
Gramsci, A. (1930 © 1984). *Cuadernos del Carcel No.3, Edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerrata*(pag. 189). México, DF: Ediciones Era.
Gramsci, A. (1975). *Los Intelectuales y las Organizaciones de la Cultura*(pag.18). México, DF: JP (Imprenta de Juan Pablo, S.A.).
Gramsci, A. (1977). *Pasado y presente pag 34-35*. Mexico, DF: JP.
Grasci, A. (1975). Obras de Antonio Gramsci No.1. En A. Gramsci, *Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno* (págs. 16, 17). México, D.F.: Imprenta de Juan Paulos S.A. Mexicali 39 México 11, D.F. .
INEGI. (2005). *Cuentame...Población*. Recuperado el 19 de 10 de 2010, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/ninos.aspx?tema=P>
INEGI. (2010). *INEGI*. Recuperado el 24 de 04 de 2011, de INEGI:
www.inegi.org.mx/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329=est
INEGI, 2005. (s.f.). *Conteo de Población y Vivienda 2005*. México, DF, México, DF.
INEI. (s.f.). *Banco de información distrital*. Recuperado el 26 de mayo de 2011, de <http://www.proyectos.inei.gob.pe/mapas/bid/>
<http://www.proyectos.inei.gob.pe/mapas/bid/>
INEI. (s.f.). *enie*. Recuperado el 16 de septiembre de 2011, de PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Investigación INEI:
<http://iinei.ine.gob.pe/iinei/siscodes/UbigeoM arco.htm>

INEI, P. I. (16 de septiembre de 2011). *Censos nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Trujillo, Perú.
Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (10 de junio de 2011). *Instituto de Investigaciones Jurídicas*. Recuperado el 8 de junio de 2012, de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>
Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (2009). *Navegador Jurídico Internacional*. Recuperado el 8 de junio de 2012, de http://www.juridicas.unam.mx/navjus/leg_jur/pe.htm
Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2010). *INEGI*. Recuperado el 2012 de septiembre de 29, de Cuentame.. información por entidad. censo de población y vivienda.:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/poblacion/default.aspx?tema=me&e=16>
Instituto Nacional de Estadística e Informática. (diciembre de 2009). *INEI. Estado de la Población Peruana 2009*. Recuperado el 29 de septiembre de 2012, de <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0879/libro.pdf>
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). *INEGI*. Recuperado el 2012 de septiembre de 01, de *Las Mujeres en el México Rural XII Población y vivienda 2000*. base de datos de la muestra censal:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2002/mrural.pdf
Instituto Nacional de Geografía e Informática. (2005). *INEGI Información geográfica*. Recuperado el 08 de 10 de 2010, de INEGI Información geográfica:
<http://mapserver.inegi.gob.mx/geografia/espanol/datosgeogra/extterri/frontera.cfm?c=154>
Leonel Godoy Rangel Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo. (jueves 31 de diciembre de 2009). *Periódico Oficial del*

Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, págs. 1,2.

Mills, C. (2001). "La Élite del Poder" pag. 318,328. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Ministerio de Economía, Perú. (s.f.).

<http://www.mef.gob.pe/DNPP/Leyes/2010/Ley29465.Pdf>. Recuperado el 07 de noviembre de 2010, de

<http://www.mef.gob.pe/DNPP/Leyes/2010/Ley29465.Pdf>:

<http://www.mef.gob.pe/DNPP/Leyes/2010/Ley29465.Pdf>

Negrete, E. G. (2003). *Hegemonía, ideología y democracia en Gramsci*. México, D.F.: Plaza y Valdés.

Olguín, S. (2003 pag. 8). *República de ciudadanos. Cultura e identidad Nacional en la España republicana*. España: BROSMAC, S.L.

OMS/AISS. (2007). *Invertir en la salud de los ciudadanos: un paso hacia el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención en los sistemas del seguro social de salud*.

Moscú: OMS/AISS.

Palacios, J. (2002). "La Cuestión Escolar". México, D.F.: Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.

Partido Socialista Unido de Venezuela. (s.f.). *Bases Programáticas del Partido Socialista Unido de Venezuela*. Recuperado el 11 de junio de 2012, de

<http://www.psuve.org.ve/psuv/bases-programaticas>

perunorte.com. (s.f.). Recuperado el 14 de 04 de 2012, de

<http://www.perunorte.com/tours/trujillo/historia.htm>

Piñón, F. (1989). *Gramsci, Proglómenos Filosofía y Política*. Plaza y Valdés editores.

Portelli, H. (2003). *Gramsci y el Bloque Histórico*. México, D.F.: Siglo XXI.

Quijano, A. (marzo, -abril, - Mayo de 2004). *Quijano Movimientos Indígenas América Latina*. Recuperado el 11 de noviembre de 2010, de

<http://www.democraciasur.com/QuijanoMovIndigenaAL.htm>

Ramos Pérez, J. (14 de 05 de 2008). *El Universal.com.mx*. Recuperado el 18 de 10 de 2010, de *El Universal.com.mx*:

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/506889.html>

Raventós, S. F. (1983).

<http://hdl.handle.net/2445/22333> . Recuperado el 10 de abril de 2012, de

<http://hdl.handle.net/2445/22333>

Secretaría de la mujer. (2010 14 de septiembre). *La situación de las Mujeres Michoacanas en el fenómeno Migratorio*.

Morelia Michoacán: Del Gobierno de Michoacán.

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007/2012 . México, D.F., Distrito Federal, México.

Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007/2012 pag. 49-51. México, D.F., Distrito Federal, México.

Titular del Ejecutivo Nacional. (25 de enero de 2012). *Centro Nacional de Planeación Estratégico*. Recuperado el 08 de junio de 2012, de

<http://www.ceplan.gob.pe/documents/10157/85c0cdcd-da8b-4f5a-bd4c-adb0c8039034>

Trujillo, reseña histórica. (s.f.). Recuperado el 14 de abril de 2012, de

<http://www.perunorte.com/tours/trujillo/historia.htm>