

20422
40



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ACATLAN**

**DIAGNOSTICO Y PERSPECTIVAS DE MEJORA EN LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DEL ISSSTE.
PERIODO 2000 - 2002**

**SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR
ANALISIS DE POLITICAS PUBLICAS PARA ASUNTOS
DE GOBIERNO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A
GLORIA RIOS LEON**

ASESORA: MTRA. ARACELI PARRA TOLEDO



ENERO DEL 2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

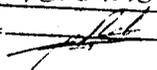
DEDICATORIAS

Presentado a la Dirección General de Bibliotecas,
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
el contenido de mi trabajo de investigación
NOMBRE: GILBERTA RÍOS LEÓN

A MIS PADRES

*Por darme el privilegio de la vida,
por su amor incondicional
y ayudarme a ser lo que soy*

FECHA: 18/ Junio / 2003

FIRMA: 

A MI HIJA

*El regalo más maravilloso
que Dios me ha dado*

A MIS HERMANOS

*Isabel, María Elena, José Luis y
Jorge, por su amor y apoyo en
los momentos más difíciles*

A MIS AMIGOS

*Leticia, Cristina, Sandor
y Jorge, por brindarme su
carinho y amistad todos estos años*

A MIS PROFESORES

*Mtra. Araceli Parra, Lic. Martín de Jesús Díaz,
Lic. José Hernández Lic. Enrique Bailleres,
y Lic. Juan Montes de Oca, por apoyarme con sus
conocimientos, experiencias y consejos*

A MIS COMPAÑEROS

*Juan, Cristy y Sergio
por darme su amistad y entusiasmo
para lograr este objetivo*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9
1.1 <i>CONCEPTOS GENERALES</i>	9
1.2 <i>LA POLÍTICA PÚBLICA</i>	16
1.3 <i>EL ESTADO DE BIENESTAR Y LA SEGURIDAD SOCIAL</i>	22
1.3.1. <i>Definiciones y características</i>	22
1.3.2 <i>Orígenes</i>	25
1.4. <i>LA REFORMA DEL ESTADO Y LA POLÍTICA PÚBLICA</i>	28
CAPÍTULO II. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO. POLÍTICA PÚBLICA O PROGRAMAS GUBERNAMENTALES?	31
2.1 <i>SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO</i>	31
2.2 <i>ORIGEN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	32
2.2.1 <i>EI IMSS</i>	34
2.2.2 <i>EI ISSSTE</i>	36
2.3 <i>EL SISTEMA LOS DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO</i>	41
2.3.1 <i>Organización de los servicios</i>	43
2.3.2 <i>Rectoría del sistema</i>	45
2.3.3 <i>Financiamiento y gasto</i>	47
2.3.4 <i>Población asegurada</i>	49
2.3.5 <i>Recursos humanos</i>	51
2.3.6 <i>Medicamentos</i>	52
2.3.7 <i>Equipamiento</i>	53
2.3.8 <i>Otorgamiento de servicios</i>	55
2.3.9 <i>Desconcentración</i>	57

2.3.10 Calidad de los servicios	58
CAPÍTULO III. EL PROBLEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	
59	
3.1 <i>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</i>	59
3.1.1 Situación financiera de los fondos	62
3.1.2 Servicios médicos	65
3.1.3 Recursos Humanos	66
3.1.4 Certificación de servicios	68
3.1.5 Parque vehicular	68
3.1.6 Abasto de insumos médicos	69
3.1.7 Infraestructura física	69
3.1.8 Desconcentración	70
3.1.9 Calidad en la atención	71
3.2 <i>LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</i>	72
3.3 <i>LA POLÍTICA PÚBLICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	80
3.3.1 Planteamientos en la agenda de gobierno 2000-2006 y el enfoque de la política pública	82
3.3.2 La evaluación de los servicios de Salud	85
3.4 <i>EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS</i>	89
3.4.1 ¿Cómo perciben los servicios de salud los usuarios?	92
3.4.2 ¿Qué desean los usuarios de los servicios de salud?	94

CAPÍTULO IV. PERSPECTIVAS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 100

4.1 <i>LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO</i>	101
4.2 <i>HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD</i>	104
4.2.1 Participación Ciudadana	105
4.2.2 Calidad y calidez en la atención	105
4.2.3 La profesionalización del servidor público en servicios de salud	106
4.2.4 La capacitación	107
4.2.5 Aplicación de Directrices en los servicios de salud	109
4.2.6 Descentralización y establecimiento de convenios	110

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.2.7 Sistema de Evaluación.....	111
4.3 <i>EL RETO DE CONSTRUIR LA CALIDAD EN SALUD</i>	112
4.4 <i>PLANTEAMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD</i>	114
CONCLUSIONES	122
BIBLIOGRAFÍA.....	126

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos y epidemiológicos que transforman el México de hoy, producen una importante tendencia de crecimiento y modificaciones en la estructura de la población, como consecuencia de la disminución acelerada de la fecundidad, descenso de la mortalidad general y aumento de la esperanza de vida; sin embargo aún se presentan padecimientos de origen infeccioso que representan una carga importante de enfermedades, cuyo efecto ha tenido profundos cambios en el panorama de la salud.

Como resultado de estos factores, la población del país presenta una tendencia ascendente que conduce a su envejecimiento y a la aparición de patologías propias de ese grupo de edad; reto que habrá de abordarse con un nuevo modelo de atención a la salud que responda a la demanda de servicios de la población.

En consecuencia se observa un modelo de transición polarizado, donde coexisten enfermedades de etiología (origen de las enfermedades) infecto-contagiosa y crónico-degenerativas, situación que ubica en forma diferenciada a la población, ya que mientras los grupos con menores recursos continúan padeciendo los dos tipos de patología, los de mayor nivel socioeconómico presentan predominio del segundo.

Esta circunstancia representa para todas las instituciones de salud un reto para enfrentar el combate de éstas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedades, por la inversión financiera que representa su atención y los tiempos prolongados de tratamientos requeridos.

Aunado a lo anterior, habrá que considerar: la fragmentación del sistema de salud que prevalece en nuestro país, que impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de salud, a la vez genera duplicidades e ineficiencia; el centralismo existente en los servicios de salud; y el deterioro actual de sus servicios ocasionados por factores no sólo demográficos y epidemiológicos, sino de índole financiero.

En el caso del ISSSTE, objeto de este estudio, se plantea la siguiente problemática: El grave deterioro que presenta su imagen institucional, debido a las deficiencias del modelo de atención, la obsolescencia de la infraestructura física, la falta de accesibilidad, la burocracia y la deficiente calidad de los servicios de salud han originado la desconfianza y rechazo de los derechohabientes para hacer uso de éstos, provocando que:

- El derechohabiente prefiere utilizar los servicios de salud privados, con lo que se ve afectada su economía familiar al realizar un doble pago.
- El trabajador derechohabiente sólo acuda a los servicios del ISSSTE para obtener los beneficios económicos de los seguros médicos y de pensiones, ya sea a través de las licencias médicas o de demandas judiciales, lo cual impacta fuertemente en las finanzas de este Organismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Irritabilidad del derechohabiente producido por una predisposición al servicio, con lo cual se afecta más la relación médico-paciente

En este sentido, este estudio tiene como objetivo principal analizar el proceso de atención de los servicios de salud que se proporcionan en las unidades médicas del primer nivel de atención del ISSSTE, tomando como estudio el periodo 2000-2002, para conocer los principales factores que han incidido en su deterioro y plantear alternativas de mejora orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Asimismo se plantean como objetivos específicos:

- Identificar las causas más relevantes que limitan al ISSSTE para otorgar un buen servicio médico.
- Determinar las principales características de calidad que los derechohabientes esperan de los servicios de salud que se proporcionan en las unidades médicas del primer nivel del ISSSTE

Como hipótesis se plantea la siguiente: el crecimiento de la Infraestructura operativa médica y humana no ha sido directamente proporcional al incremento de la población derechohabiente del ISSSTE, por lo que la demanda ha rebasado la capacidad de atención de las unidades médicas del primer nivel, incidiendo en la calidad del servicio.

Cabe señalar que aún y cuando el periodo del estudio comprende los años 2000-2002, se hace referencia a los inicios de los servicios de salud, a efecto de contextualizar el

problema en el marco del Estado de Bienestar y de la Seguridad Social.

El estudio se realizó bajo el enfoque de política pública, en virtud de que la salud es considerada un problema público, asimismo el análisis a través de este enfoque permite aproximarse a la identificación del problema y al planteamiento de las alternativas.

El estudio comprende sólo el primer nivel de atención del ISSSTE, ya que es en éste donde se establece el primer contacto entre el usuario y el Instituto y en el que por su carácter de atención preventiva, se determina el acceso a los siguientes niveles de atención, es decir, es este nivel el que deberá ser reforzado para prevenir el daño a la salud de los pacientes y a la vez disminuir los altos costos que genera la atención curativa y de rehabilitación que proporcionan las unidades médicas del segundo y tercer nivel.

El desarrollo del estudio se estructura de los tres capítulos siguientes:

El capítulo I corresponde al Marco teórico de referencia, en el cual se tratan los principales conceptos de Estado, gobierno, administración pública y política pública, así como los relativos al Estado de bienestar, la seguridad social y la reforma del Estado, los cuales establecen las bases del sistema de salud en México.

En el capítulo II La seguridad social en México, se hace una reseña de los orígenes de la seguridad social y en particular de los servicios de salud, señalando el fundamento jurídico en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se sustenta el derecho a la salud, a partir del cual se crean las principales instituciones públicas de salud, asimismo se presenta el sistema de salud que prevalece en nuestro país, su organización y características de los servicios.

El Capítulo III El problema de los servicios de salud en el ISSSTE, presenta un diagnóstico situacional de este Instituto, haciendo énfasis en el primer nivel de atención y la necesidad de implementar una política pública en materia de salud.

El capítulo IV perspectivas de mejora de los servicios de salud del primer nivel de atención, se refiere a algunas reflexiones sobre las posibilidades de mejora de los servicios de salud, bajo el enfoque de la política pública, a partir de dos aspectos básicos: la participación ciudadana y la construcción de un nuevo modelo del sistema de salud

Finalmente se plantean las conclusiones del trabajo en el que se señala el cumplimiento de los objetivos y comprobación de la hipótesis planteada para este trabajo.

Dentro de la bibliografía se señalan las fuentes de información de las instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre otros, que se tomaron para obtener fechas y cifras en cuanto a población, recursos financieros, humanos y materiales del sistema de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En razón de que el estudio se realizará dentro de la Administración Pública, en este primer capítulo, se revisarán y analizarán los conceptos de Estado, Gobierno, Administración Pública y Burocracia, Reforma del Estado, así como los relativos a la Política Pública, a efecto de ubicar el análisis del problema dentro de este enfoque. Por otra parte se acotarán los conceptos relacionados con el tema de estudio referentes al Estado de Bienestar y la Seguridad Social en particular lo correspondiente a los servicios de salud.

1.1 CONCEPTOS GENERALES

Para tratar el problema de los servicios de salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se hace necesario hacer la conceptualización de los principales elementos o categorías de los cuales se desprende el origen de la función de este organismo público, creado para proporcionar seguridad social a un segmento de la población: los trabajadores al Servicio del Estado.

Empezaremos por definir, en primer término, al Estado. En su acepción más común R Garzaro define al Estado como el "conjunto de los tres poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Es sinónimo de poder soberano".¹ Por su parte Miguel Acosta Romero da una definición más amplia del Estado señalando que es "la organización política soberana de una sociedad humana establecida en un territorio determinado bajo un régimen jurídico, con independencia y autodeterminación, con órganos de gobierno y administración que persiguen determinados fines mediante actividades concretas"².

De estas dos definiciones, el rasgo característico del Estado es la Soberanía, es decir el monopolio para representar a la sociedad a la que sirve, mismo que, para expresar su voluntad requiere tener órganos de representación y administración que son los que ejercen los derechos y las obligaciones de los grupos sociales. Parte importante de la concepción del Estado son sus fines (que no se expresan en estas definiciones), los cuales deben ser la persecución del beneficio general, también llamado bien común o el interés público.

El bien común o interés público no es otra cosa que la satisfacción de las necesidades más apremiantes de la sociedad como educación, alimentación, vivienda, salud, empleo y seguridad.

En tanto que el Estado surge de una organización humana y actúa en función de ella, entonces su razón de ser es la satisfacción de las demandas de esta organización. Así, en la medida en que el Estado satisfaga estas demandas y dé solución a los problemas públicos, dependerá el grado de legitimidad que alcance ante ese grupo social al que sirve.

¹ R. Garzaro, en Diccionario de Política, Salamanca, 1977. Pág. 139



Otro término importante dentro de la configuración del Estado es el Gobierno, el cual es definido por R. Garzaro³ como "la Institución que tiene a su cargo la dirección de la política del Estado", señala también que el Gobierno es el núcleo de las funciones directivas de la política de un Estado, siendo por tanto el encargado de la función rectora. Por esta razón a menudo se confunden Gobierno y Estado, sin embargo considerando las definiciones de Estado señaladas anteriormente el Gobierno es una de sus grandes funciones que tiene el Estado junto a la función administrativa; otro término con el que se confunde el Gobierno es con el Poder Ejecutivo, lo que es totalmente incorrecto. En este sentido, Garzaro plantea que "Las funciones del Gobierno están dispersas entre los tres poderes estatales, aunque es posible que la mayor parte recaiga en el poder ejecutivo"⁴.

Considerando las definiciones de Estado mencionadas, el Gobierno entonces, se constituye por los tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, que son los que conducen la función del Estado. Sin embargo en razón de que el poder ejecutivo, se conforma ampliamente por una serie de organismos, suele confundirse con el Estado y el Gobierno.

Cada Estado se diferencia por la forma de gobierno que adopta, es decir por la organización y estructura para atender las demandas de la sociedad a la que sirve. La organización del Gobierno Federal Mexicano de acuerdo a como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos

² ACOSTA Romero Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México 1981, pág. 171

³ R. Garzaro, op. Cit., Pág. 171

⁴ R. Garzaro, op. Cit., Pág. 171

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mexicanos se encuentra constituido como se muestra en el cuadro 1.

Con respecto a la concepción del Estado el concepto de Administración Pública refleja particular importancia, siendo definida por Miguel Acosta Romero como:

"La parte de los órganos del Estado que dependen directa o indirectamente del poder ejecutivo, tiene a su cargo toda la actividad estatal que no desarrollan los otros poderes (legislativo y judicial), su acción es continua y permanente, siempre persigue el interés público, adopta una forma de organización jerarquizada y cuenta con a) elementos personales, b) elementos patrimoniales, c) estructura jurídica y d) procedimientos técnicos.⁵

Si observamos en el cuadro 1 la administración pública se encuentra ubicada dentro del Poder Ejecutivo, el cual es parte de la estructura del Gobierno, por lo que la administración pública es uno de los instrumentos mediante el cual el Gobierno lleva a cabo los diversos programas para proporcionar servicios a la sociedad como respuesta a sus necesidades y demandas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

⁵ ACOSTA Romero Miguel. Op. cit. pág. 63

CUADRO 1. ORGANIZACIÓN DEL GOBIERNO FEDERAL MEXICANO

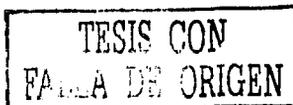
PODER LEGISLATIVO	PODER EJECUTIVO	PODER JUDICIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Constituyente permanente • Congreso de la Unión 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración Pública Federal <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centralizada ✓ Paraestatal • Ministerio Público Federal • Tribunales Administrativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Suprema corte de justicia • Tribunal electoral • Tribunales colegiados de circuito • Juzgados de Distrito • Consejo de la Judicatura Federal

Elaboración propia

En este sentido cabe hacer mención a la definición de R. Garzaro que considera que la "Administración Pública es la acción de administrar la cosa pública esto es, la gestión o servicio de intereses y bienes públicos. Es actividad dirigida a la conservación y aprovechamiento del patrimonio de la comunidad. La administración junto al Gobierno componen las funciones esenciales del Estado, sin embargo no es necesario la existencia de éste para que haya función administrativa".⁶

Por consiguiente, de acuerdo con estas definiciones, la Administración Pública representa a las unidades que el Estado crea para responder a las demandas de la sociedad y lo constituyen los organismos públicos y las instituciones que dependen del Estado para desempeñar todas aquellas actividades que tiene a su cargo y que deben estar encaminadas al interés público. Estas conforman a las dependencias del sector público.

⁶⁶ R. Garzaro, Op. Cit., pág. 7



En México la administración pública se organiza de acuerdo a lo señalado en el artículo 1° de la Ley Orgánica de la Administración Pública en:

1. Administración Pública Centralizada
 - Presidencia de la República
 - Secretarías de Estado
 - Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal

2. Administración Pública Paraestatal
 - Organismos descentralizados
 - Empresas de participación estatal mayoritaria
 - Fideicomisos públicos

De la administración pública surgen dos categorías importantes: Los administradores públicos y la burocracia, términos que también son categorías representativas del Estado.

Partiendo del concepto administrar que de acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española, significa gobernar, regir aplicar, es posible hacer una definición de administrador como el que gobierna, dirige y administra, para complementar esta definición podemos agregar que se encuentra situado dentro de una jerarquía y un ámbito en el cual el ejerce, de acuerdo a las facultades que le confieren, esa administración, gobierno o dirección.

El administrador público es un empleado que ocupa diversas posiciones dentro de la estructura del Gobierno. A mayor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

jerarquía mayor poder, ejerce la gestión integral de cualquier institución pública, por lo que puede ser un Presidente, un director, un subdirector o un gerente que tiene subordinados a su cargo para desempeñar su función, dentro de la Administración Pública es llamado también funcionario público.

Por estas características el administrador público participa en el diseño, implementación y aplicación de las políticas públicas.

Por su parte la Burocracia, "cuyo término nació con una fuerte connotación negativa, para designar el poder del cuerpo de funcionarios y empleados de la administración estatal constituido para tareas especializadas, bajo la monarquía absoluta y dependiente del soberano" ⁷. Es decir, la burocracia es el elemento humano que lleva a cabo la actividad del Estado y está conformada por los funcionarios o servidores públicos que desempeñan las actividades técnicas.

Bobbio señala además que el término burocracia se refiere críticamente a la proliferación de normas y reglamentos, al ritualismo, a la falta de iniciativa y al desperdicio de recursos de las grandes organizaciones públicas y privadas.

Y en efecto, actualmente la burocracia, en su sentido peyorativo, representa ante los ojos de la sociedad la ineficiencia, reflejada en pérdida de tiempo, papeleo, indiferencia, despido, falta de interés por la obtención de resultados y por el servicio, obtención de beneficios propios y

⁷ BOBBIO Norberto, MATTEUCCI Nicola y PASQUINO Gianfranco. En Diccionario de Política. 7ª. Edición corregida y aumentada. Siglo XXI Editores.

corrupción. En México, esta imagen negativa se ha ido incrementando con el paso de cada gobierno, ocasionando, el rechazo y la desconfianza de la sociedad a la que sirven.

1.2 LA POLÍTICA PÚBLICA

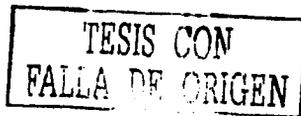
Una vez definidos los principales elementos del Estado, entraremos a definir el concepto de Política Pública, término que actualmente es de particular importancia para todo gobierno en la solución o resolución de los problemas públicos para atender las demandas de la sociedad.

Para ello es necesario hacer primero la diferenciación de los términos Policy y Politics, debido a las diversas interpretaciones que se dan en la traducción de estos términos al español y al castellano, para lo cual Omar Guerrero señala:

"En el inglés común Policy significa principalmente curso de acción y menos frecuentemente se entiende como proceso de decisión o como un programa de acción"⁸.

En tanto que politics es equivalente a política, este término se refiere en estricto sentido a la interacción de grupos y a la búsqueda de lucha por el poder. Por su parte, la policy se

⁸ "En los Estados Unidos y otros países anglófonos se utilizan las palabras Politics, Policy y Police con significados diversos y las traducciones al español de la primera y la tercera no causan problema: política y policía, no así la segunda que tiene equivalente en nuestro idioma y, obviamente "política" no es la adecuada. La etimología de la voz Policy, derivada del griego *Politeia* y después en latín como *Politia*, que deriva en el alemán como *Policey* y en inglés como *Policy* —da cuenta de la necesidad de buscar una traducción semántica y conceptual fiel, por lo cual Omar Guerrero propone el uso de *Policy* en atención a sus raíces grecolatinas, propias también del español, y así referimos a *Policy Pública*. GUERRERO Omar. En *Colección Política y Administración. Tomo II. La Reforma del Estado*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. Marzo de 1992. pág. 49,51



refiere a una responsabilidad del gobierno por la atención de problemas públicos, reflejados en una decisión y una acción.

Policy es, en el sentido más general, el patrón de acción que resuelve demandas conflictivas o provee incentivos para la cooperación. Esta definición se puede agrupar en dos:

- Las que se refieren al curso de acción gubernamental (interpretan la causa, refiriéndose a la temporalidad de cuándo se origina, porqué se origina).
- Las que representan la acción misma (interpretan el flujo, incorporación a la agenda, análisis del problema y elaboración de la política pública).

En la policy es muy importante el estudio del pasado, saber qué y cómo sucedió, para tener el porqué del presente y así tomar una decisión para actuar y prever las situaciones futuras.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 plantea que "las políticas públicas son el conjunto de concepciones, criterios, principios, estrategias y líneas fundamentales de acción, a partir de las cuales la comunidad organizada como Estado, decide hacer frente a desafíos y problemas que se consideran de naturaleza pública".⁹

En este sentido, las políticas públicas se refieren a una de las modalidades de la acción de gobierno. Su característica consiste en que centran su atención en los problemas públicos

⁹ Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Pág. 46.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

relacionados con la sociedad. Contribuyen con el gobierno para mejorar su capacidad de dirección y coordinación en beneficio de la vida pública.

Por tanto, las políticas públicas son un medio para fortalecer la democracia a partir de reconocer el valor de la participación y la representación. De este modo, las políticas públicas se orientan a racionalizar la participación, no de ciudadanos individuales sino de ciudadanos organizados. Hoy por hoy, las políticas ubicadas en el proceso de gobierno están comprometidas con el aumento de participación ciudadana para fortalecer la vida pública.

Omar Guerrero señala que "Policy es una acción, no reflexión sobre demandas alternativas"¹⁰.

Las políticas públicas tiene su aplicación a partir de la noción de problemas públicos ya que inciden directamente en su solución. La cobertura de estos no sólo es nacional, estatal, municipal, comunitaria o regional, sino mundial. Por ser problemas comunes en un ámbito geográfico determinado, ocupan la atención de los gobiernos de manera importante.

Como se comentó en el apartado anterior, Gobierno y Administración Pública resultan ser conceptos totalmente relacionados, en tanto que la decisión corresponde al primero y la acción a la segunda.

¹⁰ GUERRERO Omar. en Colección Política y Administración. Tomo II La Reforma del Estado. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. Marzo de 1992. Pág. 53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este sentido, la administración pública es un conjunto de operaciones que son ejecutadas por las instituciones que la conforman, para cumplir, o hacer cumplir la política pública.

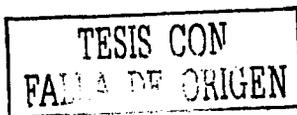
Una vez definida la política pública, es importante señalar sus orígenes y el porqué de su utilidad. El estudio de las políticas públicas dio inicio en los años 50's por Harold D. Lasswell, desarrollándose en los Estados Unidos de Norteamérica, después de la Segunda Guerra Mundial. La necesidad del Estado de dar respuesta a las constantes demandas de la sociedad, dan origen a las políticas públicas, como parte importante que contribuye a la toma de decisiones, en una sociedad cada vez más compleja.

Harold D. Lasswell, quien a través de su programa de investigación "el conocimiento del proceso de la política y en el proceso de la política, busca articular sistemáticamente ciencia (interdisciplinaria) y decisión (democrática) de gobierno".¹¹

Esta importante caracterización de las políticas públicas forma parte de la definición de un campo de conocimiento, que a partir de 1951 se constituye en una aportación significativa relacionada con la noción gobierno y asuntos públicos. Lasswell "demanda y propone: una política ilustrada, un gobierno dirigido y circunscrito por la razón y más específicamente por la ciencia"¹².

¹¹ AGUILAR Villanueva Luis F. El Estudio de las Políticas Públicas. Grupo editorial Miguel Angel Porrúa. México 1996. Pág. 39

¹² AGUILAR Villanueva Luis F, op. Cit., Pág. 44



Las políticas públicas tienen su aplicación a partir del reconocimiento de un problema público, sin embargo se requiere necesariamente del conocimiento profundo de las causas que dieron origen a dicho problema. Como lo señala Martín Díaz Vázquez al mencionar que "La política (policy sciences) entendida como todo aquel conocimiento disponible, el cual puede ser utilizado para tomar la mejor decisión, donde se percibe de manera importante el conocimiento del proceso, como el conocimiento en el proceso"¹³.

El proceso de la política pública se circunscribe en cuatro etapas o fases: la gestación (cómo se origina la política), la formulación (determinación del modelo de política y acciones a seguir), la implementación (ejecución de la política mediante los instrumentos necesarios), y la evaluación (análisis de resultados de la política).

En torno a la política pública se encuentran diversos elementos que es necesario considerar en el planteamiento de ésta. Juan Montes de Oca, considera que los elementos que integran la definición de una política son:

"Agenda de poderes públicos, entendida como el conjunto de problemas que se estima pertinente atender bajo un contexto determinado. Actores: los diferentes participantes en la formulación y ejecución de la política pública. Escenarios, construcciones prospectivas basadas en la actuación pasada y presente de los actores. Ecología: relación de equilibrio que debe existir entre los seres humanos y el medio ambiente.

¹³ DIAZ Vázquez Martín de Jesús. Material del Modulo II Diseño y Formulación de Políticas Públicas del Seminario Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gobernabilidad: capacidad del gobierno para mediar en los conflictos, obteniendo soluciones satisfactorias para las partes en pugna. Conflicto: situación en la cual existe contradicción de intereses"¹⁴.

Adicionalmente es necesario incorporar a estos, el concepto de Problema público, entendido como una situación de conflicto entre los diversos actores que ha alcanzado proporciones que no pueden ser ignoradas.

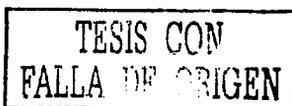
Luis Aguilar Villanueva señala que por definición del problema público se entienden "los procesos mediante los cuales una cuestión (problema, oportunidad, tendencia) ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados, quienes no raramente actúan en el marco de una definición de autoridad, aceptable provisionalmente en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias".¹⁵

En resumen, la política pública es una tecnología de gobierno en la medida en que permite realizar acciones concretas para la resolución de problemas públicos que demanda la sociedad, ya que un problema genera una toma de decisiones.

Sin embargo, la atención de los problemas está sujeta a la capacidad del Gobierno (recursos con que cuenta), por lo que

¹⁴ MONTES de Oca Juan. Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno. Material en proceso de publicación, del Módulo I Estructuración de Problemas Públicos del Seminario Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno 2002. Pág. 29

¹⁵ AGUILLAR Villanueva, Luis F. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Colección Antología de Políticas Públicas, Tercera Antología. Grupo editorial Porrúa. México 2ª edición 1996. Pág. 52



en función de ésta determina su prioridad para incorporarla a la agenda de gobierno.

El presente trabajo, se realizará bajo el enfoque de políticas públicas ya que permite hacer uso de las diferentes disciplinas lo que facilita el estudio del problema al permitir la identificación de los actores involucrados, afectados y beneficiados, ello considerando el modelo incrementalista, ya que se realizará un análisis de las acciones que se han puesto en práctica para mejorar los servicios.

1.3 EL ESTADO DE BIENESTAR Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Para el presente estudio se revisará con mayor detalle el estado de bienestar en razón de que es a partir de este, cuando surge la seguridad social.

1.3.1. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS

El Estado de Bienestar o Estado Social de Derecho, cuya naturaleza consiste en ofrecer algún tipo de protección a la población más desfavorecida, que por sus condiciones no tienen capacidad de tener una vida mínimamente aceptable, da origen a la seguridad social.

La seguridad social, entendida por R. Garzaro como: "La institución destinada a garantizar al mayor número de individuos las mayores atenciones posibles contra los llamados rezagos sociales. Esta institución garantiza a todos los miembros de la sociedad cubiertos por ella, frente a diversos

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

riesgos como enfermedad, accidentes de trabajo y comunes, vejez, invalidez, desempleo, maternidad, vivienda, etc. Los fondos para el sostenimiento de estos programas en el sistema liberal proceden del asegurado, del sector empresarial y del estado".¹⁶

La seguridad social es una de las funciones más importantes del Estado de Bienestar en las sociedades modernas. Su papel ha sido fundamental, pues ha servido como mecanismo para mantener el ingreso y combatir la pobreza por medio de transferencias a los grupos de población menos favorecidos.

En este sentido, conviene revisar ciertas definiciones básicas dadas por algunos autores sobre Estado de Bienestar. Según Bandrés, "los objetivos del Estado de Bienestar, son básicamente tres: a) dar seguridad económica y social a las personas; b) reducir las desigualdades, y c) desarrollar políticas para eliminar la pobreza". Por su parte M Ferrara lo define como: "un conjunto de respuestas de políticas públicas al proceso de modernización, consistente en intervenciones en el funcionamiento de la economía, las cuales se reorientan a promover la seguridad e igualdad de los ciudadanos introduciendo, entre otras cosas, derechos sociales específicos dirigidos a la protección en el caso de contingencias preestablecidas, con la finalidad de aumentar la integración social".¹⁷

¹⁶ R. Garzaro en Op Cit. pág. 336

¹⁷ BANDRÉS y M Ferrara. Citados por OCHANDO Claramunt, C. El Estado de Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas. Barcelona, Ariel, 1999. Pág. 60

TESIS CON
FALLA DE URGEN

Briggs, por su parte, caracteriza el Estado de Bienestar, a partir de la manera como éste intenta interferir en el libre juego del mercado, evitando los desequilibrios sociales que de éste suelen derivarse: en el estado de bienestar "el poder organizado es deliberadamente usado (a través de la política y de la administración) en un esfuerzo por modificar el juego de las fuerzas del mercado en al menos tres direcciones: primera para los individuos y familias una renta mínima independientemente del valor del mercado de su trabajo o propiedad; segundo, reducir la amplitud de la inseguridad para facilitar a los individuos y familias satisfacer ciertas 'contingencias sociales' (por ejemplo enfermedad, vejez, desempleo) que conducen de lo contrario a crisis individuales y familiares; y tercero, para asegurar que a todos los ciudadanos sin distinción de status o clase les sean ofrecidos los mejores estándares disponibles en relación a cierta gama acordada de servicios sociales".¹⁸

La posibilidad de que algunas personas se encuentren en una situación muy difícil, por causa de enfermedad, que pueden necesitar asistencia médica y aunque tengan un patrimonio suficiente, quizá no puedan permitirse pagar los gastos, según el tipo de enfermedad, o quizá se empobrezcan o pierdan el trabajo, o es posible que tengan un bajo nivel salarial u otro tipo de problemas, como discapacidades de tal suerte que les impide contar con los recursos mínimos para cubrir estas necesidades. Lo que entonces aporta el Estado es un apoyo básico para subsanar sus limitaciones económicas para

¹⁸ BRIGGS. Citado por MONEREO, J.L. "La política social en el Estado de Bienestar", Revista del trabajo y Seguridad Social. España 1995.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

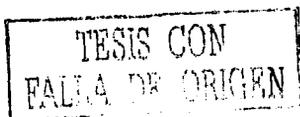
impedir que alguien llegue a un estado de existencia inadmisibile en la sociedad moderna.

1.3.2 ORIGENES

Los inicios del Estado de Bienestar, no están exactamente definidos, algunos historiadores lo ubican en Alemania en los años de 1880 con la promulgación de las leyes sociales: la ley del seguro de enfermedad y maternidad (1883), la ley de accidentes del trabajo (1884) y la ley de seguro de enfermedad, jubilación y defunción (1889), otros, lo ubican, dentro del siglo XX, posterior a la segunda guerra mundial, teniendo como principal antecedente la construcción de un sistema público inglés de protección social integrado y universal que se desarrolló entre 1945 y 1948.

En este sentido, Rodríguez Cabrero ha hecho una diferenciación entre el acercamiento conservador y el socialdemócrata al tema de la protección social. Este autor establece así, una distinción conceptual entre Estado Social y Estado de Bienestar. "El primero, correspondería a las primeras experiencias de protección social iniciadas por Bismarck hacia fines del siglo XIX y su orientación básica sería una integración social vertical; una manera de compensación a la falta de libertades ciudadanas y a la exclusión de que era objeto en aquellos años el movimiento obrero organizado".¹⁹ Para el citado autor, esta experiencia

¹⁹ RODRÍGUEZ Cabrero, G. Entre la protección social y el bienestar social. en: Albarracín, J et al., Reflexiones sobre Política Económica. Ed. popular, Madrid, 1990, pág. 20



correspondería a una reforma social autoritaria, de integración subordinada de las clases trabajadoras; en definitiva una legislación de contención social en un contexto histórico político de ausencia de democracia y de fuerte exclusión social.

Por su parte, el moderno Estado de Bienestar, de extracción socialdemócrata, se distinguiría, por el establecimiento de los sistemas de protección social en el marco de un desarrollo de la democracia y en donde la política social es concebida por Ochando como "expansión de los derechos sociales o materialización de los derechos políticos democráticos".²⁰

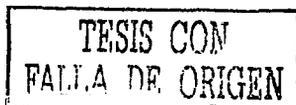
Más allá de sus orígenes y de su trayectoria histórica, lo cierto es que el Estado de Bienestar se consolidó en diversos países, particularmente en Europa y con sus particularidades en Norteamérica a partir de 1945.

Tortella²¹ menciona que entre 1945 y 1974, estas sociedades junto con asegurar los derechos sociales básicos de su población, a través de la construcción de sus respectivos Estados de Bienestar, experimentaron un espectacular crecimiento económico constituyendo una verdadera época dorada.

Sin embargo, este esplendor económico termina en la década de los 70 con la crisis del petróleo, situación que coloca a estas economías en crisis por el estancamiento económico y la

²⁰ OCHANDO Claramunt, C. El Estado de Bienestar, Objetivos, modelos y teorías explicativas, Barcelona, Ariel, 1999. Pág. 55

²¹ TORTELLA, G. La revolución del Siglo XX, Madrid, Taurus, 2000. Pág. 25



inflación. Durante este periodo se critica duramente al Estado de Bienestar por su gasto público, regulaciones e interferencias del libre mercado, proteccionismo, por la influencia sindical, y las dificultades de su financiación en el contexto demográfico de una población envejecida, entre algunos factores.

Durante la década de los 80 y 90 el Estado de Bienestar sufre transformaciones, pero mantiene su esencia, con un grado de legitimidad social.

Como ya se observó, el Estado de Bienestar tiene una construcción social histórica, específica a cada país, por lo que no es posible hacer una caracterización única. Aunque existen algunas características comunes, su concreción histórica siempre es particular.

Pues bien, el Estado de Bienestar, evolucionó lentamente y se ha producido un cierto consenso sobre estas garantías básicas, de manera que una persona puede confiar en la ayuda de los demás. En función de la gravedad de las circunstancias, esta ayuda puede ser mayor o menor, es algo que también depende de una serie de circunstancias en cada lugar.

En el siguiente apartado entraremos a tratar el tema de la Reforma del Estado y su relación con la política pública, con el propósito de ubicar el problema de los servicios de salud en el contexto de éstos dos conceptos.

1.4. LA REFORMA DEL ESTADO Y LA POLÍTICA PÚBLICA

La Reforma del Estado, comúnmente se relaciona con evolución o cambio del Estado. Esta surge como respuesta a la crisis del Estado Liberal que, desde los años 70's, se distinguió por la crisis económica (endeudamiento público, déficit público, tasa negativa de ahorro), falta de credibilidad, burocracia administrativa caracterizada por la ineficacia y la ineficiencia del aparato estatal, así como por los aspectos político-institucionales caracterizados por la crisis de legitimidad y racionalidad de las deliberaciones. Aunado a esto habrá que considerar la transformación demográfica que desde los años 60's sobrecargaría más al Estado.

La Reforma del Estado como comenta Omar Guerrero "son cambios que obedecen a procesos de modernización traducidos en programas de Gobierno cuyo signo es la transformación. Particularmente nos referimos a las necesidades de cambio a favor de dosis mayores de gobernabilidad, especialmente por la incorporación de Políticas Públicas como tecnologías de gobierno²².

Los constantes cambios que se están generando a nivel mundial y las transformaciones en cuanto a la concepción de un estado de bienestar, han originado diversos cambios en el ámbito del Gobierno (ver cuadro 2).

En los últimos cuarenta años, han ocurrido muchos eventos sociales, culturales y tecnológicos muy significativos, que se han reflejado en los aspectos económicos de todos los países.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la actualidad, México se enfrenta al proceso de globalización que está transformando al mundo. El desarrollo tecnológico está desplazando las formas de producción anteriores y está construyendo nuevos objetos culturales a nivel internacional. Este cambio requiere impescindiblemente de políticas que eleven los niveles de educación y de salud de la población para enfrentar el reto.

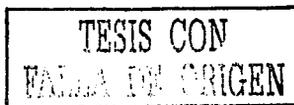
El término globalización²³ según Pedro Woessner, se utiliza para denominar la dinámica de los cambios mundiales. Cambios que han alterado por completo las expectativas sociales así como las referentes de la política y las funciones del Estado.

Uno de los estímulos más poderosos para la reforma del Estado descansa en la necesidad de enfrentar la creciente complejidad actual, derivado de estos cambios .

En este sentido, es fundamental que a las tareas de la administración pública de dirección y organización se agreguen estrategias de innovación para fortalecer y mejorar su grado de profesionalización. El factor humano es primordial para que la acción del Estado sea no sólo eficiente, sino creativa, amplia y significativa. La innovación y la calidad es hoy día condición ineludible para que las organizaciones públicas sean eficientes y competitivas.

²² GUERRERO Omar. op. Cit., pág. 54.

²³ WOESSNER, Pedro. El potencial de la Globalización. Revista Estrategia Industrial, México Dic/Ene Número 150 Año XIII



CUADRO 2. PRINCIPALES CAMBIOS EN EL ÁMBITO DE GOBIERNO

EVENTOS	REPERCUSIÓN
Cambios del enfoque empresarial	Se reorienta la competitividad a través de la mejora en la tecnología de procesos
Internacionalización de la empresa	Libre comercio y globalización de la actividad económica
Crecimiento de las comunicaciones y de la industria electrónica	
Desarrollo de la ciencia y la tecnología	El desarrollo de sistemas con toma de decisiones autónoma. Inteligencia artificial y la proliferación de herramientas computacionales
Mayor importancia de la ecología	
Redefinición del papel de la mujer	Cambio de patrones sociales y demográficos de la población
La redefinición del papel del Estado	Cambio de rol en la actividad económica, deja en manos de la iniciativa privada la mayoría de las actividades preponderantemente productivas y, además, permite su participación en la construcción de obras de infraestructura, que anteriormente sólo eran competencia del Estado
Democracia y pluralismo	El aumento de la pluralidad de pensamiento, la libertad de creencias religiosas, la democracia, etc. exige mayor participación de la ciudadanía
La reestructuración de la economía	Aumento relativo en el tamaño y la composición del sector servicios en comparación con los sectores manufacturero y primario

Elaboración propia

Fuente: WOESSNER, Pedro. El potencial de la Globalización. Revista Estrategia Industrial, México Dic/Ene Número 150 Año XIII, HUERTA Arturo. La Globalización y la pérdida de soberanía económica. Revista Economía. Facultad de economía/UNAM, Número 262/Noviembre 1997, pág. 8. NAVA Hernández Eduardo. México y la Globalización. Revista Economía, Facultad de economía/UNAM, Número 258/Junio 1997, pág. 60.

Considerando a la transformación como equivalente de dirección hacia a un modelo de Estado ideal, la política pública, aquí desempeña un papel importante para que el Estado pueda hacer frente a esas demandas y como elemento indispensable en la Reforma del Estado.

En el siguiente capítulo se realizará la descripción de los orígenes de la seguridad social en México y la creación de las instituciones que hoy conforman el sistema de salud mexicano.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO II. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO. POLÍTICA PÚBLICA O PROGRAMAS GUBERNAMENTALES?

Este capítulo tiene la finalidad de conocer y analizar el origen de la seguridad social, su organización y estructura, lo cual proporciona las bases para entrar al tema en estudio

2.1 SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

En México, los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran a principios del siglo XX, en los últimos años de la época porfiriana: en dos disposiciones estatales²⁴: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. En 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

²⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. Anecedentes de la seguridad social. En www.imss.gob.mx. consulta realizada el 25-09-2002

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Constitución promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares.

México fue el primer país que dio naturaleza constitucional a la seguridad social, con la formulación del artículo 123 de la Constitución de 1917, ahí se dio garantía jurídica a los aspectos económicos, políticos y sociales del trabajo, en otras palabras, se otorgó rango constitucional a los derechos de los trabajadores.

2.2 ORIGEN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En materia de salud, hasta inicios del siglo pasado, no se concebía aún un sistema público de prestación de servicios de salud. La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesióásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares, de manera desarticulada y casuística.

Posteriormente, la desamortización de los bienes del clero dio lugar a que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del gobierno federal, con ello, la autoridad ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento, a través de la Secretaría de Gobernación.

CUADRO 3 CRONOLOGÍA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO

FECHA	SUCESO
1846	Se crea el Consejo Superior de Salubridad después se crean Juntas de Salubridad en cada uno de los estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos.
1899	Entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos
1926	Se crea la Dirección de Pensiones Militares a partir de la Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacionales
1934	Con la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, se celebran convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para crear los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.
1937	Se creó la Secretaría de Asistencia
1943	Se fusiona la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad constituyendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia
1947	Con la Ley de Secretarías y Departamentos, se otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública.
1976	Se crea el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas para brindar bienestar a los militares en servicio activo o en situación de retiro y a sus derechohabientes en materia de salud, vivienda y educación
1977	Con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud
1982	Con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se distribuirá la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas. Reforma del Código Sanitario para establecer la responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la de las distintas dependencias y entidades para coordinar sus acciones para lograr un uso más racional de los recursos Reforma de la fracción I del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para la atribución normativa y coordinadora de la SSA, al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y de coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal
1983	Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases del programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA, con el cual inicia la descentralización.
1984	Publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Ley General de Salud, que define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se atribuyen a la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho sistema
1985	Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud
1996	Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades federativas, concretándose en 1997 con la firma de los convenios correspondientes para su creación como organismos públicos descentralizados. Se crea como órgano desconcentrado la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para resolver los conflictos entre los usuarios y los prestadores de los servicios médicos, otorgándole autonomía técnica para recibir quejas e investigar las presuntas irregularidades en la prestación de los servicios médicos, así como para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.
1997	La Secretaría de Salud se ubica en un marco de operación eminentemente normativo y coordinador

Fuente: Secretaría de Salud. Manual de Organización. En www.ssa.gob.mx, consultado el 25-09-2002; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas. Reseña histórica. En www.issfam.gob.mx, consultado del 25-09-2002

Hasta 1899 (ver cuadro 3), el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica bajo un criterio de universalidad. Las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría, se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegidos.

Al término de la lucha revolucionaria, los servidores públicos no tenían ningún tipo de prestaciones ni de seguridad en el empleo, sólo los militares tenían derecho a una pensión por retiro, la cual se otorgaba a través de la Dirección de Pensiones Militares. Los inicios de estas primeras acciones y su evolución hasta conformarse en el sector salud se muestran en el cuadro 3.

2.2.1 EL IMSS

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas fue quien realizó el proyecto de Ley del Seguro Social, que se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría los riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria".²⁵ Sin embargo, este proyecto tuvo que esperar debido a la fuerte crisis provocada por la

²⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Aspectos institucionales y organización. En www.imss.gob.mx. consulta realizada el 25-09-2002

expropiación petrolera, que exigía promover antes que nada la unidad nacional.

Fue hasta 1939 que la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que había que buscar instituciones tanto nacionales como internacionales que procuraran, aparte de la paz y la tranquilidad mundiales, la seguridad de los individuos.

Es en 1942, con el Presidente Ávila Camacho, debido a los problemas laborales que en ese momento existían, que se crea la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, para limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal.

En el mismo año el Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Ahí se determina que la finalidad de la seguridad social es "garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo"²⁶.

Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado ***Instituto Mexicano del Seguro Social***.

²⁶ IMSS.Op. Cit. Consulta realizada el 25-09-2002

Sin embargo, continuaron las manifestaciones de inconformidad contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social.

Actualmente, la población derechohabiente²⁷ de este instituto asciende a 36 millones 553 mil personas. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados es de un millón 579 mil. Por lo que con 53 años de servicios, el IMSS a pesar de las deficiencias, sigue siendo uno de los principales proveedores de salud del segmento de trabajadores del sector privado.

2.2.2 EL ISSSTE

En 1925, los empleados al servicio del Estado empezaron a constituir los organismos clasistas de defensa de los derechos de los trabajadores: los sindicatos. "Esta acción dio sus primeros frutos cuando el Presidente Plutarco Elías Calles expidió el 12 de agosto de 1925 la ley de pensiones civiles y de retiro, la cual creó la Dirección del mismo nombre, dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público".²⁸

El funcionamiento de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro era convertir a las pensiones de los

²⁷ IMSS Op. Cit. Consulta realizada el 25-09-2002.

²⁸ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Esbozo histórico. En www.issste.gob.mx, consultado el 25-09-2002

trabajadores del estado en universales, obligatorias y equitativas. Para lograr este objetivo se inició la creación y administración de un fondo de pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones de los trabajadores durante el tiempo que prestaran sus servicios en las oficinas gubernamentales.

En cuanto a los servicios médicos, en 1949 los trabajadores del Estado recibieron por primera vez esta prestación, aunque sólo amparaba los accidentes laborales. Para ello se contrató a hospitales privados.

En 1938, dato tomado de la misma fuente, todos los sindicatos que constituían la Alianza de los Trabajadores del Estado decidieron reunirse, de esta asamblea surgió la Federación Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado.

La Federación Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado elaboró un Estatuto Jurídico para normar y conciliar las relaciones y los intereses de los servidores públicos con los intereses del Estado.

En la exposición de motivos del Estatuto Jurídico se dice- "El empleado público, como asalariado constituye un factor de la riqueza social- por eso es necesaria la protección de sus derechos para el desarrollo de su personalidad física, económica y moral, mediante jornada legal, descanso, higiene, prevención de accidentes, enfermedades profesionales, estabilidad, salarios, remuneraciones, escalafón e

indemnizaciones, libertad política y posibilidades de educación técnica y científica.²⁹

El artículo 41 del referido Estatuto³⁰, señala expresamente como obligaciones de los Poderes de la Unión con sus trabajadores, los siguientes:

- Cumplir con servicios de higiene y condiciones para prevenir accidentes de trabajo.
- Dar facilidades para obtener casas habitación.
- Proporcionar servicios médicos y farmacéuticos gratuitos.
- Cubrir indemnizaciones en caso de separación injusta, por accidentes o enfermedades en el ejercicio de sus funciones.
- Capacitar a los trabajadores

En síntesis, el aspecto más relevante de este documento fue que por primera vez se dio a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia, garantizándoles la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

²⁹ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Estatuto Orgánico del ISSSTE. D.O.F. 06-06-1988. Consultado del compendio normativo ISSSTEJURE

³⁰ Ibidem

Es así como en 1959, es el presidente Adolfo López Mateos quien presenta al Congreso de la Unión la Iniciativa de Ley que dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Discutida y aprobada esta iniciativa, la Dirección General de Pensiones y de Retiro se transformó en 1960 en el ISSSTE. La primera Ley del Instituto se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959.

Esta Ley fue considerada como una de las más favorables y tutelares en el mundo. En ese mismo año se transformó y adicionó el Apartado B al Artículo 123 de la Constitución, con la incorporación de las garantías contenidas en el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado. Esto colocó los derechos de los servidores del Estado por encima de toda ley reglamentaria.

Nadie puede negar que en la actualidad el ISSSTE es un modelo de seguridad social, pues otorga oportunidades en la salud, la vivienda, las pensiones, los préstamos, la protección al salario, las prestaciones sociales, la cultura, el deporte y la recreación. "En el año 2002 la población amparada del ISSSTE ascendió a 10.2 millones de personas, que incluye 411,080 jubilados y pensionados"³¹.

Para otorgar los servicios de salud se tienen 1 202 unidades médicas³²: 1096 de primer nivel, 95 de segundo y 11 de tercer

³¹ Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF del ISSSTE. Resumen general de población amparada por grupos de edad, sexo y tipo de derechohabiente 07-08-2002.

³² Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF del ISSSTE. Reporte de número de unidades médicas por nivel de atención 17-06-2002.

nivel de atención. Entre estas últimas está el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

A manera de conclusión, la reseña de los eventos más importantes que han ocurrido en la evolución histórica de los servicios de salud en México, puede resumirse en cuatro grandes etapas que ofrecen evidentes contrastes y que se describen en el cuadro 4.

CUADRO 4. EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ETAPA	SUCESO
Primera	Los acontecimientos ocurridos desde la Independencia hasta antes de la promulgación de la Constitución de 1917.
Segunda 1917-1982	<p>Se inicia con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1917.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su artículo 73 prevé la creación de dos autoridades en materia de salud el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General. • En su artículo 123 establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores. • Creación de la Dirección de Pensiones Militares en 1926 • Creación de la Secretaría de Asistencia en 1937 • Creación del Seguro Social en 1943 • Creación del ISSSTE en 1959 • Se caracteriza por la centralización de los servicios de salud
Tercera 1982-2000	En 1982, se consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social, con la adición al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983 donde se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases para el acceso a los servicios. Se caracteriza por un esfuerzo de descentralización los servicios de salud hacia las entidades
Cuarta 2001	En el año 2001, en el marco de la globalización y bajo un enfoque de servicios de salud universal, se incorporan diversos cambios estructurales en todas las instituciones de seguridad social, que tienen su sustento en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Programa Nacional de salud 2001-2006 y los programas institucionales.

Elaboración propia

Fuente: tomada de Secretaría de Salud. Antecedentes históricos de la salud en México. En www.ssa.gob.mx consultado el 25-09-2002

2.3 EL SISTEMA LOS DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

Como ya se observó los servicios de salud en sus orígenes fueron surgiendo como programas gubernamentales en respuesta a diferentes manifestaciones de una sociedad fragmentada.

Por ello, en México, la atención a la salud está organizada por segmentos que cubren a diferentes grupos de población y que se pueden clasificar de la siguiente manera:

- a) **Servicios públicos para personas no aseguradas** (denominada "población abierta", se estima en 48% de la población), siendo las principales instituciones encargadas la SSA, el IMSS-Sol y el INI;
- b) **Varias instituciones de Seguridad Social**, que afilian obligatoriamente a los trabajadores de la economía formal, siendo las más importantes: el IMSS, el ISSSTE, los servicios de salud y de seguridad social para los empleados de PEMEX, para las Fuerzas Armadas (SEDENA), y para los empleados de los gobiernos estatales;
- c) **El subsector privado**, con y sin esquema de seguro, que funciona en un contexto no supervisado.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las características de este esquema de salud segmentado se muestra en el siguiente cuadro³³:

CUADRO 5. SEGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

POBLACIÓN ABIERTA			
Características	SSA	IMSS – Solidaridad	INI
Naturaleza jurídica	Secretaría de Estado	Programa dentro de la estructura normativa del IMSS	Depende del Ejecutivo Federal y tiene personalidad jurídica y patrimonio propio
Descentralización	Avanzada	En proyecto	En proyecto
Fuentes de financiamiento	Federal	Federal y apoyado por la administración del IMSS	Federal

SEGURIDAD SOCIAL					
Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
Naturaleza jurídica	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Institución pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas de varios estados
Descentralización	Parcial	En proceso	Nula	Nula	En proyecto
Fuentes de financiamiento	Tripartita federal obrero y patronal	Federal	Propia	Federal	Federal/ Estatal

Fuente: Secretaría de Salud "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta". México DF, 1995. OCDE: Estudios económicos. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud, pag 99-100. México DF, 1998.

Estos segmentos funcionan paralelamente, desarrollando cada institución las funciones de financiamiento y provisión. La coordinación entre éstos es escasa y cada uno tiene su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel.

Por la falta de coordinación entre estas instituciones no se han establecido mecanismos de referencia y contrareferencia

³³ OCDE: Estudios económicos. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud, pag. 99-100. México DF, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de pacientes. Aunque en la práctica, algunos pacientes de los Institutos de Seguridad Social son transferidos a establecimientos especializados de la SSA o privados, cuando es insuficiente la capacidad del centro de contacto inicial y, de manera creciente, por consideraciones de costo - beneficio.

El personal de estas instituciones públicas de salud es asalariado y las unidades funcionan con presupuestos globales anuales, que cada vez son más reducidos.

2.3.1 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Parte de un primer nivel de atención (el cual es muy diverso en su tipología), con un equipo de salud formado por un médico general o familiar y enfermeras (la SSA incorpora al promotor de salud de la comunidad y lo llama "núcleo básico") que atiende la demanda de la población asignada y realiza actividades de promoción y prevención según programas priorizados. La entrada al segundo y tercer nivel de atención debe ocurrir por referencia del primero y se brinda en hospitales.

En el ISSSTE los servicios se encuentran organizados en tres niveles de atención, conforme al Reglamento de Servicios Médicos de este Instituto³⁴ son:

El primer nivel de atención corresponde a las Unidades y Clínicas de Medicina Familiar cuyos servicios se enfocan básicamente a preservar la salud mediante actividades de

³⁴ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE. D.O.F. 04-10-2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica; así como al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presenten con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica. En este nivel es donde se tiene el primer contacto con el paciente y, en su caso, puede ser referido a un segundo nivel.

El segundo nivel de atención corresponde a los hospitales generales, clínicas-hospital y clínicas de especialidades, en las cuales se proporcionan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes referidos del primer nivel de atención o bien, aquellos pacientes que ingresan por la vía de urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende además acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel de atención en el primer nivel de atención a la salud. En este nivel se refieren pacientes al tercer nivel de atención.

Por último el tercer nivel de atención esta integrado por los hospitales regionales y el Centro Médico Nacional "20 de noviembre". Estas unidades proporcionan servicios encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por el segundo nivel, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Comprende también funciones de apoyo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

2.3.2 RECTORÍA DEL SISTEMA

La SSA es responsable de la conducción sectorial y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) para la salud, donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en 2 leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social (LSS) cuya instrumentación se realiza a través de las NOM, y los Reglamentos y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la Federación. La supervisión y control del financiamiento público de salud se ejecuta por la Oficialía Mayor de cada institución proveedora de servicios, bajo las directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) – que asigna el presupuesto - y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) - que supervisa el gasto. Tras la descentralización de la SSA en 1997, la Federación mantiene las facultades de normar los servicios de salud; ejercer el control sanitario sobre productos, establecimientos y servicios; controlar la certificación de profesionales; acreditar unidades de salud; generar estadísticas nacionales y ostentar la representación internacional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

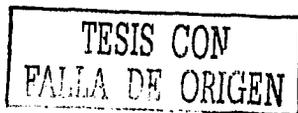
"Las Direcciones estatales y jurisdiccionales de salud tienen responsabilidades compartidas en la organización, operación y vigilancia de los servicios públicos y privados, el control sanitario del ambiente y la población, y el desarrollo de las actividades de promoción y fomento de la salud. Mediante el Consejo Nacional de Salud (CNS) se realizan las coordinaciones entre la Federación y los estados para la cooperación técnica, logística y la evaluación de los programas de salud".³⁵

La coordinación entre la SSA y los Institutos de Seguridad Social es insuficiente. Cada uno opera su propio modelo sin compartir procederes técnicos y administrativos, excepto en los sistemas de información, donde sí hay criterios comunes y los datos de los proveedores públicos se consolidan en el nivel nacional y estatal, así como para las jornadas nacionales de salud y las emergencias, donde trabajan en estrecha relación todas las instituciones.

Las relaciones entre proveedores públicos y privados son escasas, salvo para algunos de los afiliados (4% aproximadamente) al IMSS cuyas cuotas son revertidas a servicios privados para la atención de ellos y sus familias.

La disponibilidad de información de salud es buena y la SSA publica los datos consolidados sobre producción de servicios, mortalidad, morbilidad en consulta y vigilancia epidemiológica de todos los proveedores públicos.

³⁵ INEGI: Op. Cit. México, 2000



La acreditación de servicios de salud públicos y privados está a cargo de la SSA a través de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, que es la encargada de aplicar las NOM's. En la Coordinación de Institutos Nacionales, dependientes de la SSA, existe una Unidad técnica a cargo de evaluar las tecnologías en salud.

2.3.3 FINANCIAMIENTO Y GASTO

La información sobre financiamiento y gasto en salud del sector público está bajo la responsabilidad de las SHCP y SSA. "El gasto nacional en salud per cápita de 1992 fue USD 86, en 1994 de USD 264 y para 1996 disminuyó a USD 115 (cifra preliminar). El gasto total en salud respecto al PIB pasó de 3.8% en 1990 a 6.5% en 1994 y a 3.3% en 1996 (preliminar). Ambos indicadores de gasto crecieron entre 1990 y 1994, disminuyeron en 1995 a raíz de la crisis económica, y se recuperaron luego progresivamente".³⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁶ OPS/OMS: Indicadores Básicos, Washington, DC, 1995, 1997 y 1998. En www.eval.org, consultado el 17-06-2002.

CUADRO 6. GASTO NACIONAL EN SALUD, 1992-1994 (%)

Agentes	1992	1993	1994
Fuentes			
Hogares	49	50	49
Empleadores	30	29	28
Gobierno federal	21	19	20
Gobiernos estatales	0	1	3
Total	100	100	100
Fondos			
De seguridad social	45	42	43
Para los no asegurados	12	13	13
Privados	2	2	3
Seguro privado	40	42	42
Total	100	100	100

Fuente: Frenk, Julio (editor), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, 1997.

Históricamente, más de la mitad del presupuesto público en salud lo ejecuta el IMSS. La cooperación financiera en salud ha cobrado relevancia en los últimos años. "En 1996 el Banco Mundial (BM) proporcionó 330 millones USD (a ejecutar en 5 años) para el PAC, y en 1998 firmó un préstamo al IMSS de USD 700 millones para su modernización".³⁷

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

³⁷ OPS/OMS. División de Sistemas y Servicios de Salud: La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Informe final Valdivia, Chile, 1997, Washington DC, 1997.

CUADRO 7. PRESUPUESTO EJERCIDO POR PROGRAMA EN EL SECTOR PÚBLICO. (EN MILLONES DE USD)

Año	Total	Atención preventiva	Atención curativa	Prestaciones sociales	Otros programas
1992	9,624.0	435.8	5,448.2	495.9	2,624.8
1993	9,835.8	623.6	5,965.7	467.1	2,551.7
1994	7,248.9	455.9	4,283.4	358.4	1,970.8
1995	5,908.2	342.0	3,695.4	273.6	1,422.4
1996	7,397.0	493.1	4,878.5	230.4	1,795.1

Fuente: SSA, *Boletín de información estadística*, No. 16; vol. I, 1996, México. Septiembre de 1997.

Las fuentes de información del gasto privado en salud son las encuestas nacionales sobre ingreso y gasto de los hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el sistema de cuentas nacionales de salud de FUNSALUD. "Para 1994 se estimó la distribución del gasto privado así: 36.5% honorarios; 26.7% medicamentos; 20.2% hospitalizaciones; 9.4% laboratorio y gabinete; y 7.0% aparatos ortopédicos. El gasto 'de bolsillo' en salud se ha reducido en los hogares rurales entre 1992 y 1994, pero en los hogares urbanos se mantuvo"³⁸.

2.3.4 POBLACIÓN ASEGURADA

La población asegurada asciende a "52% del total nacional. El 49% está afiliada a los seguros sociales (48 millones de personas). El IMSS es el mayor asegurador con 39,5 millones

³⁸ FUNSALUD: *El sistema de cuentas nacionales de salud en México*. Documentos de análisis y convergencia 15, pag. 50, México DF, 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de afiliados. Los seguros privados cubren un 3% de la población nacional. La población no asegurada representa 48% del total (47 millones de personas), estando la mayoría bajo la responsabilidad de la SSA (80% aproximadamente) y el resto atendidos por el IMSS-Sol, principalmente. En 1995 se identificaron 10 millones de mexicanos sin acceso regular a servicios de salud, para quienes se implementó el Programa de Atención Comunitaria³⁹.

CUADRO 8. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR INSTITUCIÓN, 2000

TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX A/	SDN	SM	ESTATAL
59 231 330	46 533 924	10 065 861	647 036	489 477	187 028	1 308 004

Fuentes: INEGI. *Estadísticas sociodemográficas de 2000*. www.inegi.gob.mx

Cabe destacar que las instituciones de seguridad social no tienen unificadas sus prestaciones sociales. En 1996 la SSA definió un Paquete Básico de Servicios de Salud que integra 13 prestaciones de alto impacto y bajo costo al cual tienen acceso todos los mexicanos. El IMSS está iniciando un proceso de "reversión de cuotas" para los trabajadores asegurados, mediante el cual podrán hacer uso de los servicios de prestadores privados que serán retribuidos a través de las cotizaciones, por su parte el ISSSTE otorga 21 seguros, servicios y prestaciones a sus derechohabientes.

³⁹ OCDE. Estudios económicos. *Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud*, pag. 99-100. México DF, 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.5 RECURSOS HUMANOS

En lo que se refiere a recursos humanos, las instituciones de educación superior definen las políticas de formación de salud y existe un procedimiento de acreditación a cargo de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) y la Federación Nacional de Facultades de Enfermería (FENAFE). Cada institución de salud traza sus propias políticas de capacitación y actualización del personal, vinculadas a programas prioritarios y a mejora de los salarios.

Se ha visualizado un crecimiento de recursos humanos en los últimos 10 años y no se pronostican cambios relevantes en el número y proporción de egresados de pre y postgrado de salud en los próximos años.

CUADRO 9. RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000

TOTAL	PERSONA L MÉDICO	PERSONAL PARAMÉDICO			PERSONAL DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**	PERSONAL ADMINIS- TRATIVO	OTRO PERSONAL
		TOTAL	ENFERME RAS*	OTRO PERSONAL PARAMÉDICO			
583 913	140 629	227 096	190 335	36 761	36 388	143 018	36 782

Fuentes: INEGI, *Estadísticas sociodemográficas de 2000*. www.inegi.gob.mx

* Incluye enfermeras auxiliares, generales, especializadas y otras categorías. ** Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento

En el 2000, la razón de médicos por 10, 000 habitantes es de 14.06, en tanto que la razón de enfermeras por 10, 000 habitantes es de 19.03.

TESIS CON
FALLA DE LENGUAJE

Por lo que se refiere a la distribución de los recursos humanos, en el siguiente cuadro se observa que la mayor parte de éstos se concentra en el IMSS y en la SSA.

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS

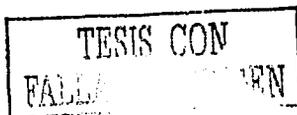
Institución	Médicos	Enfermeras generales y especializadas	Enfermeras auxiliares*	Personal administrativo	Otros trabajadores
SSA	37,620	21,898	29,158	27,955	35,398
IMSS-Sol	5,434	855	8,183	2,187	2,617
IMSS	47,813	43,355	27,964	22,126	65,579
ISSSTE	15,945	10,703	7,500	10,858	17,571
PEMEX	2,393	1,521	1,128	1,549	4,244
Otras instituciones	13,909	9,981	8,898	7,708	15,294
Total	123,114	88,313	82,831	72,383	140,703

Fuente: SSA, Boletín de información estadística No. 16, 1996; vol. I. México Septiembre de 1997. * Incluye las pasantes de enfermería de pregrado y en servicio social.

En todas las instituciones se observa una mayor concentración de personal técnico.

2.3.6 MEDICAMENTOS

En lo que se refiere a medicamentos, las instituciones de seguridad social han presentado deficiencias en sus procesos de abasto para el surtimiento de recetas a sus derechohabientes. La prescripción se realiza mediante un Cuadro Básico de Medicamentos para el primer nivel y un



Catálogo de Medicamentos para el segundo y tercer nivel de atención. Las instituciones hacen compras consolidadas de medicamentos genéricos y la SSA autoriza a los estados a comprar, si lo estiman más conveniente. En el sector privado operan 5 distribuidores de medicamentos, con más de mil almacenes en el país.

2.3.7 EQUIPAMIENTO

No se cuenta con información sobre su distribución por niveles de atención, ni tampoco sobre equipos defectuosos o fuera de uso. "Tanto el subsector público como el privado han incrementado sus equipos y tecnologías durante los últimos años, especialmente los equipos de radiodiagnóstico de tecnología de punta en estos últimos"⁴⁰, no obstante esto ha ocurrido sólo en algunas unidades médicas, ya que la mayoría presenta graves carencias en equipamiento debido a su obsolescencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁰ Secretaría de Salud: Boletín de información estadística, No. 16, vol. I, 1996, México DF, septiembre de 1997

**CUADRO 11 DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD POR
1,000 HABITANTES**

Institución	Camas censables *	Laboratorios clínicos	Bancos de sangre	Equipos de radio-diagnóstico
SSA	0.87	0.023	0.003	0.026
IMSS-Sol	0.16	0.006	0.0	0.006
Subtotal Población Abierta	0.75	0.019	0.003	0.023
IMSS	0.71	0.012	0.001	ND
ISSSTE	0.72	0.014	0.007	0.043
PEMEX	1.79	0.040	0.035	0.116
Otros	2.69	-	-	-
Subtotal Población asegurada	0.8	0.005	0.003	ND
Promedio Nacional (subsector público)	0.8	0.016	0.003	0.017**
Promedio Nacional (con privados)	1.09	0.024	ND	0.032**

Fuente: SSA, *Boletín de información estadística No16*, vol I México. Septiembre de 1997. * Datos de 1997. Obtenidos por consulta directa a la Dirección de Estadísticas. SSA. ** Sin incluir los equipos del IMSS y la Secretaría de Marina

CUADRO 12. OTROS RECURSOS MATERIALES DEL SECTOR SALUD

Institución	Salas de parto	Quirófanos
SSA	4955	776
IMSS Solidaridad	68	68
Subtotal Población Abierta	5153	1156
IMSS	482	939
ISSSTE	147	278
PEMEX	25	66
Otros	104	129
Subtotal Población asegurada	758	1412
Total Nacional (sector público)	5911	2568
Total Nacional (con privados)	8401	ND

Fuente: SSA, *Boletín de información estadística No16*, vol I México. Septiembre de 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los cuadros anteriores muestran que la SSA y el IMSS concentran más del 50% de los recursos materiales del sector.

2.3.8 OTORGAMIENTO DE SERVICIOS

Las prestaciones de salud de las instituciones públicas son universales e incluyen la atención ambulatoria y hospitalaria que va desde el primero hasta un tercer nivel. La SSA apoya su trabajo con promotores de salud de la comunidad, agrupados en Consejos Locales de Salud en las unidades de primer nivel. Se aplica un sistema de recuperación de cuotas en las unidades de la SSA, cuya tasa se fija según el nivel socioeconómico de la familia, del cual aproximadamente el 85% se aplica directamente a los programas de trabajo donde fueron captados y el resto se concentra en los estados y en el nivel federal. La SSA es responsable de los servicios de salud poblacional (por ejemplo, la lucha contra las enfermedades transmitidas por vector). Las instituciones de seguro social también desarrollan programas de salud comunitaria, con acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en hogares, escuelas y centros de trabajos. Se realizan campañas permanentes de capacitación y autocuidado de la salud en temas como diabetes, hipertensión y obesidad, entre otros.

Todos los servicios públicos participan en las jornadas nacionales de salud, como son vacunación, suministro de antiparasitarios y de suplementos de vitamina A y otras. Con respecto a la cobertura de vacunación se ha logrado alcanzar casi el 100%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El sistema de información sobre los servicios es único para todos los establecimientos públicos y está apoyado por un programa automatizado, que procesa y consolida la información en todos los niveles administrativos del subsistema.

CUADRO 13. SERVICIOS DE SALUD, NÚMERO Y TASA POR MIL HABITANTES

Tipo de servicio	Número	Tasa por mil habitantes
Consultas externas profesional médico	197,554,137	1,414.6
Consultas odontológicas	11,585,839	124.3
Consultas de urgencia	21,943,196	235.5
Exámenes de laboratorio	1,577.9	1,577.9

Fuente: SSA, *Boletín de información estadística*, No. 16, vol. I, 1996 México, septiembre de 1997.

CUADRO 14. UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR TIPO DE SERVICIO, 2000

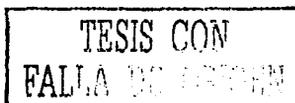
TOTAL	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN		
		TOTAL	GENERAL	DE ESPECIALIDAD
19 107	18 110	997	818	179

Fuentes: INEGI, *Estadísticas sociodemográficas de 2000* www.inegi.gob.mx

CUADRO 15. CONSULTAS EXTERNAS POR INSTITUCIÓN. 1996 (EN MILES)

Institución	Total	Generales	Especialidad	Urgencias	Odontológicas
SSA	44,854	33,398	5,277	2,892	3,287
IMSS Solidaridad	10,880	9,583	335	865	416
IMSS	99,744	65,602	14,645	18,930	4,742
ISSSTE	22,090	14,784	5,202	1,993	1,382
PEMEX	5,482	2,490	1,937	896	351
SEDENA	3,700	1,541	1,308	531	727
Otras	10,804	4,413	3,509	2,200	682
Total	197,554	131,811	32,213	21,943	11,587

Fuente: SSA, *Boletín de información estadísticas*, No. 16, vol. I, 1996, México, Septiembre de 1997.



**CUADRO 16. ALGUNOS INDICADORES DEL SISTEMA HOSPITALARIO EN
SEGUNDO Y TERCER NIVEL, 1996**

No. Total de egresos	3,632,352
Porcentaje de ocupación	68.6
Promedio de días estancia	4.1

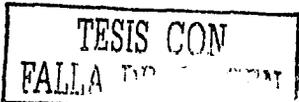
Fuente: SSA, *Boletín de información estadística*, No. 16, vol. I, 1996. México, Septiembre de 1997.

2.3.9 DESCONCENTRACIÓN

En materia de desconcentración la SSA es la que ha realizado mayores avances, aunque estos han sido paulatinos y con la Reforma de Salud se han retomado nuevamente.

El IMSS ha desconcentrado algunas funciones y recursos hacia las regiones (diferente a la división político administrativa). El ISSSTE, INI, SEDENA y PEMEX mantienen esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones, aunque en el caso del ISSSTE, en el presente sexenio se ha iniciado con la desconcentración de algunas partidas presupuestales sobre todo en el caso de la contratación de servicios.

En el caso de las instituciones de salud privadas están fragmentadas y brindan atención de primer y segundo nivel, la mayoría constituidas como sociedades anónimas. Sus usuarios son de todos los niveles económicos, incluyendo a usuarios de las instituciones de seguridad social que recurren a estos servicios como una mejor alternativa haciendo una erogación adicional de su "bolsillo". Las organizaciones de atención


 TESIS CON
FALLA

médica "administrada" están en sus inicios y las ONGs no son significativas en la prestación de servicios.

2.3.10 CALIDAD DE LOS SERVICIOS

La calidad es un tema emergente en todas las instituciones públicas y en el subsector privado. En 1997 la SSA inició un programa de mejora continua de la calidad en 6 estados, con asesoría de una agencia consultora privada. Por su parte, el IMSS y el ISSSTE impulsan programas de calidad técnica, con un fuerte componente de supervisión y evaluación a cargo de los niveles jerárquicos superiores y los comités de autoevaluación creados en los establecimientos de salud.

En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como mediador y conciliador las quejas por negligencia y/o mala atención de los servicios médicos públicos y privados. Posee autonomía para realizar análisis y dictaminar y resolver controversias sobre presuntas irregularidades en la prestación de servicios.

Pese a la organización del sistema de salud en México, es evidente la ausencia de una red de servicios nacional, no se cuenta con información sobre la oferta de servicios médicos ni a nivel interno de las instituciones ni del país. Los sistemas de información en todas las instituciones son deficientes y fragmentados, por lo que los datos estadísticos no son reales ni confiables y no permiten la adecuada toma de decisiones.

El siguiente capítulo trata específicamente sobre los servicios de salud en ISSSTE, para entrar al análisis de los servicios médicos, objeto de este estudio.

TESIS CON
FALLA DE OPINION

CAPÍTULO III. EL PROBLEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

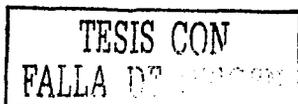
Este capítulo aborda, sin pretender ser un análisis exhaustivo, los principales problemas de algunos servicios y prestaciones - en particular de los servicios médicos, tema principal de este estudio-, sin perder de vista el principio de que se debe buscar una solución integral que conduzca a la autosuficiencia y a la transparencia del sistema de los servicios de salud.

3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), como ya fue visto en el capítulo anterior, surgió en 1959 con el propósito de proteger y apoyar a los empleados públicos y a sus familiares mediante el otorgamiento de diversos seguros, servicios y prestaciones.

Su creación, "representó integrar este sector gradualmente al ejercicio de diferentes derechos sociales establecidos por la Constitución y otras leyes que, en la práctica, ya habían comenzado a ser ejercidos por otros grupos sociales como los trabajadores de la empresa privada e, incluso otros núcleos poblacionales socialmente más frágiles como las mujeres y niños en estado de vulnerabilidad, en virtud de las reformas jurídicas e institucionales que en materia de seguridad social, antecedieron a la creación del ISSSTE"⁴¹.

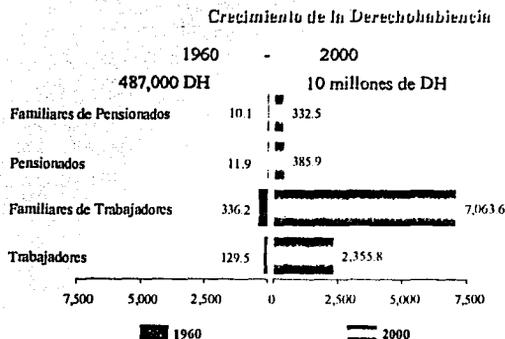
⁴¹ Programa Institucional 2001-2006 del ISSSTE. Primera edición 2001. México Pág. 21



Analizando las cifras, de acuerdo a estadísticas⁴³ generadas por la Coordinación del Sistema de Información Financiera del ISSSTE (COSIF), puede apreciarse la importancia y evolución de este Instituto, a partir de la población beneficiada desde su creación hasta nuestros días:

En 1960 atendía a una población de 487 mil personas, para el año 2000, la población amparada, con cifras preliminares, ascendió a 10,149 miles de derechohabientes.

GRÁFICA 1



Elaboración propia

Fuente: Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Reporte de población amparada. Resumen histórico. enero de 2002

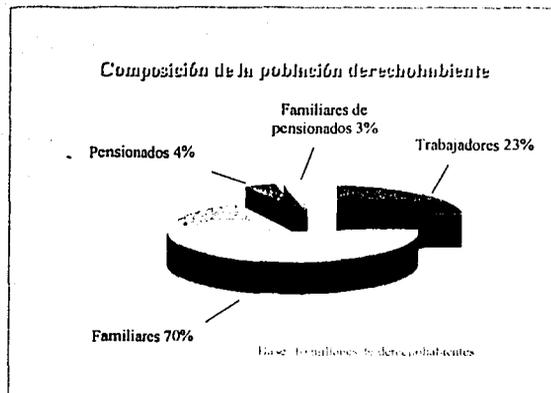
El número de trabajadores alcanzó los 2,368 miles, 23.2% del total de derechohabientes; los familiares de asegurados a 7 102 millones que significa el 69.6%; los pensionados a 411 mil,

⁴³ Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Reporte de población amparada. Resumen histórico. enero de 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.9% y los familiares de pensionados a 354 mil 3.0 por ciento aproximadamente.

GRÁFICA 2



Elaboración propia

Fuente: Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Reporte de población amparada. Resumen histórico, enero de 2002

El crecimiento estructural de la población amparada no ha sido uniforme. Ello ha significado un incremento de la cobertura, en 42 años de existencia de esta Institución, equivalente a 20 veces la población originalmente beneficiada. Actualmente se vincula con un total de 448 dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno federal, estatal y municipal e instituciones autónomas incorporadas al régimen del ISSSTE (ver cuadro 17), asimismo tiene contacto directo con 187 agrupaciones sindicales, nacionales y locales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 17

Atención por Dependencias y Entidades

	Dependencias	Entidades	Total
Federal *	69	79	148
Estatal	30	200	230
Municipal	66	4	70
Total	165	283	448

Los trabajadores de estos organismos están en 187 agrupaciones sindicales

* Considera unidades federales y desconcentradas

Elaboración propia

Fuente: Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Información estadística de Dependencias Afiliadas al ISSSTE, Enero de 2002

Como todas las instituciones de seguridad social, el ISSSTE depende de un conjunto de factores que inciden en sus finanzas, tales como: número de cotizantes, recursos e intereses acumulados, demanda de servicios y prestaciones, edades mínimas de jubilación y salario básico de cotización, entre otros, los cuales se analizan en los siguientes subapartados.

3.1.1 SITUACIÓN FINANCIERA DE LOS FONDOS

Debido a la creciente demanda de servicios médicos por parte de los derechohabientes, el Instituto por muchos años canalizó

una gran parte de los recursos que captó para pensiones, a la construcción de infraestructura médica en lugar de constituir reservas actuariales, para cubrir las obligaciones futuras por este concepto.

Es importante destacar que los porcentajes por cuotas y aportaciones no han sufrido modificación alguna desde la creación del Instituto (8% por cuota del trabajador y 12.75% de aportación del Gobierno Federal, además del 5% para el Fondo de la Vivienda y el 2% para el SAR); sin embargo, con el tiempo el costo de los servicios y prestaciones sufrió incrementos significativos, que han provocado un desajuste financiero.

Cabe mencionar, que el cambio demográfico del país se ha reflejado en la composición de los derechohabientes y ha afectado el equilibrio financiero de los Fondos, particularmente el de Pensiones y el Médico. Por otra parte, gracias a la tecnología y a la ciencia médica la expectativa de vida se ha incrementado, al pasar de 56.2 a 75 años. También el envejecimiento de la población derechohabiente ha multiplicado los padecimientos crónico-degenerativos, situación que se agrava con la aparición y crecimiento de nuevas enfermedades epidemiológicas, como el VIH-SIDA, que afectan las finanzas del Fondo Médico.

En el ISSSTE cada vez un mayor número de derechohabientes se jubila o pensiona a edad temprana, además de que se aprecia un crecimiento dinámico de su población pensionaria frente a la reducción de sus trabajadores en activo. Con base en estudios actuariales, "en 1994 de 1'854,791 trabajadores cotizantes al Fondo de Pensiones 151,483 (8.17%) tenían

derecho a una pensión y para el año 2000, se estima que de 2'036,602 trabajadores en activo 337,319 (16.59%) tienen ese derecho, lo que expresa un incremento del 100%".⁴³

Si a lo anterior se agrega el efecto de la revolución demográfica y la problemática del Fondo Médico, se puede afirmar que esta situación es alarmante para cualquier institución de seguridad social en el mundo.

A partir de 1993, ante el déficit financiero del Fondo de Pensiones y la falta de oportunidad en la transferencias de recursos fiscales de la SHCP, se optó por realizar transferencias internas entre fondos que disminuyen los recursos destinados a la prestación de unos servicios, para cubrir necesidades del Fondo de Pensiones.

Estas medidas han permitido aliviar temporalmente el desequilibrio financiero, pero el problema persiste. Por otra parte, las transferencias del Gobierno son cada vez mayores. En consecuencia la preocupación central del ISSSTE ha sido resolver los problemas presupuestales.

Por otra parte, las acciones en materia de planificación familiar han incidido notablemente en el cambio demográfico de nuestro país ya que la pirámide poblacional se ha invertido y en unos cuantos años habrá más personas mayores y menos niños y jóvenes. Situación que impacta gravemente a los fondos de pensiones del Instituto.

⁴³ Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Reporte de Trabajadores Cotizantes al Fondo de Pensiones, abril de 2002.

3.1.2 SERVICIOS MÉDICOS

El perfil epidemiológico que presenta la población derechohabiente del ISSSTE, tanto en las enfermedades transmisibles, como en las crónico-degenerativas ocupan los primeros lugares como principales causas en la morbilidad y mortalidad hospitalaria.

Si bien la atención a la salud en el Instituto propició el desarrollo de un sistema con diversos servicios preventivos, curativos, ambulatorios y hospitalarios que configuraron un amplia y compleja infraestructura física, cuya inversión sin duda representa uno de sus activos mas importantes para atender la demanda de su población derechohabiente, este sistema continuó con un enfoque predominantemente curativo y no preventivo, que además propicio concentración en la demanda en su red hospitalaria, falta de oportunidad en el acceso, e insatisfacción de los pacientes, entre otros.

Dado lo anterior, se han emprendido modificaciones al modelo, fortaleciendo la infraestructura médica en el primer nivel de atención, con la implantación de estrategias de prevención de enfermedades, promoción de la salud e impulso de los programas de medicina familiar integral, privilegiando los servicios preventivos sobre los curativos.

Así también, revisando algunos indicadores del área médica, se observa que la población usuaria se mantiene en crecimiento, mientras el indicador de camas censables presenta un rezago de 10.2 camas por 100 mil derechohabientes y también es evidente la insuficiencia de

recursos humanos e insumos básicos para la adecuada atención de la derechohabencia.

En este aspecto, se realizó una visita a unidades médicas de los tres niveles de atención, en el Distrito Federal: Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, hospitales Gonzalo Castañeda y Adolfo López Mateos. En estos se observó la espera de los pacientes para pasar a consulta externa y para ingresar a los servicios de urgencias y hospitalización, la cual se debe particularmente a la falta de recursos humanos, materiales equipo deficiente y espacios insuficientes.

Otra problemática que enfrenta la Institución se relaciona con un sector de la población no derechohabiente que demanda la atención de los servicios médicos del ISSSTE por diversas causas, entre las que se encuentran: urgencias médicas o necesidades de salud no resueltas en el nivel de atención correspondiente. La atención médica proporcionada a pacientes no derechohabientes genera más gastos que ingresos al Instituto.

La suplantación de derechohabientes, por aquellas personas que no se encuentran dentro de un esquema de seguridad social, sobre todo en los servicios de segundo y tercer nivel afecta gravemente las finanzas del Instituto.

3.1.3 RECURSOS HUMANOS

Se observa en los procesos de supervisión y evaluación ineficiencia en el otorgamiento de los servicios como resultado

de una falta de capacitación gerencial y profesionalización de los recursos humanos, cuyo impacto se evidenció en la insatisfacción de la población derechohabiente y de los propios trabajadores del Instituto, por lo que será prioritario para estos últimos, su formación, capacitación y actualización con base en un alto contenido ético y científico, que mejore los procesos de atención a la salud y en consecuencia la relación médico-paciente.

Así también se observa que del total del personal del ISSSTE, el 60% pertenecen al servicio médico y gran parte de éstos son trabajadores de base sindicalizados, esto se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 18 RECURSOS HUMANOS DEL ISSSTE

TRABAJADORES	2000
BASE	76,749
CONFIANZA	7,938
RESIDENTES	1,321
HONORARIOS	1,472
BECARIOS	1,445
* GUARDIAS Y SUPLENCIAS Y SERVICIOS SUBROGADOS	8,898
TOTAL	97,823

Elaboración propia

Fuente: Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Información estadística de recursos humanos, abril de 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.1.4 CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

Para fortalecer la credibilidad y confianza en la población derechohabiente sobre la prestación de los servicios de salud institucionales, en el marco del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el Instituto llevó a cabo el proceso de certificación a 22 hospitales, de un universo de 102, evaluando la operación y la calidad de los servicios. A diciembre del año 2000, estas 22 unidades han recibido la notificación oficial de certificación por el Consejo de Salubridad General. Esto no ha considerado la certificación de unidades del primer nivel de atención.

Con relación al avance del proceso de desconcentración, el CMN 20 de Noviembre y los 10 Hospitales Regionales, no obstante que ya tienen el carácter de órganos desconcentrados desde 1995, aún no cuentan con la libertad de gestión requerida, por lo que continúan dependiendo del nivel central.

3.1.5 PARQUE VEHICULAR

Se conforma por 2,098⁴⁴ unidades, de las cuales más de la mitad tiene antigüedad superior a diez años de servicio, situación que genera altos costos de mantenimiento y, en ocasiones, pone en riesgo la seguridad de personal y pacientes trasladados. Cabe destacar, que esta problemática se debe fundamentalmente, a los pocos recursos presupuestales que han sido autorizados para la renovación.

⁴⁴ ISSSTE, Informe de la Subdirección General de Administración sobre la situación del parque vehicular. Febrero de 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1.6 ABASTO DE INSUMOS MÉDICOS

Los niveles de abastecimiento durante el año 2000⁴⁵ fueron satisfactorios, al alcanzarse un promedio a nivel nacional del 97.3% en el índice de atención en claves y 99.8% en índice de atención en piezas. No obstante lo anterior, existen factores de carácter operativo que limitan el surtimiento de los insumos para la salud desde un almacén central, como son las condiciones orográficas y climatológicas; las largas distancias que deben de recorrerse vía terrestre; la falta de capacidad de respuesta inmediata para atender demandas extraordinarias generadas por desastres naturales y emergencias epidemiológicas; y la insuficiencia del parque vehicular del Instituto.

Adicional a esto habrá que hacer mención de la existencia de una mala concertación de medicamentos que no se realiza conforme a las necesidades, existiendo una gran cantidad de medicamentos que caducan, así como la expedición de recetas de pasillo que no son soportadas por una consulta y el robo hormiga en almacenes, farmacia y stok's en los diferentes servicios médicos.

3.1.7 INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Debido a las reducciones presupuestales impuestas por la SHCP, la falta de continuidad en los cambios de administración y de directivos, así como en compromisos adquiridos, se dan modificaciones continuas al Programa de Obra Pública, por lo que actualmente se encuentran obras de

⁴⁵ ISSSTE, Informe de la Subdirección General de Administración sobre el abasto de insumos médicos. Febrero de 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

unidades médicas suspendidas o concluidas pero que no pueden ponerse en operación por falta de recursos humanos, lo que implica inversiones detenidas.

En lo que se refiere al mantenimiento de la infraestructura la antigüedad promedio rebasa los 20 años.

3.1.8 DESCONCENTRACIÓN

Si bien es cierto que existen avances en el proceso de desconcentración, el mismo ha enfrentado cambios de políticas por administraciones distintas, resistencias de las áreas centrales a ceder la toma de decisiones, posibles economías de escala y necesidades de concentración de información para sufragar obligaciones institucionales, por lo que la dependencia de las Delegaciones respecto de las decisiones, metas y regulaciones centrales, en algunos casos generan lentitud para atender la demanda de servicios de la derechohabencia, y en otros, situaciones de indefinición sobre la responsabilidad de ejecución de acciones operativas entre las áreas centrales y las Delegaciones.

Las Delegaciones enfrentan cotidianamente una serie de situaciones para otorgar los seguros, servicios y prestaciones que brinda el Instituto, falta de instrumentos normativos simplificados, particularmente en los Hospitales Regionales; exceso de informes periódicos, que en muchos de los casos se duplican o triplican -460 formatos e informes aproximadamente-; no existen los perfiles adecuados para el desempeño de las funciones; abasto insuficiente medicamentos y material de curación por lo que la inconformidad del derechohabiente la manifiesta con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

demandas y/o quejas; incongruencias en la asignación y distribución de los recursos presupuestales con respecto a la población registrada; falta de coordinación entre las Áreas Centrales para realizar las supervisiones a las Delegaciones; falta de comunicación de algunas Áreas Centrales para con las Delegaciones; no se toma en cuenta suficientemente la opinión de los centros de trabajo, así como la distinta realidad regional, en la implementación de políticas y programas Institucionales; falta de capacitación en aspectos administrativos a funcionarios de las unidades médicas; insuficiente equipo informático; insuficiencia y obsolescencia del equipo médico.

Las acciones de carácter preventivo, tales como la difusión de las normas aplicables por los servidores públicos del Instituto o bien de instrumentos jurídicos relacionados con los derechos y obligaciones de los trabajadores y derechohabientes y cuerpos jurídicos vinculados, son muy limitadas y su multiplicación, insuficiente, oscura o poco accesible.

3.1.9 CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Los resultados obtenidos antes de la Primer Encuesta Nacional de Satisfacción del Derechohabiente mostraron las deficiencias de los servicios, sobre todo en la atención que reciben los derechohabientes.

Las quejas e inconformidades que los trabajadores del Instituto o sus derechohabientes se canalizan a través de los medios, muchas de las veces, son resultado de la desinformación por

parte del quejoso, sin embargo, las respuestas aclaratorias y/o resolutorias del problema, por parte del Instituto, no se publican con la prontitud que el caso requiere para evitar un daño innecesario a la imagen del ISSSTE.

Finalmente, no debe pasar inadvertido el problema que ha representado la constante rotación de funcionarios de primer y segundo niveles de la estructura orgánica. La permanencia en el puesto de Director General, en los últimos ocho años ha sido en promedio de 2 años 4 meses, situación que ha dificultado concretar un proceso de planeación en el Instituto.

3.2 LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El estudio de los servicios de salud del ISSSTE se realizará en particular para el primer nivel de atención que corresponde a las unidades de medicina familiar, por ser este nivel donde se establece el primer contacto entre el usuario y el Instituto y el que determina el acceso a los siguientes niveles de atención.

Derivado del análisis realizado desde el punto de vista de los procesos más relevantes del área médica y del aspecto financiero se considera que la problemática de los servicios de salud del ISSSTE se centra en dos grandes rubros: la calidad de los servicios y sus costos asociados, en los que sobresalen los siguientes factores:

- La oferta de los servicios de salud no es adecuada a la demanda. La cobertura de los servicios de salud del

ISSSTE es limitada, y la percepción de los usuarios es que la calidad es deficiente.

- Los gastos relacionados con el fondo médico son excesivos y presentan una tendencia creciente.
- La estructura de los procesos administrativos del ISSSTE no permite una asignación costo-efectiva de los recursos, donde el área de salud juega un papel secundario.

Adicional a estos factores, la problemática particular que se presenta en los servicios de salud es el enfoque de recursos asignado al segundo y tercer nivel de atención y relativamente menos al primer nivel. Los recursos se destinan sin un criterio claro de costo-efectividad, como se muestra en el siguiente esquema 1.

ESQUEMA 1: Asignación de recursos y esfuerzos



Fuente: Elaboración propia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los recursos deben concentrarse en los servicios que impacten de forma sostenida en la reducción de gastos (medicina preventiva) y no en la atención curativa donde el costo es mayor.

La transformación de este esquema de asignación de recursos implica la implantación de un Modelo de Salud de largo plazo, y un plan de acción en el corto plazo.

Respecto a la atención, en el esquema 2 se muestra la tendencia en el uso de los servicios por la población derechohabiente, observándose que la población del ISSSTE que acude menos a otros servicios médicos es la más envejecida, lo que supone unos mayores costes para la Institución (considerando el tipo de enfermedades que se atienden), en tanto que la población derechohabiente menor a los 45 años es la que acude con mayor frecuencia a servicios de salud alternativos a los del ISSSTE.

ESQUEMA 2

Porcentaje de población derechohabiente que acudió a otro servicio de salud, 2001

	Hombres	Mujeras	Total
0 a 4 años	38.3	38.9	38.6
5 a 9 años	39.7	41.2	40.4
10 a 11 años	46.2	39.4	42.8
12 a 14 años	39.6	42.7	41.2
15 a 19 años	52.3	46.8	50.5
20 a 24 años	64.8	45.0	54.9
25 a 29 años	43.0	42.6	42.8
30 a 34 años	41.5	36.7	39.1
35 a 39 años	47.0	40.1	43.5
40 a 44 años	47.2	41.4	44.3
45 a 49 años	46.1	35.3	40.7
50 a 54 años	46.9	39.2	43.1
55 a 59 años	38.1	24.7	31.4
60 a 64 años	37.2	28.5	32.9
65 y más	27.6	33.0	30.3
Total	43.7	38.5	41.1

Elaboración propia
Fuente: Encuesta nacional de empleo y seguridad social 2001, en Boletín Institucional del mes de octubre de 2001. ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El uso de servicios de salud alternativos está determinado por el ingreso que tiene la población derechohabiente, lo cual se muestra en el esquema 3, donde se observa que la población entre los 30 y 45 años que tiene un ingreso aproximado de 4 salarios mínimos (\$5,000 pesos), acude a los servicios privados de salud para atender patologías de bajo costo, ya sea en unidades de primer nivel o de segundo.

En tanto que la población mayor de 65 años tiene un menor ingreso (pensionados) y patologías más caras por lo que destinan menos recursos a servicios privados y demanda mayor atención en los servicios más costosos del ISSSTE.

ESQUEMA 3

Sueldo base de cotización en salarios mínimos del D.F.

	Edad	Total
Gasto en servicios alternativos	15 - 19	3.37
	20 - 24	3.7
	25 - 29	3.81
	30 - 34	4.02
	35 - 39	4.01
	40 - 44	3.92
	45 - 49	3.77
	50 - 54	3.56
	55 - 59	3.33
	60 - 64	3.08
	65 - 69	2.85
	70 - 74	2.64
	75 - 79	2.45
	80 - 84	2.27
	85 más	2.14
	Total	3.75

Costo de las patologías

Elaboración propia
Fuente: Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF. Reporte de cotizaciones por grupos de edad y sexo. Noviembre de 2001

El gasto de los derechohabientes en servicios médicos fuera del ISSSTE aumentan el monto per cápita destinado a los cuidados de la salud

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ISSSTE presenta actualmente una frágil situación financiera concretamente en el sector de atención médica, existe un aumento acelerado del gasto que ha tenido que ser soportado por subsidios cruzados así como de un proceso de desinversión del propio fondo.

El subsidio cruzado se realiza entre la población joven que no utiliza los servicios de salud del ISSSTE que cotiza al esquema y la población de la tercera edad que demandan más los servicios de salud del ISSSTE.

El impacto económico para el ISSSTE es elevado, ya que debe atender patologías poco tratadas en un nivel preventivo y que son canalizadas al segundo y al tercer nivel de atención.

De acuerdo a las tendencias demográficas del ISSSTE, en los próximos años se incrementarán los derechohabientes de la tercera edad que demandarán servicios de salud

El envejecimiento de la población se combina con que alrededor de 250,000 trabajadores cuentan con los requerimientos necesarios para pensionarse, por lo cual representan una obligación latente para el ISSSTE. Esto implica que habrá más pensionados que demandarán servicios de salud sin que exista un pago estricto de cuotas.

Como ya se observó, la demanda de los servicios de salud se inclina a la atención curativa de la población de la tercera edad en el segundo y tercer nivel de atención. Las tendencias muestran que el enfoque en las enfermedades crónico-degenerativas de la población de la tercera edad seguirán

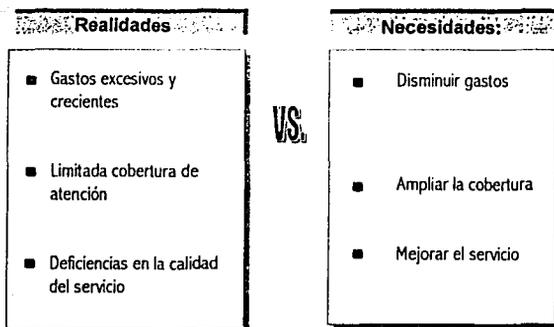
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

siendo un tema crítico dentro de la atención sanitaria del ISSSTE.

Por ello se incrementarán los padecimientos crónico degenerativos, lo que pone al Instituto en una situación de fragilidad financiera, ya que los costos relacionados con la atención de dichas patologías serán muy elevados para el Instituto, por lo cual es preciso reenfocar el modelo de salud para atender las principales necesidades de los usuarios.

Frente a los problemas detectados que se sintetizan en el esquema 4, el ISSSTE ha planteado realizar una serie de acciones en los servicios de atención médica.

ESQUEMA 4



Elaboración propia
Fuente: ISSSTE Programa Instruccional 2001-2006

Se planteó un proceso de redefinición del modelo de atención, que permitiera aumentar la calidad del servicio y la

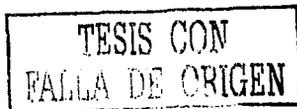
satisfacción del usuario y que al mismo tiempo introdujera instrumentos de contención de costos. El planteamiento se sustenta en las estrategias y líneas de acción del Programa Institucional 2001-2006 del ISSSTE, en el cual mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, es la parte medular.

Algunos de los proyectos que se están desarrollando se muestran en siguiente cuadro.

CUADRO 19. PROYECTOS Y METAS DE LA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

PROYECTOS PRIORITARIOS	METAS AL 2006
Modelo de medicina familiar preventiva	85% de los problemas atendidos y resueltos a nivel local
Servicios médico preventivos en primer nivel de atención	105, 000 personas en círculos de apoyo
Sistema de cita telefónica para consulta externa	168 en primer nivel, 103 en segundo
Envejecimiento exitoso	Constitución del Centro Gerontológico Institucional
Polos de especialidad	153 en segundo nivel y 155 en tercero
Fortalecimiento de urgencias	114 servicios en 2° y 3° niveles
SIQR	2° y 3° nivel, ámbito nacional
Certificación de unidades médicas	114 unidades hospitalarias y 507 unidades de 1° nivel
Áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD)	Diseñar e implementar el sistema
Convenios intraseccionales	33 convenios a nivel regional y para intercambio y subrogación, homologar información.
Sistema de Administración Ambiental	Certificar 112 unidades de 2° y 3° niveles
Formación del personal profesional y técnico en servicios de salud	Aprobación del curso de formación de 80% de los egresados

Fuente: Programa Institucional del ISSSTE 2001-2002



No obstante estas acciones, que se están desarrollando desde el sexenio pasado, no han contribuido a mejorar los servicios de salud, ya que se plantean metas y cada año se vuelven a plantear y en algunos casos se cancelan, pues muchas no logran cumplirse por falta de recursos financieros.

Los servicios en las unidades médicas del primer nivel continúan siendo deficientes, entre algunos de los esfuerzos por mejorarlos se encuentran la incorporación de tecnología para mejorar los servicios en cuanto al tiempo de espera para pasar a una consulta, el paciente puede hacer una cita telefónica o por Internet, sin embargo como no se cuenta con el equipo adecuado para operarla, ocasiona que este servicio se convierta en un problema más que en una solución.

Para la reducción del tiempo de espera, se ha incorporado la reducción del tiempo de consulta, a efecto de incrementar también el número de consultas otorgadas, lo que ha implicado que el médico la realice de manera apresurada, con la consecuente insatisfacción del derechohabiente.

ESTA TESIS NO BAJA
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 LA POLÍTICA PÚBLICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Como ya se mencionó, los cambios demográficos han modificado la pirámide poblacional, aumentado la población mayor de 65 años y con ello los padecimientos. En este sentido los esquemas de seguridad social actuales muestran ineficiencias, inequidades y crecientes problemas financieros.

Para Felicia Knaul y Guillermo Soberón⁴⁶, cuatro transiciones componen la gran transición que vive la salud en México:

1. El paso de una transición abrumadoramente joven a una población con grandes porcentajes de viejos.
2. El paso de un dominio de las enfermedades infecciosas a una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, características de una sociedad urbana.
3. La creciente presencia de la mujer en el mercado laboral.
4. La transición económica global que exige una población trabajadora competitiva, cuyas primeras cualidades deben ser la educación y la salud.

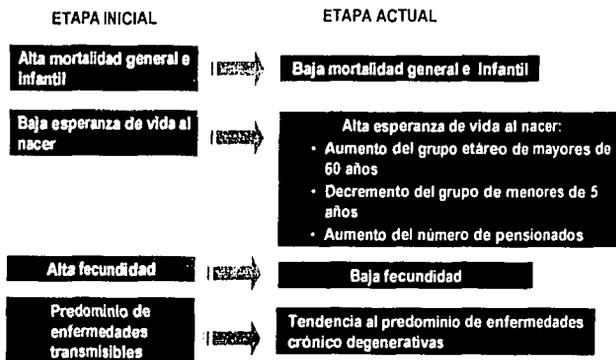
Las transiciones 1 y 2 pueden observarse en el esquema 5, en el que se muestran los cambios de la población con respecto a la natalidad, mortalidad, esperanza de vida y los padecimientos, y que han impactado a los sistemas de salud a nivel internacional.

⁴⁶ KNAUL Felicia y SOBERÓN Guillermo. Salud, en Revista Nexos No. 289, enero 2002. México, pág. 6.

En lo que se refiere a las transiciones 3 y 4, éstas se enmarcan dentro del contexto de la globalización, implicando un reto para el sistema de salud.

En este sentido es de particular importancia la aplicación de políticas públicas, ya que el problema de la salud es público y no puede continuar atacándose por segmentos.

ESQUEMA 5: Transición Demográfica y Epidemiológica



Elaboración propia

Cada una de las instituciones de seguridad social se encuentra en un proceso de lucha por su supervivencia, con crecimiento de su población objetivo, sin recursos adecuados y suficientes para dar la atención, insatisfacción de los derechohabientes, mantenimiento de una gran infraestructura y ante un presupuesto que continúa y continuará siendo insuficiente.

Algunos de sus esfuerzos por mejorar los servicios son infructuosos y generan pérdida de recursos, otros propician

otros problemas. Ante la globalización estos servicios requieren ser innovados. El sistema de salud requiere operar como tal, de forma integral y satisfacer las demandas sanitarias de la población,

3.3.1 PLANTEAMIENTOS EN LA AGENDA DE GOBIERNO 2000-2006 Y EL ENFOQUE DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Con una visión de país hacia el año 2025 el actual gobierno plantea dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que los servicios de salud darán cobertura universal, tomando como base un proceso de cambio sustentado en el desarrollo social y humano, en particular en la educación y la salud de los mexicanos y con una mejor comprensión por parte de los ciudadanos de sus derechos y obligaciones.

No obstante de hablar de una cobertura universal de los servicios de salud, el proceso de planeación estratégica que han seguido las instituciones, dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, no considera este planteamiento.

Derivado de la consulta ciudadana realizada para integrar el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2002, sobresalen los siguientes aspectos que la población expresa:

"Su insatisfacción con la calidad de los bienes o servicios que obtienen mediante algunos programas gubernamentales relacionados con la salud y con la educación a todos los niveles y asimismo cuestionan la inequidad en el acceso y en

la calidad de la infraestructura y los servicios asociados a estos programas en las distintas regiones del país".⁴⁷

Cada institución ha incorporado programas de certificación de la calidad de servicios y acciones encaminadas a dar una mejor atención a "sus derechohabientes". No se ha observado ninguna acción al respecto de establecer un sistema integral y nacional de salud. Por otra parte la participación ciudadana sólo se limita a calificar bueno o malo el servicio.

Asimismo basado en los cambios demográficos y en el perfil poblacional que actualmente presenta el país, cuya situación demanda políticas de carácter social y económico inmediatas, en materia de salud el Plan Nacional de Desarrollo plantea el tratamiento del problema a través de las políticas públicas señalando que: "En un país con crecientes desigualdades sociales, el fortalecimiento y la transformación de las políticas públicas, es una necesidad inaplazable".⁴⁸

No obstante las acciones se siguen realizando de manera fragmentada y sin la participación de todos los actores involucrados en el proceso.

⁴⁷ "Los resultados de Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en centros de salud y hospitales generales de la Secretaría de Salud, indican que el abastecimiento de medicamentos es insuficiente, y que el equipo en los hospitales es inadecuado y obsoleto, además hay un uso deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de falta de apego a la normalidad en el manejo de control de enfermedades. Otro indicador de problemas de calidad es la falta de certificación de las unidades de salud" Presidencia de la República Plan Nacional de Desarrollo 2001-2002 Pág. 78 y 80

⁴⁸ "Aun cuando la tasa de crecimiento poblacional va en descenso, dentro de los siguientes seis años la población se incrementará en 10 millones de habitantes. Por tanto, la demanda de servicios que presta el gobierno se incrementará y será especialmente alta en educación y salud. A este respecto el aumento en la esperanza de vida, así como la transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónicas degenerativas están reemplazando a las enfermedades diarreicas e infecciosas, representan un enorme reto para los servicios de salud, más aun cuando dos millones de hogares utilizan más del 30% de su ingreso disponible en la atención a la salud, lo que implica un alto costo para el presupuesto familiar".
Ibidem Pág. 78-80

Dentro del objetivo rector 1 del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se plantean las siguientes estrategias para mejorar los servicios de salud y a partir de las cuales los diferentes institutos de seguridad social han diseñado sus propios objetivos y estrategias:

“Estrategia d) elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias”.⁴⁹

En lo que respecta al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado planteó una mayor integración de los servicios de salud en el primer nivel de atención, modificando el modelo actual para poner énfasis en la prevención de enfermedades; la promoción de la salud y el impulso a programas de medicina familiar integral, privilegiando a la población vulnerable; así como en el fortalecimiento de la infraestructura médica.

Sin embargo, estas acciones requieren de más recursos, los cuales están cada vez más restringidos, por lo que seguirán siendo insuficientes para atender la demanda.

En este sentido, se continúa sin tener una política pública, ya que el sistema de salud sigue fragmentado, la participación ciudadana es parcial, únicamente para conocer si el servicio satisface o no sus necesidades, las decisiones se continúan tomando de manera vertical y centralizada de acuerdo a intereses políticos y sindicales.

⁴⁹ Ibidem, pág. 82

3.3.2 LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La etapa de evaluación es una de las etapas más importantes en todo proceso, ya que nos da elementos cuantitativos para conocer el comportamiento de la política pública implantada y tomar decisiones oportunas.

En la etapa de evaluación, se procesa toda la información generada durante la implementación de la política pública, por dos medios principales: uno, mediante el registro de la información derivada de la ejecución del proceso mismo, y el otro, a través de encuestas a los usuarios del servicio.

La evaluación se lleva a cabo a través de la construcción de indicadores o tableros de control (semáforos) que permitan ir monitoreando el comportamiento de eventos importantes para el éxito de la política pública.

Los indicadores⁵⁰ de gestión se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda organización, o una de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.

⁵⁰ "Un indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa o proporción, aunque puede ser cualquier otro tipo de cociente que cumpla las reglas de *relevancia* (sirve para conocer el fenómeno, lo representa adecuadamente) *precisión* (la medición se desvía poco o nada del valor "real") *sensibilidad* (el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia) y *especificidad* (es poco afectado por la acción de otras variables) que resume, como tal, y expresa cuantitativamente, una relación que permite llamar "objetivamente" la atención sobre un problema o aspecto relevante del mismo. Como toda expresión matemática, *NO es el problema*, sino una simplificación del mismo, útil para observar relaciones con otros fenómenos y apreciar su desarrollo, su procesamiento y comparación a través del tiempo y del espacio. Es la expresión sencilla de un fenómeno complejo y, como tal, posee los inconvenientes y las ventajas de la síntesis". Health Plan Employer Data and Information Set. Grupo de Datos e Información sobre Planes de Salud para Empleadores, del National Committee on Quality Assurance (NCQA), 2001.

De esta forma es necesario construir indicadores internacionales, nacionales, estatales, regionales, municipales y por unidad médica, ya que cada nivel de actuación u operación requiere de indicadores ajustados a las necesidades de decisión correspondientes. Esta observación parece necesaria ante la diversidad de publicaciones que surgen en relación con los temas del monitoreo, de la evaluación de los sistemas de salud, de la eficiencia clínica, y de la gestión en general,

Para establecer el rendimiento de las unidades médicas (clínicas y hospitales) se emplean indicadores para la evaluación administrativa y técnica tanto de las unidades y personal. Los indicadores más comúnmente utilizados para evaluar la administración de los servicios de salud son en hospitalización: promedio de estadía o estancia, porcentaje ocupacional, giro de camas, número de egresos, etc. Asimismo en los servicios de consulta externa se utilizan los indicadores: Consultas por hora médica, costo de la consulta, etc.

En el campo de la salud pública es necesario hacer empleo de indicadores para la evaluación de las políticas nacionales y/o del comportamiento de los sistemas de salud.

Por ejemplo, al análisis de las tasas de mortalidad (condensadas en tablas de vida y el cálculo de la expectativa de vida al nacer y para cada año específico) se

fue agregando la determinación de tasas de incidencia y prevalencia para diversas patologías.

La prolongación de la vida ha llevado al incremento de patologías crónicas con la consecuencia de las mediciones de la calidad de vida y de los niveles de discapacidad, a través del indicador internacional esperanza de vida saludable.

Una nueva percepción de la equidad requiere de adecuadas mediciones de la distribución entre los grupos de la población de los beneficios de los avances científico-tecnológicos que están revolucionando el campo de la práctica médico-asistencial, derivado del fenómeno de la globalización.

De todo esto surge que los indicadores a usar para la evaluación nacional o del sistema deben ser diferentes de los tradicionales, incluyendo variables de calidad de vida, costo-beneficio de políticas o medidas particulares y de impacto en grupos expuestos o receptores de las acciones implementadas.

El desarrollo de indicadores de gestión son parte fundamental en el mejoramiento de la calidad, debido a que son medios económicos y rápidos de identificación de problemas, según la naturaleza y manejo del mismo.

La calidad de la atención médica por su parte, es un aspecto muy central en la evaluación del desempeño de los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud OMS, ha

propuesto un esquema de evaluación de los sistemas de salud, uno de cuyos componentes esenciales es el llamado "Capacidad de respuesta sensible frente a las demandas del público"⁵¹. Otros dos son el de la eficacia en salud medida en Expectativa de Vida Ajustada por Discapacidad (EVAD) y el cumplimiento de una meta de Financiamiento Justo. A través de estos tres objetivos y cuatro funciones (Rectoría del Sistema de salud, Recolección y Agregación de los recursos financieros, Generación de Recursos y Prestación de servicios de salud). Por primera vez en un esquema de evaluación propuesto a nivel internacional, la calidad vista por el usuario ha pasado a ser un punto central del proceso.

Toda evaluación de calidad debe tener una metodología cuantitativa de medición, aunque sea de fenómenos psicológicos o afectivos como puede ser el dolor y el sufrimiento. Esta base de medición, permite tener medidas del efecto de la intervención de los prestadores de servicios médicos.

Como antecedente inmediato en la Secretaría de Salud se identifica al Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, instrumentado en 28 Entidades Federativas durante el periodo 1997 a 2000. Una de sus principales actividades fue el diagnóstico basal del nivel de calidad alcanzado en unidades médicas de primero y segundo niveles de atención de la Secretaría de Salud; su resultado evidenció grandes variaciones de calidad entre unidades médicas similares y en general bajos niveles de desempeño.

⁵¹ OMS: Informe Mundial de Salud 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud OMS, Ginebra, 2000.

Durante el año 2001 se monitorearon indicadores de trato digno en unidades médicas de primer nivel y en servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel en 28 Entidades Federativas con criterios homogéneos y bajo una definición interinstitucional de estándares para tiempos de espera, surtimiento de medicamentos, información al paciente y la satisfacción respectiva de los usuarios.

3.4 EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se propone elevar la calidad de los servicios a niveles aceptables en todo el país y que los resultados sean claramente percibidos por la población.

Entiéndase que "Calidad percibida, es la calidad como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan. Es decir abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc".⁵²

En la promoción de la calidad, están o deben estar involucrados todos los actores del proceso médico: profesionales, pacientes y familiares y financiadores de la

⁵² Organización Panamericana de Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, julio-agosto de 2000.

atención. Ello genera muy profundas y necesarias actitudes de generación de esta garantía indispensable. Es muy frecuente que frente a un error médico o un fracaso de un tratamiento, el público, incluidos los medios masivos de comunicación, reaccionen con juicios condenatorios o negativos frente a los prestadores médicos, como ya se ha visto en algunos casos, en los periódicos y la televisión.

Las expectativas del público son habitualmente mayores que lo que ellos reciben o creen recibir y el juicio negativo es casi la norma. Cada día puede escucharse un tema diferente. Puede ser la lista de espera quirúrgica prolongada, el paciente que fallece sin atención, la demanda desbocada e insatisfecha por la falta de medicamentos, o sencillamente un error médico llevado a la categoría de delito por el simple juicio de un periodista o un familiar angustiado. Este fenómeno universal, ha sido calificado por Jiménez como una "Epidemiología Política"⁵³

Frente al desafío de la calidad necesaria, el respeto al paciente y la observación atenta y agresiva de la opinión pública, los profesionales del equipo de salud deben realizar estrategias permanentes de búsqueda de la calidad.

Donabedian en un artículo sobre la calidad de la atención médica señala que, en un proceso de evaluación de sistemas de salud, deben considerarse en primer lugar tres grandes rubros: Estructura, Procesos y Resultados⁵⁴

⁵³ JIMÉNEZ J. Epidemiología Política. El Mercurio, 16 Septiembre, 1999.

⁵⁴ DONABEDIAN. A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana, México DF, 1984.

En la Estructura, se involucra un inventario de recursos de infraestructura, de tecnología, de personal según su calificación, etc. En los Procesos se llevará la cuenta de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de apoyo en general al proceso de atención de salud, relacionándolos con algún denominador poblacional ajustado o crudo. Por último, los Resultados, apuntarán mas propiamente a lo evaluativo pues nos llevará a juicios de adecuación de lo observado comparado con estándares aceptados por la población. Ejemplo clásico es el impacto que una política genérica o específica pueda tener en evitar muertes u hospitalizaciones en un período determinado en una población determinada.

El impacto sanitario, expresado en último término en la longitud y calidad de la sobrevivida de las personas, preocupa a las instituciones de salud. Las personas sin embargo valorizan mas el corto plazo, y para ello enjuician la calidad de la atención médica que ellos reciben. La oportunidad en el tiempo, las comodidades, la gentileza y acogida que den los médicos y el personal al usuario, y otras cualidades que son relativamente subjetivas pero que hablan de la calidad percibida por el usuario.

Un componente clásico de la calidad vista por el usuario es la cantidad de tiempo que el médico destina a la consulta. Es obvio que atenciones breves, despersonalizadas y eventualmente agresivas, como suele ocurrir en un servicio ambulatorio de urgencia por ejemplo, será muy insatisfactorio para un paciente, mientras que una atención de media hora, cálida, atenta y relajada, será motivo de satisfacción.

3.4.1 ¿CÓMO PERCIBEN LOS SERVICIOS DE SALUD LOS USUARIOS?

Cuando acudimos a una institución de salud en México, ya sea como derechohabiente o por alguna emergencia, ¿cómo percibimos la calidad de la atención? Tal vez en el trato que el personal médico, auxiliar y personal administrativo nos brinda; en la infraestructura tecnológica disponible dentro del hospital, instituto o clínica; en el ambiente, o bien en el tiempo que espera para pasar a consulta.

Lo cierto es que, cualesquiera que sea la respuesta, la mayoría de los mexicanos opinamos que los servicios de salud públicos generalmente son malos; es decir, no cumplen con las expectativas de la población, así lo revelan las Encuestas Nacionales de Calidad y Servicios de Salud (ENCASS) realizadas en 1994 y 2000 por el Instituto Nacional de Salud Pública. En ellas, gran parte de los entrevistados afirmaron que la información proporcionada por médicos y enfermeras fue insuficiente y poco confiable, además de que los servicios carecían de rapidez y eficiencia.

El usuario, paciente o derechohabiente de los servicios de salud, se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia.

Estos hechos, que tampoco escapan a la realidad social y económica por la que atraviesa el país, fueron confirmados durante la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios

de Salud 2000 (ENSSS)⁵⁵, efectuada a mil 304 personas en diversas entidades federativas: mil 040 correspondieron a asegurados y no asegurados mayores de edad, y 264 a personas discapacitadas, hospitalizadas durante el último año y aquellas cuya salud era básicamente precaria. Ahí, los usuarios señalaron que en sus comunidades los servicios sanitarios habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994, situándolos por debajo de las "escuelas públicas, agua y drenaje, teléfonos y transporte", pero arriba de la "seguridad policiaca".

Asimismo, la ENSSS 2000 indicó que cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron del escaso apoyo ofrecido en las unidades de salud, de problemas de horario, infraestructura insuficiente, burocracia y falta de amabilidad e información del especialista hacia el paciente. Este último punto es el que más los impulsa a posponer su atención médica y uno de los motivos por los que acuden con frecuencia a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), una institución creada en 1996 para propiciar las sanas relaciones entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Cabe mencionar que en los últimos cinco años, el número de quejas e inconformidades presentadas por los usuarios se han incrementado de manera sostenida a un ritmo aproximado de 15 por ciento anual (75 por ciento de las inconformidades se generan en instituciones del sector público y el 25 restante en las privadas).

En general, 40 por ciento de la muestra nacional subrayó que los mejores servicios era proporcionados en consultorios

⁵⁵ Resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud. www.ssa.gob.mx, consultado el 15-10-2002.

privados, 18 por ciento en centros de la Secretaría de Salud (SSA), y 21 por ciento en los institutos Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El resto se refiere a otros no especificados.

En conclusión, existe una percepción social de mala calidad en los servicios de salud; alta variabilidad en la del nivel técnico; heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, instituciones y al interior de las mismas, ya sea públicas o privadas; y pobre información sobre el desempeño de los servicios de salud y en especial de los médicos, lo que no sólo evidencia la variación de los criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales, sino que dificulta la toma de decisiones.

3.4.2 ¿QUÉ DESEAN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

En todo lugar, las personas continuamente evaluamos la calidad de los servicios que recibimos. Dadas una opción, escogemos prestadores de servicios e instalaciones que ofrecen la mejor atención disponible, según la percibimos.

¿Cómo juzgan los usuarios la calidad de los servicios de salud? Cada vez más investigaciones están descubriendo qué desean los pacientes y familiares y cómo medir su satisfacción. Según Frank Verheggen⁵⁶, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los usuarios comparten siete inquietudes principales: 1) respeto, 2)

⁵⁶ FRANK W.S.M. VERHEGGEN, M.H. , PETER P.M. HARTELOH. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotecnia. En *boletín institucional* . *Salud con calidad*. Septiembre-noviembre de 1999, ISSSTE.

comprensión, 3) información completa y exacta, 4) competencia técnica, 5) acceso y 6) equidad.

1. **Respeto.** El usuario, paciente o cliente desea ser tratado respetuosa y amigablemente. Interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad. Lidar con prestadores de servicios que las tratan mal es más de lo que algunas personas están dispuestas a tolerar.
2. **Comprensión.** El usuario valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas. Desea que los prestadores de servicios lo escuchen, le expliquen las opciones en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos.
3. **Información completa y exacta.** El usuario valora la información. Le preocupa que los prestadores de servicios de salud no le digan todos los hechos, especialmente información negativa sobre lo que prescriben.
4. **Competencia técnica.** El usuario puede y suele juzgar la competencia técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente. Juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas.

5. **Acceso.** El usuario de los servicios de salud desea tener acceso inmediato a los servicios y suministros de medicamentos. Una ubicación conveniente y servicios prestados con prontitud son importantes, pero el acceso también significa que los servicios son confiables y económicamente accesibles y que no existen barreras. Por ejemplo, el acceso se ve limitado cuando los trabajadores fallan en regresar según lo programado, a las instalaciones, se les acaban los suministros, o los prestadores de servicios despachan al paciente sin ofrecerle orientación ni atención.
6. **Equidad.** El usuario o paciente desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual. El cliente se queja de que los prestadores de servicios ofrecen tratamiento especial a sus amigos, pacientes, personas de una clase social más alta o ciertos grupos étnicos, a aquellos con conexiones políticas o a aquellos que los sobornan.
7. **Resultados.** El paciente quiere que se le resuelva el problema por el que acude al servicio.

El reto de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado a través de innumerables esfuerzos realizados en instituciones públicas y privadas, pero debido a que el sistema mexicano de salud aún carece de una estrategia coherente y organizada, esos esfuerzos han tenido poco impacto.

Ante esta situación, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, a través de la secretaría del ramo, puso en marcha el Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los desafíos de los próximos años.

Esta Cruzada tiene como finalidad orientar las intervenciones de aseguramiento de la calidad en todas las instituciones del sector, al tiempo de acreditar o certificar a las unidades de servicio e impulsar el desarrollo intelectual de sus profesionales, con el propósito de garantizar que el sistema se apegue a esquemas de mejora continua.

En ese sentido, el Programa señala que la consolidación de la CONAMED y de sus comisiones estatales también resultará valiosa para identificar en qué nivel se encuentran los servicios de salud mexicanos, pues los sistemas de información son escasos y poco confiables.

Finalmente, a manera de síntesis de los capítulos II y III de este trabajo, los principales problemas que presenta el sistema de salud son:

- a) La oferta de servicios es inadecuada al perfil epidemiológico de la población.
 - Los servicios no se estructuran en red jerarquizadas y no se establece puerta de entrada.
 - El sector público y privado no se integra funcionalmente
 - Prevale la lógica de la especialización en vez de la atención primaria para la prevención de enfermedades

- La sociedad no participa de las decisiones sobre la organización de servicios
- b) Los recursos humanos no son calificados y adecuadamente administrados
- Muchos médicos y pocos profesionales del nivel medio con formación específica (la mayoría es personal administrativo)
 - Multiempleo (trabajan simultáneamente en los diferentes subsistemas (IMSS, ISSSTE, sector privado, etc.)
 - Necesidades de cambios en los currículos de las escuelas de salud, para integrar un enfoque de profesionalización en el servicio público.
 - Sistemas de remuneración sin incentivos y poco asociados a resultados.
- c) Los establecimientos de salud no son administrados por objetivos y evaluados por resultados
- Falta de uso de protocolos clínicos, instrumentos de evaluación y seguimiento de los procesos y costos del sistema
 - Falta de sistemas de información que permitan el uso de indicadores de proceso y producto y encuestas de opinión de los usuarios
 - Falta de mecanismos de libre elección en salud que permitan el uso de herramientas que incentiven, a través de la competencia, una producción de servicios más cercana a los intereses y necesidades de los usuarios

d) Corporativismo y resistencias a cambios por parte de los actores involucrados

- **Personal sindicalizado, lo que provoca limitaciones al cambio por afectación e intereses sindicales**

CAPÍTULO IV. PERSPECTIVAS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Las desigualdades en los servicios de salud es un tema que preocupa cada vez más no solo a nuestro gobierno, sino a todos los gobiernos a nivel internacional. El enfoque principal de su atención ha estado en las diferencias socioeconómicas, étnicas o de género, en la mortalidad y en el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Esta situación se ha relacionado directamente con las deficiencias de los recursos para proporcionar los servicios médicos, que en consecuencia disminuyen la calidad de éstos. Sin embargo, como ya se ha venido mencionando en el desarrollo de este trabajo, existen desigualdades socioeconómicas y étnicas enormes en la calidad (técnica y humana) de la atención en salud, por ello la necesidad de implementar políticas públicas en donde la salud no sea sólo un derecho de algunos, ya que es en un esquema segmentado donde la salud deja de ser un derecho universal.

Por este motivo existen dos razones básicas que justifican una urgente intervención en el tema de la equidad en el otorgamiento de los servicios médicos y en la cual tiene un papel importante la calidad:

1. La equidad en la calidad técnica de atención determina las desigualdades en la morbi-mortalidad por causas evitables

como por ejemplo cáncer del cuello uterino, tuberculosis, sarampión, mortalidad materna y mortalidad intra-hospitalaria; y

2. La falta de equidad en la calidad de atención humana de los servicios en algunas áreas. Por ejemplo, ¿Es justo y aceptable que la gente con mayores recursos goce de mayor privacidad y de mejores servicios?

Uno de los objetivos implícitos a todo sistema de salud es lograr una equidad en la utilización de los servicios de salud, es decir, que ante una necesidad de salud la población tenga igual oportunidad de acceso a los proveedores de salud. Sin embargo, existen algunas limitaciones que no permiten un acceso equitativo a toda la población que requiere el servicio en un momento dado, las cuales ya fueron vistas en los capítulos II y III de este trabajo.

4.1 LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

A finales de 1995 en el gobierno zedillista se incorpora el programa de Reforma del sector Salud 1995-2000⁵⁷, este plan se fundamenta en la base de la insuficiente cobertura de los servicios públicos de salud, así como la duplicidad de funciones y, por ende de Gastos, por lo que uno de los objetivos oficiales es el de ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su descentralización e impulsando su federalización.

⁵⁷ Diario Oficial de la Federación, marzo, 1996

Sin embargo este programa no tuvo continuidad con el cambio de gobierno, ya que actualmente las acciones de descentralización y federalización se han mantenido al margen de las acciones para mejorar los servicios de salud.

Frente a la crisis del sistema previsional se presentan serias condiciones: bajas coberturas, inequidades entre beneficiarios, en razón de la segmentación, la presencia de varios regímenes especiales de acuerdo con intereses de grupos (trabajadores del sector privado, militares, servidores públicos, congresistas, trabajadores de PEMEX, etc.) con beneficios adicionales pero en detrimento de la solidaridad, desequilibrio entre aportes y beneficios, alta evasión, ninguna rentabilidad de los capitales previsionales, altos costos administrativos.

Actualmente México, vive un momento especial en su historia, debido a las profundas transformaciones demográficas, sociales, económicas y políticas que han tenido lugar en los últimos años y que exigen realizar cambios importantes en los servicios públicos.

La libertad de expresión y la apertura en los medios de comunicación ha contribuido a formar una ciudadanía más informada y más exigente hacia el gobierno.

Los cambios demográficos plantean demandas crecientes de infraestructura y servicios en las necesidades más apremiantes como son salud, educación, vivienda, empleo y seguridad. Los actuales servicios ya son insuficientes y se disminuye significativamente la calidad de la atención.

CUADRO 20. CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS ANTE LAS REFORMAS DEL SISTEMA SALUD

SISTEMA MEXICANO DE SALUD	REFORMAS DEL SISTEMA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de salud segmentado • Baja cobertura e inequidad, demandas sociales crecientes por salud. • Ineficiencia del sistema de salud; altos costos y malos resultados. • Deterioro de la salud pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Expansión de la cobertura y equidad • Viabilidad y sostenibilidad fiscal y financiera • Eficiencia • Calidad y satisfacción del cliente • Establecimiento de nuevos roles para el sector público

Elaboración propia

Fuente: MEDICI André. Cómo mejorar la calidad en el contexto de las reformas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo 12 de mayo de 2001

Por lo anterior, es necesario la formulación e implementación de una política pública encaminada a mejorar la atención de estos servicios, a efecto de otorgar más y mejores beneficios a la población del país, lo cual implica la transformación del sistema actual de salud a uno que responda a los principios de público, universal, integrado, integral, centrado en la ciudadanía, equitativo, participativo, descentralizado, eficaz, eficiente y humanizado.

4.2 HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD

El pensamiento ortodoxo ha evolucionado en el sentido de prescribir reformas que apuntan a la consolidación de una administración pública actuante, basada en la expansión efectiva del Estado y en la construcción de instituciones fuertes que respondan a los desafíos sociales actuales.

Esa actividad se traduce en funciones orientadas a dar satisfacción a los requerimientos y demandas sociales. Sugieren por tanto un nuevo modelo de gobierno centrado en la producción de bienes y servicios públicos de alta calidad, orientados hacia la ciudadanía.

Por consiguiente, deberá generarse o diseñarse un modelo que se rija bajo los siguientes aspectos:

- a) Respeto al derecho constitucional de la universalidad de la salud y al de participación e información al ciudadano
- b) Basarse en los principios de la calidad de la atención de los servicios de salud y la ética profesional. Esta calidad va desde la atención personalizada y la difusión y promoción de la salud hacia grupos vulnerables.
- c) Profesionalización de los prestadores de servicios médicos
- d) Capacitación en administración básica de servicios de salud al personal, que permita la participación activa de los mismos.
- e) Diseño y aplicación de directrices para proporcionar los servicios médicos

- f) Desconcentración y establecimiento de acuerdos formales de gestión (convenios) entre los niveles de los sistemas de salud, para conformar unidades médicas más resolutivas.
- g) Establecer la red de servicios médicos
- h) Construir un sistema de evaluación. Establecer un sistema integral de información que proporcione elementos de evaluación para la toma oportuna y adecuada de decisiones.

4.2.1 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Que el individuo participe en la solución de sus propios problemas, pasar de una sociedad desresponsabilizada a una sociedad que afronta sus propias necesidades. Dentro de este nuevo modelo se deberá hacer partícipe a la ciudadanía en la gestión, en el estudio de todas sus necesidades y en los resultados obtenidos.

4.2.2 CALIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCIÓN

El otorgar prioridad máxima al cliente es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los clientes como desean ser tratados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

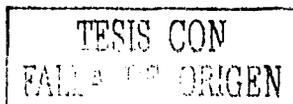
El adoptar un enfoque centrado en el cliente suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al paciente. Al orientarse hacia el cliente, se reconoce que las inquietudes y preferencias del cliente también son válidas e importantes.

También es necesario cubrir los deseos y las necesidades de los miembros del personal si ellos han de motivarse y prestar servicios de buena calidad constantemente.

Los proveedores de servicios deberán captar información de los usuarios para crear y ofrecer servicios adecuados. Esto debe guiar todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario de la unidad médica hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones para mejorar los servicios.

4.2.3 LA PROFESIONALIZACIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO EN SERVICIOS DE SALUD

La profesionalización en el servicio público es considerada el remedio para muchos de los problemas relacionados con la calidad. Sin embargo, se deben analizar las causas de un desempeño deficiente por parte del personal, las cuales suelen encontrarse en los sistemas que desalientan a los prestadores de aplicar sus conocimientos y habilidades eficazmente. Entre los obstáculos comunes al buen desempeño del servidor público en salud figuran: equipo y suministros inadecuados, falta de apoyo por parte de los superiores, pocas



recompensas, evaluación inapropiada, oportunidades limitadas para practicar las habilidades y fallas en el reclutamiento o en la asignación de puestos y para acceder a un nivel superior en la estructura y el más importante personal sindicalizado.

Una evaluación de necesidades con respecto al desempeño del servidor público en salud es un paso clave en el enfoque para el mejoramiento del desempeño, el cual aplica la experiencia con el mejoramiento del desempeño al campo de la salud. Aunque estos trabajadores también necesitan nuevos conocimientos y habilidades, esta necesidad muchas de las veces se aplaza y en algunos casos no se lleva a cabo.

La profesionalización y la capacitación puede mejorar el desempeño del personal y la calidad de atención mediante el desarrollo de habilidades y el mejoramiento y actualización permanente de conocimientos. Mientras más específicas sean éstas mayor efecto pueden surtir en la calidad de los servicios.

4.2.4 LA CAPACITACIÓN

La capacitación formal es esencial cuando los empleados carecen de habilidades o conocimientos necesarios que nadie en la instalación les puede enseñar.

La capacitación formal, en la cual el personal asiste a un taller o curso en un centro de capacitación fuera de la unidad de servicios, no siempre es la mejor opción. Muchos de los programas de capacitación formal no logran cambiar las prácticas cotidianas del personal bajo capacitación. Puede resultar difícil transferir las habilidades y los conceptos

aprendidos en el ámbito artificial de un centro de capacitación al trabajo, por lo que sería más recomendable aprenderlo en la práctica mientras se lleva a cabo el otorgamiento del servicio.

Entre las alternativas eficaces, menos costosas y menos drásticas a la capacitación formal figuran: la supervisión con apoyo, la capacitación informal en el trabajo, la asesoría y los materiales auxiliares tales como carteles, rotafolios y listas de verificación. Cuando se instruye a los proveedores en el lugar de trabajo, pueden adecuar sus consejos a las necesidades individuales de cada proveedor y al ambiente, y además pueden ofrecer retroalimentación inmediata. Sin embargo, los supervisores y compañeros de trabajo no siempre ofrecen capacitación correcta o integral.

La capacitación en el trabajo es una forma común de refrescar, actualizar y ampliar los conocimientos de los proveedores, así como de orientar a los nuevos miembros del personal.

Se debe garantizar que el personal que sea capacitado encuentre apoyo para poner en práctica sus nuevas habilidades. La falta de apoyo por parte de los directivos y compañeros de trabajo explica por qué gran parte de la capacitación formal nunca se aplica al trabajo.

La educación a distancia ofrece otra alternativa a la capacitación fuera de la unidad de servicios, sin que el personal tenga que distanciarse de su trabajo, sin embargo por la carencia de equipo esta posibilidad se ve restringida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.5 APLICACIÓN DE DIRECTRICES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El diseño de la calidad, según Ippolito y Nesesian, se aplica mediante las directrices⁵⁸: es decir, las políticas, los estándares, los protocolos y los procedimientos que gobiernan las operaciones cotidianas y determinan quién presta qué servicios a cuáles clientes.

Las *políticas* relacionadas con los servicios especifican qué servicios se prestan, dónde y cómo, y quién es idóneo para prestar y recibir esos servicios. En comparación, los *estándares* de los servicios especifican las calificaciones y los niveles aceptables para el desempeño de los prestadores de servicios y demás miembros del personal.

Los *protocolos* de los servicios proporcionan a los prestadores de servicios instrucciones para realizar tareas, paso por paso. Los buenos protocolos estandarizan el tratamiento, identifican las prácticas que son apropiadas, conforme a la evidencia científica, y guían la capacitación y supervisión. Los protocolos ofrecen una orientación integral, un repaso de los hallazgos en las investigaciones médicas, información sobre cómo trabajan otros prestadores de servicios, y la tranquilidad de que están prestando atención de buena calidad.

Paralelamente, los *procedimientos* administrativos ofrecen instrucciones detalladas para realizar tareas no médicas, tales como pedir y distribuir suministros de medicamentos, archivar los registros de los clientes y manejar el flujo de pacientes.

⁵⁸ IPPOLITO L. Y NESESIAN P. Enfoques para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. En *Boletín institucional. Salud pública*. Enero-marzo de 2000, ISSSTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos procedimientos contribuyen a la calidad de atención al estandarizar y fortalecer los servicios de apoyo.

El personal debe participar en la elaboración de las directrices para crear un compromiso con los cambios ya fomentar el uso de directrices por parte de los prestadores de servicios y su aceptación por parte de los elaboradores de políticas.

Cuando los prestadores de servicios ayudan a redactar las directrices y realizar pruebas piloto de las mismas, ellos pueden garantizar que dichas directrices serán factibles, fáciles de entender y aceptables a los prestadores de servicios.

El paciente también debe tener voz para ayudar a garantizar que las directrices reflejen sus inquietudes y necesidades.

4.2.6 DESCENTRALIZACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE CONVENIOS

El traspaso de la responsabilidad de organizar y prestar servicios de salud a niveles regionales y locales, sólo se logra con una estructura bien organizada y respaldada por un marco lógico y conceptual de desempeño, con la seguridad de que los recursos disponibles se han presupuestado racionalmente para ofrecer el servicio de salud correcto, a las personas que lo necesitan, en el tiempo oportuno y a un costo razonable.

Es necesario entender que si realmente desean lograr la descentralización con la transferencia de la responsabilidad de definir las prioridades y la supervisión de la prestación de los servicios a niveles regionales y locales, de manera que tanto

la población como el gobierno y políticos ganen confianza en el sistema, se hace necesario desarrollar una cultura de firmar y cumplir convenios.

Para lograrlo deben asegurarse que sean claros, que se eliminen todas las ambigüedades, especialmente las relacionadas a los roles y responsabilidades de los niveles administrativos. Adicionalmente, se debe establecer un sistema de compromisos entre niveles de prestación de servicios, me refiero a los proveedores directos con su nivel inmediato superior.

Desarrollar y definir estándares de calidad de la atención parece ser algo aislado a la que no se le presta mucha atención. Por otra parte, la producción de protocolos y la divulgación de políticas de atención, así como lineamientos financieros no se coordinan entre sí, cuando la lógica demanda que todos estos se integren en los convenios o compromisos de gestión.

4.2.7 SISTEMA DE EVALUACIÓN

Cada vez es más necesario hacer mediciones de las desigualdades que den elementos a los actores políticos y a la entidad rectora de la salud para llevar a cabo acciones que superen el problema de la equidad.

Una combinación de evaluaciones cuantitativas y cualitativas pueden no sólo demostrar la existencia de diferencias inaceptables en los indicadores de salud por niveles de ingreso, género, o grupos étnicos, pero además, pueden

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

informar a los políticos y directivos de salud (a) ¿Quiénes tienen más desventajas en la atención? ; (b) ¿Dónde se concentran la mayoría de las desigualdades? ; y (c) ¿Qué está causando las desigualdades?. Solo así contarán con la información imprescindible para implementar políticas y acciones más equitativas.

4.3 EL RETO DE CONSTRUIR LA CALIDAD EN SALUD

La sociedad percibe una mala calidad de los servicios de salud durante la asistencia al hospital y consultas médicas, porque muchos de los problemas son producto de factores generadores al interior de cada una de las instituciones de salud; es decir, aquellos que no se ven, pero que dificultan el desarrollo de una gestión directiva eficaz.

Por ejemplo, para realizar el Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, los consultores especializados detectaron que el personal directivo o de alto nivel de los servicios de salud públicos y privados generalmente carecen de una adecuada formación gerencial, lo que origina un liderazgo deficiente para elevar los niveles de calidad del sistema.

De otro lado, observaron que existe una cultura de medición para informar y no para decidir, lo cual impide crear indicadores que permitan a los propios médicos autoevaluarse, además de ser mínimos los estímulos que perciben en caso de tener un alto desempeño, pues con frecuencia se incentivan conductas equívocas. Asimismo, notaron que los procesos de

acreditación y certificación de profesionales y establecimientos aún son insuficientes, y que en general existe un subdesarrollo de políticas y de recursos humanos.

En resumen, la combinación de varios de los factores enunciados han impedido el desarrollo de una inteligencia que facilite el aprendizaje en materia de calidad, con su consecuente sustentabilidad. En ese sentido, el mayor reto que tiene la Cruzada es fomentar una cultura organizacional y de transformación en el sistema nacional de salud, proceso que requiere de acciones más claras y coherentes.

Diversos estudios han mostrado que la segmentación de la población en términos de los servicios a los que tienen acceso es más artificial que real, que hay una gran duplicidad y que la operación del sector salud no está tan articulada como debiera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4 PLANTEAMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

El corte histórico y contextual del sistema de salud en México nos ha dado elementos del por qué de la génesis del modelo, su articulación en el contexto sociopolítico y sus nexos con otros sectores de la sociedad. Quiénes fueron los actores sociales que le dieron vida y quienes son los que la mantienen actualmente. Cómo se relaciona la política de salud con la reestructuración del Estado y el modelo de desarrollo vigente.

Las decisiones que conducen a la conformación de una organización de servicios de salud en un Estado son el resultado de cierto tipo de interacción de las fuerzas sociopolíticas en cada territorio. Tales fuerzas o actores sociopolíticos presentan propuestas que se relacionan con sus intereses, pero que también tienen su propio sustento político y técnico.

Las posibilidades de intervención en las decisiones finales dependen de las estrategias organizativas y de incidencia en los escenarios legítimos u ocultos para el logro de sus intereses. En este juego de fuerzas, los modelos de organización se transforman y se realizan.

El enfoque de los servicios de salud debe estar orientado hacia un cambio de responsabilidad de Estado por responsabilidad de sociedad, la Salud pública en este contexto, no es administración, no se circunscribe sólo a entrega de servicios de salud, abarca la promoción y las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

disposiciones de medios necesarios para entregar la salud a través de una participación democrática de entrega de conocimientos del proceso Salud-enfermedad.

Los servicios públicos no deben orientarse sólo a la producción de servicios, sino a los usuarios, donde el ciudadano sea quien marque las directrices de los servicios a ofertar.

Actualmente la Salud pública se ve condicionada por dinámicas globalizantes, abarca la competitividad en la producción y se articula con la manera de concebir la estructura del Estado como viabilizador de entrega de servicios, con los mecanismos de organizarse en salud, competitividad en servicios; en este campo de acción debe actuar y construirse un modelo de Salud Pública, trascendiendo el concepto de lo público y lo privado.

El objetivo debe ser la satisfacción de las necesidades y no basarse en la naturaleza pública o privada de las organizaciones, sino en la capacidad de respuesta adecuada y efectiva a las necesidades sociales.

El esfuerzo por configurar una atención primaria de salud acorde a las necesidades de la sociedad demandante en nuestro país requiere inaplazablemente de una reforma no solo del sistema de salud sino de la sociedad misma.

Las mejoras en el sistema de salud se producirán sin duda como respuesta a cambios en el comportamiento y decisiones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de los actores que están involucrados. Los pronunciamientos de tipo político serán efectivos en la medida que se traduzcan en reformas estructurales.

Para ello, se necesita el concurso de todos los actores políticos, sociales y económicos, si se desea avanzar de manera real en el problema de los servicios de salud y de cualquier otro problema social.

Las necesidades de la salud pública son ilimitadas como resultado de la transición, entre otras causas, los recursos disponibles para atender estas necesidades no lo son

El exceso de intervención estatal puede crear más problemas de eficiencia, calidad, e inclusive equidad, de los que pretende resolver, como lo demuestra la situación actual del sistema de salud.

Por tanto, cuál debe ser el límite, entonces, para la intervención del Estado, con el fin maximizar el impacto de los recursos limitados sobre la capacidad funcional de las personas y una mayor equidad en las oportunidades para acceder a los beneficios del desarrollo? A mi modo de ver las cosas, este es el reto principal para la salud pública.

En la formulación y el diseño de la política se requiere de la participación organizada de la población, se deberá negociar con los sindicatos para disminuir la resistencia al cambio. Se requiere que la desconcentración y el facultamiento sea real y no teórico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De no hacerse el centralismo seguirá generando mayores costos, mayor lentitud traducido en una respuesta más lenta de los servicios de salud y por lo tanto en mayor inequidad en el acceso. Asimismo se requiere un cambio de cultura, esta completamente claro que los sistemas gobiernan la cultura, deberá existir liderazgo, trabajo en equipo, facultamiento, ética y valores aunado al rediseño de estructuras, procesos y sistemas.

A manera de conclusión de este capítulo, es necesario estructurar un sistema nacional de salud bajo el siguiente enfoque:

- La Secretaría de Salud sea el agente rector. Asumirá el rol normativo y regulador de los servicios
- Gestión descentralizada, para el ejercicio de la planeación, provisión de servicios y toma de decisiones relacionadas con los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos de acuerdo a las necesidades, así como responsabilidad de los resultados ante el ente rector.
- Resolver los problemas y necesidades de salud en el lugar y momento donde se requieren
- Elección del proveedor de servicios por parte del usuario
- Participación activa de todos los actores sociales, no solo para expresar su satisfacción de los servicios, sino para participar en las decisiones y la solución de problemas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

relacionados con la salud, esto mediante diversas formas de organización social (comités, asambleas, grupos, entre otros).

- Organización en una red de los establecimientos de salud públicos y privados, para apoyarse entre sí y fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.
- Establecimiento de contratos y convenios con los estados y municipios y proveedores de servicios privados.
- Corresponsabilidad de la población en el cuidado de la salud
- Tomar como estrategia principal el reforzamiento de los servicios de salud del primer nivel
- Establecimiento del sistema nacional de referencia y contrarreferencia
- Definir el concepto, los principios y valores, la operación, el marco legal y los componentes fundamentales para su implementación a nivel nacional. Entre estos está el sistema integral de información, la construcción de la oferta de servicios de salud de la red nacional, ambos elementos indispensables para el sistema de referencia contrarreferencia y la evaluación de resultados.

Para propiciar la articulación de los actores, sociales y económicos en pro del fortalecimiento de su capacidad de incidencia en la definición e implementación de políticas públicas, podrá realizarse a través de una comisión o consejo de salud pública conformada por:

- Representantes de las instituciones públicas de salud
- Representantes de los proveedores de salud privados
- Partidos políticos
- Representantes sindicales
- Cámaras de senadores y diputados
- Representantes de los gobiernos nacional , estatal y municipal
- Representantes de la sociedad civil

Es de suma importancia la coordinación y articulación de la sociedad civil dado el importante rol que debe desempeñar en la consolidación de la democracia, por lo tanto se deberán realizar acciones que procuren el fortalecimiento de los espacios de coordinación de este sector, a fin de que se coloque en condiciones favorables para incidir en las políticas públicas.

Otras acciones son:

- Crear mecanismos de consulta y de participación de la ciudadanía, previa evaluación de los actuales mecanismos de participación para conocer sus niveles de funcionamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **Crear mecanismos de relación entre el Estado y la Sociedad Civil**
- Presentar propuestas de manera permanente en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en materia de salud.
- Establecer un proceso de educación ciudadana para promover los valores democráticos y renovar el sentido de los derechos y deberes ciudadanos, como una forma de incidir en el cambio de la cultura política. Esto fuera de las campañas de los partidos políticos que hoy en día utilizan los medios de comunicación para promover la participación pero de acuerdo a sus intereses partidistas.
- Participar en un programa de monitoreo de la gestión pública
- Participar en las reformas políticas y constitucionales y de los derechos de los ciudadanos.
- Dotar de las herramientas necesarias a los grupos y organizaciones de la sociedad civil, que permitan el seguimiento de los acuerdos y propuestas que hagan los gobernantes elegidos durante sus campañas electorales
- Para la evaluación de resultados, se deberán realizar acciones para constituir un sistema de información, factor clave para realizar la evaluación de la política pública.

Asimismo, con base en la situación actual de los servicios habrá que definir los elementos y acciones para llevar a cabo la gestión descentralizada, la provisión de los servicios, el financiamiento de los servicios y la participación social.

CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue hacer un análisis del proceso de atención de los servicios de salud que se proporcionan en las unidades médicas del primer nivel de atención del ISSSTE, tomando como estudio el periodo 2000-2002, para conocer los principales factores que han incidido en su deterioro y plantear alternativas de mejora orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, considerando los siguientes objetivos específicos.

1. Determinar las principales características de calidad que los derechohabientes esperan de los servicios de salud que se proporcionan en las unidades médicas del primer nivel del ISSSTE.
2. Identificar las causas más relevantes que limitan al ISSSTE para otorgar un buen servicio médico.

Por lo tanto se concluye que el Sistema nacional de salud se encuentra estructurado para atender problemas de forma aislada, focalizados hacia los diferentes sectores de la población, los cuales tienen limitaciones de acceso en el mismo sistema.

La seguridad social en México surge con una estructura sindical. A partir de ello, los sindicatos han constituido un

monopolio y no otra cosa, para obtener prebendas de las instituciones que proporcionan estos servicios.

Los programas surgieron como políticas de gobierno, en respuesta a los diferentes movimientos que dieron origen a su creación, por tanto estos programas (ISSFAM, ISSSTE, IMSS) surgieron por intereses particulares y no para atender una demanda pública, que propiciaron la atención por sectores de la población: los que trabajan y pueden pagar, los que tienen dinero y los que no tienen recursos, implicando un acceso desigual a los servicios de salud y generando duplicidades.

Los administradores públicos anuncian intenciones, al parecer demagógicas, de pretender orientar los servicios de salud hacia las necesidades de los usuarios mediante la calidad, pero las únicas reformas actuales han sido encaminadas hacia el aspecto financiero, en vez de orientarlo hacia la mayor participación, información y responsabilidad del ciudadano, el cual es un derecho constitucional.

Cómo ya se planteó en el último capítulo, bajo un enfoque de política pública se hace indispensable la participación ciudadana en el sentido de la corresponsabilidad de su salud, ello aunado a acciones de mejora de los servicios de salud.

Para maximizar los servicios y ampliar la cobertura y la calidad deberá establecerse una red de servicios que elimine las duplicidades existentes, lo cual implica que un médico no tenga que trabajar simultáneamente en 2 o más instituciones, que el paciente por su parte no ocupe más de un seguro médico, sino que tenga uno que le permita el libre acceso a los servicios de la red.

El sistema nacional de salud, realmente sea un sistema concatenado integrado, sin embargo, esto puede ser impedido por los diversos grupos de interés que se verían afectados, como los sindicatos, los empleados sindicalizados que reciben beneficios de estos, los mismos partidos que dentro de la contienda política se ven favorecidos con el apoyo de los grupos sindicales.

A la fecha no se ha observado que las nuevas acciones hayan contribuido a incrementar la cobertura o a mejorar sustancialmente el servicio la calidad técnica o la percepción de la calidad por parte de los usuarios. Tampoco parecen haber contribuido a la legitimación social de los proveedores actuales de los servicios, ni a la sostenibilidad financiera o institucional de los programas. Las mejoras en términos de acceso a los servicios básicos de salud parecen muy modestas si se considera el tiempo, la energía y los vastos recursos utilizados.

Importa insistir en que no se está sugiriendo el reemplazo del sistema de salud, sino la combinación adecuada de los subsistemas existentes, pero con una autoridad concentrada en vigilar la operación y funcionamiento de éstos, es posible racionalizar la interacción entre la asistencia pública, la seguridad social, el subsistema privado y los subsistemas alternativos de aseguramiento, todos ellos actuando en forma integrada para maximizar la equidad y la eficiencia.

Esta claro que la presencia de múltiples agentes requiere una fuerte función rectora, de no existir no se puede asegurar que la competencia, maneje buenos costos y mejore la calidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta claro, como así se plantea en la política pública, que no hay soluciones comunes que satisfagan a todos. Las soluciones no participativas, por correctas que sean técnicamente, tienden a alinear a los grupos excluidos y a los favorecidos.

Para que los servicios sean funcionales se debe disponer de una red amplia, flexible y adecuadamente integrada por un sistema de referencia que permita a los usuarios su tránsito en todo el sistema de salud

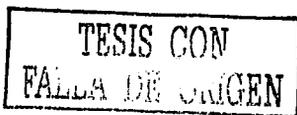
La reforma al sistema de salud nos debe llevar a superar rezagos y a hacer frente a problemas que están emergiendo con gran fuerza, como en el caso del SIDA, a promover el autocuidado de la salud por el usuario. La reforma también debe conducir a un mejor aprovechamiento de los recursos que la sociedad destina a la salud y a asentar las bases para la integración de un sistema que se divide en funciones.

El mayor esfuerzo de los próximos años deberá darse en la atención preventiva es decir en el primer nivel de atención, a efecto de disminuir los altos costos en la medicina curativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOSTA Romero Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México 1981.
2. AGUILAR Villanueva Luis F., El Estudio de las Políticas Públicas, Antología de Política Pública, Primera Antología, Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, segunda edición enero de 1996, 433 pp.
3. AGUILAR Villanueva, Luis F. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Colección Antología de Políticas Públicas, Tercera Antología. Grupo editorial Porrúa. México 2ª edición 1996. 433 pp.
4. BOBBIO Norberto, MATTEUCCI Nicola y PASQUINO Gianfranco. Diccionario de Política. 7ª. Edición corregida y aumentada. Siglo XXI Editores.
5. DÍAZ Vázquez Martín de Jesús. Material del Módulo II Diseño y Formulación de Políticas Públicas del Seminario Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno 2002.
6. DYE R. Thomas. "Understanding Public Policy". Prentice Hall, Englewoodf. ceff.1982.
7. GUERRERO Omar. Colección Política y Administración. Tomo II La Reforma del Estado. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. Marzo de 1992.
8. R. Garzaro, Diccionario de Política, Salamanca, 1977.
9. HERNÁNDEZ Sampieri Roberto, FERNÁNDEZ Collado Carlos, BAPTISTA Lucio Pilar; Metodología de la Investigación, Segunda Edición. 501 pp.
10. MONTES de Oca Juan. Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno. Material en proceso de publicación, del Módulo I Estructuración de Problemas Públicos del Seminario Taller Extracurricular Análisis de Políticas Públicas para Asuntos de Gobierno 2002.



11. OCHANDO Claramunt, C. El Estado de Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas, Barcelona, Ariel, 1999.
12. RODRÍGUEZ Cabrero, G. Entre la protección social y el bienestar social. en: Albarracín, J et al., Reflecciones sobre Política Económica, Ed. popular, Madrid, 1990.
13. TORTELLA, G. La revolución del Siglo XX, Madrid, Taurus, 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HEMEROGRAFÍA

1. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
2. HUERTA Arturo. La Globalización y la pérdida de soberanía económica, Revista Economía, Facultad de economía/UNAM, Número 262/Noviembre 1997.
3. MONEREO, J.L. "La política social en el Estado de Bienestar, Revista del trabajo y Seguridad Social. España 1995.
4. NAVA Hernández Eduardo. México y la Globalización, Revista Economía, Facultad de economía/UNAM, Número 258/Junio 1997.
5. Boletín Institucional del mes de abril de 2001, Coordinación General de comunicación Social del ISSSTE.
6. Estatuto Orgánico del ISSSTE. D.O.F. 06-06-1988. México.
7. Coordinación del Sistema de Información Financiera COSIF del ISSSTE. Información Estadística y resumen histórico 2001-2002.
8. Secretaría de Salud: "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta", México DF, 1995, OCDE: Estudios económicos. Capítulo especial sobre Reforma del sistema de salud. México DF, 1998.
9. Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE. D.O.F. 04-10-2000.
10. SSA, Boletín de información estadística, *No. 16*; vol. I, 1996, México.
11. Salud, en Revista Nexos No. 289, enero 2002. México.
12. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2002. Presidencia de la República.
13. Programa Institucional 2001-2002 del ISSSTE. Primera edición, México 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Health Plan Employer Data and Information Set. Grupo de Datos e Información sobre Planes de Salud para Empleadores, del National Committee on Quality Assurance (NCQA), 2001.
15. JIMÉNEZ J: Epidemiología Política, El Mercurio, 16 Septiembre, 1999.
16. DONABEDIAN: A: La Calidad de la Atención Médica, La Prensa Médica Mexicana, México DF, 1984.
17. Organización Panamericana de Salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 8, julio-agosto de 2000.
18. Boletín institucional. Salud con calidad. Septiembre-noviembre de 1999, ISSSTE.
19. México, trabajadoras, trabajadores y sindicatos, memoria del IV Coloquio sobre Estado y Movimientos Sociales, UNAM-1
20. MEDICI André. Cómo mejorar la calidad en el contexto de las reformas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. 12 de mayo de 2001
21. IPPOLITO L. Y NESESIAN P. Enfoques para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. En Boletín institucional. Salud pública. Enero-marzo de 2000, ISSSTE.
22. WOESSNER, Pedro. El potencial de la Globalización, Revista Estrategia Industrial, México Dic/Ene Número 150 Año XIII

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTORIO ELECTRÓNICO

1. Resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud. www.ssa.gob.mx . consultado el 15-10-2002.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Antecedentes de la seguridad social. En www.imss.gob.mx. consulta realizada el 25-09-2002
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Aspectos institucionales y organización. En www.imss.gob.mx. consulta realizada el 25-09-2002
4. Secretaría de Salud. Manual de Organización. En www.ssa.gob.mx , consultado el 25-09-2002
5. Secretaría de Salud. Antecedentes históricos de la salud en México. En www.ssa.gob.mx , consultado el 25-09-2002
6. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas. Reseña histórica. En www.issfam.gob.mx , consultado del 25-09-2002
7. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Esbozo histórico. En www.issste.gob.mx, consultado el 25-09-2002.
8. INEGI, *Estadísticas sociodemográficas de 2000*. www.inegi.gob.mx
9. Frenk, Julio (editor), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, 1997.
10. OPS/OMS. División de Sistemas y Servicios de Salud: La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector e indicadores básicos. Informe final Valdivia, Chile, 1997", Washington DC, 1997. www.saludpublica.es
11. FUNSALUD: El sistema de cuentas nacionales de salud en México, Documentos de análisis y convergencia 15, México DF, 1997.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Salud 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud OMS, Ginebra, 2000.

