



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

INDICADORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

REPORTE FINAL DE SEMINARIO DE TITULACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARIO

PRESENTA:

JOSÉ DE JESÚS HERNÁNDEZ RIVERA



FACULTAD DE CIENCIAS
UNAM

TUTORES
ACT. ALEJANDRO HAZAS SÁNCHEZ
ACT. CARLOS CONTRERAS CRUZ

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INTRODUCCIÓN	3
--------------------	---

CAPÍTULO 1: TEORÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	5
-----------------------------------------------------------------	----------

A. CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	5
B. HISTORIA DE LOS SEGUROS DE SALUD	7
I. <i>Antecedentes Mundiales</i>	7
II. <i>Historia de los Seguros de Salud en México</i>	9
C. PRINCIPIOS DOCTRINARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	11
I. <i>Universalidad</i>	11
II. <i>Solidaridad</i>	12
III. <i>Equidad o Igualdad</i>	12
IV. <i>Obligatoriedad</i>	12
V. <i>Integralidad</i>	13
VI. <i>Perennidad</i>	13
VII. <i>Unidad</i>	13
D. SISTEMAS DE ASISTENCIA MÉDICA	13
I. <i>Sistemas Indirectos</i>	14
II. <i>Sistemas directos</i>	14
E. PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LOS SEGUROS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL	15
I. <i>Contexto social y económico</i>	15
II. <i>Características demográficas</i>	17
III. <i>Transición epidemiológica</i>	18
IV. <i>Cobertura</i>	19
V. <i>Insuficiencia de Recursos</i>	19
VI. <i>Ineficiencia</i>	20
VII. <i>Inadecuada calidad</i>	20
VIII. <i>Tecnología</i>	20
IX. <i>Insatisfacción</i>	20

CAPÍTULO 2: MARCO LEGAL EN MATERIA DE SEGUROS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	22
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

A. JERARQUÍA DEL ORDEN JURÍDICO MEXICANO	23
I. <i>Nivel federal</i>	23
B. ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL	24
C. TRATADOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES	26
I. <i>Convenio 102 - Norma Mínima de la Seguridad Social</i>	27
II. <i>Convenio 3 - Sobre la Protección de la Maternidad</i>	29
III. <i>Convenio 103 - Sobre la Protección de la Maternidad (Revisado)</i>	29
IV. <i>Recomendación 134 - Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad</i> . 30	
D. PRINCIPALES DISPOSICIONES FEDERALES EN MATERIA DE SALUD COMO PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL	30
I. <i>Ley del Seguro Social</i>	31
II. <i>Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i> . 32	
III. <i>Ley General de Salud</i>	33
IV. <i>Seguro Popular de Salud</i>	33
V. <i>Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas</i>	34

CAPÍTULO 3: INDICADORES DE LOS SISTEMAS DE SALUD	40
A. SISTEMAS DE INDICADORES.	41
I. <i>Introducción</i>	41
II. <i>Conceptos Generales</i>	42
III. <i>Importancia del Uso de Indicadores</i>	43
IV. <i>Características de los Indicadores</i>	44
V. <i>Tipos de indicadores</i>	45
VI. <i>Formulación de Indicadores</i>	46
VII. <i>Clasificación de Indicadores</i>	47
B. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD.	53
I. <i>Indicadores Demográficos</i>	53
II. <i>Indicadores Socioeconómicos</i>	53
III. <i>Indicadores de Necesidades de Salud</i>	54
IV. <i>Indicadores de Respuesta a las Necesidades de Salud</i>	55
C. INDICADORES RELEVANTES	58
I. <i>Tasa de Mortalidad</i>	58
II. <i>Esperanza de Vida al Nacimiento</i>	59
III. <i>Gasto nacional en salud por año como proporción del PBI</i>	59
IV. <i>Disponibilidad de Médicos</i>	60
V. <i>Razón de camas hospitalarias</i>	60
VI. <i>Hospitales con menos de 30 camas censables como porcentaje del total</i>	61
VII. <i>Hospitales con más de 30 camas censables como porcentaje del total</i>	61
VIII. <i>Consultas por consultorio</i>	62
IX. <i>Tiempo de espera en consulta externa</i>	62
X. <i>Tiempo de espera en urgencias</i>	63
CONCLUSIONES	64
GLOSARIO	66
BIBLIOGRAFÍA	68

Introducción

Desde los inicios de la humanidad y hasta nuestros días, una de las principales preocupaciones que ha sufrido el hombre en la búsqueda de su bienestar, sin duda alguna ha sido la protección de su salud y la de su familia. Sin embargo, pese a que se han desarrollado estrategias que permitan la cobertura total de la población, aún resultan evidentes las enormes carencias para la mayoría de la población en el mundo.

Desafortunadamente nuestro país no es la excepción. Si bien es cierto que los esfuerzos realizados por las autoridades responsables de la salud han propiciado importantes adelantos que derivan en una mejora en el nivel de vida de los mexicanos, es innegable que hoy en día son muchas las voces que claman por tener acceso a los servicios mínimos de atención médica, por otro lado, aún entre la población cubierta bajo las diferentes instancias de la seguridad social, existe una marcada desigualdad en la calidad y cantidad en los servicios que recibe.

Parte esencial para poder revertir las condiciones antes citadas, consiste en implementar mecanismos que permitan en primer lugar establecer una estrecha vigilancia a los procesos de la atención de la salud que conlleven a alcanzar resultados más eficientes, y por otro lado identificar nuevas áreas de oportunidad en esta materia. Dentro de estos mecanismos destaca el uso de sistemas de indicadores, cuyo objetivo es el de analizar el comportamiento de los fenómenos a través de un periodo de observación y brindar de forma clara, sencilla y oportuna, los medios que apoyen la toma de decisiones en los distintos niveles de una organización para el desarrollo de medidas preventivas y/o correctivas dirigidas a la mejora continua.

Derivado de lo anterior, el presente trabajo tiene como finalidad describir de forma general los requisitos indispensables para el establecimiento de un conjunto de indicadores de resultados y promover el uso de los mismos mediante la exposición de los múltiples beneficios que éstos pueden aportar dentro del campo de la salud en la seguridad social, especialmente en el fortalecimiento de los mecanismos de respuesta a las necesidades de servicios de salud.

Para ello, el estudio inicia con la exposición de las diversas concepciones que se le han otorgado al término Seguridad Social, identificando la más apropiada para su uso en el rubro de la

salud; se precisan los principios rectores que le dan su sustento; y se analiza la problemática que se presenta en nuestro país en aspectos ligados a la salud de la población.

Continuando en el capítulo dos, se realiza una revisión a las coberturas de los ramos de enfermedades y maternidad dentro de las instancias mexicanas de Seguridad Social, de acuerdo con su respectivo marco normativo: Ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ley General de Salud y Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

En el tercer capítulo se definen los principales conceptos usados en los sistemas de indicadores, se enuncian las características que éstos deben de cumplir para su correcto uso, se resaltan las ventajas que se aportan para el control y evaluación de las principales funciones de una entidad de la salud y se revisan los diversos conjuntos de indicadores que en la actualidad están en operación en los organismos involucrados en asuntos sanitarios y de atención médica a nivel nacional e internacional.

Posteriormente, con base en los conjuntos previamente expuestos, se sugiere una clasificación general de los indicadores de salud y se identifican aquellos que de acuerdo a su objetivo de creación, reflejan una mayor relevancia para determinar las necesidades de los servicios médicos y de respuesta a dichas necesidades, informándose a su vez de la situación que éstos guardan, basados en los resultados disponibles más recientes.

Por último, se integra al estudio una serie de conclusiones con las que se destacan los puntos más relevantes identificados a lo largo de su desarrollo del mismo.

Si bien durante la elaboración del estudio se pretende que los principales conceptos referentes a los servicios de salud y a la implantación de los sistemas de indicadores, resulten lo más claros posibles y que su comprensión no limite la observación de los beneficios que éstos últimos brindan para el funcionamiento de una institución, el estudio contiene además un glosario final de términos empleados, a manera de anexo, cuya finalidad es la de apoyar y reforzar los conocimientos del tema.

Capítulo 1: Teoría de la Seguridad Social en Salud

A. Concepto de Seguridad Social en Salud

A lo largo de los siglos, el hombre se ha visto en la necesidad de hacer frente a los diversos factores que se presentan en su entorno y que ponen en riesgo su integridad física, la de sus familias y por supuesto de su patrimonio, por lo que ha buscado de forma permanente los medios por los que el impacto de dichos factores sea eliminado o mermado en el mayor grado posible.

Uno de estos mecanismos es el de formar sociedades con otros hombres buscando apoyarse y brindarse ayuda entre sí. De la formación de esas sociedades y del principio de mutualismo empieza a formarse el ideal del concepto que ahora conocemos como "Seguridad Social".

Dentro de las distintas concepciones que se le han dado al término Seguridad Social, se encuentran las siguientes:

- i. La definición descrita por Sir William H. Beveridge en su *Informe sobre Seguros Sociales y Servicios Afines*, presentado en 1942: "*Se define Seguridad Social, para los fines de este informe, como el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia*"¹.
- ii. Los artículos 22 y 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, de la Organización de las Naciones Unidas, hacen referencia a la seguridad social. En ellos se determina que: "*Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para garantizarle, tanto a él como a su familia, la salud y el nivel de vida adecuado, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; además de los seguros en caso de desempleo,*

¹ Beveridge, William, *Las Bases de la Seguridad Social*, 2ª. Edición, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

enfermedad, invalidez, viudez, vejez, maternidad, cuidados infantiles u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

- iii. La Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en la *Declaración Iberoamericana de Seguridad Social* de Buenos Aires de 1972, a su vez expresa: *“El hombre, por el solo hecho de su condición, tiene el derecho de Seguridad Social, concebida como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad”.*
- iv. El concepto de la Seguridad Social plasmado por Benjamín González Roaro en su libro *La Seguridad Social en el Mundo* dice: *“La Seguridad Social es la herramienta mediante la cual los individuos aseguran el derecho fundamental a la salud, al trabajo, a la vivienda y a una vejez digna”².*
- v. La definición del Dr. Peter Thullen en su libro *Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social* dice: *“Orientándose en el Convenio 102 de la OIT. relativo a la Norma Mínima de Seguridad Social, 1952, se entenderá como un régimen de Seguridad Social, a un régimen estatutario (establecido por ley), de preferencia contributivo que cubre una o varias de las siguientes ramas o contingencias:*
 - *Enfermedades - Maternidad;*
 - *Riesgos Profesionales;*
 - *Invalidez, Vejez y Muerte (Supervivencia);*
 - *Asignaciones Familiares;*
 - *Desempleo”³.*
- vi. Del documento publicado por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en 1991, titulado *Administración de la Seguridad Social*, se desprende la siguiente definición: *“La Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; así como la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.*

² González Roaro, Benjamín, *La Seguridad Social en el Mundo*, México, Siglo XXI Editores, 2003.

³ Thullen, Peter, *Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social*, México, C.I.E.S.S., 1992.

Cabe destacar que para efectos del presente trabajo se considera que esta última definición de seguridad social es la más apropiada para usarse, toda vez que además de ser las más completas y aceptadas, los riesgos mencionados están relacionados directa o indirectamente con la salud: en los casos de lesión profesional, enfermedad, invalidez, discapacidad y maternidad lo están directamente, mientras que para pensiones de vejez, pensiones de sobrevivientes, asignaciones familiares y subsidios al desempleo, están indirectamente relacionados, debido a que a través de estas prestaciones se pretende mantener la buena salud de los beneficiarios.

B. Historia de los Seguros de Salud

I. Antecedentes Mundiales

La seguridad social es el resultado de un largo proceso histórico derivado del estado de inseguridad en que vive el hombre, que se extiende desde el inicio de la humanidad hasta la época presente. Los primeros indicios de ésta surgen al producirse la primera revolución industrial, ya que con la reforma en la producción, los gremios de trabajadores que originalmente se habían unido para proporcionarse ayuda mutua en caso de desgracia, se vieron forzados a enfrentarse a nuevas necesidades y a depender de sus magros salarios para hacer frente los riesgos y contingencias sociales.

Es en esta problemática donde la seguridad social busca realizar un papel correctivo, al tratar de asumir la responsabilidad de satisfacer necesidades de ancianos, inválidos, enfermos y desempleados a través de fondos que se dedujeran de los ingresos de cada vez más grupos de trabajadores, para redistribuirlos entre quienes los necesitaban. Conociendo entonces su importancia, los gobiernos y sociedades mutualistas organizaron planes de ahorro y surgieron seguros privados y muchos estados empezaron a exigir a sus empleados cooperación para pagar los gastos de manutención de trabajadores enfermos o accidentados, ya que las asociaciones que se constituyeron previamente, eran de carácter voluntario y estaban formadas por personas de escasos recursos económicos, lo que hacía que la cobertura de los riesgos y contingencias fuera muy reducida.

- **Alemania: Nacimiento de la Seguridad Social**

El primer sistema nacional de seguridad social, en sentido amplio, nació en Alemania derivado de un proyecto presentado por el Canciller Alemán Otto von Bismarck, llamado el Canciller de Hierro, el cual consistía en un seguro contra los riesgos de accidentes, enfermedades y la contingencia de la maternidad, financiado mediante cotizaciones periódicas abonadas por los trabajadores y los empresarios y cuya afiliación era obligatoria para todos los asalariados de la

industria a los que estaba destinado; éstos a su vez estaban protegidos por un régimen de prestaciones garantizadas.

El primer elemento del proyecto fue el seguro de enfermedad, aprobado en julio de 1883 y era administrado por las cajas de ayuda mutua ya existentes. En 1884 inició el seguro de accidente del trabajo y enfermedad profesional, administrado por las asociaciones de empleadores. Finalmente, en 1889 se creó el seguro de invalidez y vejez, que administraban las autoridades provinciales.

La característica primordial del modelo de seguro social implantado por Bismarck, se enmarca en la cobertura de la fuerza de trabajo asalariada y su familia; lógica que se manifiesta en el cuidado físico e intelectual del trabajador, su familia y las futuras generaciones, otorgándose las prestaciones en función de las necesidades de los trabajadores, independientemente de sus aportes individuales.

Posteriormente, derivado del Tratado de Versalles, se crea en 1919 la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuyo fin era el de velar por la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores.

- **El Plan Beveridge**

Para 1942 ocurre uno de los acontecimientos históricos de mayor relevancia en el perfeccionamiento de la Seguridad Social como actualmente la conocemos. En ese año, el economista Sir William H. Beveridge realizó un estudio a los planes nacionales de seguros sociales y servicios afines existentes, sobre los aspectos que debían considerarse para garantizar la protección de la sociedad mientras duraban los conflictos bélicos y posteriormente cuando concluyeran.

Este informe, que incluía el estudio minucioso del seguro de enfermedad, el seguro de desempleo, pensiones para la vejez, pensiones para las viudas y los huérfanos, compensación para trabajadores en casos de accidentes y enfermedades del trabajo y pensiones no contributivas para la vejez y la asistencia a los ciegos, existentes en Inglaterra hasta esa época, recomendaba además implementar un serie de reformas sociales que eliminaran los problemas que se reconocían como “los cinco gigantescos males” que asolaban a la sociedad inglesa: indigencia o necesidad, enfermedad, ignorancia, suciedad y ociosidad.

La característica principal del plan era la de un sistema de seguros sociales que comprendía seis principios fundamentales: uniformidad de la tasa del beneficio de subsistencia, uniformidad en la tasa de contribución, unificación de la responsabilidad administrativa, suficiencia del beneficio,

amplitud y clasificación. Basándose en esos supuestos combina tres métodos distintos: seguro social para necesidades básicas, asistencia nacional para los casos especiales y seguro voluntario para las adiciones a las provisiones básicas.

No obstante, fue hasta 1946 cuando se adoptó en Inglaterra íntegramente el plan propuesto, estableciéndose así el primer sistema integral de seguridad social de la historia.

Este plan adquirió tal relevancia a nivel mundial, que con la aparición de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, emitida por la Organización de las Naciones Unidas en 1948, se establece en sus artículos 22 y 25 el derecho de los ciudadanos a la seguridad social; que posteriormente se vio reflejado cuando la Organización Internacional del Trabajo otorgó a las recomendaciones de la Declaración de Filadelfia, la forma de convenio, surgiendo así el número 102, conocido como "Norma Mínima de Seguridad Social".

- **La Organización Mundial de la Salud**

Finalmente, con la creación de la Organización Mundial de la Salud, se reafirma el compromiso mundial por el cuidado y mejoramiento de la salud, ya que este organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas, es el organismo técnico y político que establece y gestiona las normas mundiales que todos los países deben seguir para mejorar los indicadores de salud.

II. Historia de los Seguros de Salud en México

Nuestro país no ha estado exento de los cambios y avances que se han presentado en materia del seguro de salud dentro de la seguridad social, yendo incluso desde la época prehispánica en donde sin duda no existía el concepto como tal, pero que si se tienen registros de los cuidados que algunos pueblos proveían a sus ciudadanos, hasta las instituciones que ahora conocemos y que buscan la universalidad de los servicios médicos. A continuación se describirán cronológicamente los principales sucesos registrados en la materia:

AÑO O ÉPOCA	SUCESO HISTÓRICO
PREHISPANICA	Entre los pueblos mexicas y los texcocanos, donde existían estructuras de protección a la salud, tales como enfermerías para los guerreros, asilos para los incapacitados por la guerra y los ancianos, centros de atención a huérfanos y reclusorios de leprosos. Para ellos era primordial curar al enfermo no sólo por la enfermedad en sí, sino por el perjuicio social que ello conlleva para el buen funcionamiento de la comunidad.
COLONIA	Se establecieron, apoyados por las órdenes religiosas, instituciones como hospitales, hospicios, centros educativos y casas de beneficencia. Creación de las denominadas "Cajas de las Comunidades Indígenas"

AÑO O ÉPOCA	SUCESO HISTÓRICO
1917	Los asuntos de la seguridad social fueron incluidos en el artículo 123 de la Constitución Política bajo el principio de la justicia social. Establecimiento del Departamento de Seguridad pública
1929	En septiembre de 1929 se modifica el artículo 123. Con esta reforma constitucional se dió al Seguro Social la categoría de derecho público obligatorio y se sentaron las bases para formular la Ley del Seguro Social, debiendo comprender lo relativo a los seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos. Dando lugar al Seguro Social la categoría de derecho público obligatorio y se sentaron las bases para formular la Ley del Seguro Social.
1931	Expedición de la Ley Federal del Trabajo; rige accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
1937	Se crea la Secretaría de Asistencia Pública que, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública, se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios y establecen mecanismos para proteger a grupos específicos, como la población infantil, los trabajadores del Estado y la milicia.
1943	Establecimiento de manera formal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se promulgó la Ley del Seguro Social, en la que se reafirmó que el seguro social es un servicio público nacional con carácter obligatorio, lo que deriva en el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, dirigidos específicamente para los trabajadores asalariados empleados en la economía formal.
1959	Se reforma el art. 123, adicionando un apartado aplicable sólo para los trabajadores del estado. Se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero fue hasta enero de 1960 cuando se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado.
1973	La Ley del Seguro Social ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la República.
1976	Se publica la "Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas", se crea lo que actualmente es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas que entra en vigor el 29 de Julio de 1976, teniendo como objetivo brindar bienestar a los militares en servicio activo o en situación de retiro y a sus derechohabientes, en materia de salud.
1979	Creación del Programa IMSS-COPLAMAR.
1980	Se da inicio al proceso de descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud mediante la transferencia de esta responsabilidad, junto con los recursos correspondientes, a los Servicios Estatales de Salud.
1983-1984	En 1983 se aprobó una enmienda constitucional que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual a la postre se derivó la Ley General de Salud. Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre a Secretaría de Salud.
1990-2002	Se incluyeron programas especiales para la extensión de la cobertura básica de servicios de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura. Asimismo, se inició un importante programa de lucha contra la pobreza denominado Solidaridad, más tarde cambió su denominación a Progres y posteriormente a Oportunidades. Se inicia en 2001 el plan piloto del programa "Salud para Todos" conocido como Seguro Popular de Salud en cinco estados de la república enfocado a población sin seguridad social.
2003-2004	Una reforma en 2003 estableció el Sistema de Protección Social en Salud, que institucionalizó un programa piloto que ya existía, el Seguro Popular de Salud, que entró en vigor a partir del 2004. El Seguro Popular es financiado de forma tripartita, con contribuciones del gobierno federal, los estados y una pequeña aportación de las familias definida en función de su ingreso y ofrece un paquete esencial de intervenciones de atención primaria y secundaria y algunas intervenciones terciarias de alto costo, así como los medicamentos recetados, todo ello de manera gratuita.
2006	El SPSS ofrece 254 intervenciones en su catálogo universal de servicios esenciales de salud. Cubre la atención médica de 5 millones de familias lo que representa aproximadamente 15 millones de personas. Esta población afiliada convierte al SPSS en la segunda institución de seguridad social en

AÑO O ÉPOCA	SUCESO HISTÓRICO
	<p>salud más grande de México después del IMSS.</p> <p>Se reforma la Ley del ISSSTE para homologar los beneficios de pensiones y salud con la Ley del Seguro Social y la Ley General de Salud. Con esta homologación ya será posible transportar el derecho a la salud del IMSS al ISSSTE o al SPSS. La homologación es el primer paso para la creación de un sistema nacional público de salud que realmente cubra a toda la población sin distinción de condición laboral.</p>

C. Principios Doctrinarios de la Seguridad Social

Un principio representa un conjunto de valores que orientan y norman la conducta de una sociedad concreta, sean de carácter jurídico o moral, escritos o ideales, mediante los cuales se establece una obligación en la conciencia del individuo que pertenece al ámbito cultural, en el que se aceptan tales valores.

Dentro del campo de la seguridad social no es la excepción, ya que en ella existen también un conjunto de premisas que conforman sus cimientos, sin los cuales perdería su identidad y razón de ser y en los que se basan, o debieran basarse, todos los sistemas de seguridad social.

Si bien es cierto de que dentro de la literatura referente a la seguridad social pueden encontrarse tan variado número de principios doctrinarios como autores relacionados con esta materia, los principios a continuación descritos fueron expuestos en su oportunidad durante el desarrollo del seminario y con base en las determinaciones tomadas en él, se reconocen los siguientes principios como básicos y de aceptación universal:

I. Universalidad

Este principio puede interpretarse en dos vertientes: una objetiva y otra subjetiva. Por un lado, la objetiva significa que la seguridad social debe cubrir todas las contingencias o riesgos a las que está expuesto el hombre, su familia y su patrimonio, en la propia sociedad, mientras que el enfoque subjetivo, refiere que todas las personas son iguales y tienen el mismo derecho de ser protegidos para garantizar los ingresos básicos a quienes lo necesiten y prestar asistencia médica completa.

Bajo esta premisa, como se observa en su definición misma, la seguridad social es un instrumento de protección para toda la sociedad, todos los miembros de la sociedad tienen deberes y derechos frente a la seguridad social, sin importar su condición social, económica, contributiva o laboral.

II. Solidaridad

Como se dijo anteriormente, en la búsqueda de mecanismos que le permitan que sus intereses y sus pertenencias no se vean afectados por alguna eventualidad, establece relaciones con otros miembros de su comunidad que permitan que, de darse la ocurrencia de alguna de dichas contingencias, hagan frente a éstas a través de la ayuda mutua. Esta conducta humana es tomada por la seguridad social como un mecanismo para expresar el esfuerzo de la comunidad en su propio beneficio, mediante la distribución de los efectos económicos de las contingencias entre el mayor número de personas; con ello, se hace efectivo el deber de la ayuda mutua.

Este principio tiene como consigna que cada uno de los miembros debe aportar al sistema de seguridad social según su capacidad de contribución y recibir prestaciones de acuerdo a sus necesidades; motivando con ello la redistribución de la riqueza con justicia social. Esta solidaridad implica entonces que la aportación del sano se comparta con el enfermo, así como la del joven con la del anciano (intergeneracional u horizontal); pero también la de los que más tienen con los que menos tienen, es decir, entre las personas de diferentes ingresos (intrageneracional o vertical).

III. Equidad o Igualdad

Si bien con el principio de Solidaridad se determina que los miembros de la sociedad participen de acuerdo con sus posibilidades de contribución, resulta de vital importancia que esta distinción no esté presente al momento de que sean requeridos los servicios de atención médica. Por ello, este principio establece que todas las personas deben ser amparadas igualitariamente ante una misma contingencia, es decir, que el tratamiento debe ser adecuado a efectos de que la prestación cubra en forma adecuada el riesgo en cuestión, independientemente de las desigualdades sociales y económicas.

IV. Obligatoriedad

Dado que la seguridad social es un deber y un derecho de todos los ciudadanos, es necesario que todos los miembros de la sociedad estén obligados a contribuir a su financiamiento y a velar por su correcto y adecuado desarrollo, como actores participantes en la gestión de la seguridad social, para el logro de su perfeccionamiento y consolidación.

V. Integralidad

Es el amparo de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. La integralidad se expresa en el amparo de todas las contingencias que acechan al hombre, desde su nacimiento hasta su muerte.

VI. Perennidad

La existencia de un sistema de seguridad social debe ser perpetua, ya que en el caso de que el sistema se viera interrumpido, los derechos de los trabajadores podrían perderse dejando desprotegido al trabajador, o bien, las obligaciones del patrón y del propio Estado podrían verse duplicadas.

VII. Unidad

Supone la implantación de un sistema de manera tal que toda institución estatal, paraestatal o privada, que actúe en el campo de la previsión social, debe hacerlo bajo una cierta coordinación para evitar desperdicios y duplicaciones de recursos humanos y materiales. Se concibe entonces este principio como una tendencia hacia la unidad del sistema de seguridad social, la coherencia y coordinación armoniosa de los organismos encargados de prestar el servicio, la articulación de las políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

D. Sistemas de Asistencia Médica

“La asistencia médica prevé el mantenimiento, restablecimiento y mejora de la salud de las persona”⁴. Si bien este principio debería estar encaminado a la protección integral de todos y cada uno de los miembros de la sociedad, resulta evidente que el alto costo que el beneficio de la asistencia médica representa para el gobierno, lo convierte meramente en un ideal más que en una realidad, particularmente en aquellos países en desarrollo.

En gran medida derivado de esa situación, a nivel mundial se desarrollaron principalmente dos grandes sistemas de organización de los servicios médicos, conocidos como “Sistemas Directos” y “Sistemas Indirectos”.

⁴ Organización internacional del Trabajo, *Principios de la Seguridad Social*, Ginebra, 2001.

I. Sistemas Indirectos

El caso de los sistemas indirectos, consisten principalmente en el establecimiento de acuerdos pactados entre las autoridades responsables de la seguridad social nacional con los prestadores de servicios profesionales privados de atención médica, en los que se estipulan los honorarios por dichos servicios y los precios de los materiales y medicamentos en ellos utilizados.

Dadas las dificultades que constituye controlar y verificar la adecuada prestación de los servicios dentro de este tipo de sistemas, se desarrollan mecanismos para contrarrestar los abusos presentados, tales como, que la seguridad social participe sólo con una parte de los honorarios y el afiliado pague el resto, o bien, que el afiliado pague inicialmente los honorarios y posteriormente los representantes de la seguridad social se los reembolsen total o parcialmente.

II. Sistemas directos

A diferencia de los sistemas indirectos, en la prestación de asistencia médica directa, las propias instituciones responsables de la seguridad social son propietarias, dirigen y controlan las instalaciones médicas necesarias y administran a su personal médico.

Es de recalcar que ambos sistemas muestran puntos a favor y en contra de su operación, ya que si bien por una parte los servicios directos pueden proporcionarse con eficacia, controlando adecuadamente los costos operativos y consiguiendo una difusión geográfica correcta, en éstos a menudo se presenta una gran burocracia, la falta de la libre elección de médico, la pérdida de la importante relación personal entre médico y paciente, y las limitaciones en cuanto a población abarcada, dado que tiene que servir solamente a los afiliados del régimen.

En el siguiente cuadro⁵ se presenta de forma general, las ventajas y desventajas de ambos sistemas de servicios de salud:

⁵ Organización internacional del Trabajo, *Seguro Social de Salud*, Ginebra, 2001.

TIPO DE SISTEMA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Prestación directa en establecimientos del seguro de salud	<ul style="list-style-type: none"> Control directo de los precios y la calidad. Planificación de la infraestructura más fácil para el seguro de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Burocracia. Falta de incentivos para ofrecer buena calidad. Casi un monopolio. Posible conflicto de intereses.
Prestación indirecta en establecimientos contratados	<ul style="list-style-type: none"> Separación de intereses. Cancelación más fácil de la cooperación. Mejor calidad a raíz de la motivación y la competencia. Fuente de ingresos adicionales para los establecimientos, lo que también puede mejorar la calidad para los pacientes del seguro de salud. Múltiples métodos de administración, propiedad, calidad y organización. Mayor flexibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> En el seguro de salud hacen falta administradores calificados que sepan negociar. Peligro de soborno y corrupción. Se necesitan más disposiciones y marcos jurídicos.

E. Problemática Actual de los Seguros de Salud en la Seguridad Social

Las condiciones de salud de la población mexicana han experimentado un progreso marcado durante las décadas más recientes y las autoridades han intentado mejorar el funcionamiento del sistema de salud, sin embargo, la política de salud en México enfrenta retos importantes para garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y mejorar la eficiencia del sistema.

Para garantizar la atención oportuna de la salud de la sociedad mexicana, primeramente es necesario identificar aquellos factores que limitan el desarrollo de la Seguridad Social de la Salud. Con respecto a estos factores adversos del crecimiento nacional, se destacan los siguientes:

I. Contexto social y económico

Si medimos a nuestro país respecto del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, encontramos que México es el segundo país más pobre de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), después de Turquía, con un ingreso per cápita que se sitúa en niveles medios con respecto a los países de América Latina⁶. En 2004, de acuerdo con cifras de este organismo, su PIB per cápita fue de 9,989 dólares, mientras que el de los Estados Unidos alcanzó los 39,590 dólares, lo que representó apenas una cuarta parte del de Estados Unidos⁷.

⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, París, 2005.

⁷ Ídem, cifras actualizadas al año 2004

México también muestra una de las distribuciones del ingreso y la riqueza más desiguales del mundo. En 2000, entre 13 y 14 por ciento de la población vivía con menos de \$1 dólar diario y 46 por ciento con \$2 dólares diarios y más de una cuarta parte de la población mayor de 15 años de edad no había terminado la educación primaria⁸.

Las desigualdades también tienen una dimensión geográfica. Los ingresos per cápita en los estados más ricos, como el Distrito Federal y Nuevo León son entre 4.4 y 6.4 veces mayores que el ingreso per cápita en los estados más pobres, como Chiapas y Oaxaca⁹.

El índice de marginación, que es una medida-resumen que permite diferenciar entidades federativas y municipios según el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas, por lo general resulta más alto en entidades del centro y el sur del país, como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz e Hidalgo, las entidades federativas con el mayor grado de marginación, que en estados del norte como Coahuila, Baja California y Nuevo León, además del Distrito Federal¹⁰.

Índice de marginación por entidad federativa, 2000



Fuente: CONAPO (2001) *Índices de Marginación 2000*, estimación basada en INEGI: *XII censo General de Población y vivienda 2000*.

Derivado de lo anterior, existen disparidades entre estados en lo que se refiere a la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos como agua potable, servicios de drenaje, pisos

⁸ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, París, 2005.

⁹ Ídem

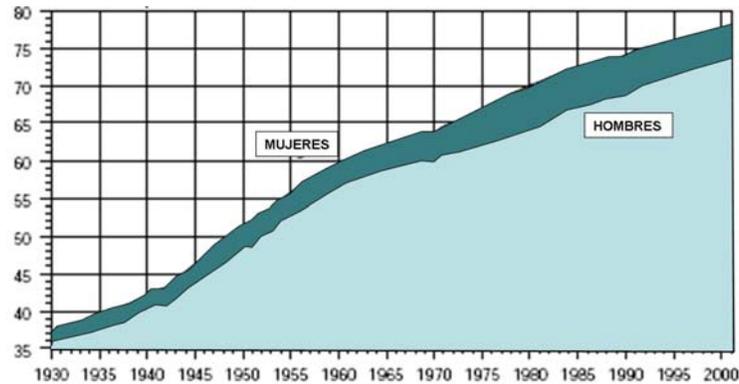
¹⁰ Consejo Nacional de Población, *Índices de marginación 2000*, México, 2001.

no de tierra y educación, situación que se reflejan en las condiciones de salud. Las zonas más ricas del país tienen un perfil epidemiológico más cercano al de países más desarrollados, mientras que las enfermedades contagiosas aún son una causa importante de muerte en los estados más pobres.

II. Características demográficas

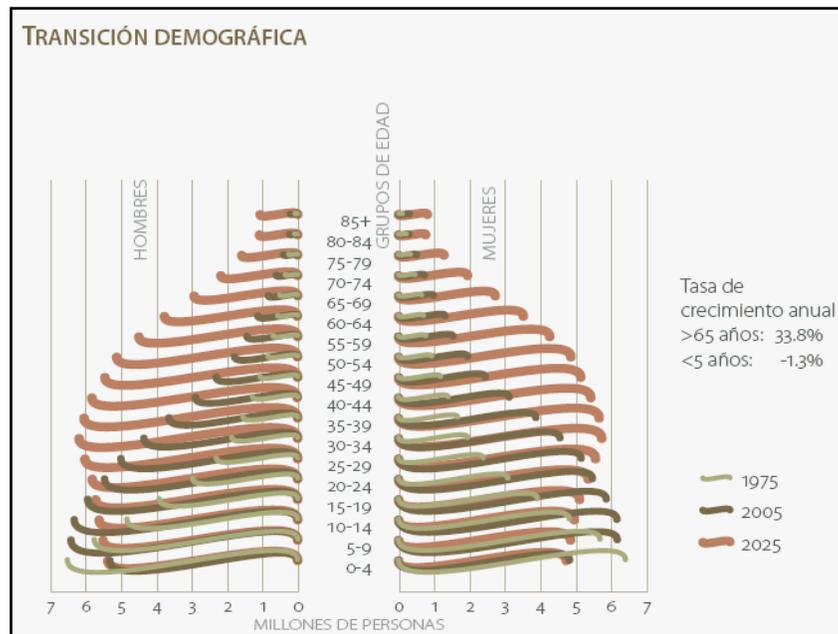
Gracias a los grandes avances que se han registrado en el campo de la salud, en México éste ha mejorado en el último medio siglo, lo que se ha visto reflejado en el considerable incremento en la esperanza de vida de los mexicanos a su nacimiento: se estima que la esperanza de vida para 1930 era de 36.2 años (35.5 para los hombres y 37.0 para las mujeres). En contraste, la vida media de los mexicanos en la actualidad alcanza en promedio los 75 años (73.4 años la masculina y 77.9 años la femenina), es decir, más del doble que hace 70 años.

Aumento de la esperanza de vida al nacimiento en México, 1930-2001



Fuente: CONAPO, *La Población de México en el Nuevo Siglo*, México 2001

En lo que respecta a la edad de la población, se observa un envejecimiento paulatino, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años.



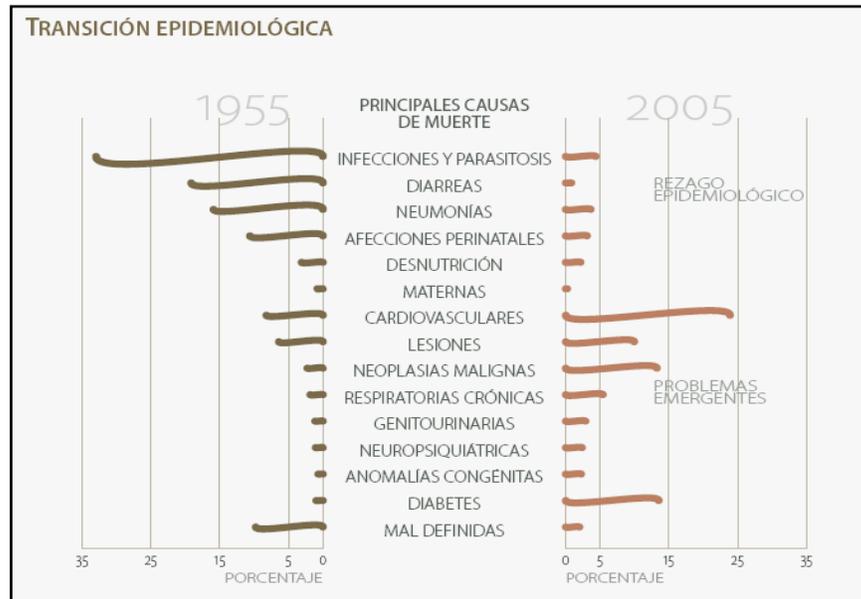
Fuente: La Salud en México: 2006/2012, VISIÓN DE FUNSAIUD

Lo anterior surge en gran medida como consecuencia de la baja en las tasas brutas de fertilidad en la población, la cual pasó de 7.2 hijos por mujer entre 15 y 49 años de edad en 1960, a 2.4 hijos en el año 2000, así como de la tasa de mortalidad, que entre los años 1898 y 1993 cayó de 31 a 4.7 defunciones por cada 1000 habitantes vivos.

III. Transición epidemiológica

Como resultado de las condiciones demográficas que ha sufrido nuestro país, se ha experimentado una transición epidemiológica. En la década de los años 30, 8 de los 10 principales padecimientos responsables de la mortalidad, correspondían a enfermedades de tipo infeccioso, tales como la diarrea, la influenza y la neumonía, así como los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción. No obstante estas causas también se han modificado, ya que las infecciones comunes que ocupaban los primeros sitios entre las causas de muerte, fueron desplazadas por las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales y adicciones, así como las lesiones accidentales e intencionales, es decir, enfermedades no transmisibles. Entre 1950 y 2004 las diarreas pasaron de producir 14% de las muertes en el país a menos de 1%. En contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar 44% de las muertes en 1950 a 74% en el año 2004. El porcentaje atribuible a las lesiones, sea por violencia o por accidentes, pasó de 6 a casi 11% en ese mismo periodo.

De este factor es importante destacar que el tratamiento para los padecimientos no transmisibles y las lesiones resultan más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.



Fuente: La Salud en México: 2006/2012, VISIÓN DE FUNSAIUD

IV. Cobertura

Aún cuando dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos existen artículos específicos donde en los que se establece el derecho de cada persona a recibir protección de la salud, México es uno de los países que no ha logrado la cobertura universal de los servicios de salud.

De acuerdo con las cifras de la Secretaría de Salud y de las proyecciones, en el año 2005 la población total de México ascendía a 106,451,679 personas, de las cuales 48,272,172 tienen acceso a los servicios de salud brindados por alguna institución de la seguridad social, mientras que las restantes 58,179,507 carecían de cualquier tipo de servicio. Esto significa que apenas el 45.35% de la población está cubierta por la Seguridad Social del país¹¹.

V. Insuficiencia de Recursos

La insuficiencia de recursos se encuentra estrechamente relacionada con el perfil demográfico y epidemiológico del país, el cual obliga a movilizar mayores recursos financieros con el fin de atender problemas de salud de la población. Con el aumento en la esperanza de vida de la población, el rápido proceso de envejecimiento y el cambio en los patrones de las enfermedades de la población provoca que los tratamientos y las prestaciones de salud sean de un mayor costo, más prolongadas y de un grado superior de complejidad. De acuerdo con las cifras de la OCDE, México se encuentra dentro de las naciones con menor gasto relativo, con sólo 6.2% del PIB. Esta cifra equivale

¹¹ Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, *Boletín de Información Estadística No. 25*, México, 2005. Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002.

a 41% del gasto en salud de los Estados Unidos, que es el país que destina mayores recursos a este rubro en todo el mundo, y a 63% del de Uruguay, el país latinoamericano que dedica mayor proporción del PIB para la atención a la salud.

VI. Ineficiencia

Se refleja en una baja productividad de los recursos en algunas instituciones (médicos, consultorios y quirófanos), mientras que en otras el problema es de una utilización excesiva de los recursos asociada a un exceso en la demanda que pone en riesgo la calidad de la atención. El número de consultas por consultorio es una medida que relaciona la disponibilidad de recursos e insumos y la utilización de los servicios por los usuarios. En el sector público de México, el promedio diario de consultas por consultorio en 2001 fue de 23.31, cifra que se ubica dentro del intervalo considerado como aceptable: 12 a 24 consultas diarias por consultorio. Sin embargo, hay ocho entidades federativas que muestran una productividad mayor a la recomendada, hecho que podría expresar una utilización excesiva de recursos con tiempos de consulta menores a los considerados como apropiados¹².

VII. Inadecuada calidad

Se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud. Lo mismo en el sector público que en el privado, existe una enorme variación en la calidad con la que operan los servicios; si bien hay unidades públicas y privadas de salud de excelencia, también existen centros de atención ambulatoria y hospitales que ofrecen servicios de baja efectividad y son inseguros.

VIII. Tecnología

Las continuas innovaciones tecnológicas en el sector de la salud durante las últimas décadas, han incrementado la salud y el bienestar de la población, sin embargo, estos avances han hecho que los precios de los productos y los servicios para la salud se incrementen a un ritmo mayor.

IX. Insatisfacción

Es un reflejo de la calidad heterogénea de los servicios. Por ejemplo, los datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, en el año 2000, indican que los usuarios no están del todo satisfechos con la calidad de la atención, con los tiempos de espera y con el trato recibido. Si bien se han hecho progresos importantes en la atención pronta, en el trato digno a los usuarios y en el abasto de medicamentos, estos progresos deberán extenderse a todo el sistema para mejorar el nivel general de satisfacción de los usuarios con los servicios.

¹² Secretaría de Salud, Salud: México 2001, México, 2002.

Cuando se analiza detenidamente la problemática que sufre nuestro país en diversos ámbitos que afectan de forma directa la salud de la población y el acceso y la calidad de la atención médica que se otorga, y se retrocede un poco a la concepción de los principios doctrinarios en los que se asienta la seguridad social, resulta poco alentador observar que existe un rezago muy importante en esta materia, ya que prácticamente se incumple con todos estos principios; particularmente resultan más preocupantes los casos de la universalidad, donde menos de la mitad de la población no cuenta con la cobertura de algún sistema de seguridad social, o de la equidad, en donde las diferencias de los ingresos de la población entre las entidades federativas se ven claramente reflejadas en calidad de la atención médica que reciben.

Derivado de lo anterior, es necesario comentar que si bien los distintos niveles de gobierno en nuestro país han realizado importantes esfuerzos para mejorar la calidad de la salud de los mexicanos, estos esfuerzos deben ser redoblados ya que es grande la tarea que aún tienen que llevar a cabo para alcanzar los niveles óptimos de atención que se requieren.

Capítulo 2: Marco Legal en Materia de Seguros de Salud de la Seguridad Social

Como se pudo observar en el capítulo anterior, el origen de la seguridad social proviene principalmente de la lucha de la sociedad, particularmente de la clase trabajadora, por obtener mejores condiciones de trabajo y por ende, una mayor calidad de vida, así como de la preocupación de los gobiernos por alcanzar el desarrollo pleno de sus ciudadanos.

Esta lucha ha llevado a que la seguridad social en materia de salud sea un derecho de todos los trabajadores por obtener su bienestar y el de su familia, a través de las prestaciones económicas y en especie que le aseguren el acceso a los servicios médicos en caso de presentarse alguna contingencia.

Derivado de ello, los gobiernos han establecido mecanismos que impulsan el mejoramiento día con día de las condiciones de salud de su población, para que esto se vea reflejado en el desarrollo óptimo como país. Dichos mecanismos se encuentran señalados en diversas leyes y tratados que integran el orden jurídico de la nación.

Dado que México no es la excepción a esta condición, resulta procedente que, para los fines de fortalecer el propósito de este estudio, se realice una revisión al marco legal que impera en nuestro país, a fin de conocer las condiciones de aseguramiento, las prestaciones que otorgan y los grupos objetivo a los que se enfocan la distintas instituciones que brindan servicios de salud.

A. Jerarquía del Orden Jurídico Mexicano

El orden jurídico de un país es un conjunto de normas vigentes de Derecho que rigen su actuar, integrado por diversas instancias tales como la constitución federal, los tratados internacionales, leyes federales, leyes locales, reglamentos y normas jurídicas individualizadas, todas ellas interrelacionadas entre sí, que constituyen un sistema jerarquizado. Esto quiere decir, que cada una de las normas que lo constituyen, tienen una ponderación o grado de importancia, generalmente expresada a partir del ámbito territorial de su aplicación, pero siempre teniendo en común que se deriva de una norma fundamental o suprema.

Cabe resaltar que en nuestro país, el ordenamiento jurídico se compone por un lado de un orden de tipo federal, cuyo ámbito de aplicación se extiende en todo el territorio nacional, mientras que el de tipo local, es aplicable en cada uno de los estados de la República de forma individual. Bajo esta premisa puede entonces identificarse la siguiente clasificación de normas que integran el Ordenamiento Jurídico Mexicano, de acuerdo con su jerarquía:

NIVEL FEDERAL	NIVEL LOCAL
1. Constitución Federal	1. Constituciones Estatales
2. Tratados internacionales	2. Leyes estatales
3. Leyes federales	3. Leyes reglamentarias
4. Leyes reglamentarias	4. Leyes municipales
5. Normas individualizadas	5. Normas individualizadas

Sin embargo, es importante mencionar que para los efectos del análisis que se pretende, se revisarán a detalle las normas de tipo federal vigentes en el país en materia de seguridad social, particularmente enfocadas al ámbito de salud y en los niveles que corresponden a la constitución federal, a los tratados internacionales y lo concerniente a las leyes federales. Por ello, a continuación se detallarán las características principales de esta clasificación.

I. Nivel federal

La Constitución federal es un término que procede del latín *cum* - con y *statuere* - establecer. Es un conjunto de normas que fijan la estructura fundamental del Estado, define las relaciones entre los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, estableciendo así las bases para su gobierno y organización de las instituciones en que tales poderes se asientan. También se establece en ella los derechos fundamentales del pueblo.

De acuerdo con el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cláusula de la supremacía constitucional, dispone que la Constitución sea la “Ley Suprema para toda la Unión”. Por ello, el resto de las leyes, federales o locales, deberán apegarse a las disposiciones constitucionales, y bajo ninguna circunstancia pueden contrariarla o invalidarla.

Los tratados o convenios internacionales son acuerdos que celebran dos o más Estados a nivel internacional. Son celebrados por el presidente de la República y deben ser aprobados por la Cámara de Senadores para ser obligatorios. Por interpretación de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a partir de 1999, los tratados se ubican jerárquicamente por encima de las leyes federales pero en un segundo plano respecto de la constitución federal. Como ejemplo puede mencionarse el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo.

Las leyes federales son los preceptos emitidos por el H. Congreso de la Unión para atender materias reguladas en los artículos constitucionales y cuya aplicación cubre a todas las entidades federativas del país. Estas leyes están concebidas para examinar la organización de los poderes públicos, así como para regular el actuar de los ciudadanos en los casos de la materia de estudio en particular. Se pueden mencionar como ejemplos la Ley del Seguro Social y la Ley General de Salud.

Las leyes reglamentarias son aquellos preceptos en los que se determinan de una forma más específica las disposiciones sobre las normas generales contenidas en los artículos constitucionales o en leyes federales, tal es el caso del Reglamento de Servicios Médicos de la Ley del Seguro Social.

Las normas individualizadas se refieren a casos concretos aplicables a uno o varios individuos como los contratos, las sentencias judiciales, resoluciones administrativas y testamentos.

B. Artículo 123 Constitucional

Bajo el Título Sexto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos implantada en el año 1917, se encuentra un artículo único en el que se contemplan los lineamientos básicos en materia de Trabajo y, de mayor interés para el desarrollo del presente trabajo, algunas fracciones referentes al aspecto de la Seguridad Social en salud.

Este artículo establece el derecho de toda persona a un trabajo digno y socialmente útil¹, para lo cual resulta necesaria la creación de empleos y una organización social del trabajo. Además

¹ *Agenda de Seguridad Social 2007*, México, Ediciones Fiscales ISEF, 2006

instruye de forma general las principales condiciones, obligaciones y derechos de los mexicanos en este rubro.

Desde su implementación en 1917, este artículo se ha visto reformado en diversas ocasiones, destacando para nuestro estudio las siguientes modificaciones:

- En enero de 1929 se reforma la fracción XXIX, declarándose de utilidad pública la expedición de una Ley del Seguro Social. Con ello, la primera Ley Federal de Trabajo se promulga en 1931 mientras que la expedición de la primera Ley del Seguro Social demoró hasta 1943.
- El 5 de diciembre de 1960 se adiciona el Apartado B y se incorporan al texto constitucional los derechos de los trabajadores al servicio de la Federación.
- En diciembre de 1974 se hacen reformas a las fracciones II, V, VI, XV, XXV y XXIX, donde se declara de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y extiende su cobertura a los trabajadores no asalariados, campesinos y de otros sectores sociales.

Bajo la estructura que presenta actualmente el citado artículo, es posible observar una división en dos grandes apartados: el Apartado A, que contempla las relaciones de trabajo entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos y en general de cualquier contrato laboral, mientras que el Apartado B, regula el mismo tipo de relaciones laborales y de seguridad social que en el A, pero en este caso de los miembros de los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y los trabajadores de los mismos.

Para cada uno de estos apartados se establecen las bases mínimas de Seguridad Social de los trabajadores y sus familiares: cobertura de accidentes, enfermedades profesionales, las enfermedades no profesionales y maternidad, la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

De los beneficios de enfermedad y maternidad se instruye lo siguiente:

RAMA	BENEFICIOS	
	APARTADO A: SECTOR PRIVADO	APARTADO B: SECTOR PÚBLICO
Enfermedades Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Los trabajadores contarán con servicio de seguridad social; • Deberá extenderse a los familiares, a los no asalariados y a otros sectores sociales; • Los patrones deberán pagar indemnización correspondiente según las leyes lo determinen; aún en caso de que sea intermediario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los trabajadores contarán con servicio de asistencia médica y medicinas; • Se extenderá el servicio a los familiares de los trabajadores, según la ley; • Se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • No deberán realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; • Gozarán forzosamente de un descanso de 6 semanas anteriores a la fecha aproximada al parto y 6 semanas posteriores; • Percibirá su salario íntegro y 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el embarazo de las mujeres, no deberán realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; • Gozarán forzosamente de un descanso de un mes anterior a la fecha aproximada al parto y de otros 2 después del mismo; • Percibirá su salario íntegro y conservará su empleo y los derechos que hubiera adquirido

BENEFICIOS	
<p>conservará su empleo y los derechos que hubiera adquirido por relación de trabajo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el periodo de lactancia tendrán 2 descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos; • Disfrutará del servicio de guarderías infantiles. 	<p>por relación de trabajo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el periodo de lactancia tendrán 2 descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos; • Disfrutará de asistencia médica, obstétrica y de medicinas; ayudas para lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

Finalmente en fracción XIII del apartado B² se hace distinción de los cuerpos de la Defensa Nacional, personal del servicio exterior, del Ministerio Público de la Federación y de las instituciones policiales, estableciendo que será el Estado quien proporcione a los miembros las prestaciones de seguridad social en términos similares y a través del organismo encargado de la seguridad social de los componentes de dichas instituciones.

Cabe destacar que lo expuesto dentro del artículo 123 constitucional, da origen a las 4 leyes federales regidoras de la seguridad social en materia de salud en nuestro país: la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y la Ley General de Salud.

Más adelante en este capítulo, se precisarán las generalidades, prestaciones, condiciones y medios de financiamiento en cada una de estas leyes.

C. Tratados y Convenios Internacionales

Los esfuerzos por reconocer a la seguridad social como un derecho de todos los ciudadanos, incluyendo el derecho a la salud, a la atención médica, al trabajo, a una vejez digna y a la provisión de medios de subsistencia, empezaron a formar parte de la agenda mundial hacia la segunda mitad del siglo XX; parte de este esfuerzo se vió reflejado en la creación en 1919 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un organismo tripartito compuesto por gobiernos, empleadores y trabajadores que tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores.

Desde su creación se convirtió en la principal promotora de la seguridad social. Para la obtención de este propósito, la Organización cuenta con dos importantes instrumentos: uno de carácter jurídico, en el que a partir de la realización de conferencias internacionales se adoptan diversas declaraciones, convenios y recomendaciones, cuyo objetivo es definir, impulsar y fortalecer

² *Agenda de Seguridad Social 2007*, México, Ediciones Fiscales ISEF, 2006

las prestaciones mundiales en la seguridad social; y otro de carácter técnico, donde se llevan a cabo programas de asistencia a los países y entidades que la requieran.

De entre las múltiples instancias que han surgido como resultado de estas conferencias, resulta de suma importancia para el campo de estudio de la seguridad social en materia de salud, analizar el contenido de los convenios 102, en el que se establecen las bases mínimas de las prestaciones de la seguridad social, 3 y 103, relacionados con la protección del rubro de maternidad; además de la recomendación número 134 que refiere a la cobertura de la asistencia médica y de las prestaciones monetarias como consecuencia de una enfermedad.

I. Convenio 102 - Norma Mínima de la Seguridad Social

En 1952 se adoptó el Convenio 102 sobre la seguridad social, conocido también como Norma Mínima, que establece un precedente importante para la legislación en la materia, ya que en él se definen las condiciones mínimas generales de cómo deben brindarse cada una de las nueve ramas de la seguridad social, sin que esto represente una imposición para los países que lo ratifiquen, ya que cada uno deberá desarrollar sus programas de acuerdo con sus propias necesidades y recursos. En el caso de nuestro país, se tuvo a bien ratificar este convenio hasta el año de 1961.

Las prestaciones que se contemplan en el convenio son: asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, de vejez, por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, prestaciones familiares, de maternidad, por invalidez y prestaciones de sobrevivientes. Sin embargo, en el siguiente cuadro se podrán observar las coberturas y condiciones sólo de aquellos rubros que son de interés para este trabajo:

TIPO DE PRESTACIÓN	COBERTURA	A QUIEN SE OTORGA	CONDICIONES DE OTORGAMIENTO	DURACIÓN
Asistencia médica (preventiva o curativa)	<p>Esta prestación cubre todo estado mórbido sin importar la causa, embarazo, parto y sus consecuencias.</p> <p>i) Estado mórbido: asistencia médica general, asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas y la prestada fuera de los hospitales; suministro de productos farmacéuticos; hospitalización en caso necesario.</p> <p>ii) Embarazo, parto y sus consecuencias: asistencia prenatal, durante el parto y puerperal; hospitalización en caso necesario.</p>	<p>Categorías prescritas de asalariados (50% de todos los asalariados), de la población económicamente activa (al menos que constituya el 20%) o los residentes del país (por lo menos el 50%), así como sus cónyuges e hijos.</p>	<p>Periodo de calificación necesario para evitar abusos.</p>	<p>Durante la presencia de la contingencia cubierta, pudiendo limitarse a 26 semanas.</p>

TIPO DE PRESTACIÓN	COBERTURA	A QUIEN SE OTORGA	CONDICIONES DE OTORGAMIENTO	DURACIÓN
Prestaciones monetarias de enfermedad	Cubrirá incapacidad para trabajar, resultante de un estado mórbido, cuando la contingencia entrañe la suspensión de ganancias, según la legislación nacional. La prestación consistirá en un pago periódico, calculado según las disposiciones del propio Convenio.	Categorías prescritas de asalariados (50% de todos los asalariados), de la población económicamente activa (al menos que constituya el 20%) o los residentes del país (por lo menos el 50%), así como sus cónyuges e hijos.	Periodo de calificación necesario para evitar abusos.	Durante la presencia de la contingencia cubierta, pudiendo limitarse a 26 semanas y con la posibilidad de no pagarse los tres primeros días.
Prestaciones de maternidad	Esta prestación cubrirá embarazo, parto y sus consecuencias y la suspensión de ganancias resultantes de los mismos, teniendo entonces como fin restablecer o mejorar la salud de la mujer protegida, su capacidad para trabajar y hacer frente a sus necesidades personales. La prestación comprenderá la asistencia médica prenatal, durante el parto y la asistencia puerperal; hospitalización si es necesaria; pago periódico en casos de suspensión de ganancias, conforme al Convenio.	Categorías prescritas de asalariados (50% de todos los asalariados), de la población económicamente activa (al menos que constituya el 20%) o los residentes del país (por lo menos el 50%) o las cónyuges de los asalariados de las mismas categorías.	Periodo de calificación necesario para evitar abusos.	Durante el transcurso de la contingencia, con excepción de los pagos periódicos, en los que podrá limitarse a doce semanas.

Ahora bien, para el cálculo de los pagos periódicos mediante los cuales se otorgan las prestaciones monetarias con base en el salario de cotización de cada trabajador, el convenio establece una cuantía mínima para éstas, mediante la tabla denominada “de Beneficiarios Tipo”, de la que se muestra un extracto:

CONTINGENCIAS	BENEFICIARIOS TIPO	PORCENTAJE
Enfermedad	Hombre con cónyuge y dos hijos	45
Maternidad	Mujer	45

No obstante, desde la adopción de este convenio el monto de los porcentajes se ha visto actualizado a través de la emisión de nuevos convenio o de la revisión de los ya existentes.

Es de destacar que la mayoría de los países, aún teniendo esquemas de seguridad social, no cubren la totalidad de las prestaciones estipuladas, en especial el seguro de desempleo y las asignaciones familiares, o bien su cobertura en términos de la población beneficiada, está por debajo de la norma mínima.

Si bien este convenio se puede considerar como el de mayor importancia en términos de la seguridad social, también se han emitido algunos otros convenios y/o recomendaciones más especializados para las diversas ramas de ésta, siendo de particular interés para este trabajo aquellos donde se delimitan las protecciones mínimas en los ramos de maternidad, asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad. De ellos se destacan los siguientes:

II. Convenio 3 - Sobre la Protección de la Maternidad

Este convenio fue emitido en el marco de una reunión celebrada en octubre de 1919 y en él se determina la protección a la que tendrán derecho las mujeres empleadas antes y después del parto, así como de las indemnizaciones por la maternidad.

En él se determina que la mujer no podrá laborar durante un periodo de seis semanas después del parto y podrá salir de su empleo seis semanas previas al mismo, presentando un certificado médico. Durante este periodo de ausencia tendrá derecho a recibir prestaciones suficientes para su manutención y la de su hijo, mismas que serán satisfechas por el Estado o mediante un sistema de seguro, así como la atención gratuita de un médico o partera. En caso de que amamante a su hijo, tendrá derecho a dos descansos de media hora para permitir la lactancia.

Asimismo, indica que resultará ilegal que se comunique a la mujer su despido durante el periodo comprendido entre las 12 semanas alrededor de la fecha de parto, o bien, en caso de que este periodo se extienda con motivo de una enfermedad derivada del embarazo o el parto.

III. Convenio 103 - Sobre la Protección de la Maternidad (Revisado)

Este convenio, celebrado en julio de 1952, corresponde a una revisión de las prestaciones dentro del convenio 3, de la que resulta un documento con una descripción más detallada de los beneficios que se otorgan y la incorporación de nuevos conceptos que anteriormente no se habían considerado.

Este convenio señala que las mujeres empleadas en empresas industriales y en trabajos no industriales y agrícolas y las asalariadas que trabajen en su domicilio, podrán gozar de un descanso de maternidad de duración de al menos doce semanas, mediante la presentación de un certificado médico que indique la posible fecha del parto, siendo obligatorio el periodo de descanso posterior al parto de no menos de 6 semanas. Además señala que en el caso de presentar una enfermedad como consecuencia del embarazo, se prevé la aplicación de un periodo suplementario de descanso previo al nacimiento, o bien, posterior a éste si se presenta enfermedad alguna derivada del parto.

Señala también el derecho a recibir tanto prestaciones en dinero como en atención médica, indicando que las primeras deberán ser suficientes para garantizar la manutención de ella y la de su hijo, en tanto que las segundas deberán comprender la asistencia médica en todas las etapas de la

gestación, así como la hospitalización. En ambos casos, las prestaciones se proporcionarán en virtud de un seguro social obligatorio o con cargos a los fondos públicos cuando la mujer reúna las condiciones prescritas, o con cargo a los fondos de la asistencia pública en el supuesto que no cumpla con éstas.

Finalmente se indica la interrupción del trabajo en uno o varios periodos durante la lactancia, en lugar de los dos lapsos de 30 minutos mencionados en el Convenio 3, además de que se determina que estas interrupciones deberán contarse como horas de trabajo y remunerarse como tales.

IV. Recomendación 134 - Asistencia Médica y Prestaciones Monetarias de Enfermedad

La recomendación 134, emitida en junio de 1969, promueve que se extienda la cobertura de la asistencia médica a aquellas personas cuyo empleo sea de carácter ocasional; los miembros de la familia del empleador que vivan en su hogar, todas las personas económicamente activas; las cónyuges e hijos de las personas antes citadas y en general a toda la población. Este documento sugiere entre otras cosas:

- Una prestación monetaria en caso de ausencia del trabajo con pérdida de ganancias, cuando el interesado deba recibir asistencia médica curativa o preventiva; esté aislado como resultado de una cuarentena; se encuentre en observación médica con fines de readaptación; o tenga un permiso de convalecencia.
- Suministro de instrumentos de ayuda médica y servicios de convalecencia dentro de la asistencia médica, sin que el recibirlo deba estar ligado a un periodo de calificación.
- El beneficiario no debiera participar en el costo de la asistencia médica si sus recursos no exceden de sumas prescritas o si se trata de enfermedades con un tratamiento prolongado.
- Que se otorgue beneficiario que haya dejado de pertenecer a las categorías de personas protegidas asistencia médica durante toda la contingencia de una enfermedad previa.

D. Principales Disposiciones Federales en Materia de Salud como Parte de la Seguridad Social

Como ya se expuso en el primer apartado de este capítulo, dentro de la Jerarquía del Orden Jurídico Mexicano encontramos a las denominadas Leyes Federales, las cuales se ubican de forma inmediata inferior a los convenios o tratados internacionales y éstas surgen a partir de un conjunto de artículos específicos dentro de la Carta Magna de nuestro país.

En este caso, es el Artículo 123 constitucional el único artículo que da origen a las principales disposiciones federales en materia de salud dentro de la seguridad social:

- Ley del Seguro Social.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Ley General de Salud.
- Seguro Popular de Salud.
- Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

A continuación se describirán las características generales de cada una de estas leyes en lo que se refiere a los ramos de Enfermedades y Maternidad.

I. Ley del Seguro Social

La Ley del Seguro Social fue la primera ley establecida en nuestro país en materia de seguridad social. Ésta se publicó en el Diario Oficial de la Federación en enero de 1943, teniendo como objetivo el garantizar la protección y bienestar de la clase trabajadora y sus familias, a través de un seguro social organizado y administrado por un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, quien brindaría la atención médica integral y estaría financiado a través de la aportación del Estado, de los trabajadores asegurados y de sus patrones.

Una segunda ley surge para el año 1973, como resultado de importantes adiciones a la primera, de las que se destacan la ampliación de los beneficios del régimen obligatorio, la extensión de la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantación del ramo de guarderías en toda la república. Finalmente, en diciembre de 1995 se publica lo que se puede considerar como la tercera ley del Seguro Social, la cual entró en vigor a partir del 1 de julio de 1997 y que entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones que operaba hasta ese momento.

El seguro social consta de cinco rubros que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores, mismas que se otorgan a través de prestaciones en especie y en dinero. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo, Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y Guarderías y Prestaciones Sociales.

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio en el que están sujetos los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo

Federal a través del decreto respectivo; mientras que voluntariamente, pueden asegurarse los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patronos personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Actualmente, esta última ley es la que se encuentra vigente en nuestro país y que rige a la institución de seguridad social más grande de toda América Latina: el IMSS.

II. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Con la adición del Apartado B del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1959 y la aprobación y publicación de una iniciativa de ley en diciembre de ese mismo año, se dio origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual tiene como función primordial responder de forma integral a los rubros de la seguridad social. Originalmente la ley preveía la existencia de 14 seguros, prestaciones y servicios, entre éstos los relativos a protección de la salud, de préstamos y de pensiones.

Esta ley ampara a los trabajadores al servicio civil de la Federación, órganos públicos autónomos, del Gobierno del Distrito Federal y de otras entidades federativas, que por ley o por convenio del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen.

En 1983 se incrementan otras seis prestaciones, referentes a promociones culturales, deportivas, servicios funerarios, seguro de cesantía en edad avanzada y servicios a jubilados y pensionados; es en 1984 cuando entra en vigor la segunda Ley del ISSSTE, que mejoró prestaciones y empezó su organización administrativa.

Esta ley otorgaba un total de 21 servicios, prestaciones y servicios en rubros como: seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, servicio de reeducación y readaptación de inválidos, servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia, actividades recreativas y culturales, créditos para la adquisición de vivienda, arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto; préstamos hipotecarios, préstamos a corto y mediano plazo, pensiones de jubilación, seguros de vejez, invalidez y por causa de muerte, indemnización global, atención infantil, servicios funerarios, etc.

Una nueva ley del ISSSTE se publicó el 31 de marzo del 2007, en la que se mantienen los dos regímenes que venía operando: el obligatorio y el voluntario y en la que, entre otras cosas, se destaca la creación del PENSIONISSSTE, un organismo que administrará cuentas individuales de los trabajadores en los mismos términos que las administradoras de fondos para el retiro (AFORES) y que estará integrada por las subcuentas de Retiro, Cesantía de Edad Avanzada y de Vejez, así como del Fondo de Vivienda.

III. Ley General de Salud

El 30 de agosto de 1983 se publicó el decreto presidencial por el que el Ejecutivo Federal estableció las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. Sin embargo, no fue sino hasta febrero de 1984 cuando se publicó en el diario oficial de la federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º constitucional, donde se establece el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud y donde el Estado asumió su papel regulador de este derecho social.

Por medio de esta ley, el Estado garantiza a todas aquellas personas que carecen de cobertura dentro de la Seguridad Social, el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilizar y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de forma integral las necesidades de salud.

La ley establece funciones generales y específicas para garantizar el derecho a la protección de la salud. Como funciones generales se encuentran ser el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología, así como garantizar la equidad en la prestación de los servicios. Como funciones específicas están el combate a toda conducta perjudicial para la salud, la ejecución de programas y servicios para fomentarla, la asignación de los recursos, sistematizar la participación de la sociedad, la vigilancia de la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.

IV. Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular de Salud (SPS) se creó en el año 2001, funcionando como una prueba piloto en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Sin embargo fue hasta el mes de abril de 2003 cuando se aprobó una reforma a la Ley General de Salud que establece el Sistema de Protección Social en la materia, cuyo mecanismo operativo es el Seguro Popular de

Salud, mismo que entró en operación el 1° de enero de 2004. Este seguro responde a 3 principales objetivos:

- i) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- ii) Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.
- iii) Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

Los beneficios que otorga se brindan conforme a un catálogo de servicios y de medicamentos y se financia por aportación del Estado (gobiernos estatales y federal) y por las cuotas de las familias incorporadas, las cuales son proporcionales a su capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres. Este seguro ha visto un importante incremento en el número de familias incorporadas al seguro, pasando de 295,513 en 2002 a 3,756,791 al primer semestre de 2006, lo que repercute directamente en la calidad de vida del país

V. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

Teniendo como base los antecedentes de 1926, fecha en que se publica la "Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacionales", con fecha 29 de Julio de 1976 entró en vigor la primera "Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas", con el fin de otorgar bienestar a los miembros del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Marina Armada de México en servicio activo o en situación de retiro, a sus derechohabientes y pensionistas, a través de las diversas prestaciones y servicios a que tienen derecho, tales como: haber de retiro, pensiones, seguro de vida, seguro colectivo de retiro, venta de casas y departamentos, préstamos monetarios, centros de bienestar infantil, centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes, centros deportivos y de recreo y un servicio médico integral.

No obstante ésta no es la ley que se encuentra vigente en nuestro país, ya que con fecha 9 de julio de 2003, se publicó en el Diario Oficial una nueva ley que derogó a la de 1976. De esta ley es importante destacar que resulta ser la más completa de todas las leyes en nuestro país en materia de Seguridad Social y que además, prácticamente para todas las prestaciones que ésta otorga, es el Estado quien las financia íntegramente.

En los siguientes cuadros se enmarcan las principales características de cobertura, prestaciones y servicios, financiamiento y algunas otras generalidades de las leyes antes citadas, en lo que se refiere a los rubros de Enfermedades y Maternidad.

AÑO CREACIÓN / VIGENTE	GRUPO OBJETIVO	ENTIDAD ADMINISTRADORA	PRESTACIONES	CONDICIONES DE SELECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	ESTABLECIMIENTOS UTILIZADOS
Ley del Seguro Social						
1943 / 1997	<p>En el régimen obligatorio se otorga la cobertura a todos los empleados del sector privado.</p> <p>No obstante, de acuerdo con su art. 13, es posible que de forma voluntaria, se integren al régimen obligatorio a trabajadores autoempleados, no asalariados, domésticos, comuneros y ejidatarios, así como trabajadores de las administraciones públicas excluidos.</p>	El Instituto Mexicano del Seguro Social	<p>Las prestaciones en especie son:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) En el caso de enfermedad no profesional se brinda asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, hasta por 52 semanas, con opción a que se extienda hasta por 52 semanas más, en caso de persistir la enfermedad. ii) En lo que respecta a la maternidad se otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, asistencia obstétrica, ayuda de lactancia por 6 meses y una canastilla en el nacimiento. <p>Las prestaciones monetarias son:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Por enfermedad no profesional se pagará un subsidio por incapacidad a partir del cuarto día y hasta por 52 semanas, pudiéndose prorrogar hasta por 26 semanas más previo dictamen del instituto. Este será equivalente al 75% de su salario. ii) La mujer embarazada recibirá un subsidio equivalente al 100% de su salario. 	<p>Quedan cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> i) el trabajador asegurado; ii) el pensionado por: Incapacidad permanente total o parcial; invalidez; Cesantía en edad avanzada y vejez, viudez, orfandad o ascendencia; iii) Esposa(o) o en su defecto concubina(o); iv) hijos dependientes hasta 16 años o hasta de 25 años si son estudiantes de tiempo completo o hijos discapacitados. v) Padres dependientes económicamente del trabajador asegurado. 	<p>Los recursos para cubrir las prestaciones del seguro de salud y de los gastos administrativos, se obtendrán de las cuotas obrero-patronales y del Estado:</p> <p>En las prestaciones en especie, el Patrón y el Gobierno Federal cubrirán el 13.9% de un SMGVDF cada uno; adicional a ésta se pagará una cuota patronal equivalente al seis por ciento y otra obrera del dos por ciento, si el salario base de cotización es mayor a 3 veces el SMGVDF.</p> <p>Las prestaciones monetarias se financiarán con una cuota del 1% sobre el salario base de cotización: a los patrones les corresponderá pagar el setenta por ciento de dicha cuota; a los trabajadores, el veinticinco y al Gobierno Federal, el cinco por ciento restante.</p>	El Instituto Mexicano del Seguro Social es propietario y operador de sus instalaciones. Se podrá establecer convenios con otros organismos públicos o privados para que se otorguen los servicios del ramo de enfermedad y salud, o bien puede atender a pacientes de otras instituciones, conforme a su disponibilidad.

AÑO CREACIÓN / VIGENTE	GRUPO OBJETIVO	ENTIDAD ADMINISTRADORA	PRESTACIONES	CONDICIONES DE SELECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	ESTABLECIMIENTOS UTILIZADOS
Ley ISSSTE						
1959 / 2007	<p>Todos los trabajadores al servicio civil de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los tres Poderes de la Unión, de los órganos jurisdiccionales autónomos, los órganos con autonomía por disposición constitucional, del Gobierno del Distrito Federal y de los estados y municipios incorporados al Instituto por convenio.</p>	<p>El I.S.S.S.T.E., Administradores de Fondos para el Retiro (AFORES) y el Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE)</p>	<p>Se brindarán las siguientes prestaciones monetarias y en especie:</p> <p>Prestaciones Monetarias</p> <p>i) En caso de enfermedad que impida realizar las labores, el trabajador tiene derecho a gozar, solamente una vez cada año, de una licencia con goce de sueldo íntegro o medio sueldo, conforme a los años de servicio prestado.</p> <p>ii) En el caso de maternidad, la mujer trabajadora disfrutada de una licencia por tres meses percibiendo su sueldo íntegro.</p> <p>Prestaciones en Especie</p> <p>i) Atención médica integral hasta por 52 semanas para la misma enfermedad, que incluye: Atención médica de diagnóstico, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación.</p> <p>ii) Tratándose de maternidad, se otorgará asistencia obstétrica; ayuda para lactancia durante seis meses cuando exista algún tipo de incapacidad para amamantar al hijo, y una canastilla de maternidad.</p> <p>Dentro del mismo seguro de salud se deben mencionar la atención médica preventiva, tendiente a proteger la salud de los derechohabientes a través de programas que atiendan el control de enfermedades prevenibles por vacunación o transmisibles, la salud reproductiva y planificación familiar, la salud bucal, nutrición, la rehabilitación física y mental, entre otras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los trabajadores del gobierno (federal y algunos estatales) • Familiares derechohabientes que cumplan las condiciones también descritas (cónyuge, hijos dependientes hasta 18 años o hasta de 25 años si son estudiantes a tiempo completo e hijos discapacitados mayores de 25 años, padres económicamente dependientes y ascendientes que cumplan las mismas condiciones de los padres) • Al tratarse de la maternidad, quedan cubiertas todas las trabajadoras ya mencionadas, así como la esposa o concubina del trabajador o pensionado y las hijas de éstos que sean solteras, menores de edad y dependan económicamente del asegurado, siempre y cuando los derechos de quien se derive el beneficio (trabajador), hayan estado vigentes durante los seis meses anteriores a la fecha prevista para el parto. 	<p>Las prestaciones del seguro de salud se financian como sigue:</p> <p>i) <u>Para trabajadores en activo y sus derechohabientes:</u> Dependencias y entidades, 7.375% del sueldo básico; Gobierno Federal, Mensualmente una cuota diaria equivalente al 13.9% de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente el 1 de julio de 1997 y actualizado trimestralmente con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor; trabajador, 2.75% del sueldo básico.</p> <p>ii) <u>Para pensionados y sus derechohabientes:</u> Dependencias y entidades, 0.72% del sueldo básico; trabajador, 0.625% del sueldo básico.</p>	<p>Es propietario y operador de sus clínicas y hospitales. En caso de urgencia, se puede atender a los pacientes en unidades médicas de otra institución.</p>

AÑO CREACIÓN / VIGENTE	GRUPO OBJETIVO	ENTIDAD ADMINISTRADORA	PRESTACIONES	CONDICIONES DE SELECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	ESTABLECIMIENTOS UTILIZADOS
Ley General de Salud						
1984	<p>Toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>Se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, de acuerdo con lo estipulado en esta Ley y demás disposiciones aplicables.</p>	<p>La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.</p>	<p>Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:</p> <p><u>I. De atención médica:</u> La atención médica es el conjunto de servicios que se otorgan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.</p> <p>Se consideran como servicios básicos las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo las de urgencias, la atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, prevención y el control de las enfermedades buco-dentales, medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, nutrición, entre otras.</p> <p>II. De salud pública.</p> <p>III. De asistencia social.</p>	<p>Quedan cubiertos</p> <p>i) El trabajador asegurado;</p> <p>ii) el pensionado por: Incapacidad permanente total o parcial; invalidez; cesantía en edad avanzada y vejez, viudez, orfandad o ascendencia;</p> <p>iii) Esposa(o) o en su defecto concubina(o);</p> <p>iv) hijos dependientes hasta 16 años, hasta de 25 años si son estudiantes de tiempo completo o hijos discapacitados.</p> <p>v) Padres dependientes económicamente del trabajador asegurado.</p>	<p>La Federación y los gobiernos de las entidades federativas, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, aportarán los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general.</p> <p>No obstante, en algunos casos se podrán fijar cuotas de recuperación, para las cuales se considerará principalmente las condiciones socioeconómicas del usuario y el costo de los servicios.</p>	<p>Secretaría de Salud, Centros de Salud y Hospitales estatales.</p>

AÑO CREACIÓN / VIGENTE	GRUPO OBJETIVO	ENTIDAD ADMINISTRADORA	PRESTACIONES	CONDICIONES DE SELECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	ESTABLECIMIENTOS UTILIZADOS
Ley del Seguro Popular de Salud						
2001	Todos aquellos que no cuenten con cobertura de servicios de la salud por parte las instituciones de la Seguridad Social del país.	La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.	<p>El Seguro Popular otorgará 249 intervenciones médicas en las ramas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones Preventivas • Medicina Ambulatoria • Odontología • Salud Reproductiva • Embarazo, Parto y Recién Nacido • Rehabilitación • Urgencias • Hospitalización • Cirugía General <p>Así como 307 claves de medicamentos gratuitos.</p>	<p>Quedan cubiertos:</p> <p>i) Las familias o personas que residan en territorio nacional y que no sean derechohabientes de la seguridad social en salud, es decir, aquellos que trabajan por cuenta propia y no estén afiliados a alguna institución de seguridad social en salud como IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, etc.</p> <p>Se pueden afiliar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EL TITULAR, que puede ser el padre o la madre de familia unidos o no en vínculo matrimonial o concubinato. 2. LOS INTEGRANTES de la familia, que pueden ser: i. El esposo (a), concubina o concubinario del Titular; ii. Los hijos menores de dieciocho años, de ambos o de alguno de ellos, que habiten en la misma vivienda; iii. Los menores de dieciocho años en línea de consanguinidad (nietos, hermanos, sobrinos, entre otros) del titular o su esposo (a), así como a los ascendientes directos (abuelos), que sean mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y que dependan económicamente de ellos; iv. Los hijos solteros de dieciocho a veinticinco años de edad que no sean derechohabientes de la seguridad social, que formen parte del hogar y que acrediten que se encuentren cursando estudios de educación media o superior al momento de su afiliación o reafluencia; y v. Las personas discapacitadas dependientes que habiten en la misma vivienda y que tengan parentesco por consanguinidad con el titular o su esposa (o). 	<p>El costo es cubierto en su mayor parte por aportaciones que hacen los gobiernos Federal y Estatal, sin embargo las familias también colaboran con una cota familiar en función de su capacidad de pago. Las cuotas van de 640 pesos anuales hasta 10 mil doscientos pesos anuales, dependiendo del nivel de ingresos de las familias.</p> <p>Las familias del programa Oportunidades son subsidiadas por el gobierno, por lo que no deberán realizar ninguna aportación económica.</p>	Secretaría de Salud, Centros de Salud y Hospitales estatales.

AÑO CREACIÓN / VIGENTE	GRUPO OBJETIVO	ENTIDAD ADMINISTRADORA	PRESTACIONES	CONDICIONES DE SELECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	ESTABLECIMIENTOS UTILIZADOS
Ley ISSFAM						
1976 / 2003	Empleados de las Fuerzas Armadas, Ejército, Fuerza Aérea y la Marina	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	<p>Esta ley otorga a las personas protegidas la prestación de un servicio médico integral, por el que se trata de conservar y preservar la salud de las personas, no solo física y mentalmente, sino también la ausencia de la enfermedad.</p> <p>Los servicios que integran el servicio médico son:</p> <p>Prestaciones Monetarias</p> <p>El militar en activo tiene derecho a recibir sus haberes de manera íntegra, previa comprobación de su estado por parte del Instituto, quien expedirá un certificado de inutilidad.</p> <p>En el caso del personal femenino de las Fuerzas Armadas, durante la licencia de maternidad que se les otorga, tienen derecho a recibir el 100% de sus haberes.</p> <p>Prestaciones en especie.</p> <p>i) <u>Atención médica quirúrgica</u> que incluye la asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y, en su caso, obstetricia, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como la medicina preventiva y social y la educación higiénica.</p> <p>ii) <u>El servicio de maternidad</u> que incluye consulta y tratamiento ginecológico, obstétrico y prenatal; atención del parto; atención del infante y ayuda a la lactancia hasta por 6 meses a partir del nacimiento, en caso de que no pueda amamantar. Además disfrutará de una licencia de un mes antes del parto y dos meses posteriores al mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los Militares. • Miembros de la familia directa: cónyuge o concubina, hijos menores de 18 años o los hijos mayores de edad que se encuentren estudiando en planteles oficiales incorporados, con límite hasta de 25 años, pudiéndose extender el beneficio hasta los 30 años si esta realizando estudios a nivel licenciatura o superiores y demuestran su dependencia económica, hijos discapacitados o incapacitados de forma permanente, sin límite de edad, así como los padres económicamente dependientes. 	<p>Esta prestación corre a cargo del Gobierno Federal; para ello, aportará anualmente al instituto el 11% de los haberes para cubrir los costos de la prestación.</p>	<p>El ISSFAM es propietario y operador de sus clínicas y hospitales, pero en caso de urgencia, se puede atender a los pacientes en unidades médicas de otra institución.</p>

Capítulo 3: Indicadores de los Sistemas de Salud

Antes de iniciar con el desarrollo del presente capítulo, resulta conveniente resaltar los motivos que originaron la necesidad realizar una revisión detenida la legislación mexicana existente en materia de salud dentro de la seguridad social y cual es la relación con el establecimiento de los sistemas de indicadores.

La importancia de este análisis radica en que, como veremos más a detalle dentro de los pasos para la formulación de un sistema de indicadores, la parte medular de la implementación de este tipo de sistemas consiste en conocer plenamente cuales son las atribuciones y las funciones de una organización, en este caso de las instituciones que brindan atención médica y prestaciones de salud en el país, ya que es a partir de este conocimiento donde se identifican cuales son los beneficios que espera la población objetivo y se detectan aquellos factores críticos dentro de los procesos de la institución que ponen en riesgo el cumplimiento acertado de dichas atribuciones.

Con base en los factores detectados, se diseñará el conjunto de indicadores que permitirán conocer qué tanto y que tan bien están cumpliendo las distintas instituciones con las responsabilidades que la propia legislación les confiere.

A. Sistemas de Indicadores

I. Introducción

El cambio permanente en toda institución, no exceptuando a las responsables del cuidado de la salud y la seguridad social en el país, debe estar encaminada a una eficiente administración de los procesos internos y por consiguiente, a la mejora continua. Una de las mejores opciones para hacer constatar que se está presentando un mejoramiento en las funciones de los organismos es a través de una medición de resultados mediante el uso de indicadores.

El uso de un sistema de indicadores debe ser tan sencilla que cualquier persona pueda aplicarlos sin requerir de mayor conocimiento en el terreno de la estadística, lo que garantiza que puedan ser usados, en cada uno de los niveles jerárquicos de la organización, como elementos de juicio suficientes en cada instancia y ámbito de responsabilidad para la mejor toma de decisiones.

Se debe procurar usar el menor número de indicadores para evaluar cada proceso y apoyarse en elementos gráficos que permitan de primer golpe de vista la evolución histórica de lo que se está analizando.

La aplicación de los indicadores apoya la planeación, por lo fácil que resulta representar concretamente una situación abstracta, obtener resultados cuantitativos, utilizar criterios uniformes que permitan medir los procesos y contar con elementos sencillos que permitan comparar el comportamiento histórico.

Debido a que uno de los propósitos actuales de las instituciones de salud es el de aumentar la equidad y alcanzar la universalidad de la cobertura, así como hacer más eficiente y con mayor calidad de los servicios, en el campo de la salud interesa por una parte, medir el nivel de salud de la población y su traducción en un bienestar social y económicamente productivo, y por la otra, el grado de desempeño institucional en la prestación de los servicios de salud.

Bajo esta premisa, antes de pasar a la metodología para el establecimiento del conjunto de indicadores, es indispensable conocer primeramente algunos conceptos importantes en esta materia.

II. Conceptos Generales

La evaluación es una función básica del proceso administrativo que proporciona elementos objetivos para la planeación, toma de decisiones y gestión administrativa, entendiéndose como un proceso a la combinación de métodos, materiales, maquinas, personal, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios. El conocimiento de cómo funcionan cada uno de estos componentes, individual y en conjunto, permite precisar las oportunidades de mejora.

En materia de salud, el proceso de evaluación permite el análisis y la medición sistemática de políticas, objetivos, estrategias, metas, programas, recursos y servicios de salud, y hace posible valorar la coherencia de las acciones, la utilización de los recursos, el grado y forma de cumplimiento de resultados y los efectos producidos. Para ello, es necesario que dicha evaluación se realice con base en una serie de lineamientos técnicos y operativos los que incluyen sus finalidades, características principales, la metodología para ejecutarla, los elementos que la constituyen y sus limitaciones.

Dentro de los elementos de la evaluación, destacan los indicadores, instrumentos útiles porque la hacen objetiva, la simplifican, facilitan la medición y propician el análisis. Dado que los indicadores permiten obtener resultados del desempeño mediante expresiones cuantitativas de la relación entre dos variables que intervienen en el proceso objeto de estudio, se tiene entonces una base precisa para analizar y valorar la realidad del comportamiento de los recursos, el aprovechamiento de la infraestructura de salud, el avance y desarrollo de los programas y la repercusión de las acciones en la situación de la salud de la población.

Un indicador se define como un elemento de características observables, a partir de las cuales se puede realizar una medición cualitativa o cuantitativa de los factores que intervienen en el desarrollo de un proceso, que en un análisis longitudinal permite evidenciar el cambio con respecto al tiempo. El indicador debe ser comparable con un referente o una meta, el cual define el desarrollo deseable que se debe tener y hacia el cual hay que aproximarse.

Es importante recalcar que los indicadores por si solos no reflejan mayor importancia, sino que es hasta cuando se les compara con otros de la misma naturaleza relativos a períodos anteriores, o con otras metas u objetivos previamente establecidos, que se consideran adecuados a fin de determinar la eficiencia de las acciones realizadas.

Es deseable emplear aquellos indicadores que sean más representativos e integradores, de fácil acceso, que sean verídicos en su aplicación y útiles para la toma de decisiones.

El agrupamiento de los indicadores puede basarse en el uso de parámetros demográficos, socioeconómicos, necesidades de salud y de respuesta institucional.

Otro concepto de relevancia en cuestión de una evaluación a partir de un grupo de indicadores son las variables a partir de las cuales se instrumentará la fórmula de cálculo del indicador.

Las variables son rasgos o características cualitativas o cuantitativas del objeto de estudio y obedecen a dos tipos: variable determinante, la que participa en un proceso específico y que afecta directamente el resultado y variable interviniente, la que participa en un proceso específico y que puede o no afectar el resultado.

Un estándar es la medida del desempeño esperado y el rango de variación es el intervalo predeterminado de variación de dicho desempeño.

III. Importancia del Uso de Indicadores

Su importancia consiste en crear y mantener una institución comprometida con el mejoramiento continuo y ordenado de su estructura y procedimientos, para que los bienes y servicios que se generen sean de excelente calidad dentro de su mercado respectivo. De entre las múltiples ventajas que un sistema de indicadores puede proporcionar se destacan las siguientes:

1. Brindar la posibilidad de disponer de instrumentos que puedan servir de guía en el análisis de los comportamientos de fenómenos, facilitando la identificación y la toma de decisiones apropiadas.
2. Apoyar la planificación y evaluación de las actividades de la entidad donde se implementan, debido a que representan de manera específica y concreta alguna situación abstracta o difícil de precisar.
3. Permiten obtener resultados objetivos, ya que definido un criterio y reconocidas como válidas sus premisas, podrán expresarse en cifras y aunque esta medición se hiciera por distintas personas, se obtendrá siempre el mismo resultado si se respetan los criterios previamente establecidos.
4. Al aplicarse en primera instancia por parte de los responsables directos de la operación de las funciones o de los procesos, permitirá conocer si la evaluación del resultado de sus acciones es satisfactoria y tomar las decisiones necesarias para su pronto y continuo mejoramiento.

5. En los niveles directivos, la aplicación del sistema de indicadores permitirá contar con elementos sencillos, como lo sería una gráfica, donde se presente de forma comparativa el desarrollo de un determinado criterio a través del tiempo.
6. La comparación de los resultados con una medida previamente establecida, sea un logro o meta a alcanzar, o bien con el desarrollo de una medida de la misma naturaleza en un ámbito o periodo distinto, indicará su grado de aceptabilidad y apoyará la toma de decisiones en el nivel que corresponda.
7. Los indicadores ayudan a distinguir entre la variación de normal de un proceso y la variación excesiva derivado de la afectación de factores especiales e imprevistos, lo que de alguna manera propiciará la implementación oportuna de medidas preventivas y/o correctivas.

IV. Características de los Indicadores

Para que un indicador pueda ser aplicado de forma plena, es necesario que reúna algunas características particulares:

- **Validez.**- Es necesario que los indicadores midan lo que se supone deben medir.
- **Objetividad.**- Dar el mismo resultado cuando la medición es hecha por personas distintas en circunstancias análogas.
- **Sensibilidad.**- Se refiere a tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación y ser específicos, o sea medir sólo los cambios en la situación de que se trate.
- **Congruencia.**- Se entiende como la concordancia o correspondencia con otra cosa determinada, por ejemplo que la operación y la norma sean congruentes.
- **Consistencia.**- Consiste en que los datos que sustentan a los indicadores no se deformen o disgreguen con facilidad.
- **Confiabilidad.**- Que las estadísticas que alimentan los elementos de la fórmula de cálculo sean precisas.
- **Profundidad.**- Es la posibilidad de mostrar la información que alimenta a un indicador desde el nivel más elemental en el que ésta se encuentra, realizando una desagregación jerárquica que inicia en los niveles superiores; mientras más niveles sean desglosados, la profundidad del indicador es mayor.
- **Precisión.**- Una medición es precisa cuando, en función de lo que se quiere averiguar, encuentra la posición del fenómeno con exactitud.

V. Tipos de indicadores

De entre los diversos tipos de indicadores que pueden desarrollarse, los de uso más común son los siguientes:

1. Indicadores de Eficacia

Son los que permiten determinar cuantitativamente el grado de cumplimiento de una meta en un periodo determinado, entendiéndose por eficacia a la capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles y en un tiempo determinado. En este tipo de indicadores importa únicamente el que se lleve a cabo la tarea, sin importar factores como el cómo, en que tiempo o de que calidad.

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Metas alcanzadas}}{\text{Metas Programadas}}$$

2. Indicadores de Productividad

Se utilizan para determinar el rendimiento de los insumos empleados en la consecución de una meta o en la ejecución de una tarea, en una unidad de tiempo. En ellos, el principal interés se ve reflejado en el número de productos elaborados o los servicios brindados en un periodo de tiempo.

La productividad se define como la relación entre los bienes o servicios producidos y los insumos requeridos en un periodo determinado. Por tanto, para estar en posibilidades de calcular la productividad, es necesario identificar todos los recursos que se vieron involucrados en la consecución de una tarea, para posteriormente dividirlos entre las unidades consideradas como productos finales.

3. Indicadores de Impacto

Este tipo de indicadores tiene como objetivo dimensionar o cuantificar datos de tipo político y cualitativo; permite medir la cobertura alcanzada en cierto tipo de prestación de un servicio, la repercusión en el grupo al que esta dirigido, así como su incidencia en el ámbito socioeconómico.

4. Indicadores de Eficiencia

Se entiende por eficiencia como el cumplimiento de los objetivos y/o metas programados haciendo uso del mínimo de los recursos disponibles. Con la aplicación de este tipo de indicadores se busca medir el cuánto, cómo y de que calidad fueron realizadas las tareas.

Los indicadores de eficiencia muy comúnmente son resultado de la combinación de los diferentes tipos de indicador antes mencionado. Por ejemplo, se pueden obtener indicadores de eficiencia si se relaciona un indicador de eficacia con uno de productividad, uno de eficacia con uno de impacto o bien, un indicador de eficacia programática con uno de eficacia presupuestal.

VI. Formulación de Indicadores

Si bien el establecimiento de un grupo de indicadores que permita un conocimiento más amplio acerca del comportamiento de un proceso o un fenómeno y apoye la toma de decisiones para la mejora continua depende en buena medida de las necesidades de medición que tenga la institución, se identifican una serie de pasos generales a seguirse dentro del proceso de definición del sistema de indicadores. Podemos entonces resumirlos de la siguiente manera:

- i) Primeramente es necesario realizar una *revisión detallada de las atribuciones, funciones y objetivos sustantivos* de cada una de las áreas que conforman la entidad.
- ii) Una vez que se identifiquen cada una de estas atribuciones y objetivos, se delimitarán los procesos específicos de cada área, sus entradas y los productos que mide, a fin de que la evaluación encamine a ello.
- iii) Dado que cada proceso puede conformarse de un número importante de variables, se deberá realizar una selección de las más relevantes y los mecanismos para su medición.
- iv) Verificar la existencia de la información estadística del universo que se va a evaluar y la requerida para cuantificar las variables, para poder recabar con facilidad la información, es decir que se asegure la disponibilidad de la información requerida. Es importante recalcar que dicha información deberá ser consistente, confiable y oportuna.
- v) Con base en las variables seleccionadas, se construye el indicador a partir de relacionarlas y se define la fórmula para su cálculo a partir de expresiones aritméticas.
- vi) Ya que se tenga construido el indicador, es muy importante recopilar datos reales históricos de esas variables con el propósito de realizar una prueba y valorar su consistencia.
- vii) Un elemento importante en el proceso de análisis es el de la graficación de los resultados, ya que a partir de ellos se pueden fácilmente identificar alteraciones en el comportamiento del mismo.

- viii) Es necesario que se precise el valor medio contra el que se compararán los resultados obtenidos, así como sus límites de aceptabilidad, de acuerdo con los posibles factores internos y externos que afecten el proceso.
- ix) Finalmente, se presentarán los resultados de los indicadores y su interpretación a las responsables correspondientes, quienes tomarán las medidas preventivas o correctivas pertinentes.
- x) Parte importante dentro de un sistema de indicadores es el continuo proceso de revisión, actualización y afinación de sus componentes, buscando siempre la mejora continua del área y de la institución.

VII. Clasificación de Indicadores

En el campo de la salud existen diversas clasificaciones de indicadores, dependiendo de las principales instituciones que a nivel nacional e internacional tienen responsabilidad en esta materia; de entre ellas se destacan las siguientes:

- **Organización Mundial de la Salud**

Este organismo dependiente de la Organización de la Naciones Unidas, como responsable de desempeñar la función de liderazgo en asuntos sanitarios internacionales, ha propuesto la siguiente clasificación para vigilar los avances alcanzados en materia de salud:

DEMOGRÁFICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Proporción de población urbana • Proporción de población menor de 15 años de edad • Proporción de población de 60 y más años de edad • Razón de dependencia • Tasa de crecimiento anual de la población • Tasa de fecundidad total • Media anual de nacimientos • Tasa cruda de natalidad • Media anual de defunciones • Tasa cruda de mortalidad • Esperanza de vida al nacer
SOCIOECONÓMICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de calorías • Tasa de alfabetización • Razón cruda de escolaridad primaria • Ingreso nacional bruto (INB) per cápita US \$ corrientes (Método Atlas) • Ingreso nacional bruto (INB) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA) • Producto bruto interno (PBI) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA) • Crecimiento medio anual del producto bruto interno (PBI) • Razón de ingreso superior/inferior

- Proporción de población bajo la línea internacional de pobreza
- Proporción de población bajo la línea nacional de pobreza
- Proporción desempleada de la fuerza de trabajo
- Inflación: crecimiento medio anual del índice de precios al consumidor

MORTALIDAD

- Tasa de mortalidad infantil
- Número de defunciones infantiles reportados
- Mortalidad de menores de 5 años estimada
- Razón de mortalidad materna reportada
- Número de defunciones registradas por sarampión
- Número de defunciones registradas por tétanos neonatal
- Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (enfermedades diarreicas agudas)
- Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRA)
- Tasa estimada de mortalidad general, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad general
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles
- Tasa estimada de mortalidad por tuberculosis
- Tasa estimada de mortalidad por SIDA
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
- Tasa estimada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias, total
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del útero, mujeres
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas de mama, mujeres
- Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo
- Tasa estimada de mortalidad por causas externas, ajustada por edad
- Tasa estimada de mortalidad por causas externas
- Tasa estimada de mortalidad por accidentes, excluidos los de transporte
- Tasa estimada de mortalidad por accidentes de transporte
- Tasa estimada de mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas
- Tasa estimada de mortalidad por homicidios
- Tasa estimada de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
- Tasa estimada de mortalidad por diabetes mellitus
- Tasa estimada de mortalidad por accidente de transporte terrestre
- Número de defunciones maternas, reportado
- Número anual de defunciones registradas por difteria de menores de 5 años
- Número anual de defunciones registradas por tos ferina de menores de 5 años
- Número anual de defunciones registradas por tétanos de menores de 5 años
- Tasa estimada de mortalidad por accidente de vehículo de motor

MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO

- Prevalencia de bajo peso al nacer
- Prevalencia de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años
- Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad
- Índice CPOD a los 12 años de edad
- Número de casos confirmados de poliomielitis
- Número de casos confirmados de sarampión

- Número de casos registrados de difteria de menores de 5 años
- Número de casos registrados de tos ferina de menores de 5 años
- Número de casos registrados de tétanos neonatal
- Número de casos registrados de cólera
- Número de casos registrados de rabia humana
- Número de casos registrados de fiebre amarilla
- Número de casos registrados de peste
- Número de casos registrados de dengue
- Número de casos registrados de malaria
- Índice parasitario anual
- Incidencia de tuberculosis
- Incidencia de tuberculosis baciloscopía positiva (BK+)
- Incidencia de SIDA
- Prevalencia de lepra
- Incidencia estimada de neoplasias malignas del pulmón, ajustada
- Incidencia estimada de neoplasias malignas del estómago, ajustada
- Incidencia estimada de neoplasias malignas de mama de la mujer, ajustada
- Incidencia estimada de neoplasias malignas del cuello del útero, ajustada
- Prevalencia de sobrepeso en población adulta
- Prevalencia del uso del tabaco en adolescentes
- Población en riesgo de malaria
- Razón hombre-mujer de casos de SIDA

RECURSOS, SERVICIOS, COBERTURA

- Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua
- Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejoradas
- Proporción de población menor de 1 año inmunizada contra poliomielitis
- Proporción de población de 1 año de edad inmunizada contra sarampión
- Proporción de población menores de 1 año inmunizada contra difteria, pertusis y tétanos
- Proporción de población en menores de 1 año inmunizada contra tuberculosis
- Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres
- Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad
- Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo
- Proporción de partos atendidos por personal capacitado
- Razón de médicos
- Razón de enfermeras profesionales
- Razón de odontólogos
- Número de establecimientos de atención ambulatoria
- Razón de camas hospitalarias
- Razón de atenciones ambulatorias
- Razón de egresos hospitalarios
- Gasto nacional en salud por año como proporción del PBI
- Subregistro de mortalidad
- Proporción de defunciones certificadas con causa de muerte mal definida e ignorada

- **Banco Mundial y Programa para el Desarrollo Humano de Naciones Unidas.**

Desde 1978 el Banco Mundial ha publicado una serie de anuarios estadísticos denominados Indicadores del Desarrollo del Mundo, que permiten medir y comparar a las naciones del mundo en muy diversos aspectos y facetas. Este organismo clasificó a los indicadores en básicos y específicos, estos últimos referentes a salud y nutrición, educación, economía, urbanización, demografía, fecundidad y crecimiento de la población entre otros.

Dentro de los indicadores básicos, el Banco Mundial considera entre otros:

- Población total.
- Superficie.
- Producto nacional bruto per cápita.
- Tasa media de inflación.
- Esperanza de vida.
- Analfabetismo de adultos.

En los de salud y nutrición:

- Número de habitantes por médico y enfermera.
- Porcentaje de nacimientos con asistencia profesional.
- Porcentaje de niños nacidos con poco peso.
- Mortalidad infantil.
- Años de vida perdidos por cada 1000 habitantes.
- Prevalencia de la malnutrición en menores de 5 años.

- **Secretaría de Salud**

En el año 2001, el Consejo Nacional de Salud aprobó la construcción de un conjunto de indicadores con el fin de proporcionar información sobre los logros obtenidos en los objetivos tanto de la Secretaría de Salud como del Sistema Nacional de Salud, a fin de apoyar los procesos de planeación, toma de decisiones y gerencia de los servicios a nivel nacional, estatal e institucional.

El seguimiento de estos indicadores de resultados se ha dado desde 1996 cuando se definió una lista de 71 indicadores; posteriormente en 1998 se redujo el número a 46 indicadores mismos que se vieron incrementados en 2001 al pasar de 46 a 57 indicadores. En la propuesta final, los indicadores se agruparon conforme a los atributos deseables de los sistemas de salud: efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación.

EFFECTIVIDAD

- Esperanza de vida al nacimiento según sexo
- Tasa global de fecundidad
- Mortalidad infantil según sexo
- Mortalidad en menores de 5 años según sexo
- Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años según sexo
- Mortalidad por infecciones respiratorias en menores de 5 años según sexo
- Mortalidad materna
- Mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años
- Mortalidad por cáncer mamario en mujeres de 25 y más años
- Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, ajustada por edad, según sexo
- Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, ajustada por edad, según sexo
- Mortalidad por diabetes mellitus, estandarizada, según sexo
- Mortalidad por cirrosis hepática según sexo

	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad por cáncer pulmonar según sexo • Mortalidad por accidentes de tráfico, vehículo de motor, por edad, según sexo • Mortalidad por suicidios, ajustada por edad, según sexo • Mortalidad por homicidios, ajustada por edad, según sexo • Mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad según sexo • Morbilidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más según sexo • Prevalencia de ITS/VIH-SIDA en población de 15 a 24 años de edad según sexo
DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD	
	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos generales y familiares por 1000 habitantes • Médicos especialistas por 1000 habitantes • Camas censables por 1000 habitantes • Hospitales con menos de 30 camas censables como porcentaje del total • Hospitales con 30 o más camas censables como porcentaje del total • Usuaris activas de métodos de planificación familiar por 100 mujeres en edad fértil • Razón de consultas prenatales por embarazada • Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas • Porcentaje de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito • Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 año • Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de 1 a 4 años • Consultas de medicina de especialidad por 1000 habitantes • Intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes • Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar que completan el tratamiento y curaron
CALIDAD TÉCNICA E INTERPERSONAL	
	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de nacimientos por cesárea • Porcentaje de recetas surtidas en forma completa en unidades de atención de primer nivel • Tiempo de espera en consulta externa • Tiempo de espera en urgencias • Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico proporcionada por médico de primer nivel
EFICIENCIA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio diario de consultas por médico del primer nivel de atención en contacto con el paciente • Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano • Porcentaje de ocupación hospitalaria • Índice de rotación • Distribución del presupuesto ejercido según rubro en relación al total de presupuesto ejercido. Personal • Distribución del presupuesto ejercido según rubro en relación al total de presupuesto ejercido. Medicamentos y materiales de curación(concepto 2500) • Distribución del presupuesto ejercido según rubro en relación al total de presupuesto ejercido. Conservación y mantenimiento • Distribución del presupuesto ejercido según rubro en relación al total de presupuesto ejercido. El resto • Prestadores de servicios clínicos como porcentaje del total de trabajadores
SUSTENTABILIDAD	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento • Gasto en salud como porcentaje del gasto público • Relación entre la aportación estatal y federal al gasto público en salud para la población no derechohabiente

ANTICIPACIÓN

- Porcentaje de partos atendidos que corresponden a mujeres menores de 20 años
- Muestras de agua potable dentro de la NOM de cloro residual
- Porcentaje de comunidades certificadas como saludables por Entidad Federativa

- **Instituto Mexicano del Seguro Social**

A través de sus Informes de Gestión, el IMSS presenta un cuadro bastante amplio de indicadores basados en la información estadística de los distintos sistemas institucionales y en información proporcionada por diversas instancias normativas del propio instituto. Dicho cuadro se encuentra clasificado bajo la siguiente forma:

PRESTACIONES MÉDICAS

- Recursos físicos (unidades médicas, consultorios, camas censables, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, quirófanos)
- Servicios otorgados (consultas, intervenciones quirúrgicas, estudios de laboratorio y diagnóstico, etc.)

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

- Prestaciones económicas (pensionados, días subsidiados, gasto por subsidio, etc.)
- Prestaciones sociales (teatros, instalaciones deportivas)
- Servicios de ingreso (centros vacacionales, velatorios, tiendas)
- Guarderías

INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

- Incorporación al seguro social
- Fiscalización y cobranza
- Incorporación al seguro social

ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

- Gestión de recursos humanos
- Abastecimiento de medicamentos

FINANZAS

- Gasto de operación
- Ingresos de operación
- Déficit / superávit de operación
- Flujo de efectivo

JURÍDICA

- Servicios jurídicos
- Atención a quejas y orientación al derechohabiente

IMSS-OPORTUNIDADES

- Población adscrita
- Porcentaje de ocupación hospitalaria
- Abasto de medicamentos a las unidades médicas
- Consultas de medicina familiar, especialidades, urgencias y dental

B. Clasificación General de los Indicadores de Servicios de Salud

Como ya vimos en el apartado anterior, existen en diversos organismos que como parte de sus funciones o atendiendo a la necesidad de incrementar y mejorar los servicios de salud, establecieron mecanismos de evaluación que permitieran por un lado, medir los avances que en relación a la salud de la población mexicana se han logrado, y por otro, determinar aquellas áreas de oportunidad que sin duda aún existen en nuestro país. Sin embargo, en resumen de los distintos ordenamientos, se propone el siguiente agrupamiento de los indicadores de uso más frecuente en la evaluación en salud:

I. Indicadores Demográficos

Los indicadores demográficos se encuentran estrechamente vinculados con las necesidades de salud y la respuesta otorgada a estas necesidades.

- Tasa de Natalidad
- Tasa de Mortalidad
- Tasa de Crecimiento Poblacional
- Tasa Global de Fecundidad
- Porcentaje de Crecimiento Anual de la Población
- Porcentaje de la Población por Grupos Etáreos (0 a 14 años; 15 a 64 años; 65 años y más)

II. Indicadores Socioeconómicos

Los indicadores socioeconómicos son trascendentales porque expresan características de factores condicionantes que tienen gran influencia en los niveles de salud de la población. Estos se dividen en Educativos, Laborales, Económicos, de Vivienda, Alimentación y Desarrollo Humano.

EDUCATIVOS

- Porcentaje de Analfabetismo en Adultos
- Promedio de Años de Escolaridad
- Porcentaje de Alumnos Matriculados en el Nivel Primario
- Relación Alumnos-Maestro
- Porcentaje de Deserción
- Porcentaje de Reprobación
- Porcentaje de eficiencia Terminal

LABORALES

- Población económicamente activa
- Población económicamente inactiva
- Tasa de ocupación (Empleo)
- Tasa de desocupación (Desempleo)
- Situación en el trabajo

ECONÓMICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Producto Interno Bruto • Producto Interno Bruto per cápita • Tasa Media de crecimiento anual • Tasa media de inflación anual • Crecimiento de la población • Estructura de la producción • Distribución del ingreso • Deuda Externa • Gasto del Gobierno Central • Pobreza • Marginalidad
VIVIENDA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio de ocupantes por vivienda • Porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua • Porcentaje de viviendas con disponibilidad de drenaje • Porcentaje de viviendas con piso de tierra • Porcentaje de viviendas con electricidad
ALIMENTACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Producción de alimentos per cápita • Cantidad de calorías disponibles por habitante • Prevalencia de la malnutrición en niños menores de 5 años • Porcentaje de niños nacidos con bajo peso • Porcentaje de niños menores de 5 años que tiene un peso aceptable para su edad y estatura
DESARROLLO HUMANO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de desarrollo humano, compuesto por 3 variables: esperanza de vida en años, logro educacional integrado por promedio de años de escolaridad y alfabetización de adultos y el PIB

III. Indicadores de Necesidades de Salud

Los indicadores referentes a las necesidades de salud atienden a la siguiente clasificación:

- Salud Positiva.**- Son todos aquellos que tienen que ver con el bienestar y el equilibrio de la salud, satisfacción y calidad de vida, capacidad y potencial de respuesta de agresiones, desarrollo humano, etc.
- Riesgos.**- Estos indicadores resultan difíciles de construirse, ya que en ellos intervienen factores educativos, sociales, económicos, etc.
Debido a la transición epidemiológica que ha experimentado nuestro país, se ha considerado el uso de otros indicadores de riesgos, como la prevalencia de la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad.
- Daños.**- Son aquellos que afectan directamente la salud física de las personas. Estos incluyen aquellos indicadores referentes a la mortalidad, morbilidad y discapacidad.

SALUD POSITIVA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida • Peso al nacer • Peso por edad y peso en relación a la talla • Índice de actividades de vida diaria • Índice de condición física • Índice de actividades industriales • Índice de Bienestar Mental • Equilibrio en salud • Potencial de salud
RIESGOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de la población de 12 años y más que fuma • Porcentaje de la población de 12 años y más que ingiere bebidas alcohólicas • Proporción de bebedores problema y de personas que presentan dependencia al alcohol • Porcentaje de la población identificada como de alto riesgo que usa y abusa de drogas con efecto psicotrópicos • Porcentaje de la población de 30 años y más con sedentarismo
DAÑOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Morbilidad • Discapacidad • Indicadores compuestos de mortalidad y discapacidad.

IV. Indicadores de Respuesta a las Necesidades de Salud

Son todos aquellos que se refieren a los esfuerzos desarrollados para solucionar las necesidades de la población en materia de servicios de salud y atención médica. Estos se agrupan en políticos, recursos, servicios prestados y desempeño.

POLÍTICOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción del producto nacional bruto gastado en servicios de salud • Proporción del producto nacional bruto gastado en actividades relacionadas con la salud (educación, nutrición, saneamiento, vivienda, etc.) • Presupuesto en salud en relación al producto interno bruto • Presupuesto en salud en relación al gasto programable del Sector Público • Costo per cápita en salud • Porcentajes del presupuesto ejercido por programa (atención preventiva, atención curativa, prestaciones sociales, otras).
RECURSOS	
Financieros	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto per cápita en salud • Porcentaje del gasto en salud • Estructura porcentual del presupuesto por programa • Cobertura financiera • Ejercicio presupuestal • Costos de operación por consultorio, cama, egreso hospitalario, consulta, etc.

Humanos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores en salud por 1000 habitantes • Porcentaje de plazas de diverso personal • Médicos por 1000 habitantes • Enfermeras por 1000 habitantes • Odontólogos por 1000 habitantes • Trabajadores por cama • Habitantes por médico, enfermera, odontólogo • Enfermeras por médico • Enfermeras por cama
Físicos o de infraestructura	
	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos por habitante, aplicable a consultorios, camas, consultas, quirófanos, salas de expulsión, peines de laboratorio, unidades dentales, etcétera • Habitantes por recurso • Consultorios por 1,000 habitantes • Habitantes por consultorio • Camas censables por 1,000 habitantes • Habitantes por cama censable • Fomento de camas por servicio básico • Quirófanos por 100,000 habitantes • Quirófanos por cama hospitalaria • Peines de laboratorio por 10,000 habitantes • Gabinetes de radiodiagnóstico por 100,000 habitantes • Bancos de sangre por 100,000 habitantes • Salas de expulsión por 100,000 habitantes • Unidad dental por 10,000 habitantes • Porcentaje de abasto de medicamentos • Porcentaje de claves surtidas de material de curación y sutura • Porcentaje de equipos fuera de operación
SERVICIOS PRESTADOS (agrupados conforme a la actividad desarrollada)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones • Detecciones • Odontología • Medicina preventiva • Vigilancia epidemiológica • Saneamiento básico • Promoción de la salud • Salud reproductiva • Salud materno infantil • Salud en el trabajo • Atención médica • Educación médica • Investigación médica
DESEMPEÑO	
Cobertura	
	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población atendida en relación a la existente • Porcentaje de población adscrita por instituciones en relación a la existente • Porcentaje de población usuaria en relación a la adscrita por instituciones • Porcentaje de población adscrita en relación a la potencial o legal, por instituciones.
Productividad	
	<ul style="list-style-type: none"> • Se consideran los que miden el rendimiento de los insumos empleados en la consecución de una meta o en la ejecución de una tarea en una unidad de tiempo; varios de ellos se incluyeron en el apartado sobre actividades sustantivas o servicios prestados por ejemplo: consultas por hora médico.

Impacto	
	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del 50 % de la mortalidad infantil y de la niñez • Erradicación mundial de la Poliomielitis • Eliminación del tétanos neonatal • Reducción del 95 % de las defunciones por Sarampión y del 90% de los casos • Mantenimiento del 90% de la cobertura de inmunización • Reducción del 50% de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas • Reducción del 25% en la tasa de incidencias de la diarrea • Ampliación a 80% del uso de la terapia de hidratación oral en el tratamiento de las enfermedades diarreicas • Reducción del 33 % de la tasa de mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas • Reducción del 50 % de la tasa de mortalidad materna • Reducción del 33% de la tasa de desnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años
Calidad	
	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad satisfactoria: Tiempos de traslado a la unidad; 1er. nivel máximo 60 min., 2o. nivel, máximo 120 minutos, 3er. nivel, máximo 180 min. • Diferimiento satisfactorio: consulta de medicina general, familiar; el mismo día; consulta de especialidades hasta 7 días, hospitalización, hasta 10 días; servicios auxiliares de diagnóstico, hasta 7 días; servicios auxiliares de tratamiento hasta 10 días. • Tiempo de espera satisfactorio; consulta de primer nivel con cita previa, no mayor de 30 minutos, sin cita, sin rebasar 150 minutos, consulta de especialidad y tercer nivel menor de 30 minutos, urgencias de inmediato, admisión hospitalaria, menor de 60 minutos, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento no más de 30 minutos. • Porcentaje de expedientes clínicos completos y organizados (Satisfactorio de 80% a 100%). • Porcentaje de atenciones médicas con congruencia clínica, diagnóstico-terapéutica. • Logros de expectativas del prestador de servicios; satisfactorio 80 a 100% con base al cumplimiento de sus componentes entre los cuales se encuentran la disponibilidad y adecuación de áreas físicas, mobiliario, equipo e instrumental, suficiencia y calidad de los materiales de consumo, nivel de capacitación, situación del trabajador, reconocimiento a su labor, remuneración e incentivos. • Satisfacción del usuario; satisfactoria 80 a 100% de acuerdo con los siguientes conceptos; trato del personal de salud, características adecuadas del ambiente, información proporcionada, existencia suficiente, de recursos humanos y materiales, solución de la problemática, ausencia o presencia de complicaciones como consecuencia de la atención. • Porcentaje de quejas verbales o escritas en relación a los pacientes atendidos.

C. Indicadores Relevantes

En este punto resulta procedente comentar que como se pudo observar en los primeros incisos de este capítulo, existe una gran diversidad de grupos de indicadores que tienen como finalidad otorgar un estrecho seguimiento, mediante una medición sencilla, clara y objetiva, de los avances que las distintas instancias de la seguridad social en nuestro país han alcanzado desde hace ya algunos años, y, basado en los resultados de estos grupos, estimar cuales serán las posibles tendencias que se presentarán en los fenómenos y procesos de la salud en un futuro próximo.

Ahora bien, debido a la problemática que oportunamente se destacó en el primer capítulo de este trabajo, principalmente en relación a la aún lejana universalidad de la cobertura de los servicios médicos a la población mexicana, la insuficiencia de los recursos destinados y la poca calidad con la que éstos son otorgados, se deduce que los indicadores referentes a las necesidades de salud y de respuesta a éstas necesidades son aquellos que requieren de una especial atención si es que se quiere revertir dicha situación, obviamente sin descuidar desarrollo del resto de los indicadores.

Para ello, de los apartados antes citados se han seleccionado un conjunto de indicadores que se consideran como más relevantes o como en los que existe una mayor urgencia para incrementar sus niveles de rendimiento, siendo éstos:

I. Tasa de Mortalidad

Definición: El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 1,000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Tasa

Unidades de Medida: Por 1,000 habitantes

Categorías: Hombres, Mujeres

Subcategorías: menores de 1 año, 1-4 años, 5-14 años, 15-44 años, 45-64 años, 65 y más años; causas del deceso.

Importancia: La tasa de mortalidad indica el grado de desarrollo de un país. Cuanto menor sea esa tasa mejores niveles de desarrollo, o al menos mejores prestaciones sanitarias para la población en general. Este indicador puede hacerse específico si se delimita el grupo de observación a alguna de las categorías y subcategorías arriba citadas y por consiguiente, su

evaluación puede arrojar resultados que proporcionen una gran cantidad de información acerca del nivel de vida y servicios de salud con que cuenta esa población particular.

Situación actual: La tasa bruta mortalidad registrada hasta el 2006 por el Consejo Nacional de Población es de 4.9‰, lo que la coloca dentro del rango de una tasa baja (Se considera como alta si está por encima de 30 ‰, moderada entre 15 y 30 ‰ y baja por debajo del 15 ‰).

II. Esperanza de Vida al Nacimiento

Definición: Es el número de años que en promedio se espera que viva un recién nacido, considerando que las tasas de mortalidad imperantes en ese momento, permanezcan constantes desde su nacimiento y a lo largo de su vida.

Tipo: Índice

Unidades de Medida: Años

Categorías: Hombres, Mujeres

Importancia: Este indicador resume las experiencias de mortalidad de la población y, de forma indirecta, refleja las condiciones de nutrición, educación y salud en general. Como consecuencia de la transición epidemiológica derivadas de las mejoras sanitarias, la aplicación de productos antibióticos y vacunas, así como los avances en el control de factores de riesgo y las mejoras médicas, han permitido prolongar la vida de los individuos. Sin embargo, se considera oportuno que debe seguirse muy de cerca a esta transición, ya que por su profundidad y alcance será necesario adaptar el sistema de salud a las nuevas demandas de tratamientos complejos, largos y costosos de la población mexicana.

Situación Actual: De acuerdo con cifras del CONAPO, los niveles actuales (75.43 en 2005) ubican a México en un nivel intermedio en el contexto latinoamericano, en donde Costa Rica y Cuba presentan las cifras más altas, con 78 y 77 años, respectivamente. En tanto, el país con la mayor esperanza de vida al nacimiento es Japón, con 82 años. Dentro del territorio nacional, los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero son los que presentan el menor promedio de años al registrar 73.85, 74.06 y 74.08 años, respectivamente, mientras que estados con mayor índice son Baja California con 76.62 y el Distrito Federal con 76.59 años.

III. Gasto nacional en salud por año como proporción del PBI

Definición: Es la relación porcentual que existe entre los recursos públicos y privados destinados a la salud y el Producto Interno Bruto.

Tipo: Proporción

Unidades de Medida: Por ciento

Categorías: Público, Privado

Importancia: El Producto Interno Bruto es la valorización de toda la producción de bienes y servicios finales realizada en el interior del país en un tiempo determinado; es decir, es una

medida aproximada de la riqueza de un país. El gasto en salud, considerado como la suma de los gastos público y privado, como porcentaje del PIB mide la importancia relativa del sector salud en una economía. La importancia de este indicador radica en que la asignación de una mayor proporción de recursos al campo de la salud repercutiría en un mayor número de servicios de salud con brindados con mejor calidad, la modernización de las instituciones responsables, la capacitación del personal médico y muy probablemente la extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población carente de ellos.

Situación Actual: De acuerdo con cifras de la OCDE, el gasto total en salud para el año 2004 representa alrededor del 6.5% de su producto interno, del cual apenas el 3% corresponde al gasto público. Esta cifra se encuentra ligeramente por arriba del promedio de gasto para Latinoamérica que según un informe del Banco Mundial es de 6.4% del gasto total. No obstante apenas representa el 42.5% del gasto de los Estados Unidos.

IV. Disponibilidad de Médicos

Definición: Es el resultado de dividir el número total de médicos en contacto con el paciente en un periodo determinado entre el total de población en ese mismo periodo, y multiplicando este cociente por 1,000 o 100,000, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Por 1,000 o 100,000 habitantes

Categorías: Público, Privado

Importancia: Los médicos son el recurso humano fundamental de todo sistema de salud. Una adecuada disponibilidad de médicos significa que el médico tendría altas probabilidades de estar presente y disponible cuando sea requerido y por tanto, la población mayores y mejores oportunidades de atención.

Situación Actual: En nuestro país existe por un lado, una insuficiencia de personal médico ya que tiene apenas una razón de 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable que es de tres médicos, mientras que por otro existe una marcada disparidad en la distribución geográfica del recurso humano pues la mayor concentración de recursos se encuentra en las grandes urbes del país; por ejemplo, mientras que el Distrito Federal cuenta con tres médicos por cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico por cada mil.

V. Razón de camas hospitalarias

Definición: Número de camas hospitalarias disponibles por cada 1,000 habitantes en una población, para un periodo dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Por 1,000 habitantes

Importancia: Las camas hospitalarias son recursos físicos que permiten la prestación de servicios clínicos de mayor complejidad y se clasifican en censables y no censables, donde las censables se destinan a pacientes que son internados, mientras que las camas no censables o de tránsito, por su parte, se destinan a la atención transitoria o provisional de los pacientes y no generan egresos hospitalarios. Con estos datos es posible analizar y conocer la capacidad de las instituciones de salud para producir servicios para una población determinada.

Situación Actual: Si bien la Organización Mundial de la Salud recomienda la proporción de una cama censable por 1000 habitantes, en México sólo los servicios de PEMEX y los de la Secretaría de la Defensa Nacional, cuentan con la capacidad recomendada para atender a su población de responsabilidad. De acuerdo con cifras preeliminares de la Secretaría de Salud, hasta el año 2005 las camas censables representan aproximadamente el 50% del total de camas hospitalarias existentes y su disponibilidad por 1,000 habitantes fue de 0.72 a nivel nacional. En este rubro, el Estado de México es la entidad con la menor proporción de camas censables por cada 1,000 habitantes al registrar apenas un 0.41, en tanto que el Distrito Federal es la que presenta la mayor proporción con un 1.86 camas.

VI. Hospitales con menos de 30 camas censables como porcentaje del total

Definición: Porcentaje de unidades hospitalarias que disponen de menos de 30 camas censables con relación al total de unidades hospitalarias en las instituciones de salud públicas.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Por ciento

Importancia: El número de camas censables de las unidades hospitalarias determina, en parte, su tamaño y complejidad y está relacionado con aspectos de accesibilidad en términos de la oferta de servicios (número de unidades) y con la accesibilidad organizacional; es decir, por la complejidad de los servicios que ofrece. El indicador determina el porcentaje de unidades de hospitalización disponibles en las instituciones de salud públicas según su tamaño.

Situación Actual: De acuerdo con los resultados del documento *Indicadores de Resultados 2001-2005* de la Secretaría de la Salud, en este rubro se observó una disminución en el porcentaje de hospitales con menos de 30 camas censables, pasando de 39.0% en 2001 a 37.7% en 2005. Esto se traduce en una mayor accesibilidad a los servicios de salud para la sociedad mexicana. Es importante destacar que los estados con el mayor porcentaje de hospitales con menos de 30 camas censables son Baja California Sur y Zacatecas, con el 70.6% y 69.2%, respectivamente.

VII. Hospitales con más de 30 camas censables como porcentaje del total

Definición: Porcentaje de unidades hospitalarias que disponen de 30 o más camas censables con relación al total de unidades hospitalarias de las instituciones de salud públicas.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Por ciento

Importancia: El número de camas censables de las unidades hospitalarias determina, en parte, su tamaño y complejidad y está relacionado con aspectos de accesibilidad en términos de la oferta de servicios (número de unidades) y con la accesibilidad organizacional; es decir, por la complejidad de los servicios que ofrece.

Situación Actual: En lo que respecta a los hospitales con más de 30 camas censables, el porcentaje de éstos se incrementó en el periodo de 2001 a 2005, pasando de 61.0% a 62.3%. En este rubro, sobresalen los estados de Aguascalientes, Morelos y Querétaro como las entidades con el mayor porcentaje, toda vez que la totalidad de sus hospitales cuentan con al menos 30 camas censables.

VIII. Consultas por consultorio

Definición: El promedio diario de consultas por consultorio por institución es el resultado de dividir el número total de consultas externas realizadas en un año en las instituciones públicas de salud entre el producto de la multiplicación del número total de consultorios de primer nivel por 252 días considerados como laborables.

Tipo: Promedio

Unidades de Medida: Consultas Externas

Importancia: El indicador de consultas está encaminado a evaluar la productividad de las unidades de salud. Éste permite inferir el tiempo que se otorga a cada consulta, ya que una elevada productividad en el número de consultas afecta la calidad de la atención. Por ello, el indicador adquiere relevancia debido a que ambas situaciones, la calidad en el servicio y el tiempo de espera para recibir atención, son queja frecuente por parte de la población que solicita los servicios.

Situación Actual: En el año 2004 el IMSS registró el promedio más alto de consultas diarias por consultorio, 29.5 cifra a por demás elevada si se observan las cifras correspondientes a las otras instituciones: 14.9 consultas por consultorio en la Secretaría de Salud, 16.8 en el ISSSTE, 17.2 en el IMSS-Oportunidades, 12.4 en PEMEX y 7.3 en los servicios que otorga la Secretaría de la Defensa Nacional.

IX. Tiempo de espera en consulta externa

Definición: Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la asignación del servicio de consulta y hasta el inicio de ésta por el médico.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Promedio

Importancia: Los sistemas de salud deben responder con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de la población, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas. La importancia del tiempo de espera radica en que puede evidenciar una organización deficiente en la prestación del servicio y es un factor que puede modificar la expectativa que tiene el usuario en relación a la calidad del servicio.

Es un indicador que se evalúa a través de los registros primarios (registro de citas y hoja diaria del médico) y tiene como finalidad identificar las oportunidades de mejora para la reducción del tiempo de espera.

Situación Actual: De acuerdo con los datos que indica la publicación denominada *Indicadores de Resultados 2001-2005* de la Secretaría de Salud, el tiempo promedio de espera registrado en unidades de consulta externa pasó de 22.56 en 2001 a 25.55 en 2005, donde los estados con el mayor promedio de tiempo de espera son el Estado de México y el Distrito Federal, con 47.77 y 39.46 minutos, respectivamente.

X. Tiempo de espera en urgencias

Definición: Tiempo promedio en minutos que se lleva desde que un paciente solicita su atención en el servicio de urgencias hasta que sea atendido.

Tipo: Magnitud Absoluta

Unidades de Medida: Promedio

Importancia: Al igual que en el indicador *Tiempo de espera en consulta externa*, la importancia del tiempo de espera en el servicio de urgencias radica en que puede evidenciar una organización deficiente en la prestación del servicio y es un factor que puede modificar la expectativa que tiene el usuario en relación a la calidad del servicio. Sin embargo, el tiempo de espera en el servicio de urgencias constituye un componente crítico de la atención a la salud, ya que en estas situaciones, un retraso puede poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

Situación Actual: En este caso, la Secretaría de Salud indica que el tiempo promedio de espera en el servicio de urgencias a nivel nacional se vió incrementado ligeramente del año 2001 al 2005, pues pasó de 17.39 a 17.96. En este caso, la entidad federativa con el mayor promedio de espera es Yucatán con 29.66 minutos.

Conclusiones

Durante el desarrollo del seminario de seguridad social fue posible identificar las brechas que existen en nuestro país en materia de salud, lo cual representa un gran reto para todos los niveles de gobierno en el cumplimiento pleno de los principios rectores de esta materia.

Para que esta situación pueda ser revertida y garantizar la cobertura integral a toda la sociedad mexicana, es imprescindible el establecimiento de los mecanismos que brinden de forma oportuna y contundente, las herramientas que beneficien los procesos de planeación, toma de decisiones y la aplicación de medidas preventivas y correctivas encaminadas a la satisfacción de las necesidades de los grupos a quienes está dirigida y al mejoramiento continuo de los procesos de las organizaciones. Por ello, debe entenderse a la medición como una condición necesaria para mejorar el desempeño organizacional.

El objetivo de este trabajo fue el de destacar la importancia y las ventajas que representa el uso de sistemas de indicadores dentro de este proceso de evaluación, en general para cualquier entidad y en particular para las instituciones de la salud en la seguridad social mexicana, ya que como se dijo en su oportunidad, ésta radica en mantener una organización comprometida con la mejora continua y ordenada de su estructura, procesos y procedimientos, medida a través de expresiones matemáticas sencillas, fácilmente entendibles por todos los niveles jerárquicos que la conforman, para que los servicios que se generen alcancen niveles óptimos de calidad y desempeño.

Además, debido a que durante la investigación realizada para la elaboración de este documento fue posible observar una marcada desigualdad entre las entidades federativas de nuestro país, tanto en el total de recursos destinados para la atención de los servicios de salud como la calidad y la eficiencia de los mismos, se sugiere el empleo de indicadores en forma regional, a fin de que se tenga un enfoque más preciso en el momento de que se asignen los recursos en estas entidades.

Finalmente, cabe recalcar que los diez indicadores plasmados al final de este estudio fueron seleccionados de las clasificaciones de los distintos actores en materia de salud dentro de los ámbitos nacionales e internacionales, ya que se consideran como los más representativos de la situación que se vive en la actualidad y que engloban de mejor forma las principales necesidades

sociales de nuestro país, tales como la transición demográfica y epidemiológica, la suficiencia y accesibilidad de los recursos financieros, humanos y materiales o de infraestructura al grueso de la población y la calidad de los servicios que ésta recibe.

“Lo que no se puede medir, no se puede controlar y por tanto, no se puede mejorar”

Glosario

Accidente	Es el acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño (s) corporal (es). No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el Asegurado.
Asegurado	Es la persona o personas sobre las que recae el riesgo asegurado
Beneficiario	Persona que tiene derecho a percibir una prestación de la seguridad social. Persona a quien beneficia un contrato de seguro.
Camas censables	Son las camas de servicio instaladas en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos y que cuenta con los recursos necesarios de espacio y personal.
Camas no censables (o de tránsito)	Se destinan a servicios auxiliares de hospitalización y no es controlada por el servicio de admisión de la unidad. Este tipo de camas se localizan en las áreas de cuidados intensivos, recuperación, urgencias, expulsión y cunero fisiológico. Las camas de cirugía ambulatoria y/o de corta estancia se clasifican en esta variable.
Concubina	Persona con quien el asegurado vivió como si fuera su marido durante los cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte o con la que tuvo hijos.
Cuotas obrero patronales o cuotas	Las aportaciones de seguridad social establecidas en la Ley a cargo del patrón, trabajador y sujetos obligados.
Daño	pérdida personal o material producida a consecuencia directa de un siniestro
Dependientes Económicos	El cónyuge del asegurado principal y sus hijos menores de 25 años, siempre y cuando no reciban ingresos propios como remuneración de trabajo. Si el asegurado principal es soltero, sus padres serán considerados como dependientes económicos siempre y cuando cumpla con los requisitos de aceptación.
Derechohabiente	El asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones sociales.
Desempleo	Que ha dejado de ejercerse un oficio o profesión.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Se considera como edad de aceptación la que el asegurado y sus dependientes económicos tengan al momento de la celebración del contrato.
Enfermedad	Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite algún servicio médico.
Hospitalización	Es la estancia justificada y continua del asegurado mayor a 24 horas en una clínica, hospital o sanatorio para la atención de algún padecimiento asegurado.

	El tiempo de estancia se mide a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución y hasta que sale o deja de permanecer en calidad de paciente interno.
Incapacidad	Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social.
Indemnización	Prestación económica única, con el objeto de resarcir al asegurado los daños sufridos por una causa garantizada por la póliza.
Invalidez absoluta y permanente	Toda lesión comprobada médicamente que, causada por enfermedad o accidente, imposibilita que la persona realice cualquier tipo de trabajo remunerado.
Padecimiento	Es una alteración de la salud del asegurado, provocada por una causa anormal, interna o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico definitivo
Patrón	Es la persona física o moral que utiliza los servicios de uno o varios trabajadores.
Pensión	Cantidad periódica, temporal o vitalicia, que la seguridad social paga por razón de jubilación, viudez, orfandad o incapacidad.
Prestación Social	La que la seguridad social u otras entidades otorgan en favor de sus beneficiarios, en dinero o en especie, para atender situaciones de necesidad.
Rehabilitación	Es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud.
Servicio	Es la atención médica conjuntada de manera integral que se proporciona al asegurado para el mantenimiento o recuperación de la salud.
Subsidio	Trasferencias unilaterales que una persona o institución da a otras. El término se usa, generalmente, para designar las transferencias de los gobiernos a los particulares. Los subsidios son lo contrario a los impuestos, que implican transferencias del sector privado hacia el sector público de la economía
Trabajador	Es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.
Tratamiento Médico	Es el conjunto de procedimientos o acciones médicas o quirúrgicas destinadas a curar o mejorar la salud de una persona que tenga una enfermedad o haya sufrido alguna lesión.
Viudez	Se dice de la persona a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse.

Bibliografía

IMPRESA:

Agenda de Seguridad Social 2007, 15ª ed., México, Ediciones Fiscales ISEF, 2006.

Agenda laboral 2005, 12ª ed., México, Ediciones Fiscales ISEF, 2005.

Beveridge, William H., *Las Bases de la Seguridad Social*, 2ª ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1987.

Castelo Matrán, Julio, Guardiola Lozano, Antonio, *Diccionario MAPFRE de Seguros*, 3ª ed., Madrid, Editorial MAPFRE, 1992.

Consejo Nacional de Población, *Índices de marginación 2000*, México, CONAPO, 2001.

-- *La Población de México en el Nuevo Siglo*, México, 2001.

Contreras Cruz, Carlos, *Análisis de los Principios Básicos de la Seguridad Social*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias, U.N.A.M., México, 2006.

Cruz Gregg, Angélica, Sanromán Aranda, Roberto, *Fundamentos de Derecho Positivo Mexicano*, Ed. Thompson Editores, México, 2000.

Fundación Mexicana para la Salud, *La Salud en México 2006/2012*, Visión de FUNSALUD, México.

García Maynez, Eduardo, *Introducción al Estudio del Derecho*, México, Porrúa, 2004.

González Roaro, Benjamín, *La Seguridad Social en el Mundo*, México, Siglo XXI Editores, 2003.

Gutiérrez Aragón, Raquel, Ramos Verástegui, Rosa María, *Esquema Fundamental del Derecho Mexicano*, 13ª. Edición, México, Porrúa, 1999.

Instituto Mexicano del Seguro Social, *Indicadores de Servicios de Salud*, México, I.M.S.S., 1994

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Síntesis metodológica de las estadísticas de los servicios médicos*, México, INEGI., 2003.

Oficina Internacional del Trabajo, *Introducción a la Seguridad Social*, México, Ediciones Alfaomega, 1992.

-- *Principios de la Seguridad Social*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo - Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2001.

-- *Seguridad Social Guía para la Educación Obrera*, 1995.

-- *Seguro Social de Salud*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo - Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2001.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, París, 2005

Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, México, 2007

Secretaría de Salud, *Indicadores de Resultado 2001-2005*, México, 2006.

-- *Salud México 2004: Información para la Rendición de Cuentas*, 2ª ed., México, 2005.

-- *Salud México 2003: Información para la Rendición de Cuentas*, México, 2004.

-- *Boletín de Información Estadística No. 25*, México, 2005.

-- *México 2001*, México, 2002.

Thullen, Peter, *Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1992.

ELECTRÓNICA:

Asociación Internacional de la Seguridad Social <www.issa.int>

Fundación Mexicana para la Salud < www.funsalud.org.mx>

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas <www.issfam.gob.mx>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado <www.issste.gob.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social <www.imss.gob.mx>

Instituto Nacional de Salud Pública <www.insp.mx>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática <www.inegi.gob.mx>

Organización Internacional del Trabajo <www.ilo.net>

Organización Mundial de la Salud <www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud <www.paho.org>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico <www.oecd.org>

Secretaría de Salud <www.salud.gob.mx>

Seguro Popular de Salud < www.seguro-popular.gob.mx>