



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS CON ORIENTACIÓN EN:
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS
ESTATALES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.**

TESIS

Que para optar por el grado de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presenta:

MIGUEL ADRIAN GONZÁLEZ NORIEGA

Director de Tesis:

Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee
Unidad de Posgrado Facultad de Medicina
UNAM

Comité tutor:

Dra. Hortensia Reyes Morales. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”
Dr. Arturo Ruiz Ruisánchez. Rectoría UNAM
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee. Unidad de Posgrado Facultad de Medicina UNAM
Dr. Carlos Pérez López. Secretaria de Salud
Dra. Vesta Louise Richardson López-Collada. Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. agosto 2016



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.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES	7
2.1. EL FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA EN AMÉRICA LATINA	7
2.2. MÉXICO Y EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA	10
3. MARCO TEÓRICO	14
3.1. EL SISTEMA MEXICANO DE SALUD	14
3.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	14
3.1.2. EL PROCESO DESCENTRALIZADOR	17
3.1.3. LA CONFIGURACIÓN ACTUAL	19
3.1.4. EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL [26]	22
3.1.5. EL CONSEJO NACIONAL DE SALUD.....	23
3.1.6. LOS CONSEJOS ESTATALES DE SALUD	24
3.2 MARCO LEGAL DE LA RECTORÍA EN EL SISTEMA MEXICANO DE SALUD	25
3.2.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA MEXICANA.....	25
3.2.2. LEY GENERAL DE SALUD.....	26
3.2.3. OTROS DOCUMENTOS LEGALES Y NORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD.....	27
3.2.4. CONVENIOS DE COLABORACIÓN EN SALUD	28
3.3. RECTORÍA	29
3.3.1. LA AUTORIDAD SANITARIA Y SU FUNCIÓN RECTORA DE ACUERDO A LA OPS.....	29
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
5. OBJETIVOS	36
5.1 GENERAL:	36
5.2 ESPECÍFICOS:	36
6. JUSTIFICACIÓN	36
7. METODOLOGÍA.....	38
7.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	38
7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS	45

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS ESTATALES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.

7.3 VENTAJAS DEL ESTUDIO	45
7.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	46
7.5 FINANCIAMIENTO.	46
8. MARCO CONCEPTUAL	47
9. TRIANGULACIÓN	48
9.1 CONTEXTO.....	48
9.2 CONDUCCIÓN.....	50
9.3 REGULACIÓN	55
9.4 ASEGURAMIENTO	59
9.5 PROVISIÓN DE SERVICIOS	63
9.6 CARACTERÍSTICAS PERSONALES	70
9.7 AUTOPERCEPCIÓN DE LA RECTORÍA	72
10. CONCLUSIONES	73
11. BIBLIOGRAFÍA	80
12. ÍNDICE DE CUADROS.....	84
Cuadros	84
13. ÍNDICE DE TABLAS	84
Tablas.....	84
14. ÍNDICE DE FIGURAS.....	84
Figuras	84
15. ANEXOS	85
15.1 CARTA DE INVITACIÓN	85
15.2 GUÍA DE ENTREVISTA.....	87
15.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	89

1. INTRODUCCIÓN

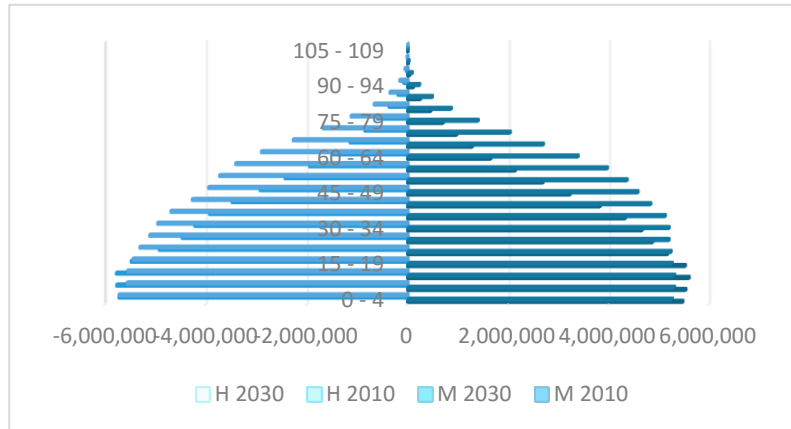
La necesidad de mejorar los sistemas de salud de la población, en especial de países en los que hay grandes brechas como es el caso del nuestro, cada día son más apremiantes y conducen a la implementación de programas y acciones organizacionales y operativas, que, a través de la participación de todos los actores involucrados, permitan hacer más eficiente su desempeño.

Por un lado, se busca asegurar que toda la población cuente con acceso y disponibilidad de servicios, que éstos sean regulares, de calidad adecuada, y se persigue como un objetivo fundamental la reducción de las grandes brechas e inequidades; Pero al mismo tiempo persigue optimizar los recursos y evitar duplicidades mediante una integración de las diversas instituciones en el sistema. Una vía para alcanzar este objetivo puede ser a través del ejercicio contundente, capaz y comprometido de la rectoría aplicada por la Autoridad Sanitaria Federal (ASF) y Estatal (ASE).

Tan solo en el aspecto demográfico de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el año 2010 que se reportó el último censo de población y vivienda, en México habitaban 112, 336, 538 personas, de las cuales el 51% son mujeres, mientras que el 49% son hombres y se cuenta con una esperanza de vida de 74.9 años; [1]

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el 2030 esperamos una población de 137,481,336 con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. Y esperanza de vida al nacer de 77.09 años; [2] Estos datos reflejan el cambio demográfico que se está viviendo en el país, lo cual en términos de población representa un gran reto para el sistema de salud, eso sin tomar en cuenta la dinámica poblacional por la cual transita nuestro país, en la que se enfrentara a un envejecimiento poblacional como se muestra en la figura 1.1

Figura 1.1 Proyecciones de población por sexo para México 2010 y 2030



Fuente: Estimaciones CONAPO 2010 y 2030 [2]

La dinámica de la enfermedad también ha cambiado, pues de acuerdo a Omran se habla de una triple carga de la salud, en la cual se observan viejos problemas de salud como enfermedades infecciosas, mortalidad materna e infantil, al tiempo que las enfermedades crónicas degenerativas como enfermedades de corazón, diabetes, y tumores malignos se posicionan como las primeras causas de muerte; esto en conjunción con sistemas de salud mal preparados para hacer frente a estos nuevos retos. Dicho proceso en conjunto con los determinantes sociales de las diferentes regiones del país es lo que Frenk denomina: polarización epidemiológica. [3]

Estos cambios poblacionales y epidemiológicos han inducido a trabajar en el mejoramiento de las funciones del sistema, con estrategias que logren cobertura y acceso a los servicios, mismos que se deben adaptar a las necesidades de salud de las poblaciones, y que permitan generar modelos de atención integral que promuevan la promoción a la salud, la prevención y atención de la enfermedad, y acorde a la dinámica poblacional un envejecimiento saludable. [4]

A partir de los años ochenta se ha iniciado un proceso de reformas a los sistemas de salud en América Latina que se fundamentan en la separación de funciones [5], de manera que la prestación de los servicios debe ser diferenciada del financiamiento; sin embargo, debe ejercerse una adecuada rectoría que sea el punto de integración que permita el trabajo en conjunto para el beneficio del sistema [6].

La rectoría, particularmente en México es de especial relevancia, ya que las transformaciones que han moldeado al actual sistema de salud también han modificado el papel de la Autoridad Sanitaria y el ejercicio de sus funciones rectoras, con lo cual sus atribuciones hoy van más allá de la Salud Pública, y pretenden abordar el sistema en conjunto [7], a pesar de esto existen pocos estudios centrados en este tema que permitan identificar como como se están ejerciendo dichas funciones tanto a nivel federal como estatal.

A la fecha se ha realizado una primera evaluación de desempeño de la Función Rectora, la cual fue un esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud de México (SSM) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). [8]; Por otro lado, también se cuenta con una revisión documental del marco conceptual y legal realizada por investigadores de la Universidad de Veracruz. [9]

El objetivo del presente proyecto busca dar seguimiento a los resultados y recomendaciones obtenidas previamente, y abordar el problema desde un enfoque cualitativo que profundice en la conceptualización y ejercicio de la rectoría por parte de los principales actores involucrados.

Con el uso de un diseño cualitativo, empleando entrevistas semiestructuradas se recabaron los relatos de algunos de los actores de los Sistemas de Salud Estatales (SSE) lo que permitió dar respuesta al cuestionamiento de ¿Cómo es el ejercicio de la rectoría en los Sistemas Estatales de Salud del país?

La experiencia y conocimiento de los directivos estatales entrevistados, y su distribución regional permitió conocer el estado actual del ejercicio de la rectoría, con lo cual se logró identificar aciertos y áreas de oportunidad a mejorar, para lograr una consolidación de la ASE como ente rector del sistema de Salud.

Entre los resultados más relevantes destaca como positivo la profesionalización de los altos directivos del sistema, lo que garantiza tener gente capacitada y con conocimientos del área que le permita dar solución oportuna a las necesidades que surjan durante su gestión, el liderazgo fue un aspecto que resalto en los testimonios, pues los participantes hicieron referencia a atributos que favorecieron el ejercicio de las funciones rectoras a través de rasgos de personalidad y trato con los miembros del SSe.

En las áreas de oportunidad destaca la necesidad de homologación de la información en todos los niveles, así como una mayor tutela de la Autoridad Sanitaria Federal (ASF) para estandarizar el ejercicio de la rectoría, y la búsqueda de compatibilidad interinstitucional que favorezca la integración y permita alcanzar las metas establecidas.

2. ANTECEDENTES

2.1. EL FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA EN AMÉRICA LATINA

La configuración de los sistemas de salud de la Región Latinoamericana caracterizados por su amplia fragmentación y segmentación ha sido una preocupación, esta situación genera problemas que disminuyen el desempeño de los sistemas derivado de factores como las duplicidades que conllevan a un mal uso de los recursos y gastos administrativos elevados; la disparidad en prestaciones y calidad de los servicios que incrementa la desigualdad e inequidad, y una compleja configuración que dificulta a la sociedad el correcto uso del sistema. [10]

Estos problemas han sido motivo para que diversos organismos tanto locales como internacionales propongan e implementen reformas tendientes a construir sistemas más eficientes y con mejor desempeño que permitan mejorar los resultados en salud.

Estas reformas principalmente se han centrado en la reconfiguración del sistema, basado en la separación de funciones y definición de intervenciones, en 1997 el Banco Mundial lo detalla en su informe Invertir en Salud [11]. Para el año 2000 la OMS-OPS propuso fortalecer la Autoridad Sanitaria como ente conductor, regulador y armonizador del sistema, con el gobierno como responsable en esta actividad [12]. Estos cambios persiguieron el objetivo de integrar los sistemas por mecanismos que favorecían la compatibilidad de las instituciones en el contexto de fragmentación de los sistemas de salud de la región.

Para monitorear este proceso de reformas, se acordó durante la Cumbre de las Américas de 1994 y posteriormente en una reunión especial en 1995 establecer una metodología que permitiera dar seguimiento puntual a los efectos de estas en los Sistemas de Salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como organismo encargado de los asuntos de salud en el continente diseñó la: “*Metodología para la elaboración de perfiles de Sistemas de Salud / monitoreo y evaluación de reformas a los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe.*” [13]

Derivado de esta Metodología en 1997 la OPS en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) publicó el instrumento: “*El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y el Ejercicio de la Rectoría, como eje para fortalecer los Sistemas de Salud en reforma*”, dentro del marco del fortalecimiento al desempeño de los sistemas de salud. [14]

Dicho instrumento forma parte de una evaluación integral de los procesos de reforma de los sistemas sanitarios en Latinoamérica, en su parte de rectoría se realizó el primer piloto en el país de El Salvador en el año 2003, para el 2004 el grupo de expertos realizó la validación del instrumento y en 2007 se publica la más reciente edición, a la fecha ha sido aplicado en países como Costa Rica, Perú, Honduras, República Dominicana, Argentina, Bolivia, entre otros, [14]. Cabe resaltar que no todos los resultados se encuentran disponibles para consulta pública.

El interés de fortalecer a la Autoridad Sanitaria y con esta su ejercicio rector, radica en la necesidad de contar con una figura que sea la cabeza del sistema y permita: conducir los objetivos, normar, vigilar y regular al propio sistema, armonizar un adecuado financiamiento con la garantía de proveer servicios integrales, de calidad y acorde a las necesidades de la población, basado en los principios de la Atención Primaria a la Salud y con la intención de estructurar redes integradas de servicios de salud. [12]

Sin embargo, ha sido un gran reto debido a la creciente participación del sector privado en un campo sin una regulación efectiva, también ha influido la existencia de instituciones de seguridad social que se constituyeron de manera independiente a las Secretarías de Salud. [15] Y los procesos de descentralización que han transferido las responsabilidades a niveles estatales, que han tenido dificultades en asumir y responder de acuerdo a sus capacidades y prioridades [16].

2.2. MÉXICO Y EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA

En nuestro país las condiciones no han sido distintas, en un sistema de salud caracterizado por la fragmentación y segmentación, el cual atravesó además por un proceso descentralizador, y actualmente una participación cada vez mayor del sector privado, [9] es necesario tener una Autoridad Sanitaria bien definida en personalidad, atribuciones y funciones, que pueda ejercer una Rectoría tendiente a un mejor desempeño del sistema.

En este interés de diagnosticar y mejorar el ejercicio de la función rectora, durante los años 2011 – 2012, la SSM, en conjunto con la OPS, al identificar un escaso compromiso de las autoridades Sanitarias Estatales, y por tanto un débil ejercicio de la rectoría, con sistemas de salud orientados únicamente a la atención hospitalaria, ausencia de verdaderas acciones de salud pública, y un trabajo desintegrado de las diversas instituciones, decide intervenir por medio del Consejo Nacional de Salud para realizar una evaluación del desempeño de la función rectora de las 32 Autoridades Sanitarias Estatales ASE. [8]

Como lo establece la metodología que propone la OPS, se realizaron las adecuaciones del instrumento al Sistema Mexicano de Salud. [14] El ejercicio se realizó en dos fases, en un primer momento se realizó una autoevaluación que fue contestada por las Secretarías Estatales de Salud; la segunda etapa conjuntó a las diversas instituciones de salud del sistema, en lo que se denominó evaluación compartida; en este proyecto se contó con la participación de las 32 entidades federativas. [8]

Los datos obtenidos en aquella ocasión permitieron realizar un análisis por cada una de las dimensiones propuestas en el instrumento de la OPS. Se destacaron las debilidades, y fortalezas del ejercicio de la rectoría, con lo cual y en consenso con los participantes y evaluadores, generó una serie de recomendaciones, tendientes a mejorar el ejercicio de la Rectoría. [8]

Derivado de esta evaluación se identificó un desempeño regular en cuanto a las funciones evaluadas, siendo las mejor calificadas la Conducción y Regulación del sistema, mientras que las áreas con mayores deficiencias fueron la de prestación de servicios y particularmente la de financiamiento en donde mayor atención requieren las políticas de regulación del financiamiento y la capacidad para supervisarlo. [8]

Estos resultados permitieron emitir recomendaciones para mejorar el desempeño y contribuir a su fortalecimiento, las cuales al igual que el análisis se emitieron para cada una de las dimensiones evaluadas, en el cuadro 2.1 se presentan las principales recomendaciones de las dimensiones que serán retomadas para el presente proyecto.

Cuadro 2.1 Recomendaciones emitidas de acuerdo a las dimensiones de Rectoría

	Instalar o reactivar los consejos estatales de salud
Conducción	Realizar un diagnóstico sectorial de necesidades y oferta de servicios
	Fortalecer la comunicación y homologar indicadores de desempeño
	Actualizar facultades de fomento y control de riesgo

Regulación	Implementar una plataforma para comunicación de riesgos Asegurar un presupuesto específico para regulación Actualizar los marcos normativos estatales en armonía con los federales.
Aseguramiento	Mediante convenios instalar redes integradas de servicios de salud Instalar un catálogo común interinstitucional de servicios Fomentar el uso eficiente de recursos basados en el diagnóstico sectorial
Provisión de servicios	Crear un catálogo sectorial con costos homologados Mejorar los sistemas de referencia – contra referencia Fomentar modelos basados en prevención y atención primaria Integrar un plan maestro sectorial de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Impulsar la integración del sector privado en la oferta de servicios Impulsar la inversión estatal en salud.

Fuente: Hacia una cobertura universal en Salud [8]

En el año 2013 se publica un artículo que estudia el marco normativo de la función Rectora, realizado por un grupo de investigadores del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana este se enfocó al marco conceptual y normativo de la misma, en la cual se hace una revisión de la legislación vigente que sustenta su ejercicio. [9]

Entre sus hallazgos destaca la ausencia de algún documento normativo que detalle específicamente las acciones y atribuciones de la autoridad sanitaria para el ejercicio de la rectoría, así como la falta de separación de funciones, en donde la misma Secretaría es ente

rector y prestador de servicios y concluye que es indispensable estudiar con mayor profundidad el tema, pues no hay al momento mayores publicaciones al respecto. [9]

Como antecedente para el estudio de la rectoría en el sistema de salud mexicano contemporáneo, debemos partir de la década de los ochenta que inicia el proceso descentralizador y que formalmente se alcanza con el acuerdo de descentralización firmado en 1996 [17]; posteriormente en el año 2000 con la creación del SPSS se redefine nuevamente al fortalecer el área de financiamiento y centralizar las decisiones en la CNPSS un órgano desconcentrado de la ASF [18]; y la primera evaluación de las ASE realizada en 2011 como un mecanismo formal de fortalecimiento en la antesala de la búsqueda de integración del sistema [8].

En el actual sexenio se plantea en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el objetivo de: *“Un Sistema Nacional de Salud Universal con una autoridad sanitaria que ejerza una rectoría eficaz y con alcance en el sector público y privado. La rectoría deberá fortalecerse a través de la regulación, la supervisión, la evaluación del sistema, la transparencia y la rendición de cuentas, así como la integración de un sistema universal de información y evaluación en salud y la cooperación internacional”* [19]. Con lo cual se mantiene vigente la necesidad de estudiar y fortalecer la Autoridad Sanitaria y su función rectora.

3. MARCO TEÓRICO

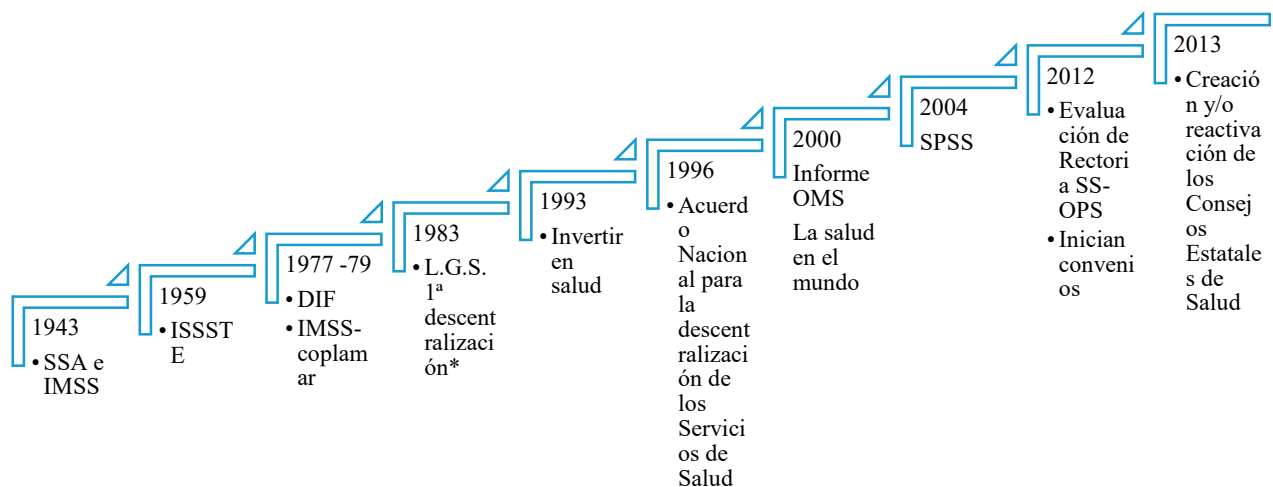
3.1. EL SISTEMA MEXICANO DE SALUD

3.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los antecedentes del actual Sistema de Salud Mexicano se remontan a 1917, en el gobierno de Venustiano Carranza, con el establecimiento del Departamento de Salubridad Pública el cual ejercía funciones primordialmente sanitarias, la atención médica era asumida por las instituciones de beneficencia; es hasta 1938 que el estado asume la responsabilidad y se crea la Secretaría de Asistencia Pública. [7]

El sistema de salud contemporáneo tiene su origen en el año de 1943, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia; para 1959 surgía el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En la figura 3.1 se presentan algunos eventos de relevantes que han contribuido a la configuración actual del sistema. [7]

Figura 3.1 Principales transformaciones en el sistema Mexicano de Salud



Fuente: elaboración Propia a partir de [7]

Los principales procesos de reforma que han moldeado al sistema de salud y lo configuran como hoy lo conocemos han sido resultado de la influencia económica, política, y social, lo que ha dado origen a un complejo sistema, el cual hoy en día se enfrenta a la necesidad de un nuevo ajuste que le permita responder a las necesidades que plantea el entorno actual. Las siguientes son las tendencias que han tenido mayor impacto en el proceso de reforma:

Un cambio importante, y sobre todo de relevancia para este estudio es el que inició en 1983 durante el Sexenio de Miguel de la Madrid, con el proceso descentralizador, mismo que se vería concretado trece años después con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de Salud. [7]

En 1993, el banco mundial publicó su informe sobre desarrollo mundial, “Invertir en salud”, en el cual se hizo un énfasis precisamente en mejorar la inversión en salud, mediante el fortalecimiento de los sistemas, basado en la competencia entre prestadores tanto públicos como privados para incrementar la efectividad, redistribuir los recursos y destinarlos principalmente a acciones costo efectivas, que garantizaran una mejora en la salud de la población. [11]

Proponía establecer paquetes mínimos de atención, que permitieran brindar equidad en la prestación de servicios de salud, y que aseguraran la solvencia económica del sistema; mediante la descentralización principalmente de los recursos financieros, lo cual fomentaría la apertura de la salud a un sistema de mercado, aunque hizo también énfasis en fortalecer de igual manera una figura encargada de regular, coordinar y orientar los esfuerzos para conseguir mejores resultados en salud. [11]

Siete años después, para el año 2000, la OMS publicaba su informe sobre la salud en el mundo, el cual fue dedicado a la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud, dentro del reporte se mencionan entre otros componentes fundamentales los recursos humanos y el financiamiento. Sin embargo, se hace hincapié en el ejercicio de la rectoría. A partir de ese informe el concepto ha adquirido una importancia tal que ha permitido llegar a un consenso en el concepto de rectoría, el cual define las funciones que debe asumir, sin dejar de lado que deben adaptarse al entorno de cada país, además se empezaron a idear indicadores útiles que permitan evaluarla, y promover su fortalecimiento. [20]

La última reforma en salud importante presentada en el país fue en 2004, misma que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), como un esfuerzo por brindar protección financiera a quienes no son derechohabientes a algún sistema de seguridad social, y de esta forma alcanzar la cobertura universal en salud. Se esperaba que su consolidación fortaleciera la función rectora de la Secretaría de Salud, por su estructura centralizadora [18].

Recientemente en la víspera de una reforma estructural orientada a la unificación del sistema, se ha transitado a través de una serie de convenios que han buscado la portabilidad y convergencia de los diversos sistemas de salud, para brindar atención integral a los pacientes, el ejemplo más claro de esta es el “*Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica*”, publicado en el año 2012 [21].

3.1.2. EL PROCESO DESCENTRALIZADOR

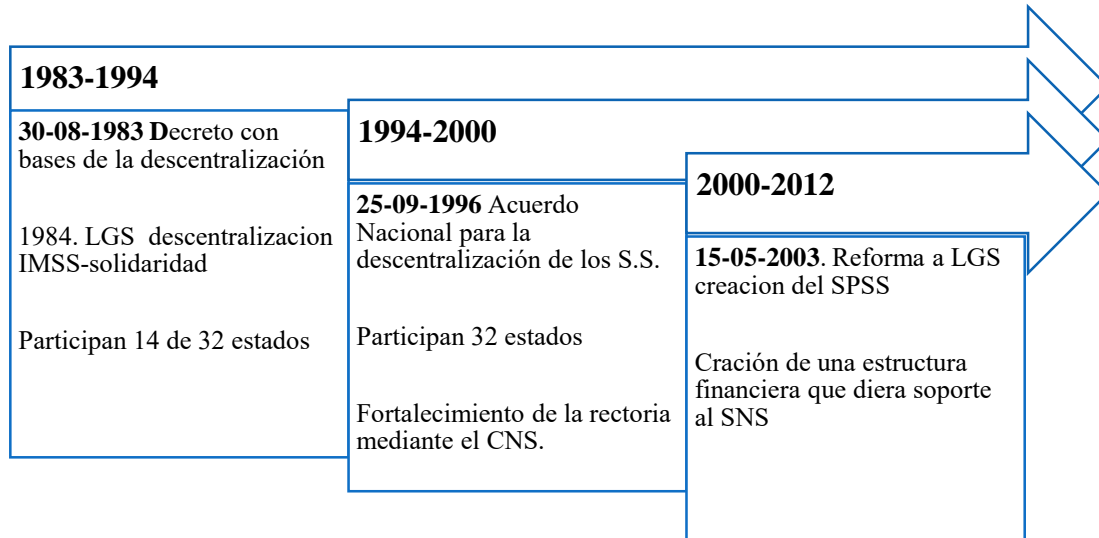
Durante la década de los años ochenta, en el sexenio de Miguel de la Madrid, y acorde con las recomendaciones neoliberales que principalmente promovía el Banco Mundial [5]; se inició un proceso descentralizador, que de acuerdo a José Francisco Ruiz Massieu se definiría como: *“la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa.”* [22].

Esta reforma intentaba contrarrestar la fragmentación del Sistema de Salud, mediante la sectorialización y consecuente transferencia de responsabilidades a los estados para que estos en el conocimiento directo de las necesidades en sus respectivas regiones pudieran articular las respuestas pertinentes. Para lograrlo la oficina receptora de las facultades debe poseer su propia personalidad y patrimonio, liberándolo del control jerárquico del transmisor [22].

En agosto de 1983 se emite el decreto presidencial que sentaría las bases para la descentralización de los servicios de Salud lo cual dio inicio a un largo proceso, el cual Sales lo agrupa en tres periodos (figura 3.2).

La primera etapa como se observa en la figura 3.2 corresponde al inicio del proceso durante el sexenio del Presidente Miguel Alemán con el Dr. Guillermo Soberón al frente de la Secretaria de Salubridad y Asistencia. Al término del Sexenio y con la llegada del nuevo mandato encabezado por el presidente Carlos Salinas y el Dr. Jesús Kumate a cargo de la Secretaria de Salud, se dejó en segundo plano el proceso, pues la administración tenía una visión más centralizadora y orientada a tener el control de los programas sociales. [16]

Figura 3.2. Etapas en el proceso descentralizador



Fuente: Elaborado a partir de [23]

Un sexenio después, en el año de 1994 con la llegada del presidente Ernesto Zedillo, el proceso se retoma, con el liderazgo del Dr. Juan Ramón de la Fuente se logra la firma del Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de Salud, el 20 de agosto de 1996. [17] Durante esta etapa acompañada del acuerdo se busca fortalecer el Consejo Nacional de Salud, pues este sería el órgano de comunicación, coordinación e integración entre federación y estados.

La tercera etapa de este proceso, puede contravenir a la tendencia descentralizadora de los años previos, se da durante el sexenio de Felipe Calderón y con el Dr. Julio Frenk al frente de la Secretaría de Salud y corresponde a la reforma a la LGS que da origen al SPSS como un mecanismo de financiamiento para brindar protección a la población con carencia de seguridad social; este esquema de manera central asigna presupuesto y dirige las acciones a realizar, y únicamente deja en manos del estado la coordinación de la provisión de los servicios, basado en las reglas que emite la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) por lo cual se considera un modelo centralizador. [23]

Este proceso descentralizador ha sido un parteaguas en la configuración del sistema, pues por un lado da a los estados la oportunidad de tomar las decisiones basados en las necesidades de su población, sin embargo, en donde no se cuenta con la capacidad o preparación adecuada para asumir estas responsabilidades los resultados en salud han sido escasos e incluso negativos. [23]

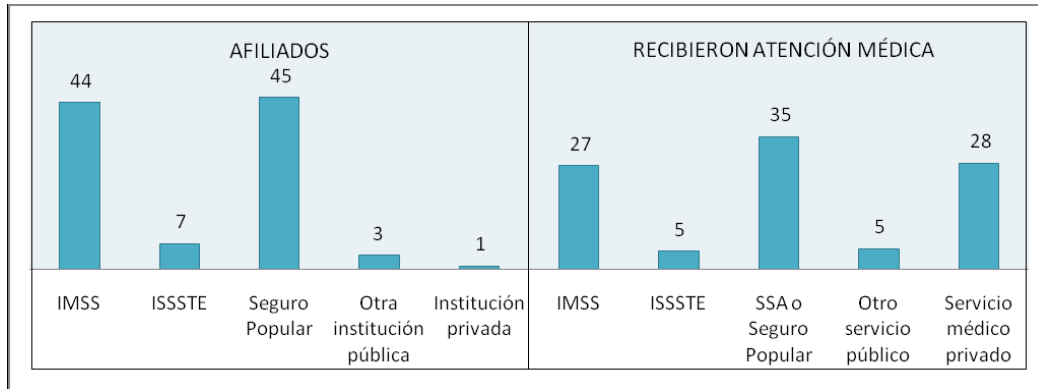
3.1.3. LA CONFIGURACIÓN ACTUAL

El actual sistema de salud mexicano, se conforma de manera global por dos sectores, el público y el privado, en donde el primero a su vez se organiza en instituciones de seguridad social que incluye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de las fuerzas armadas (ISSFAM), los que atienden al personal que labora en petróleos mexicanos (PEMEX); y los servicios otorgados a la población sin seguridad social, que incluyen los servicios estatales de salud (SESA), y los propiamente prestados por la secretaria de salud (SS). [24]

Dentro del campo público existen otras instancias que brindan servicios de salud como el caso del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que apoya principalmente con servicios de rehabilitación o programas como PROSPERA de la Secretaria de Desarrollo Social. [24] Incluso el Sistema de Protección Social en Salud que mediante el Seguro Popular (SP) financia servicios a la población sin seguridad social, mediante la compra de servicios de atención médica principalmente a los SESA, SS y algunos organismos privados e instituciones de seguridad social. [18]

De acuerdo a datos publicados por el INEGI, en su Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013, se estima que el 77% de la población mexicana se encuentra afiliada a una institución de seguridad social o pública como el caso del Seguro Popular que solamente financia servicios de salud, sin incluir prestaciones de seguridad social; de cada 100 afiliados, 45 pertenecen al seguro popular, 44 al IMSS, 7 al ISSSTE, y el resto a otras instituciones. [25]

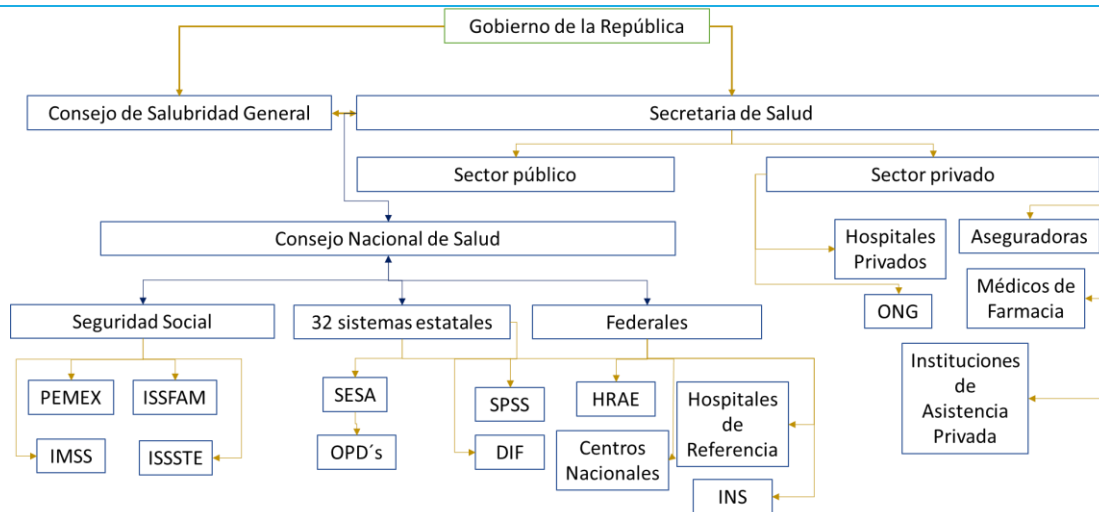
Figura 3.3. Distribución de población con acceso a servicios de salud según institución de Derechohabencia



Fuente: ENSS- INEGI 2013 [25]

En el ámbito privado se encuentran las instituciones con fines de lucro representadas por las aseguradoras privadas, los grandes consorcios hospitalarios, [24] pero también un creciente sector de médicos adjuntos a farmacias. Sin embargo, también se ha incrementado de manera notable la participación de instituciones sin fines de lucro, e incluso organizaciones de la sociedad civil, quienes buscan complementar las carencias del sistema público.

Figura 3.4. Configuración actual del Sistema de Salud Mexicano.



Fuente: Elaboración propia a partir de [24]

El financiamiento varía en función del subsistema al que nos referimos, para el caso de los sistemas de seguridad social, tienen esquemas tripartitos, con aportes por parte del empleado, del gobierno y del empleador, que en la mayoría de los subsistemas con excepción del IMSS esta última aportación también la hace el gobierno al ser el empleador. Mientras que los esquemas públicos tienen financiamiento de las aportaciones del gobierno y cuotas de recuperación con base en un estudio socioeconómico a los pacientes; el seguro popular se financia con recursos que aporta el gobierno estatal, el gobierno federal y se establece que debe haber una aportación por el usuario siempre y cuando se encuentre en los deciles mayores al 5°. Los servicios privados son financiados directamente por el paciente, ya sea al momento del uso del servicio, o por medio de seguros de gastos médicos. [24]

La organización del sistema dependerá de la institución, pero en general se basa en servicios que funcionan a través de niveles de atención; el primario, que radica principalmente en los centros de salud o unidades de medicina familiar son el primer contacto del paciente con el sistema, generalmente con servicios de medicina general o familiar. [24]

En caso necesario el paciente puede acceder al segundo nivel mediante una referencia del primer nivel, o por medio de los servicios de urgencia, este nivel se conforma por hospitales generales, en donde se brinda atención de las especialidades troncales principalmente [24].

Para padecimientos más complejos el paciente puede ser derivado al 3er nivel en los centros de alta especialidad en el cual se le brinda la atención correspondiente a través de los servicios de alta especialidad y tecnologías complejas. Los usuarios de los servicios privados pueden acceder al nivel de su elección sin necesidad de referencia solo es necesario cubrir el correspondiente pago. [24]

3.1.4. EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El consejo de Salubridad General tiene su origen en 1841 como Consejo Superior de Salubridad, para 1917 asume su actual nombre y es elevado a rango constitucional por lo que es un órgano que depende directamente de la presidencia [26] tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país, sustentado legalmente en los artículos 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o., fracción II y 15 de la Ley General de Salud y 1° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. [26]

De acuerdo a su reglamento interior, este consejo está integrado por integrado por los vocales titulares que corresponden a los secretarios de las siguientes dependencias de gobierno: SHCP, SEDESOL; SEMARNAT, SE, SAGARPA, SCT, SEP, así como los directores del IMSS; ISSSTE, DIF, los presidentes de las Academias Nacionales de Medicina y Cirugía y el rector de la UNAM, y vocales invitados, que se detallan en el artículo 4° del reglamento interno. [26]

Dentro de sus principales atribuciones se encuentra aprobar y publicar acuerdos y disposiciones generales de observancia obligatoria en salubridad general, así como declaratorias de enfermedades graves causa de emergencia. Regula las medidas contra venta y producción de sustancias tóxicas, evalúa y certifica la calidad de los establecimientos de atención médica y elabora y mantiene actualizado el cuadro básico de medicamentos, también es el encargado de definir los tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos, y puede opinar sobre la concesión de licencias de utilidad pública. [26]

3.1.5. EL CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

El Consejo Nacional de Salud tiene su antecedente directo en los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, organismo creado en 1934 en el marco de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República. Para la década de 1980 el consejo se reconstituye mediante el acuerdo de creación del 25 de marzo de 1986, como parte del proceso descentralizador que iniciaba en el país. En el cual el CNS, sería un organismo encargado de vincular los estados con la Federación. Posteriormente en 1995 se reestructuraría y queda como una instancia permanente de coordinación y un medio para ejercer la Rectoría. [27]

En 2009 se publica un nuevo acuerdo, el cual define la estructura que actualmente conocemos, en donde en su artículo 1º se concibe al CNS como *“una instancia permanente de coordinación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, que tiene por objeto la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República”* [28].

Este organismo es presidido por el Secretario de Salud, lo conforman los titulares de: SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX, SNDIF, y los titulares de cada uno de los 32 SESA, y como invitado permanente el presidente de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, y además puede participar cualquier integrante del sector público, privado o social en calidad de invitado con voz y sin voto, previa invitación del presidente del consejo. [28]

Sus funciones son las tendientes a generar un vínculo entre el nivel federal y el estatal, a través de la comunicación, coordinación, y orientación; lo hace mediante la propuesta de lineamientos para coordinar acciones, recomendaciones para unificar criterios, cooperación técnica y logística, promoción de programas prioritarios de salud y opiniones sobre la congruencia de iniciativas para integrar y hacer funcionar los servicios estatales de salud, todo orientado a consolidar el actual Sistema Nacional de Salud. [28]

3.1.6. LOS CONSEJOS ESTATALES DE SALUD

Una de las propuestas que surge de la evaluación realizada en 2001 es la implementación o en su caso fortalecimiento de los Consejos Estatales de Salud (CES) [8], como mecanismo para fortalecer la rectoría, esto da origen a que la comisión de Rectoría de la SS en conjunto con la OPS publicara una guía que permitiera cumplir este objetivo.

En esta guía se entiende por CES al órgano colegiado de consulta y coordinación interinstitucional que tiene como objetivo generar condiciones para la planeación de los servicios de salud en el marco del desarrollo e integración funcional, mismo que debe depender de cada gobierno estatal y cubrir las funciones que a este le sean atribuidas con base en el acuerdo de creación del CNS. [29]

Sus funciones igualmente tienden a la integración y cooperación interinstitucional a nivel estatal, y deben de contar con la participación de las diversas instituciones de salud que existen en el estado y ser presidido por el Gobernador del Estado y en representación de este por el Secretario de Salud. [29]

3.2 MARCO LEGAL DE LA RECTORÍA EN EL SISTEMA MEXICANO DE SALUD

3.2.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA MEXICANA

La conformación del sistema de salud mexicano, se ha justificado en el derecho universal a la salud, nuestra constitución política lo retoma de la siguiente manera: *Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.* [30] De este artículo deriva la Ley General de Salud, en la cual se contiene toda la regulación en cuanto a salud se refiere.

Sin embargo, dentro del artículo 123º en su fracción VI, se establecen las bases para la conformación de la seguridad social, la cual es aplicable únicamente para los trabajadores inscritos en los regímenes formales con acceso a dichas instituciones. [30]

A nivel constitucional se reconoce como Autoridad Sanitaria al Consejo de Salubridad General el cual es un Órgano Colegiado dependiente directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país; este es presidido por la o el Secretario de Salud Federal en turno. [30]

La rectoría del Sistema de Salud legalmente recae sobre la Secretaría de Salud, que es un órgano derivado del gobierno federal cuyas atribuciones y funciones se detallan en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que en su artículo 39 fracción VI le faculta para: *“Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes”* [31]

3.2.2. LEY GENERAL DE SALUD

Es la principal normatividad en materia de salud, en la cual su primer capítulo define las disposiciones generales del sistema de salud, mencionando el artículo 2º las finalidades del sistema, y su artículo 3º los alcances y programas dependientes de salubridad general, menciona explícitamente algunas actividades de prevención, y en el artículo 4º se definen las autoridades del sistema de salud. [32]

El segundo apartado nos habla del sistema de salud, su organización y atribuciones, en el artículo 6º retoma la definición de la OMS la cual menciona que: *El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.* [32]

Además, en este apartado dentro del artículo 7º se definen los objetivos del sistema de salud, y las atribuciones de la secretaria de salud como coordinadora del sistema, las cuales implican fundamentalmente: la planeación, la formulación de políticas de salud, definición de prioridades, vinculación y coordinación intersectorial, regulación, supervisión y evaluación. Así mismo se hace mención de la subrogación de servicios en su artículo 8º y de la descentralización del sistema. [32]

Dentro del capítulo tres se describen a los prestadores de salud, según sus atribuciones y reglamentos vigentes, agrupándolos en servicios públicos, servicios a derechohabientes, servicios privados y sociales, y otros prestadores, en donde se respeta la legislación vigente en cada institución de salud, y se hace mención sobre una regulación de tarifas para instituciones sociales y privadas. [32]

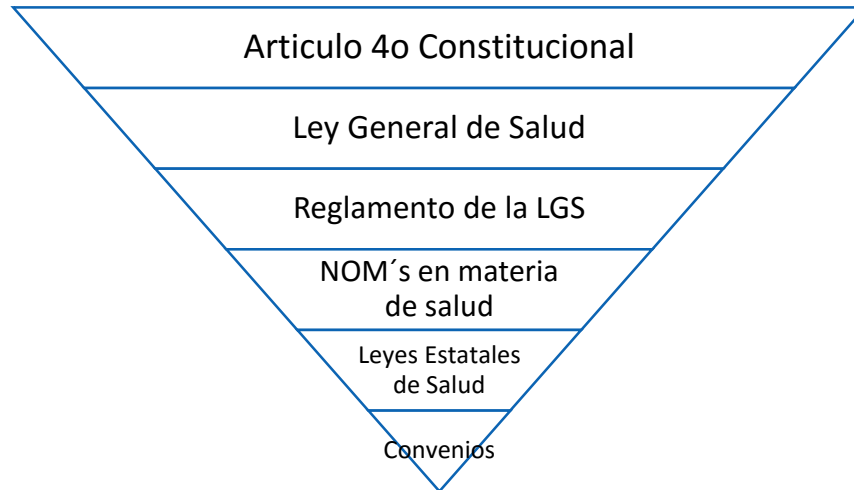
A lo largo de la ley general de salud podemos identificar algunas de las recomendaciones hechas por los organismos nacionales e internacionales que han intervenido en las reformas al sistema. Por ejemplo, en el capítulo VI, vemos la descripción de los usuarios y su participación; en el título tercio bis artículo 77, encontramos la incorporación del Sistema de Protección Social en Salud, el cual sienta las bases del seguro popular, su normatividad y atribuciones. [32]

Como podemos observar, la legislación tiene sentadas las bases de un sistema que cumple con los requisitos solicitados por organismos internacionales para un adecuado sistema de salud, sin embargo, la aplicación de esta ley es solo para los servicios públicos, excluyendo aquellos servicios de seguridad social que cuentan con una legislación propia y se constituyeron como instituciones independientes, e incluso al sector privado permitiéndole flexibilidad en la aplicación de sus normas, de manera que un efectivo ejercicio de la rectoría dista de lo que debiera ser. [9]

3.2.3. OTROS DOCUMENTOS LEGALES Y NORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD.

Del marco legal que proporcionan tanto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como la Ley General de Salud, derivan otros instrumentos legales (figura 3.5) de aplicación nacional como el Reglamento de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas. Con base en estos, se redactan y aplican las respectivas Leyes Estatales de Salud.

Figura 3.5. Marco Normativo en Salud



Fuente: elaboración propia.

3.2.4. CONVENIOS DE COLABORACIÓN EN SALUD

En 2004 las modificaciones a la Constitución y a la Ley General de Salud principalmente; y con la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, se dio paso a un nuevo esquema que permite avanzar a la universalización de los servicios de salud mediante la cooperación interinstitucional bajo la rectoría de un ente gubernamental encargado de consensuar y coordinar dichos objetivos.

La incorporación de los convenios de cooperación interinstitucional, se convirtió en un instrumento de integración del sector, con lo cual se fortalecían las funciones rectoras de la Secretaria de Salud y se brindaban mayores beneficios a la población, uno de los grandes logros fue el convenio de atención a la emergencia obstétrica en 2012 [21], el cual daría paso a que en el año 2015 se constituyera como un derecho al quedar plasmado en la LGS; y las leyes del IMSS e ISSSTE. [33]

Dicho esquema ha sido replicado en otros sectores, como por ejemplo la compra consolidada de medicamentos, en la cual el IMSS asume la responsabilidad del proceso [34], y a nivel estatal mediante la cooperación interinstitucional para intervenciones específicas, principalmente con convenios entre las Secretarías Estatales vía Seguro Popular e instituciones de Salud Públicas y Privadas que dio origen al acuerdo de compensación económica. [35].

El convenio más reciente y que puede ser el antecesor a la reestructuración del sistema fue el firmado el pasado 7 de abril del 2016 denominado Acuerdo Nacional hacia la universalización de los servicios de Salud, en el cual se plantea un esquema de cooperación e integración interinstitucional, teniendo como participantes en esta primera etapa a la SS, IMSS, ISSSTE y los SESA de Estado de México, Nayarit, Oaxaca [36]

3.3. RECTORÍA

3.3.1. LA AUTORIDAD SANITARIA Y SU FUNCIÓN RECTORA DE ACUERDO A LA OPS

7.3.1.1 DEFINICIÓN

De acuerdo a la OMS: un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, el financiamiento y la gestión. [20]

Así mismo define a la rectoría como la función del gobierno responsable del bienestar de la población, a quien le preocupan la confianza y legitimidad con la que la ciudadanía considera sus actividades. De esta manera se establece que los gobiernos a través de sus Secretarías deben asumir la responsabilidad del sistema de salud para dirigirlo y regularlo, con la finalidad de un mejor desempeño y resultados. [20]

La OPS ha promovido el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y el ejercicio de la Rectoría, como eje para fortalecer los sistemas de salud en reforma. Concibe a la Autoridad Sanitaria como: “El conjunto de actores/instituciones del Estado responsables de velar por el bien público en materia de salud”. [10]

A su vez esta es la encargada de ejercer la Rectoría, que es definida como: “*El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno*”. [10]

Además de la definición per se, también hace referencia a su propósito: “*implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de actores sociales*”. [37]

La rectoría se debe caracterizar por una serie de procesos que incluye costumbres, políticas, leyes, y regulaciones que se aplican formal o informalmente y garantizan la distribución de responsabilidades y el compromiso en la rendición de cuentas de los actores del sistema de salud. [37]

Con los conceptos propuestos por la OMS y OPS, la Secretaria de Salud en México define rectoría como: “*La función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas; la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño y la representación internacional.*” [19]

7.3.1.2. DIMENSIONES

Para lograr un ejercicio solido de la Rectoría en el sistema de salud, la OMS propone 6 dimensiones (figura 3.6) que deben ser atendidas, de las cuales la conducción, regulación y funciones propias de salud pública son responsabilidad única del órgano rector; mientras que el financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios deben ser responsabilidades compartidas con otros actores involucrados. [10]

Figura 3.6 Dimensiones de la Rectoría de Acuerdo a la OPS



Fuente: OPS [10]

¹F. E. S. P. Funciones Esenciales de Salud Pública

Conducción Sectorial, Corresponde a la capacidad de la Autoridad Sanitaria de dar dirección al sistema, por medio de metas y objetivos que se sustenten en un preciso diagnóstico sectorial de salud; permitiéndole formular y ejecutar las políticas que respondan a las necesidades que se evidenciaron con el estudio de la población objetivo; así como lograr el consenso entre los actores del sistema para un adecuado desempeño. [10]

En el caso de la Secretaría de Salud, es la encargada de realizar un diagnóstico sectorial que le permita establecer un plan de acción y el diseño de políticas; así mismo cuenta con la facultad para coordinar e integrar a diversos actores con un fin común, esto se plasma en diversos documentos normativos y de manera sexenal en los programas sectoriales de desarrollo. [19]

Adicionalmente cuenta el Consejo Nacional de Salud, el cual permite el puntual seguimiento de necesidades y acuerdos entre los Estados, y de manera local se ha promovido la creación de los Consejos Estatales de Salud. CES [29]

Regulación. Una de las funciones que se deben de cumplir como Autoridad Sanitaria es la que corresponde al correcto cumplimiento de los Marcos Normativos, mismos que para un adecuado desempeño del sistema se deben mantener constantemente actualizados. Al ser estos la base que da sustento jurídico al sistema de Salud, la formulación, implementación y fiscalización deben ser procesos en los cuales se involucre la ASN.

En México como ya se abordó previamente existe un vasto marco normativo que da sustento al Sistema de Salud, y también a partir del año 2001 se creó un organismo que en parte funciona como el fiscalizador principalmente en materia de riesgos sanitarios que es la COFEPRIS, sin embargo existen también otros medios y mecanismos que dan seguimiento a las funciones normativas y de regulación los cuales no se encuentran claramente definidos en estructura, atribuciones y funciones. [38]

Modulación del Financiamiento. Esta es una de las funciones compartidas por la Autoridad Sanitaria y otros organismos de gobierno, en la cual se busca garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos que se obtienen de diversas fuentes con la intención de asegurar el acceso equitativo a los servicios de Salud. [10]

En nuestro sistema de salud se cuenta dentro de la secretaria Federal y Estatal, con una subsecretaria de administración y finanzas que internamente cumple las funciones que se proponen en esta dimensión, sin embargo, la entidad encargada de la asignación y seguimiento a los presupuestos es la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, así como el Congreso y Senado quienes aprueban y en su caso modifican los presupuestos anuales. [31]

Garantía del Aseguramiento. Es una dimensión que también es compartida, y su finalidad es asegurar el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones en salud para todos los habitantes, además de diseñar programas específicos para poblaciones vulnerables. [10].

En el sistema de salud mexicano, mediante la subsecretaria de integración y desarrollo se busca cumplir con el objetivo de esta función, sin embargo, a la par existen también las instituciones de Seguridad Social, y algunos programas de otras dependencias que involucran a Salud, como puede ser el DIF y su sistema de rehabilitación, o PROSPERA de la Secretaría de Desarrollo Social. [39]

La Armonización de la Provisión, en esta dimensión se hace referencia a las habilidades para gestionar y generar complementariedad y cooperación interinstitucional con la finalidad de buscar equidad y garantizar la calidad y suficiencia de servicios a la población. [10].

La Secretaria de Salud en México cuenta con diversos mecanismos para lograr este objetivo, uno de los más importantes han sido los Consejos de Salud, ya sea el nacional o el estatal, los cuales facilitan la comunicación y consenso interinstitucional. Así como los convenios que se realizan de manera local, regional, o nacional.

El desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública se refiere al conjunto de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública que es mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población se enlistan en la tabla 3.1

Tabla 3.1 Funciones Esenciales de Salud Pública

- 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud*
- 2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública*
- 3. Promoción de la salud*
- 4. Participación de los ciudadanos en la salud*
- 5. Desarrollo de políticas, planificación y gestión en materias de salud pública*
- 6. Regulación y fiscalización en materia de salud pública*
- 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios*
- 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*
- 9. Investigación en salud pública*
- 10. Calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*
- 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud*

Fuente OPS [10]

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La separación de funciones en el sistema de salud ha sido una prioridad de las reformas desde los años 90s [5]. Sin embargo, debe existir una instancia que articule y dirija el sistema. Mismo que de acuerdo a la OMS se conforma por los actores e instituciones del estado encargados de las políticas de salud y se le denomina Autoridad Sanitaria [20].

Desde los años ochenta y hasta 1996 nuestro país tránsito por un proceso de descentralización de los servicios de salud [16], a través del cual los estados asumieron la responsabilidad que les corresponde como Autoridades Sanitarias, debido a que por su contacto estrecho con las necesidades de salud podían asegurar un mejor uso de responsabilidades y recursos; es importante destacar que este cambio se dio paulatinamente y por etapas, de acuerdo a la capacidad del estado de asumir la nueva función [22].

En México la rectoría del Sistema de Salud, debe ser ejercida por la Secretaria de Salud y las respectivas representaciones estatales [40]. Pero en la práctica es compleja en su aplicación, debido las múltiples Instituciones públicas y privadas existentes, pues cada una atiende las necesidades de salud dirigidas a poblaciones y problemas específicos; con objetivos diversos conforme a su realidad y necesidades locales; además su configuración y normatividad en ocasiones es incompatible; factores que en conjunto dificultan la integración y ejercicio efectivo de la rectoría [41].

En la evaluación del desempeño de la función rectora, realizada en conjunto por la Secretaria de Salud y la OPS, en 2011 se presenta un primer panorama, en este se identificaron las fortalezas y debilidades en el ejercicio de la rectoría, y adicionalmente se hicieron recomendaciones para mejorar; a cinco años de este primer estudio hoy se pretende dar continuidad y saber cómo se ha modificado este ejercicio y por lo tanto responder:

¿Cómo se ejerce la función rectora de la Autoridad Sanitaria a nivel estatal en el Sistema de Salud en México?

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL:

Describir cómo la Autoridad Sanitaria Estatal cumple con las acciones correspondientes a las dimensiones de conducción, regulación, aseguramiento, y provisión de servicios como parte de la función rectora en el Sistema de Salud de México.

5.2 ESPECÍFICOS:

- Revisar las acciones llevadas a cabo por las secretarías de salud estatales para conducir su sistema de salud.
- Identificar los atributos legales que fundamentan el ejercicio de la rectoría a nivel estatal.
- Describir como se da la coordinación entre los actores federales y estatales.
- Identificar las estrategias que usan para llevar un registro de beneficiarios y permitir el cruce y portabilidad de servicios.
- Comparar el avance con respecto a los resultados obtenidos en la pasada evaluación.

6. JUSTIFICACIÓN

En el contexto de reformas y evolución constante del sistema de salud, y enunciado en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 como una línea de acción a través del fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud en el sistema de salud, es indispensable contribuir con la evidencia, que permita identificar qué dirección debe tomar la reestructura de la Autoridad Sanitaria para poder fortalecer el ejercicio de la rectoría.

En la pasada evaluación del desempeño de la función rectora, realizada en nuestro país en 2011, se emitieron diversas recomendaciones tendientes a mejorar el actuar de la Autoridad Sanitaria, una de estas radica en el seguimiento y evaluación continua de sus funciones [8], a cinco años de dicho estudio es pertinente dar un seguimiento y constatar que cambios ha habido en el ejercicio de la rectoría.

En este sentido el presente estudio tiene como relevancia poder proporcionar evidencia que sirva de marco para el fortalecimiento de la figura de la autoridad sanitaria de cara a este cambio necesario en el sistema de salud, en donde se conjunten los subsistemas, y se establezcan objetivos en conjunto; guiados por una figura que de una estructura ordenada al sistema tendiente a hacer más eficiente su actuar [12].

Se pretende que el resultado de esta investigación contribuya a la toma de decisiones y la generación de políticas que fortalezcan un sistema que por sus características es dinámico y se enfrenta constantemente a cambios de acuerdo a las necesidades que tenga que atender. Por lo que contar con elementos que describan de fondo la práctica de las funciones esenciales del sistema a su nivel organizacional sentara bases para su mejor desempeño.

La investigación cualitativa dentro de sus propios fundamentos permite penetrar en las raíces del problema e identificar los aspectos más íntimos que contribuyen, en este caso, al ejercicio de las funciones rectoras, por lo que su empleo en la presente investigación constituye un elemento que aportara conocimiento en ese campo de conocimiento aun no priorizado dentro de la reforma del sistema, que es la interpretación en la ejecución de la rectoría [42].

De este modo el conocimiento que se genere de este estudio se convertirá en un punto de partida para una evaluación más profunda e integral de los subsistemas de salud estatal, y el sistema federal para permitir conocer su situación, resaltar sus virtudes y buscar alternativas para fortalecer las debilidades, y así contribuir a un mejor desempeño de sus funciones.

7. METODOLOGÍA

7.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

La presente es una investigación cualitativa, a través de la cual se hizo una descripción de la interpretación y ejercicio actual de función rectora en algunos sistemas estatales seleccionados y su correlación a nivel federal.

Se retomaron los principios de la teoría fundamentada, metodología descrita por Glaser y Strauss en 1967; en la que se recopilan datos de manera sistemática y por medio de su análisis a través de la codificación, tiene como fin estructurar categorías, desarrollarlas, relacionarlas y saturarlas, todo ello alrededor del proceso básico de investigación, lo que conduce a la formulación de una teoría que de explicación a un fenómeno concreto; en este caso el ejercicio estatal de la rectoría. [43]

De acuerdo a esta metodología y en atención a la obtención de la información, está fue recolectada mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a directivos de los Sistemas de Salud Estatales del país, durante el periodo de octubre de 2015 a marzo 2016 [42]

De los 32 sistemas de salud estatales se realizó la selección a través de un muestreo teórico discriminado, con la finalidad de escoger a las personas y oportunidades para un mejor análisis comparativo [43], se tomó en cuenta la disponibilidad e interés de los funcionarios de participar en el estudio; y se buscó que pertenecieran a una de las 4 regiones del país: norte, centro, occidente, y sureste.

Con base en el principio de saturación teórica que establece como fin del muestreo la saturación de las categorías al considerar que no hay datos nuevos importantes, que la categoría esté bien desarrollada, y que las relaciones entre las categorías estén bien establecidas y validadas; fueron necesarios 5 estados del país, sin embargo, se realizaron 7 entrevistas.

De la selección fueron descartados el estado de Campeche y Guerrero por cambio en los titulares de dichas dependencias Los participantes seleccionados se presentan en el cuadro 7.1.

Cuadro 7.1. Participantes seleccionados para entrevista

<i>Planeados</i>	<i>Estados concretados</i>
Campeche	Ciudad de México
Ciudad de México	Colima
Colima	Morelos
Guerrero	Nayarit
Morelos	Nuevo León
Nayarit	Tamaulipas
Nuevo León	Quintana Roo
Tamaulipas	
Quintana Roo	

Fuente: Elaboración propia

Con el apoyo del director y asesores de la tesis se contactó directamente al funcionario elegido y se envió la invitación a los estados seleccionados en espera de la confirmación para agendar y realizar la entrevista.

La invitación [anexo 16.1] especificó la descripción del estudio, objetivos y propósito, resaltando la procedencia del investigador como alumno del Posgrado en Ciencias Sociomédicas de la UNAM, y que el trabajo forma parte de la tesis de titulación.

Una vez concertada la cita, se dio preferencia a realizar la entrevista vía Skype o telefónica de no ser factibles dichas opciones se acudió personalmente a la oficina del informante; esta priorización se hizo con la finalidad de optimizar recursos. Es importante mencionar, que, de acuerdo a la literatura disponible, las diversas formas de realizar la entrevista no repercuten de manera importante en el desarrollo de la investigación, en donde la mayor desventaja puede ser la pérdida del contacto directo con el entrevistado y con ello el lenguaje no verbal, principalmente en el medio telefónico. [44]

El día de la entrevista, de manera verbal se comentó el protocolo y se solicitó al informante el consentimiento para grabar la entrevista, explicando que el audio sería transcrito y procesado para la redacción del informe final.

La guía de entrevista [anexo 16.2] a utilizar estuvo conformada por 14 preguntas. Esta se formuló basado en el documento aplicado para la Evaluación del desempeño de la Función Rectora aplicada en el 2011 por la Comisión Nacional de Rectoría de la SS en conjunto con la OPS. De la cual se exploraron las dimensiones de conducción, regulación, aseguramiento y provisión de servicios.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública y el financiamiento por ser dimensiones muy amplias y que implican una interacción mayor con otras dependencias gubernamentales tanto locales como federales rebasan las finalidades del presente estudio. [14].

En el cuadro 7.2 se presenta una esquematización del árbol de categorías, en el cual se describen las dimensiones con las cuales se trabajó, considerando aquellas que menciona la OPS como categorías apriorísticas, mientras que las que surgieron en el análisis de la información fueron consideradas como emergentes [45]

Cuadro 7.2 Encuadre de la investigación, definición de categorías

ÁMBITO TEMÁTICO	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN	PREGUNTAS
RECTORÍA	Ejerce la Autoridad Sanitaria a nivel Federal y Estatal las funciones rectoras sobre el sistema de Salud	¿Cómo se ejerce la función rectora de la Autoridad Sanitaria a nivel federal y estatal en el sistema de salud en México?	Describir cómo se ejerce la función rectora por la Autoridad Sanitaria Federal y Estatal en el Sistema de Salud en México.	Revisar las acciones llevadas a cabo por las secretarías de salud federal y estatal para conducir su sistema de salud.	Conducción	Acciones que debe realizar la autoridad sanitaria para dar dirección al Sistema de Salud con base en las necesidades identificadas	1,2,3
				Identificar los atributos legales que fundamentan el ejercicio de la rectoría tanto a nivel federal, como estatal.	Regulación	Acciones que debe establecer y hacer cumplir la autoridad sanitaria para definir y delimitar los procesos que realizara el Sistema de Salud	4.5.6
				Describir como se da la coordinación entre los actores federales y estatales.	Aseguramiento	Control y seguimiento de los habitantes que reciben atención medica mediante padrones actualizados que permitan definir claramente los servicios a los que puede acceder el individuo. .	7, 8,9

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS ESTATALES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.

ÁMBITO TEMÁTICO	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN	PREGUNTAS
RECTORÍA	Ejerce la Autoridad Sanitaria a nivel Federal y Estatal las funciones rectoras sobre el sistema de Salud	¿Cómo se ejerce la función rectora de la Autoridad Sanitaria a nivel federal y estatal en el sistema de salud en México?	Describir cómo se ejerce la función rectora por la Autoridad Sanitaria Federal y Estatal en el Sistema de Salud en México.	Identificar las estrategias que usan para llevar un registro de beneficiarios y permitir el cruce y portabilidad de servicios.	Provisión de servicios	Recursos humanos, físicos, materiales con los que cuenta el sistema de Salud para brindar servicios a su población. Así como los convenios que establece para complementar las acciones ofrecidas.	10
				Comparar el avance con respecto a los resultados obtenidos en la pasada evaluación.	Liderazgo ¹	Cualidades del personal directivo a cargo de la institución de salud que facilitan el óptimo desempeño de las dimensiones previas de rectoría.	
					Autopercepción de Rectoría ¹	La autoevaluación y conceptualización del directivo acerca de la situación actual de rectoría en el sistema donde desempeña sus funciones	11

Fuente: elaboración propia. [45]

¹ categoría emergente

En cuanto se tuvieron los audios de las entrevistas se dio prioridad a la transcripción de las mismas con lo cual comenzó el proceso de análisis.

La transcripción permitió codificar los testimonios recabados y el agrupamiento de los mismos en categorías basadas en las dimensiones previamente descritas en el cuadro 6.2, con lo que se inició la triangulación de la información.

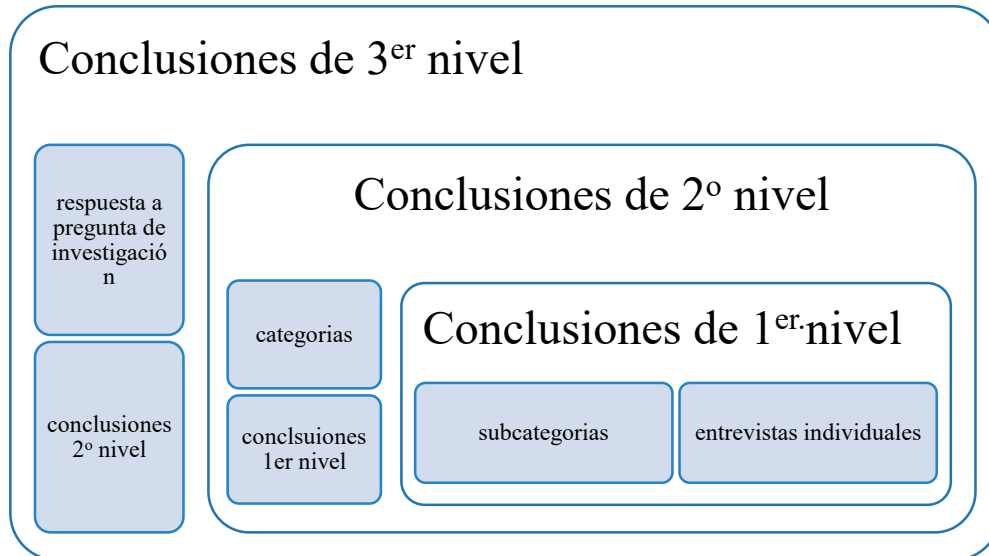
El análisis de la información se hizo de acuerdo al proceso de triangulación hermenéutica, el cual se describe como la reunión y cruce dialectico de la información concerniente al estudio, e incluye la selección de la información para conformar los estamentos, comparar dichos datos y por ultimo contrastarlos con el marco teórico [45]. Esta técnica es de utilidad en esta investigación para dar respuesta a la pregunta de investigación y poder conceptualizar el ejercicio actual de la rectoría a través de los testimonios de los actores en las secretarías de salud estatales.

En este estudio, dicha triangulación se realizó mediante el cruce de la información obtenida con las entrevistas; en primer lugar, se seleccionará la información de acuerdo a su pertinencia y relevancia, agrupándola en las categorías antes mencionadas, esto se realizó con cada una de las transcripciones. [45].

En un segundo momento se cruzó la información de cada uno de los informantes mediante un procedimiento inferencial por categorías, de esta manera se constituyeron conclusiones de primer nivel, las cuales a su vez se volverán a cruzar dentro de la misma categoría para obtener las conclusiones de segundo nivel. A su vez estas categorías de segundo nivel se cruzaron con las de otras categorías dando como resultado las conclusiones de tercer nivel que son las que respondieron a la pregunta del estudio [45]. Figura 7.1

En una etapa final se realizó la triangulación de la información obtenida mediante el trabajo de campo con la información recuperada en el marco teórico, de esta manera se construyó el conocimiento que da respuesta a la interrogante planteada en la investigación [45].

Figura 7.1 Triangulación de la información



Fuente: elaboración propia [45]

7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este estudio no se manejaron datos personales, ni experimentación con humanos, los datos recabados no representan violación ética alguna. Los informantes, en su totalidad funcionarios públicos de la administración federal o estatal están debidamente informados del estudio y su participación es completamente voluntaria.

7.3 VENTAJAS DEL ESTUDIO

El diseño del estudio permitió mediante las entrevistas profundizar en la forma en la que se ejerce la rectoría en el ámbito estatal desde la visión de los secretarios de salud lo que ayudo a crear una conceptualización regional de la rectoría en salud.

7.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los datos que se obtengan permitirán interpretar la realidad de los estados estudiados para el tiempo, condiciones políticas y sociales que se vivieron durante la gestión del informante, por lo cual no son extrapolables.

El tamaño de muestra a pesar de alcanzar una saturación teórica, no puede ser representativo del ejercicio de rectoría a nivel nacional, sin embargo, si proporciona un panorama general y antecedente para llevar a cabo una evaluación nacional.

Las limitaciones propias de los informantes al ser actores públicos del sistema de salud mexicano.

7.5 FINANCIAMIENTO.

Este trabajo fue autofinanciado, y no tuvo intervención de entidades privadas, únicamente se contó con el apoyo de la beca CONACYT

8. MARCO CONCEPTUAL

Cuadro 8.1 Conceptualización de dimensiones

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	SUB CATEGORIZACIÓN
CONDUCCIÓN	Acciones que debe realizar la autoridad sanitaria para dar dirección al Sistema de Salud con base en las necesidades identificadas	Prioridades estatales Movilización de recursos Evaluación del desempeño del sistema
REGULACIÓN	Acciones que debe establecer y hacer cumplir la autoridad sanitaria para definir y delimitar los procesos que realizara el Sistema de Salud	Desarrollo y efectividad del marco legal Capacidad institucional para la función regulatoria Capacidad de la autoridad nacional de hacer cumplir la regulación
ASEGURAMIENTO	Control y seguimiento de los habitantes que reciben atención medica mediante padrones actualizados que permitan definir claramente los servicios a los que puede acceder el individuo. .	Derechohabiencia Disponibilidad y acceso Protección de los derechos de los usuarios
PROVISIÓN DE SERVICIOS	Recursos humanos, físicos, materiales con los que cuenta el sistema de Salud para brindar servicios a su población. Así como los convenios que establece para complementar las acciones ofrecidas.	Planificación de Servicios

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	Cualidades del personal directivo a cargo de la institución de salud que facilitan el óptimo desempeño de las dimensiones previas de rectoría.	Relación interinstitucional Relación interinstitucional Trayectoria y experiencia en el sistema
AUTOPERCEPCIÓN DE RECTORÍA	La autoevaluación y conceptualización del directivo acerca de la situación actual de rectoría en el sistema donde desempeña sus funciones	Éxitos del ejercicio de rectoría Áreas de oportunidad en el ejercicio de la rectoría Retos futuros en materia de rectoría

Fuente: Elaboración propia

9. TRIANGULACIÓN

9.1 CONTEXTO

El trabajo de campo de la presente investigación se realizó durante los meses de octubre del 2015 a marzo de 2016, de acuerdo a la disponibilidad de los directivos para poder participar en el proyecto, en la tabla 9.1 se presentan los detalles de las entrevistas realizadas, ordenados con base en la fecha que se realizó la entrevista.

Tabla 9.1 Detalle de las entrevistas realizadas

<i>Estado</i>	<i>Fecha</i>	<i>Tipo</i>	<i>Duración</i>
Ciudad de México	09 de octubre 2015	Presencial	35 min
Tamaulipas	26 de octubre 2015	Presencial	50 min
Colima	7 de diciembre 2015	Telefónica	30 min
Nuevo León	7 de diciembre 2015	Videoconferencia	40 min
Morelos	17 de diciembre 2015	Presencial	40 min
Nayarit	Marzo de 2016	Videoconferencia	35 min
Quintana Roo	Marzo de 2016	videoconferencia	40 min

Los participantes fueron elegidos de acuerdo a su disponibilidad, y se buscó que representaran las cuatro principales regiones del país como se observa en la figura 9.1

Figura 9.1 Distribución de las entrevistas por región



En la tabla 9.2, se presentan características generales de cada uno de los estados elegidos.

Tabla 9.2 Características generales de los estados entrevistados

<i>Estado</i>	<i>Población total</i> ¹	<i>Experiencia en el cargo</i> ²
Ciudad de México	8, 851, 080	9 años
Colima	650, 555	10 años
Morelos	1, 777, 227	3 años
Nayarit	1, 084, 979	1 año
Nuevo León	4, 653, 458	12 años
Quintana Roo	1, 325, 578	3 años
Tamaulipas	3, 268, 554	5 años

1 Censo de población y vivienda INEGI 2010 [46]
2 Secretaria de Salud

En los siguientes apartados se presentará la triangulación de los datos recabados de acuerdo a las dimensiones planteadas previamente, las cuales se muestran en el cuadro 8.1, y se conforman por cuatro categorías definidas por la OPS: conducción, regulación, aseguramiento y provisión de servicios; y dos categorías emergentes Liderazgo y autopercepción de rectoría.

9.2 CONDUCCIÓN

Una de las funciones elementales de la Autoridad Sanitaria, es en principio realizar un diagnóstico sectorial que le permita establecer un plan estratégico en el cual se definirán los objetivos, estrategias, metas e indicadores que en conjunto deben perseguir el objetivo de mejorar la salud de la población. Durante la evaluación realizada en el año 2011 en el país, esta dimensión mostro un desempeño regular a nivel nacional.

De acuerdo a los testimonios de cada uno de los entrevistados se hace evidente un fortalecimiento en esta función y en el liderazgo que presentan como cabeza de sector en su estado, a través de acciones y decisiones que se reflejan en su quehacer diario; en el primer aspecto cuestionado sobre los diagnósticos sectoriales de salud se tiene una integración de este en todos los estados. Por ejemplo, Morelos nos menciona:

[En el estado se realizan diagnósticos constantes a nivel sectorial, algunos ejemplos de ellos son: Programa Sectorial de Salud y Plan Estatal de Salud, el cual integra a los organismos públicos descentralizados y desconcentrados sobre las metas a alcanzar.]

En otros estados, por ejemplo, este diagnóstico se realiza con el apoyo de otras instituciones como la propia Secretaría de Salud Federal o incluso Institutos como el de Salud Pública, la Ciudad de México nos menciona:

[Tanto los programas que atienden la promoción de la salud y la prevención específica, como los que implican la atención médica de segundo nivel y la canalización al tercer nivel, están contruidos con base en la información e indicadores que generan, tanto la Secretaría de Salud del Gobierno Federal como la propia Dirección de Información de la Secretaría de Salud local].

Por otro lado, en Colima nos comentaron:

[Se realiza primero una evaluación externa por parte del INSP, y tenemos una evaluación propia que conjuntamente con la información de las otras instituciones del sector salud nos permite principalmente poder alinear la oferta que tienen los servicios de salud en el estado]

El contar con el diagnóstico sectorial es un principio para poder dar dirección al sistema, pues es una herramienta que identifica necesidades y permite priorizar las acciones que se realizarán a corto, mediano y largo plazo, como nos comenta Nayarit.

[Al inicio de la administración se realizó un diagnóstico integral, el cual contempla las condiciones de salud estatal y los recursos con que se cuenta para la prestación de servicios, lo que permitió establecer y priorizar la problemática principal de salud en el estado, y las propuestas para su corrección.]

En el caso de Quintana Roo lo nos comenta lo siguiente:

[El diagnóstico sectorial nos permitió comprender el entorno donde se desarrollaría un plan de acción con un marco estratégico que atendiera las necesidades y respondiera a las demandas del sector salud, y de las políticas internacionales, nacionales y estatales que nos rigen en materia de salud pública.]

Otro reto al cual se enfrentan las Autoridades Sanitarias Estatales es la fragmentación del sistema, la principal recomendación en este aspecto fue la constitución de los Consejos Estatales de Salud, en los cuales se pudiera conjuntar a las diversas instituciones de salud para poder llegar a un consenso sobre los objetivos y metas a perseguir.

En este aspecto nuevamente en los estados entrevistados se cuenta con comités y en algunos casos ya se ha establecido el Consejo Estatal de Salud que permite esta interacción.

En el estado de Nuevo León por ejemplo se realizó la integración de estos comités a través de la búsqueda de participación activa y responsable de las diversas instituciones:

[Se convoca al sector a través de comités estatales en acuerdo con las autoridades de los institutos y sin violar los reglamentos de cada instituto, gestionamos respetuosamente que designaran personas que estuvieran realmente involucradas directamente con los temas a tratar por el comité].

En algunos estados se tienen Consejos bien establecidos y con sesiones periódicas que favorecen el logro de los objetivos. Quintana Roo trabaja con sesiones fijas y en casos específicos se convoca a extraordinarias:

[En el estado está constituido el COESA y sesiona cada 4 meses de manera ordinaria o de forma extraordinaria para atender alguna demanda emergente que requiera la colaboración interinstitucional]

Hay otros estados en los cuales la sólida relación interinstitucional favorece estos consensos, por ejemplo, en Tamaulipas nos comentaron lo siguiente:

[La interrelación que tenemos sobre todo con el IMSS y el ISSSTE, es muy buena, y productiva, y de parte de los delegados muy respetuosa hemos recibido una gran colaboración lo cual nos ha permitido trabajar mejor desde el punto de vista sectorial].

En este trabajo conjunto se presentan grandes beneficios para los pacientes, y también para el bienestar del sistema de salud, en Morelos, por ejemplo:

[En el estado se trabaja en RED, de esta manera las distintas dependencias gubernamentales y organismos no gubernamentales colaboran en las acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación, con la finalidad de no duplicar esfuerzos, trabajando en conjunto también con el sector privado y académico.]

La correcta conducción también incluye una revisión y reestructuración en las áreas susceptibles, lo cual permitirá mantenerse en una mejora continua, y de esta manera garantizar un óptimo desempeño, por eso contar con mecanismos de evaluación y seguimiento son indispensables. En los diversos estados entrevistados se cuenta con mecanismos de evaluación, sin embargo, no hay una homologación entre estos, y en muchas ocasiones se realiza únicamente de manera interna, lo cual no permite identificar las áreas de oportunidad. En la Ciudad de México por ejemplo las evaluaciones se realizan principalmente de manera interna.

[Hay procedimientos de evaluación ya acordados y establecimiento de metas en acciones específicas que son analizados periódicamente para determinar debilidades y oportunidades].

Otro caso similar es Colima que también presenta evaluaciones internas principalmente:

[Tenemos un sistema de evaluación de metas y compromisos que están establecidos en el plan estatal de desarrollo que nos permite darle un seguimiento muy puntual a cada una de las acciones que se han planteado para ese tema y también tenemos el seguimiento de metas específicas para convenios específicos].

De acuerdo a los testimonios, las funciones de conducción se realizan en medida de las capacidades del estado, sin embargo, no existe una estandarización de estos procesos que facilite y mejore el desempeño de esta dimensión, aunque existe la disposición de mejorar pues las recomendaciones hechas en 2011 fueron tomadas en cuenta, por ejemplo, hoy ya se cuenta con los CES en las entidades.

9.3 REGULACIÓN

La segunda dimensión a evaluar fue la de regulación, y es que un sistema de salud no puede existir sin un marco normativo que lo respalde y delimite sus funciones y limitaciones, en el caso de nuestro país, cada una de las instituciones existentes cuenta con los documentos que sustentan su razón de ser, todos basados en el mandato constitucional dictado en el artículo 4º, y en apego a la Ley General de Salud, y su reglamento.

Durante la evaluación de 2011 fue una de las dimensiones mejor evaluadas, la segunda mejor en la autoevaluación y la primera en la evaluación compartida. Las recomendaciones emitidas en aquella ocasión son tendientes en primer lugar a la actualización del marco normativo, y en segundo a la capacitación y fortalecimiento de los recursos humanos en materia de regulación principalmente.

En esta entrevista se indago sobre la existencia y conocimiento del marco normativo, la figura de la autoridad sanitaria propiamente, el OPD como prestador de servicios, y los recursos disponibles para hacer cumplir dicho marco normativo, es de relevancia el papel que se le da en este aspecto tanto a nivel federal y en cada uno de los estados a la COFEPRIS, sin embargo, dicha comisión no cubre por completo las funciones de regulación, y no existe un área exclusivamente creada para dar seguimiento a los aspectos normativos desde su actualización, aplicación y fiscalización.

De acuerdo a la guía de entrevista, el primer aspecto que se interrogó fue la existencia y conocimiento del marco normativo, en donde la respuesta fue unánime, pues todos los estados cuentan con su marco normativo y tienen pleno conocimiento del mismo.

Esta normatividad se basa en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, y a su vez se encuadra con la constitución estatal, y cada una de las secretarías se sustenta en los reglamentos locales como nos lo comenta Morelos:

[Existe, un documento base es la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Morelos, en donde se describen las atribuciones de cada dependencia estatal y por supuesto, las que corresponden a la Secretaría de Salud].

Dichas atribuciones permiten crear una serie de manuales y normas que incluso dan origen a procesos que en ocasiones se pueden llegar a certificar como nos comenta Colima.

[El área de planeación se encarga de la elaboración de los procedimientos de la gran mayoría de las acciones a cargo de la institución, donde más del 80% cuentan con un manual que le permite conocer el funcionamiento y sobre todo establecer los mecanismos de control y de supervisión de los mismos, basados justamente en un proceso validado y a veces certificado].

En otras entidades se ha tomado en consideración las recomendaciones y se trabaja en modificaciones y actualizaciones a su marco normativo, Nayarit es un ejemplo:

[De manera interna se cuenta con el reglamento interior de Servicios de Salud de Nayarit y el Manual General de Organización, el primero con su última reforma en el año de 2012, y se planea en la próxima junta de gobierno someter a la consideración del Órgano Colegiado la aprobación de un nuevo Reglamento interior.]

Así mismo existe el conocimiento con base en esta normatividad y derivado del proceso descentralizador concluido en 1997, del funcionamiento y organización de los Organismos Públicos Descentralizados, pero casi a 20 años de su creación aun genera confusión en algunos estados.

En la mayoría de los estados existe por lo menos la Secretaria de Salud Estatal, el OPD Servicios de Salud, y recientemente creado el OPD Régimen Estatal de Protección Social en Salud, sin embargo, pueden existir otros como nos ejemplifica Morelos.

[La Secretaría de Salud de Morelos es un ente rector y como tal, tenemos 5 OPD: Hospital del Niño Morelense, Servicios de Salud de Morelos, Sistema DIF Morelos, Régimen Estatal de Protección Social en Salud y Comisión Estatal de Arbitraje Médico].

Sin embargo, aún no se logra una completa separación de funciones, ya que en la mayoría de los casos el titular de la Secretaria de Salud también es el Director del OPD principalmente del de Servicios de Salud Estatal como nos comenta Colima

[Tenemos en colima dos organismos públicos descentralizados, uno es el que se llama SESA y del cual depende la parte de infraestructura de la propia secretaria de salud y el presidente es el propio secretario de salud, Otro es el recientemente creado este año denominado REPSS, donde el presidente también es el secretario de salud]

Al no definirse bien las atribuciones y funciones, y no homologar la definición del OPD surgen algunas confusiones, y principalmente debilitamiento de la rectoría como nos comenta Nuevo León.

[Es indispensable que el dinero llegue al gobierno del estado y que baje a través de secretaría y está firme el convenio con el OPD y que el director general de ese organismo sea designado sí por el gobernador, pero a través una terna propuesta por el secretario de esta manera el director general de la OPD tiene que entender que su jefe es el secretario].

Esta heterogeneidad observada en la comprensión del funcionamiento del OPD, también se observa en la definición procesos estandarizados para las acciones de supervisión, ya que, desde la formación y capacitación de recursos humanos en materia de regulación, hasta el propio proceso en si muestra diversas variantes de acuerdo al estado entrevistado.

En la Ciudad de México se cuenta con una instancia relativamente nueva, la cual tiene como atribuciones las acciones de regulación. Sin embargo, ellos mismos reconocen sus limitantes.

[La Agencia de Protección Sanitaria tiene 5 años de creación, debido a esto aún no cuenta con todos los recursos humanos necesarios y aún no se han construido Reglas de operación y Procedimientos]

En Colima por ejemplo también se cuenta con una instancia equivalente a COFEPRIS, pero a nivel estatal, quien tiene la atribución de las acciones de regulación.

[La COESPRIS es la mano dura de la secretaria, nos permite principalmente ejercer actos de autoridad, como regulación y a la aplicación de la normatividad, esta es coordinada por la COFEPRIS a nivel nacional lo que le permite mantener al personal actualizado, pero sobre todo lo hace sustentable a través de un presupuesto especial que favorece su fortalecimiento.]

Pero en el otro extremo tenemos también un acercamiento mayor del titular y su involucramiento directo con los diversos actores del sistema como es el caso de Tamaulipas.

[De los 300 centros de salud conozco personalmente 228, tengo reuniones con los jefes jurisdiccionales, se hacen reuniones de evaluación, en principio nada más era en 1er nivel de atención, todas las subsecretarías de prevención y promoción de la salud, con todos los directores, los programas, y desde hace 2 años incorporamos a los hospitales también].

La participación incluyente de los diversos sectores bajo la regulación del SESA como cabeza de sector es fundamental para el logro de objetivos, en Quintana Roo, es una de las acciones:

[Es conveniente para lograr los objetivos desarrollar un liderazgo participativo, en el que cada institución hace sus aportaciones de acuerdo a sus competencias y dirección vertical, sin embargo, es nuestra facultad como cabeza del sector coordinar el desarrollo de las acciones con base en la legislación y acuerdos respectivos.]

Tenemos una visión de que es una dimensión que requiere mayor atención, pues los procesos, la información y la comprensión de la misma es muy variada, y esto también es reflejo de la soberanía de cada estado, sin embargo desde el nivel federal se debe actuar para tutelar y fortalecer esta área, principalmente con la creación o atribuciones que le permitan realmente ser un ente fiscalizador, y no asumir que la COFEPRIS realiza estas acciones, pues esta únicamente se restringe a riesgos sanitarios, y cualquier otra situación en materia normativa queda fuera de su alcance.

9.4 ASEGURAMIENTO

Esta dimensión tiene como objetivo un saneamiento en las finanzas al evitar duplicidades de afiliación, y poder otorgar los servicios de acuerdo a las necesidades de la población y buscando el apoyo interinstitucional, al tiempo que se cuenta con un padrón de los habitantes y es posible identificar a aquellos que no cuentan con algún servicio de salud.

Durante el 2011 el aseguramiento fue la dimensión que mejor desempeño presento en la autoevaluación, y mostro un desempeño regular en la evaluación compartida, el primer cuestionamiento al respecto fue la integración de padrones de derechohabientes institucionales, y su cruce para identificar duplicidades.

En prácticamente todos los estados se cuenta con padrones por institución, principalmente se identifica el de las instituciones de seguridad social, el del seguro popular, y en caso de programas específicos el correspondiente, sin embargo, no se ha logrado realizar el cruce de estos, por ejemplo, la ciudad de México comenta lo siguiente:

[En la Secretaría de Salud de la Ciudad de México contamos con padrones de afiliación al Programa de Acceso gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos, así como del Sistema de Protección Social en Salud, así mismo las instituciones de Seguridad Social cuentan con un padrón, pero no hay mecanismos para cruzar datos en el ámbito local, pero si en el Federal.]

Hay estados que realizan esfuerzos por integrar el padrón único a nivel estatal, para no depender de los padrones federales, es el caso de Morelos:

[En Morelos nos encontramos en proceso de realizar el Padrón Único de población, con ello podremos enfocar los esfuerzos de cada dependencia en el mantenimiento y el mejoramiento de la salud integral de la población morelense]

El común es contar con los padrones, pero no con un cruce de estos, lo cual dificulta identificar las duplicidades, sin embargo, a nivel federal y por medio del Seguro Popular se ha realizado un esfuerzo por corregir esta situación, como nos comenta Nuevo León

[El seguro popular a nivel nacional va muy avanzado en la compulsación de la base de datos con la lista de derechohabientes, y ha resultado que había un número importante de personas que tenían dos derechohabiencias, a partir del año que entra nos han informado que los recursos del seguro se van a enviar y autorizar con base en esos listados ya validados por la CNPSS]

En un principio se ha resuelto el problema de los padrones, en donde se ve una intervención activa por parte de la A.S.F, y adicionalmente se tiene el conocimiento del porcentaje poblacional que se encuentra cubierto por algún sistema de seguridad social, lo cual garantiza una cobertura en afiliación superior al 90% en los estados y a nivel nacional. Tamaulipas lo comenta de la siguiente manera:

[Tenemos un padrón del seguro popular que es 1 450 000 afiliados más los afiliados del IMSS del ISSSTE, e incluyendo los servicios médicos de Pemex, y las Fuerzas Armadas alcanzamos un 98% de afiliación en el estado].

Este mismo mecanismo permite identificar dinámicas poblacionales y garantizar la afiliación de todos sus habitantes, como es el caso de Colima:

[Contamos con una cobertura entre el 97 y 99 % derivado de dos cosas, primero la migración tan importante que tenemos, Colima tiene la migración más alta a nivel nacional, el 5% principalmente de migración anual lo que nos obliga a tener una vigilancia estrecha para garantizar el acceso a los servicios, hoy principalmente mediante el esquema de portabilidad del Seguro Popular].

El ultimo componente que se evalúa como parte de la garantía del aseguramiento es garantizar los derechos de los asegurados, para este nos comentan en cada estado cuentan con los mecanismos que les permite identificar la satisfacción del beneficiario, se cuenta con los buzones de quejas, sugerencias, y felicitaciones; e incluso la tutela directamente por parte de los gestores de calidad y del Seguro Popular.

En principio se dan a conocer los derechos de los beneficiarios, mediante la información y difusión de los mismos, la Ciudad de México lo realiza de la siguiente manera:

[Existe un convenio con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través del cual se determinó poner carteles en todas las unidades médicas que muestran los derechos de los pacientes. Asimismo, se está brindando capacitación al personal de salud para que refuercen sus conocimientos al respecto.]

Una vez que se conoce la información por parte de los usuarios y prestadores del servicio, se proporcionan las herramientas para darle voz a los beneficiarios y hacer llegar sus comentarios, en Colima, por ejemplo:

[Tenemos un sistema de quejas certificado por ISO9000 que nos permite principalmente eh atender por escrito todas aquellas quejas, sugerencias o recomendaciones que hagan los usuarios, aquí participa la contraloría del gobierno del estado para darle y transparencia]

Y por último cada entidad establece el mecanismo a seguir para dar respuesta a la solicitud, por ejemplo, en Morelos:

[Cada organismo tiene la obligación de atender personalmente las quejas o felicitaciones que detecte el área administrativa, con la finalidad de otorgar un mejor servicio a la población morelense. El departamento de Calidad de cada Organismo, analiza y procesa las quejas o sugerencias. Las envía directamente a la unidad donde se originaron y se asegura que se le dé respuesta personalizada a cada una de ellas.]

Como se observa el aseguramiento es muy puntual en sus acciones, sin embargo, aún presenta grandes áreas de oportunidad, en principio la unificación el padrón que permita identificar las duplicidades, para dar paso a una optimización en recursos e infraestructura que garanticen el acceso oportuno a los servicios de salud.

En cuanto a la tutela de derechos de los pacientes, se cuenta con los mecanismos, sin embargo, como se ha observado son tan diversos en sus operaciones, que sería necesario buscar homologar los procesos para garantizar un óptimo cuidado del derecho de los beneficiarios.

9.5 PROVISIÓN DE SERVICIOS

Esta dimensión ha sido una de las más complejas, pues se ha llegado a pensar que la única función de la ASE es proveer servicios de salud, pero una vez que se estudia a fondo el sistema, y en la nueva concepción de este, los servicios son solo un elemento más en un complejo modelo de atención a la salud, es por eso que se debe entender como un componente, y no un todo, y de esta manera articularlo a las demás funciones que en conjunto integran al Sistema de Salud.

Partiendo de la evaluación del 2011, esta dimensión es de las que peor desempeño presentó, solamente superada por la de financiamiento; por un lado, se intenta poner mucho énfasis en su desempeño, pero por el otro también se debe considerar que es una dimensión compartida, y es indispensable buscar un consenso entre los diferentes prestadores de servicio para poder optimizar el funcionamiento.

Muchos son los factores que pueden influir en el bajo desempeño, partiendo de la fragmentación del sistema, la amplia dispersión de la población, principalmente en zonas rurales que sumado a la geografía del país en ocasiones imposibilita el acceso de los servicios de salud, la concentración de los recursos humanos, materiales y tecnológicos en las grandes ciudades, el crecimiento de la infraestructura basado en las instituciones y no en las necesidades poblacionales.

Sin embargo, esta investigación se centró en tres aspectos globales, en primer lugar, la disponibilidad de servicios, en seguida los mecanismos de referencia y contrareferencias, y en tercer lugar la oferta de servicios con base en un diagnóstico sectorial y la cooperación interinstitucional.

Cuando nos referimos a la disponibilidad de servicios, no es lo mismo pensar en la Ciudad de México en donde se encuentran los centros más avanzados de atención médica de prácticamente todas las instituciones. O en Nuevo León con un gran porcentaje de población urbana, como nos lo mencionan.

[Nuevo León cuenta con una gran ventaja histórica, circunstancial, de mucho desarrollo médico, de mucha infraestructura, de poca área rural; el ochenta por ciento de la población se encuentra en el área metropolitana de Monterrey, entonces todo esto ha permitido que el paciente de población abierta desde antes del seguro popular tenga acceso a prácticamente todo]

Hay estados con mayores dificultades, que a pesar de eso buscan una solución para garantizar los servicios, por ejemplo, en Morelos crearon estrategias que permiten a las jurisdicciones cubrir un amplio porcentaje de la población.

[Tenemos 3 Jurisdicciones Sanitarias, dentro de las cuales creamos Centros de Salud Centinela, con la finalidad de fortalecer los servicios de primer nivel de atención, así como poder ampliar los horarios, estos doce Centros Centinela, están planeados para mejorar la accesibilidad. Aunado a ello, otorgamos servicios en las Unidades de Especialidad Médica, las cuales evitan que los pacientes saturen el segundo nivel de atención. Con respecto al tercer nivel de atención, se encuentra enfocado a la atención de la mujer, del niño y los adolescentes].

En estados como Tamaulipas, se apoyan con las Unidades Médicas Móviles, con las ventajas y desventajas que implica:

[En el estado contamos con 46 unidades móviles que ayudan a brindar atención a aquellas localidades muy lejanas, de pocos habitantes, las cuales asisten por lo menos cada 15 días, pues no es viable poner un centro de salud fijo en una localidad que tiene 80 pobladores, entonces a través de las unidades móviles buscamos llegar a esas personas.]

También tenemos la situación de estados tan pequeños que no cuentan con centros de tercer nivel o alta especialidad y se apoyan en otros para esta atención como es el caso de Colima.

[Los servicios en su gran mayoría el 97% se brinda en el estado y hay un 3% que principalmente se busca la referencia a los hospitales de 3er nivel de atención, lo que nos permite a través de todos los mecanismos cumplir la oferta de servicios que tenemos]

En Nayarit incluso se realizó un piloto para la implementación de un Seguro de Salud universal, como está plasmado en el programa sectorial de desarrollo:

[En el estado se recabo información para la integración funcional del Sistema Nacional de Salud para lograr la cobertura universal de servicios médicos, a través de un ejercicio de intercambio de servicios, en el cual se incluían el censo de convenios, registro de excedentes, y registro de faltantes.]

Un programa que ha sido fundamental en la provisión de servicios principalmente los otorgados por los SESA es el Seguro popular, Tamaulipas nos comenta al respecto:

[El seguro popular, es un sistema que viene a complementar al sistema estatal, de una manera muy importante, porque a partir de este, el estado fue incrementando el presupuesto, incorporando más acciones, aumentando atención de padecimientos y medicamentos, y sobre todo fortaleciendo el primer nivel de atención siendo un gran programa que aún es perfectible]

Además, hoy en día para el caso de los afiliados al seguro popular se cuenta con un mecanismo que garantiza la atención de estos pacientes aun cuando se encuentren fuera de su estado de origen, misma situación que ya se presenta en las instituciones de seguridad social. Colima nos explica este convenio.

[Hemos suscrito un convenio que se llama 32x32 para los derechohabientes del seguro popular el cual les permite buscar atención médica en cualquier establecimiento acreditado de los servicios de salud estatal de cualquier parte del país, lo que nos obliga a nosotros a ser recíprocos, de esta manera existe un intercambio de servicios, y nos pagamos de manera regular sin mayor problema esta subrogación cruzada].

También se brindan atenciones en hospitales de tercer nivel e institutos de Salud, sin costo cuando las intervenciones están incluidas en el SP, siguiendo un proceso como nos explica la Ciudad de México:

[Para el caso de las personas afiliadas al Seguro Popular, hay reglas bien definidas para su atención en las instancias de alta especialización de la Secretaría de Salud Federal, que se han reforzado a través de convenios de colaboración.]

E incluso se ha destinado una partida que se dedica exclusivamente a acciones de prevención y promoción de la salud como nos comenta Nuevo León.

[A la cápita de atención destinada por SP le quitan un veinte por ciento y ese va a prevención, ese recurso lo administra la Secretaría de Salud Estatal a través de la subsecretaria de prevención y control de enfermedades esas acciones de prevención son para la población general, y el restante ochenta por ciento se va a la atención médica a los asegurados al seguro popular].

Aún existen grandes brechas que se deben cumplir, uno de estos casos nos lo comenta Nuevo León haciendo referencia a los medicamentos.

[Nuestra área de oportunidad principal es el surtimiento de receta no contamos con un sistema cien por ciento efectivo]

Otro aspecto que también se comentó fueron los llamados médicos de farmacia, Tamaulipas hace mención de estos:

[Los consultorios de farmacia, si, mucha gente acude ahí porque es la que tiene a una cuadra, dos cuadras y se les hace más cómodo, aunque tengan que pagar, situación que va contra uno de los principios del sistema que es disminuir el gasto de bolsillo, pero finalmente es una decisión personal, pues en donde se presenta este fenómeno es en las ciudades principalmente y ahí nuestra oferta de servicios está presente].

Un aspecto relevante en la prestación de servicios es la identificación de necesidades, la priorización, y la oferta de servicios, tal como lo hace Quintana Roo:

[La principal herramienta con la que se cuenta para la gestión de servicios y recursos es la estadística operativa; así mismo es la productividad, la herramienta que nos da elementos de gestión para la ampliación de Servicios; mientras que para la creación de nuevos servicios son las tasas de referencia y contrareferencia las que nos muestran la demanda de servicios que no podemos otorgar.]

Con respecto al sistema de referencia, se encuentra establecido, pero este funciona solo a nivel institucional, sin lograrse una integración interinstitucional, Ciudad de México nos comenta:

[Contamos con un esquema claramente regionalizado y unidades para prestar atención en los diferentes niveles. Y a su vez con mecanismos bien definidos entre las instancias de primero y segundo nivel que pertenecen a la Secretaría de Salud del Distrito Federal].

En Colima nos comentan como explícitamente funciona solo a nivel institucional, sin embargo, a través de los convenios se ha podido avanzar en este aspecto.

[Cada quien tiene sus propios servicios de salud e importante es decir cada quien tiene sus propias referencias el ISSSTE con el ISSSTE el IMSS con el IMSS y nosotros con los servicios de la SESA, pero no hay una subrogación interinstitucional a excepción del convenio de urgencias obstétricas para atender mortalidad materna.]

Lo que principalmente funciona en la práctica diaria más allá de las referencias y contrareferencias son los convenios de colaboración por ejemplo en Nuevo León:

[Tenemos de facto y también formalizado a través de convenios, subrogación de servicios del área rural de Nuevo León el IMSS y el ISSSTE no tiene instalaciones en estas áreas entonces los SESA le presta a los derechohabientes servicios médicos a través de estos convenios y desde luego los programas preventivos procuramos que si sean verdaderamente sectoriales bajo la tutela de la secretaría del estado.]

La trayectoria institucional de los directivos también ha jugado un papel importante y ha permitido lograr convenios más estrechos de colaboración como es el caso de Tamaulipas:

[El hospital regional de especialidad aquí en Victoria, el IMSS, el ISSSTE tienen convenios entre ellos de las atenciones que no puedan dar o no tienen y con estos atienden y el IMSS, ISSSTE y nosotros nos pagamos cuando se hace uso de estos apoyos].

En Colima nos presentan un ejemplo similar para la atención específica de una patología:

[En cáncer de mama compartimos infraestructura con el ISSSTE, compartimos mastógrafo y que el costo para atender una o mil es igual, entonces este mismo equipo es utilizado por ambos sin un costo adicional como un convenio específico y caminando principalmente hacia lo que sería la universalización.]

En cuanto a la provisión de servicios, como se observa existe una gran disparidad entre las acciones que cada estado puede ofrecer, y los vinculos que puede alcanzar con las diversas instituciones, sin embargo, a través de los convenios se ha ido mejorando esta situación con la intención de optimizar el sistema, mejorar resultados, y brindar atención integral a los pacientes.

9.6 CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Una de las categorías emergentes en esta investigación fueron las características personales de los entrevistados, principalmente el liderazgo, y es que tan importante como las dimensiones formales es la propia personalidad del titular de la dependencia, y su relación con el personal a su cargo y con las otras instituciones, al grado que facilita el logro de metas al favorecer la cooperación interna y externa.

No solamente el liderazgo es indispensable, la formación del Secretario y de sus mandos superiores exige un conocimiento amplio de aspectos como la Salud Pública, la epidemiología, políticas de salud, demografía, geografía, usos y costumbres, interculturalidad, y demás aspectos que permitan crear un panorama global de la población a la que sirven, y al mismo tiempo particularizar en necesidades de grupos específicos.

En Nuevo León por ejemplo se nos comentó sobre la buena respuesta que se tuvo por parte de las instituciones, es importante mencionar que, en este caso, el responsable ha ocupado el cargo en dos administraciones lo cual le ha permitido tener un panorama amplio y un comparativo de una administración con la otra, y aprender de los errores para mejorar, así como fortalecer las virtudes que se tuvo en las gestiones.

[En general en Nuevo León siempre se ha tenido una muy buena respuesta desde las instituciones privadas, hasta el IMSS y el ISSSTE todos han colaborado hasta donde sus capacidades normativas lo permiten, y me siento muy agradecido porque siempre que los convocamos tuve respuesta favorable a pesar de que no hay un instrumento jurídico entre comillas que los obligué].

En Tamaulipas por ejemplo también se evidencio una gran respuesta al generar un clima organizacional que favoreciera alcanzar las metas, en el ámbito externo la trayectoria del titular tanto en el nivel federal y como en las instituciones principalmente el IMSS, le han dado una visión amplia, y una relación estrecha con estas, lo cual ha contribuido a los logros en el estado, como muestra los dos años previos 2013 y 2014 fue el estado con mejor desempeño en la evaluación caminando a la excelencia.

[Cuando iniciamos se dificultaba la información sectorial, porque solamente se informaba a sus superiores, pero hemos trabajado conjuntamente y eso ha ido cambiando, hoy te puedo decir que la gran mayoría están jalando conmigo, porque por que los respeto, los reconozco les doy el ejemplo. Cuando uno dirige gente es fundamental crear una autoridad moral. No es porque yo soy el secretario no, es porque yo te estoy poniendo la muestra, porque yo te respeto, porque yo te pido cuentas, cuando yo también respondo a tus cuestionamientos, eso me ha dado muy buen resultado.]

[La relación (con las instituciones) no es a mi juicio oficializada o normada si no que se ha debido a nuestro respeto, trabajo y apoyo mutuo pero eso funciona más con una relación respetuosa y como dije antes amigable, más que por que seamos cabeza del sector, entonces yo pienso que esa unión de vamos a llamarla la seguridad social y la Secretaria de salud es una relación que puede resultar muy fructífera

si hay entendimiento si hay dialogo, si hay política y creo que eso en este momento aquí en Tamaulipas es excelente.]

Así mismo en la Ciudad de México, Colima Morelos, Nayarit, y Quintana Roo se esbozan estas muestras de la personalidad de los titulares que ha influido en una mejora al desempeño de la función rectora, lo cual sin duda debe marcar un precedente para la designación de los futuros titulares de estas dependencias.

9.7 AUTOPERCEPCIÓN DE LA RECTORÍA

Una vez realizado del ejercicio de reflexión y respuesta sobre los diversos aspectos de la función rectora se cerraba la entrevista preguntando que como se calificaba el ejercicio de la función rectora, a lo cual los estados respondieron en una escala de 0 al 10 ubicándose prácticamente todos entre 8 y 9, (Tabla 9.3) lo cual demuestra que son conscientes del papel que han desempeñado, y de las áreas de oportunidad con las que cuentan para seguir mejorando.

Tabla 9.3 Auto percepción de Rectoría

<i>Estado</i>	<i>Autoevaluación</i>
Ciudad de México	8
Tamaulipas	7-8
Colima	9
Nuevo León	8
Morelos	8
Nayarit	8
Quintana Roo	8

10. CONCLUSIONES

El ejercicio de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria es complejo y más si se considera la configuración actual de nuestro sistema de Salud, pues principalmente la fragmentación y la descentralización, han sido factores que merman su consolidación y dificultan su adecuado desempeño.

En el caso de la fragmentación, la existencia de múltiples instituciones, tanto de seguridad social, como los sistemas estatales y un creciente sector privado que no tiene una clara regulación ha limitado el actuar de la A.S.F, y en consecuencia también de las Autoridades Estatales.

Por otro lado, el proceso descentralizador restó autoridad al nivel federal, sin embargo, permitió que los Estados asumieran esta responsabilidad, aunque por la heterogeneidad de estos hubo quienes pudieron asumir sin problemas el compromiso, y otros a quienes se les dificultó y por lo tanto desde su origen quedaron limitados en actuar.

Muy representativo en esta dificultad en la transferencia de responsabilidades ha sido la creación de los OPD's, pues llama la atención que hasta la fecha a pesar de su existencia, con la intención de mejorar el desempeño del sistema mediante la separación de funciones, el titular de la Secretaría de Salud Estatal recibe el nombramiento como Secretario de Salud y como Director de los Servicios Estatales de Salud, y con esto solo incrementa responsabilidades y va contrario a la razón de ser del OPD.

Cuando profundizamos y observamos por dimensión el análisis podemos concluir en el caso de la conducción que es un área que se encuentra muy limitada principalmente por la existencia de múltiples instituciones con marcos normativos y objetivos distintos, sin embargo, una solución que se propuso a esta adversidad fue la creación de los CES, los cuales hoy empiezan a estar presentes y brindar algunos resultados.

Una debilidad que se encontró en los CES y es de suma importancia, pues fue mencionada en diversos testimonios, es la incompatibilidad principalmente de las instituciones de seguridad social que tienen una organización centralizada, con las instituciones estatales, pues las primeras persiguen objetivos nacionales, mientras que las segundas, atienden las necesidades locales, lo cual en ocasiones dificulta el consenso o la implementación de acciones, pues las instituciones de seguridad social necesitan el aval del nivel central.

Por otro lado es importante la preparación académica, la experiencia profesional y las relaciones y vínculos que puede generar el titular de la ASE, pues en los testimonios se reflejan como factores que favorecen el consenso y contribuyen a alcanzar los objetivos establecidos, cabe destacar que en el caso de los informantes cuentan una larga trayectoria en el servicio público, tanto a nivel estatal, como a nivel federal como por ejemplo Morelos y Tamaulipas e incluso en casos como el de Nuevo León, Colima o Ciudad de México han tenido la oportunidad de estar al frente de la Secretaria en dos administraciones distintas.

Cuando abordamos la regulación a pesar de ser un área que en 2011 tuvo un buen desempeño, de acuerdo a los testimonios recabados es importante puntualizar algunos aspectos que son susceptibles de mejora y contribuirían a un mejor desempeño en este ámbito.

En primer lugar, es necesario como se recomendó en 2011 actualizar los marcos normativos, desde el nivel federal se debe orientar y estandarizar para que el actuar sea similar en cada uno de los estados, con el debido respeto a la soberanía de cada estado, así mismo es fundamental crear procesos homologados de supervisión que puedan ser aplicables en todo el país, para que de esta manera los resultados sean comparables y permitan generar puntos de referencia para una mejora continua.

El personal debe estar capacitado para en un principio comprender y replicar la normatividad, y posteriormente poder fiscalizarla, pues como también se hace evidente hay una carencia de personal y la comprensión de la normatividad y funcionamiento de los organismos no es clara, y por tanto las finalidades que se perseguían con su creación no se cumplen adecuadamente.

En el ámbito de la garantía del aseguramiento es muy claro lo que se tiene que hacer y que hoy en día el nivel federal ha empezado, ya se cuenta con padrones institucionales, el siguiente esfuerzo es mantenerlos actualizados para realizar un cruce que identifique las duplicidades, con esto se continuara con la optimización de recursos y se podrá planear en conjunto con las diversas instituciones la oferta de servicios y la complementariedad de los mismos para garantizar no solo una cobertura superior al 90% de afiliación, si no también ofrecer acceso oportuno a los servicios y atenciones integrales.

En el contexto descentralizado que se encuentra el Sistema, también es prudente como lo comentaba Morelos, realizar el esfuerzo por contar con un padrón Estatal único, el cual contribuya a una mejor toma de decisiones, y sea un pilar del ejercicio de la rectoría estatal.

En cuanto a la tutela de los derechos de los derechohabientes, es importante tomarlos en cuenta, y hacerlos partícipes del proceso de protección a su salud, por lo que fomentar una mayor participación e involucramiento en su salud es fundamental, hoy ya se han presentado y se difunden los derechos, ahora hay que hacer uso de las tecnologías de la información y los medios tradicionales para acercar al paciente a una correcta información, que más allá de convertirlo en un fiscal de los servicios y prestadores de salud, lo involucre y lo empodere a para que sea el protagonista en este proceso.

La provisión de servicios, una dimensión que también fue estudiada, representa un reto, pues fue una de las que obtuvo un desempeño más bajo en la evaluación de 2011, y en esta ocasión aún se pueden identificar algunas debilidades; en principio es importante entender que esta función es un componente central de la ASE, mas no el único, y por tanto se debe aprender a delegar y coordinar los esfuerzos para alcanzar los resultados.

La inclusión de los convenios es una oportunidad para incrementar la colaboración interinstitucional, pero es importante definir claramente los procesos a seguir, desde la referencia, la atención, la contrareferencias, y la compensación económica, para que de esta manera sea un instrumento funcional.

La creación del SP, ha sido en el caso de los estados un mecanismo para obtener más recursos y poder incrementar su cobertura en salud, sin embargo para las instituciones de seguridad social represento una limitación en su presupuesto, pues ahora el gasto de salud se debe compartir con un fragmento más del sistema, así mismo ha contribuido a brindar protección financiera a las familias que no contaban con seguridad social, pero no se ha reflejado en una disminución del gasto de bolsillo, por lo que es importante dar un seguimiento a este mecanismo y los alcances que pudiera tener en un futuro, pues a diez años, en materia de rectoría, ha contribuido a fortalecer a la A.S.F gracias a su estructura

centralizadora, sin embargo ha limitado el actuar de las ASE, al contrario de lo que sucedió en la década de los 80-90 con la descentralización.

En las entrevistas se evidenciaron dos aspectos de relevancia que fueron clasificados como categorías emergentes, tanto las características de los titulares de las dependencias, como la autopercepción de rectoría, en las cuales además de ser un aporte importante para los fines de la investigación, fueron también un aspecto de formación, y crecimiento que en lo personal constituyeron un extra que nutrió mi corta experiencia con consejos de los participantes, lo cual refleja indirectamente el grado de confianza que se alcanzó durante las entrevistas.

Por el lado de las características de los titulares es indispensable pensar en que estos puestos son de relevancia no solo política, pues también deben ser ocupados por las personas con los conocimientos, habilidades y experiencia que le permitan hacer frente a las adversidades que se enfrentarán en un sistema tan complejo, procurando que los futuros titulares desarrollen principalmente su liderazgo, diplomacia, negociación y temple para poder conducir al sistema por el mejor camino.

Mientras que, en la autopercepción de la rectoría, se refleja el sentido crítico, y la tolerancia a la frustración, características que permiten identificar las áreas de oportunidad y buscar una solución para mejorar, y no estancarse y cegarse ante la evidencia del error.

Si se toma en cuenta que el estudio abordó solo 4 de las 6 dimensiones propuestas por la OMS para la rectoría, y que a pesar de no haber entrevistado a los 32 directivos de las ASE, se alcanzó una saturación de la información con las entrevistas realizadas, y adicionalmente se procuró que cada uno de los entrevistados perteneciera a una de las 4 regiones del país, lo que permite concluir en este punto que el ejercicio de la rectoría aún se encuentra en consolidación.

Los estados en su mayoría asumieron y realizaron las acciones necesarias para atender las recomendaciones emitidas en 2011, y en este ejercicio más personalizado nos dan cuenta de que se cumplen algunas y otras se encuentran limitadas por diversos factores, lo que permitió agrupar los siguientes aspectos de importancia que se deben atender para lograr la consolidación y pasar al fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

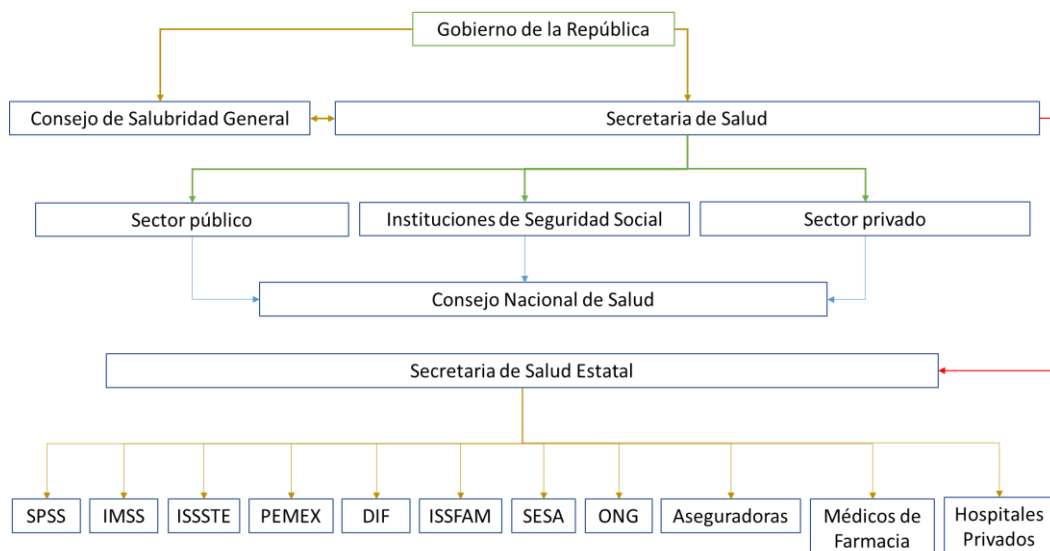
Primero es importante homologar la información a nivel estatal, interinstitucional e incluyendo al sector privado, en seguida tutelar desde el nivel federal el desempeño de la función rectora, tercero buscar la compatibilidad a nivel interinstitucional y el apego de las instituciones privadas, y una vez logrado eso avanzar a la construcción de redes integradas de servicios de salud bajo la tutela de la ASE.

La homologación hace referencia principalmente a la información y por consiguiente a los procesos. Es indispensable crear conceptos claros, y asegurarse de que estos sean comprendidos de igual manera en cada uno de los estados, una vez logrado esto, crear procesos estandarizados que sean aplicables en todas las entidades y permitan la comparación entre estas. En este punto es importante la profesionalización del titular de la ASE, aspecto que fue evidente para contribuir a la mejora del desempeño de la rectoría.

En seguida un estrecho seguimiento y apoyo desde la A.S.F para consolidar las ASE existen estados con las capacidades, físicas, humanas y de infraestructura para cumplir con los objetivos, y al mismo tiempo otros con las adversidades que pueden dificultar el proceso, en este caso un apoyo y seguimiento por parte del nivel federal contribuirá a evitar el rezago en el ejercicio de la rectoría.

En tercer lugar, la búsqueda de compatibilidad a nivel interinstitucional, en principio los convenios han sido una excelente herramienta para subsanar este aspecto, sin embargo, aún va más allá de eso, pues la incompatibilidad principalmente se da en la estructura centralizada de unas instituciones y la atención a las necesidades locales de las ASE. La A.S.F debe intervenir para facilitar el consenso desde el nivel estatal y encuadrar los objetivos a las metas nacionales; así mismo debe emitir los lineamientos que faciliten la incorporación de sector privado atendiendo la normatividad y bajo la rectoría de la ASE.

Figura 10.1 Expectativas del Sistema de Salud con una AS solida



Fuente: elaboración propia

11. BIBLIOGRAFÍA

- [1] INEGI, «Instituto Nacional de Geografía y Estadística,» INEGI, 2016. [En línea]. Available: www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx. [Último acceso: 15 marzo 2016].
- [2] CONAPO, «Consejo Nacional de Población,» Secretaría de Gobernación, 2016. [En línea]. Available: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>. [Último acceso: 15 marzo 2016].
- [3] R. D. Gómez A., «La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?,» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 19, nº 2, pp. 57-74, 2001.
- [4] J. Frenk, J. L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka y R. Lozano., «Elementos para una teoría de la transición en salud,» *Salud Pública de México*, vol. 33, nº 5, pp. 448-462, 1991.
- [5] A. C. Laurell, Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano, Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2013.
- [6] J. F. Juan Luis Londoño, «Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en America Latina,» Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 1997.
- [7] Secretaría de Salud, Setenta años de Rectoría de Salud en México, México: SS, 2014.
- [8] R. Anaya, O. Artaza, E. González, G. Manuell y B. Sagastusy, «Capítulo 3 Elementos para la consolidación de la cobertura universal en México,» de *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y elementos para su consolidación en México*, México D.F., OPS, 2013, pp. 176-186.
- [9] G. G. Alba, P. P. León, M. S. L. B. Morales y P. C. Brizio, «Análisis de la función rectora del estado mexicano en el campo de la salud, desde el marco conceptual y jurídico,» *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, vol. 13, nº 1, pp. 6-12, 2013.
- [10] Organización Panamericana de la Salud, «Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico,» OPS, Washington, 2007.
- [11] Banco Mundial, «Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud,» Oxford University Press, Washington D.C., 1993.
- [12] World Health Organization, «Chapter 3. Universal Health Coverage; Strategic priorities. Governance,» de *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals.*, Switzerland, WHO, 2015, pp. 50-52.
- [13] Organización Panamericana de la Salud, «Perfiles de los Sistemas de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio,» OPS-USAID, Washington, 1997.

- [14] Organización Panamericana de la Salud, «Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico.» OPS, Washington US, 2007.
- [15] J. Figueras, P. Musgrove, G. Carrinc y A. Duránd, «Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué se puede aprender de la experiencia europea?,» *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, nº 1, pp. 5-17, 2012.
- [16] N. Homedes y A. Ugalde, «Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos,» *Salud Pública de México*, vol. 53, nº 6, pp. 493-503, 2011.
- [17] Secretaría de Salud, «Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud,» SS, México, 1996.
- [18] F. M. Knaul, E. González-Pier, O. Gómez-Dantés, D. García-Junco, H. Arreola-Ornelas, M. Barraza-Lloréns, R. S. F. Caballero, M. Hernández-Avila, M. Juan, D. Kershenobich, G. Nigenda, E. Ruelas, J. Sepulveda, R. Tapia, G. Soberón, S. Chertorivski y J. Frenk, «Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México,» *Salud Pública de México*, vol. 55, nº 2, pp. 207-235, 2013.
- [19] Secretaría de Salud, «Programa Sectorial de Salud 2013-2018,» México SS, México, 2013.
- [20] Organización Mundial de la Salud, «¿Cómo se protege el Intéres público?,» de *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, Washington, OMS, 2000.
- [21] Secretaría de Salud, «Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud,» SS, México, 2012.
- [22] G. Soberón-Acevedo y G. Martínez-Narváez, «La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta.,» *Salud Pública de México*, vol. 31, nº 5, pp. 371-378, 1996.
- [23] F. Sales Heredia, «A30 años de la descentralización de los Servicios de Salud,» Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Camara de Diputados LX legislatura, México, 2012.
- [24] O. G. Dantés, S. Sesma, V. M. Becerril, F. M. Knaul, H. Arreola y J. Frenk., «Sistema de Salud de México,» *Salud Pública de México*, vol. 53, nº sulemento 2, pp. 220-232, 2011.
- [25] Instituto Nacional de Estadística y Geografía, «Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social,» INEGI, México, 2013.
- [26] Consejo de Salubridad General, «Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General,» CSG, México, 2009.
- [27] Consejo Nacional de Salud, «Informacion General,» Secretaría de Salud, 22 10 2015. [En línea]. Available: http://www.cns.salud.gob.mx/contenidos/1_informaciongeneral_3.html. [Último acceso: 04 04 2016].

- [28] Secretaría de Salud, «Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.,» SS, México, 2009.
- [29] Secretaria de Salud. Representacion en México de OPS-OMS, «Guia para la integración y seguimiento de los Consejos Estatales de Salud,» SS - OPS, México .
- [30] *Cosntitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Estados Unidos Mexicanos, 1917.
- [31] Presidencia de la Republica, «Ley Orgánica de la Admisnitración Pública Federal,» México, 2014.
- [32] Secretaria de Salud, «Ley General de Salud,» SS, México, 1984- reforma 2015.
- [33] Secretaría de Salud, «Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.,» DOF 12-11-2015, México, 2015.
- [34] Instituto Mexicano del Seguro Social, «Compra consolidada de Medicamentos,» 12 01 2016. [En línea]. Available: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201601/003>. [Último acceso: 30 03 2016].
- [35] Secretaría de Salud , «Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud.,» SS, México, 2015.
- [36] SS - IMSS- ISSSTE, «Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud,» SS, México, 2016.
- [37] Organización Panamericana de la Salud, «Capitulo 5 Sistemas de salud y protección social en salud.,» de *Salud en las Américas 2012, Capítulos regionales;*, Washington, OPS, 2012.
- [38] Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios , «Historia COFEPRIS,» SS, 20 08 2014. [En línea]. Available: <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>. [Último acceso: 2016 04 01].
- [39] Secretaría de Salud , «Manual de Organización General de la Secretaría de Salud,» Gobierno, México, 2012.
- [40] «Articulo 4o constitucional,» de *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* , 1917.
- [41] Secretaría de Salud, «Programa Sectorial de Salud 2013-2018,» Gobierno de México, México, 2013.
- [42] D. Jones, H. Manzelli y M. Pecheny, «Grounded Theory Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud,» *Cinta de Moebio*, nº 19, pp. 1-19, 2004.
- [43] A. Strauss y J. Corbin, *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded* (traducción), Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002, pp. 219-235.

- [44] I. V. Jiménez, «La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos,» *Revista Calidad en la Educación Superior*, vol. 3, nº 1, pp. 119-139, 2012.
- [45] F. C. Cabrera, «Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa,» *Theoria*, vol. 14, nº 1, pp. 61-71, 2005.
- [46] INEGI, «Población total INEGI censo 2010,» INEGI, 20 04 2016. [En línea]. Available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/mapa/default.aspx>.
- [47] G. M. N. Guillermo Soberón Acevedo, «La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta,» vol. 38, nº 5, 1996.
- [48] Dirección General de Epidemiología Secretaría de Salud, «Boletín Caminando a la Excelencia tercer trimestre 2015,» Secretaría de Salud, México, 2015.

12. ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros

Cuadro 2.1. Recomendaciones emitidas de acuerdo a las dimensiones de Rectoría

Cuadro 3.1. Funciones Esenciales de Salud Pública

Cuadro 7.1. Participantes seleccionados para entrevista

Cuadro 7.2. Encuadre de la investigación, definición de categorías

Cuadro 8.1. Conceptualización de dimensiones

13. ÍNDICE DE TABLAS

Tablas

Tabla 9.1 Detalle de las entrevistas realizadas

Tabla 9.2 Características generales de los estados entrevistados

Tabla 9.3 Autopercepción de Rectoría

14. ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras

Figura 1.1 Proyecciones de población por sexo para México 2010 y 2030

Figura 6.1. Principales transformaciones en el sistema Mexicano de Salud

Figura 6.2. Etapas en el proceso descentralizador

Figura 6.3. Distribución de población con Seguridad Social según institución de Derechohabencia

Figura 6.4. Configuración actual del Sistema de Salud Mexicano.

Figura 6.4. Marco Normativo en Salud

Figura 6.6 Dimensiones de la Rectoría de Acuerdo a la OPS

Figura 7.1 Triangulación de la información

Figura 9.1 Distribución de las entrevistas por región

Figura 10.1 Expectativas del Sistema de Salud con una AS solida

15. ANEXOS

15.1 CARTA DE INVITACIÓN



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas
Odontológicas y de la Salud



Dr.

Secretario de Salud del Estado.

Apreciable Dr.

Tengo el gusto presentarme ante usted como alumno de la Maestría de Gestión y Políticas de Salud, que se imparte en la Facultad de Medicina de la UNAM; mi Nombre es Miguel Adrian González Noriega. Y la finalidad de la presente es invitarlo a participar en mi proyecto de tesis para titulación, el cual se denomina: *“Evaluación de la Función Rectora de las Autoridades Sanitarias Estatales del Sistema de Salud Mexicano.”*

Dicho proyecto tiene el objetivo de realizar una descripción del ejercicio de la rectoría en las secretarías de salud estatales, para lo cual he seleccionado cinco diferentes estados y mediante una entrevista semiestructurada poder identificar como se ejecutan estas funciones.

Es por eso que me dirijo a usted directamente por ser el líder de los servicios de salud en su estado, pues debido a su trayectoria y experiencia en el campo sus aportes serán beneficiosos para mi proyecto, lo cual brinda a este trabajo una perspectiva integral del ejercicio de la rectoría, y contribuimos a la generación de conocimiento y aportes al campo de la salud.

De acuerdo a la definición aportada por la Organización Panamericana de la Salud, se menciona que, para un adecuado ejercicio de la rectoría, se deben abarcar seis dimensiones

específicas: conducción, regulación, aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública.

En la entrevista a la que lo invito a participar únicamente abordaremos las cuatro primeras: conducción, regulación, aseguramiento y provisión de servicios, mediante una guía de entrevista basada en 15 preguntas diseñadas para una conversación que puede durar aproximadamente 30 minutos, y de la cual agradecería sus aportes.

No omito mencionar que la intención de este ejercicio es completamente académica, sin otro vinculo externo, y que los resultados contribuirán al conocimiento y a la evidencia para lograr un mejor desempeño de nuestras instituciones, y de igual manera reiterar mi compromiso y ética para la realización de este proyecto, por lo que me pongo a su disposición para poder presentarle mi protocolo para que tenga a bien conocerlo y pueda contar con su interés en poder realizarle la entrevista.

Así mismo soy consciente de los tiempos limitados con los que dispone debido a su agenda diaria, por lo cual me pongo a su disposición para poder concertar la cita en el momento que considere pertinente, e incluso haciendo uso de los servicios tecnológicos disponibles, si es de su conveniencia, podemos realizar la entrevista vía videoconferencia por medio de Skype.

Aprovecho para agradecer su atención y apoyo en la realización de este proyecto y de igual manera para enviar un cordial saludo y me pongo a sus órdenes en los números: (55) 54463246, 5536770686, y vía correo electrónico a la dirección: drmikego@gmail.com.

Dr. Gabriel R. Manuell Lee

Director de Tesis.
Profesor de Organización de Sistemas
de Salud. Posgrado. UNAM

**Dr. Miguel Adrian González
Noriega**

Alumno de Maestría en Gestión y
Políticas de Salud

15.2 GUÍA DE ENTREVISTA.

CONDUCCIÓN SECTORIAL

- ¿En el estado se realizó algún diagnóstico sectorial que evidencie las brechas entre necesidades de salud y oferta de servicios?; ¿cuál fue su experiencia realizándolo?
- ¿De qué manera promueve el logro del consenso con los múltiples actores del sector y de otros sectores estatales?
- ¿Cómo mide el logro de las metas establecidas, su desempeño como sistema estatal e identifica sus debilidades para generar mejoras?

REGULACIÓN

- ¿Existe un marco normativo para los diferentes campos de acción o de competencia de la SSE, se actualiza de manera regular y oportuna o, en su caso, se hacen las propuestas legislativas correspondientes?
- ¿Cómo logra el pleno respeto a la autoridad sanitaria estatal?
- ¿Existen las condiciones, los recursos, el personal, las competencias y atribuciones para ejercer la función regulatoria?

GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

- ¿Se dispone de un padrón nominal actualizado de derechohabientes y afiliados en todas las instituciones públicas de salud?
- ¿Cómo identifica la oportunidad en el acceso de la población a diferentes niveles de atención mediante un esquema regionalizado?
- ¿De qué manera se garantiza la protección a los derechos de los beneficiarios?

ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS

¿Cómo garantiza la disponibilidad de los servicios de salud a los habitantes del estado?

¿Qué mecanismos de operación interinstitucional usa para la referencia y contra referencia de pacientes tanto institucional como interinstitucional?

¿Existe un programa estatal de salud vigente, con criterio regional y/o funcional, que incluya tanto los Servicios de Salud Estatales como las instituciones de Seguridad Social?

AUTOPERCEPCIÓN DE RECTORÍA

¿En una escala del 0 al 10 en cuál es su percepción de la Rectoría del Sistema de Salud en su estado?

¿Qué retos enfrenta la Autoridad sanitaria para consolidar el ejercicio de su Rectoría?

15.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

