

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

**La Administración Pública y el Sector Salud. El  
Programa de Ampliación de Cobertura 1994-2004. Una  
perspectiva de programas de salud.**

**TESIS**

PRESENTA:

**ELIZABETH CORTINA HERRERA**

DIRECTORA DE TESIS.

**MTRA. REYNA PINEDA GONZALEZ.**

2005



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

*En el camino encuentro un cúmulo de imágenes, diáfanas, deslumbrantes, se ubican en determinado tiempo y espacio, convergen en un mismo punto como fuerzas galopantes que chocan entre sí y transforman el medio para alcanzar una oportunidad mejor.*

*Verano 2003.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

*A raíz del comienzo de la presente investigación se han suscitado una serie de hechos que han modificado mi percepción acerca de la vida sin embargo no por ello dejan de ser parte de mi propia historia personal, y por aquellos momentos de alegría, reflexión, diversión, crítica, tristeza y conocimiento. Mil Gracias, a aquella fuerza vital que nos hace tan diferentes y a todos nos llena en cada minuto de nuestra existencia.*

*Con especial dedicatoria a mis padres, mis máximos ejemplos de tenacidad y carácter.*

*Ambas partes han sido claves en mi formación personal y profesional.*

*Antonio Cortina Olivares*

*Y a Ma Rosario Herrera Becerril*

*A mis hermanas:*

*Xóchitl quien me ha demostrado que inclusive en su propio mundo se requieren de respuestas y soluciones.*

*A Minerva, pedestal básico en mi vida*

*A la Familia "Herrera" por su solidaridad.*

*A la Familia Rosas Ayala, por su generosidad y aprecio.*

*A Alberto Hernández Hernández, y Nancy Edith Aguilar Olivos por su apoyo incondicional en momentos difíciles, les agradezco de todo corazón. 1997-1998*

*A aquellos quienes han sido alguna vez solidarios en causa ajena... 2004.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México  
Mi Alma Mater*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

*A*

*Edgar Rivas Contreras, Erika  
Vázquez Reyes,  
Mitzy Rosas Ayala, Rubén Ali  
Vázquez Vázquez, Karina  
Valencia, Silvia Baeza  
Granados.*

*A Edén Garcés Medina,  
“La historia aún nos reserva  
un lugar especial, en la construcción  
de su camino”.  
25/Diciembre/2000.*

*Con cariño a José Carlos Acosta Ruiz,  
Erick Navarro Méndez, Ivan Romero,  
Geovanni Carreño González y  
Daniel Serrano Vázquez  
Por compartir proyectos en común.*

*A Adalí Segovia Arroyo, Paula  
Elisa Torres Heredia, Anel Gamez,  
Reyes, Minerva Pérez. Castillo, Selene  
Chora Medina, Aline Sánchez Flores,  
Karina González Peña.*

*A mis cuates de la Facultad  
“La Banda Ruda y medio ñoña”  
Softi, Luis, Lalo, Perla, Tania,  
Gustavo, Korina,  
Fátima, Rodrigo, Cristal, Jorge y Angel.*

*Al grupo 6111 Semestre 2003-2  
de la Lic. Actuaría.*

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

*Mi más sincero agradecimiento  
a la Maestra Reyna Pineda González,  
por sus consejos, enseñanzas y  
conocimientos .*

*Al Maestro Jaime Vazquez Alamilla  
Amigo inigualable*

*Al Profesor Avelino Méndez Rangel,  
por darme la oportunidad en el ejercicio  
administrativo.*

*A mis sinodales; por sus valiosos  
Comentarios y observaciones a este trabajo.*

*Profesor Salvador Yáñez Campero*

*Profesor Victor Manuel Najera de la Torre.*

*Profesor Miguel Angel Márquez Zarate.*

*Profesor Sergio Ballesteros Mesa.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## CONTENIDO

	Pág
Capítulo I. El Estado y el Sector Salud	
1 Estado, Gobierno y la Administración Pública.....	15
1.1 Estado Gobierno y el Sector Salud.....	18
1.1.2 La Administración Pública y el Sector Salud.....	22
1.1.2.1 La Administración Pública Federal.....	22
1.1.2.2. Características Generales de la Administración Pública Estatal.....	23
1.1.2.3. Características Generales de la Administración Pública Municipal.....	23
1.1.2.4. Administración de las Instituciones de Salud.....	24
1.2 Salud Pública.....	27
1.2.1 Antecedentes históricos.....	27
1.2.2 Concepto de Salud.....	30
1.2.3 Salud en México.....	32
1.2.4 Antecedentes de la Salud Pública en México.....	32
1.3. Sector Salud.....	39
1.4. Sistema Nacional de Salud.....	42
1.4.1. ISSSTE.....	44
1.4.2. IMSS.....	45
1.4.3. DIF.....	45
1.5. Sistema de Protección Social	46

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

	Pág
Capítulo II. Análisis del Sector Salud	
2.1	Panorama del Sector Salud..... 52
2.1.1	Antecedentes 1994..... 52
2.1.1.1	La Reforma del Sector Salud..... 55
2.1.1.2	La Reforma del ámbito de Seguridad Social..... 58
2.1.2.	Organismos Internacionales..... 60
2.1.2.1	La Organización Mundial para la Salud..... 60
2.1.2.2	La Organización Panamericana de la Salud..... 61
2.1.2.2.1	Oficina del Director..... 62
2.1.2.2.2	Oficina del Director Adjunto..... 62
2.1.2.2.3	Oficina del Subdirector..... 63
2.1.2.2.4	Oficina del Director de Administración..... 66
2.1.2.2.5	Oficina del Director de Gestión del Programa..... 66
2.1.2.3	Banco Mundial..... 67
2.1.2.4	El Banco Interamericano de Desarrollo..... 70
2.1.2.5.	La Organización de Cooperación Económica y Desarrollo..... 70
2.2	Diagnóstico del Sector Salud..... 73
2.2.1.	Administración de los Servicios de Salud..... 75
2.2.1.1.	Por Ámbito Federal, Estatal y Municipal..... 75
2.2.1.1.1	Secretaría de Salud del Distrito Federal..... 76
2.2.1.2	Por Administración Pública Centralizada..... 78
2.2.1.2.1	Secretaría de Salud..... 79
2.2.1.2.2	Consejo General de Salud..... 79
2.2.1.2.3	Consejo de Salubridad General..... 80
2.2.1.3	Por Organismos Descentralizados..... 84
2.2.1.3.1.	IMSS..... 84
2.2.1.3.1.1	Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada..... 84
2.2.1.3.2	Institutos de Salud..... 85
2.2.1.4.	Por Administración Desconcentrada..... 88
2.2.1.4.1	Comisión Nacional de Arbitraje Médico..... 88
2.2.2.	Secretarías de Salud Estatales..... 91
2.3.	La Salud del México Actual..... 93
2.3.1.	Finanzas Públicas..... 94
2.3.2	Infraestructura Pública..... 98

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

	Pág
Capítulo III Programa de Ampliación de Cobertura	
3.1. La Cobertura de Servicios de Salud.....	100
3.1.1. Conceptos de Cobertura.....	100
3.1.2. Servicios de Salud.....	100
3.2. Antecedentes Históricos de la Cobertura en México.....	101
3.2.1. El PAC y sus principios de operación.....	102
3.2.1.1 Modelos de Atención a la Salud para la Población Abierta.....	102
3.2.1.1.1 Paquete Básico de Servicios de Salud .....	102
3.2.2 Focalización.....	104
3.2.3 Municipio.....	104
3.2.4. Participación Social.....	104
3.2.5. Respeto a la Cultura Tradicional.....	104
3.2.6. Coordinación Institucional e Intersectorial.....	105
3.3. La Instrumentación Operativa.....	105
3.3.1. Operación del Programa.....	107
3.3.1.1. Actores del Programa de Ampliación de Cobertura.....	108
3.4. La Cobertura en los Países de la OCDE.....	112

	Pág
Capítulo IV Programación y Presupuestación de Servicios de Salud	
4.1. El Caso Específico del Programa de Ampliación de Cobertura.....	117
4.2. Ramo 12.....	121
4.3. Ramo 33 Servicios de Salud.....	122
4.3.1. Fondo de Aportaciones a los Servicios de salud.....	122
4.4. Financiamiento con Organismos Internacionales.....	122
4.5. Análisis de Procedimiento.....	123
4.5.1 El Ejercicio Presupuestal.....	124
4.6. El Seguro Popular como Esquema de Financiamiento.....	125
4.7. Esquemas de Salud.....	127
4.8. Financiamiento del Programa de Ampliación de Cobertura.....	128

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

	Pág
Capítulo V La Cobertura en las Entidades Federativas	
5.1. Mecanismos de Coordinación.....	131
5.2. Estructuras de Salud de los Gobiernos Estatales.....	132
5.3. Evolución del Programa de Ampliación de Cobertura.....	140

Conclusiones.  
Anexos.  
Glosario de términos  
Bibliografía

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el artículo 4 que: “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”.<sup>1</sup>

Toda persona que resida en el territorio Mexicano, sin importar credo o posición ideológica o económica tendrá acceso a los servicios de salud. Ante esta disposición que se identifica con los derechos del hombre, el Estado tiene la obligación de crear las condiciones para que se lleve a cabo lo anterior; mediante sus gobiernos e instituciones.

Acción que rebasa límites geográficos, e inclusive capacidades Inter. institucionales, para ello la coordinación entre actores que inciden en la vida pública es fundamental, y su definición de actividades que permitan mantener el equilibrio biopsicosocial del individuo con su medio ambiente.

No obstante dicha premisa en una primera instancia se identifica con la ausencia de la enfermedad en la persona, actividad vinculada con la curación.

La salud también requiere de prevención y atención, lo cual no es tarea fácil ya que requiere de planeación, control, coordinación, evaluación y toma de decisiones que el Estado regula mediante sus instrumentos creados a partir de la ley. Que adquieren una mayor dimensión con otros ámbitos de estudio como son el Medio Ambiente y las condiciones laborales.

Ante la dinámica de la sociedad, la vida institucional adquiere una mayor velocidad en la atención médica, y en la parte comercial que ante el paradigma de la globalización cobra mayor importancia en la regulación y creación de mecanismos de control.

Este sector visto como un indicador de desarrollo nacional, refleja aciertos y avances significativos, sin embargo también demuestra realidades contrastantes en las diferentes regiones de nuestro país.

Representa, designación de recurso público, evaluando la capacidad técnica de las estructuras administrativas a nivel federal y estatal de las instituciones públicas, en el que actualmente se conciben a los servicios de salud, desemboca en la aprobación y legitimidad de las instituciones, por la percepción de lo usuarios de los servicios.

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), en su momento fue parte de una estrategia para alcanzar la meta que las administraciones anteriores en el Sistema Nacional de Salud se establecieron alcanzar, que en resumen contemplaba:

---

<sup>1</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

\*Elevar la calidad de vida.

\*Abastecimiento de los servicios de salud, que significa, ampliación de cobertura mediante instituciones obrero-patronales.

\*Erradicación de enfermedades relacionadas con la pobreza.

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), significo parte de la cobertura en México, tema que requiere análisis y reflexión; actualización de tendencias, nuevos descubrimientos, y continuidad en proyectos que coadyuven al fortalecimiento de las instituciones.

Por ello, la salud como tal; es un tema extenso y cultural, sólo es una minúscula parte de la realidad social que requiere una fuerte atención de las autoridades gubernamentales, la colaboración de la población y de las instituciones académicas y científicas para el éxito en la aplicación de los programas de largo alcance.

La salud pública, es una responsabilidad individual, que el Estado también asume, por ello presento a usted lector, el Programa de Ampliación de Cobertura que ha representado costos e implicaciones sociales y que en un futuro requerirá replanteamientos mientras las sociedades contemporáneas se desenvuelven y se adaptan a los cambios globales.

El carácter de los servicios de salud en México se entiende a partir de la composición histórica del actual sistema político; sus cambios y modificaciones han afectado a las estructuras administrativas para asumir y reconocer nuevas responsabilidades en la dinámica de la sociedad que exige atención y salvaguarda de la salud ya sea de manera individual o colectiva.

Desde un punto de vista filosófico, se entiende que el cuidado de la salud es parte de la conservación de la especie humana, fundamental en la seguridad y perpetuación del Estado.

La labor del Estado con respecto al tema de la salud, también posee un carácter internacional y rebasa los límites que el Estado acepta o impone; temas relacionados con el desarrollo económico de un país (Por ejemplo: la migración) afectan los controles que el Estado por sus legitimidad, ejerce provocando efectos colaterales en el tema de salud.

Por ello, la Administración Pública se encuentra ante el reto, no sólo de reformar las instituciones publicas, lo que implica el consenso y aceptación general de los usuarios y la esfera privada, sino de adecuar al personal y la infraestructura que garanticen a los gobiernos democráticos, la sobrevivencia ante los conflictos sociales. No es tarea fácil, ya que se requerirá de personal profesional, especializado, consenso e inclusive descenso, coordinación en un lenguaje común para la toma de decisiones.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En la presente investigación se observará la evolución del sector salud hasta la formulación del Programa de Ampliación de Cobertura, que en su momento fue parte de una estrategia del Sistema Nacional de Salud que coadyuvó a la disminución de la pobreza. Asimismo se evaluará la relación entre las Organizaciones Internacionales a partir de la influencia de modelos político-administrativos para responder ante las presuntas deficiencias que el Estado genera a partir del control de los servicios de salud.

### Hipótesis

Las recurrentes crisis económicas y sus efectos colaterales desembocan en la reducción de recursos y asignaciones presupuestales, afectando a las estructuras administrativas y sus formas de integración y operación que afectan al Sistema Nacional de Salud, que limitó la continuidad, efectividad y eficiencia en la operación y ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura desde el ámbito federal.

La Población Abierta y favorecida por el Programa de Ampliación de Cobertura, se resiste a la desincorporación administrativa, debido principalmente a las condiciones socioeconómicas de la estructura poblacional, y sus situación geográfica propia.

La ejecución operativa del Programa de Ampliación de Cobertura no ha sido efectiva y eficaz debido al deficiente control y regulación así como la descentralización del mismo programa.

Para la realización de este trabajo se ha estructurado la presente tesis en cinco capítulos entre los que están los siguientes:

### Estructura de la Investigación.

El primer capítulo denominado el Estado y el Sector Salud que a su vez contiene la descripción teórica- conceptual del problema, su justificación y ubicación histórica.

El segundo capítulo se realiza un análisis del sector salud en México en el período de 1994 al 2004, que habla de la organización de la Secretaría de Salud, la importancia que adquieren los Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en la creación de programas de salud.

En el tercer capítulo se presenta la Cobertura de Servicios de Salud, se describe el objeto de estudio, sus antecedentes, el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta y sus herramientas de ejecución, también se menciona un comparativo de la Cobertura en los países de la OCDE.

El cuarto capítulo se refiere a la Programación y Presupuestación de los Servicios de Salud así como los nuevos esquemas de financiamiento en materia de salud.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En el último capítulo de esta tesis se da a conocer la cobertura en las entidades federativas, los mecanismos de coordinación, los gobiernos locales y la evolución del Programa de Ampliación de Cobertura, se muestra una serie de mapas que son utilizados como representación gráfica de la cobertura de servicios de salud en el país, por último se señala las Conclusiones y recomendaciones, los Anexos y apéndices, así como el Glosario de términos y las Fuentes bibliográficas.

Por último, se pretende analizar la efectividad del programa en regiones donde la población abierta predomina, y de manera sustancial evaluar las responsabilidades administrativas como la operativas, en donde se planteen salidas oportunas e integrales que permitan aportar un mayor nivel en la educación de la salud, así como la viabilidad de una posible subrogación de los servicios en el primer nivel de atención sanitaria.

Será una aportación metodológica y científica para la Administración Pública que sirva como sustento para la toma de decisiones en materia de salud pública.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

# EL ESTADO Y EL SECTOR SALUD

## CAPITULO I

*“La actitud de una sociedad hacia la Salud y la enfermedad también es reflejada por sus ideales educativos”. Anónimo.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Los estudiosos del concepto de Estado atribuyen que la explicación de su origen radica en un principio, en el instinto gregario que el ser humano posee y su capacidad de razonamiento y conocimiento como creador y destructor; frente a esta característica particular de la especie humana, la creación de normas y su aceptación implícita garantizan un orden en común. La evolución de este concepto radica en la construcción de la sociedad, como el establecimiento e imposición de reglas por quien adquiere poder, sujeto o sujetos que en la actualidad se identifican a través de la clase política y la propia aceptación homogénea de la población.<sup>2</sup>

El origen del Estado también es visto desde un enfoque jurídico, ya que se ubica el término de legitimidad; como la aceptación reconocida por la sociedad, en el ejercicio de la fuerza absoluta y poder supremo. Sin embargo esta concepción se complementa con el punto de vista sociológico, punto de partida para comprender que la cohesión social es la suma de patrones culturales que incluyen usos, costumbres, formas de organización específica, actitudes, e historia en común. El Estado intenta resolver el conjunto de necesidades económicas, culturales, políticas, religiosas, jurídicas; es la voluntad general. De acuerdo a Marx Weber es la organización que debe institucionalizar su autoridad, diversificar su control para la creación de instituciones que sean obedecidas, internalizar una identidad colectiva y ser reconocido por otros Estados.

Para comprender en estricto sentido la idea de Estado, se consideran las siguientes características:

- ✓ Territorio: Espacio de ubicación geográfica previamente señalado por fronteras naturales o establecidas.
- ✓ Población: Conjunto de personas con características afines al lugar de nacimiento, idioma, religión y legalmente reconocido por el Estado.
- ✓ Forma de Organización: Conjunto de reglas diseñadas para garantizar el orden en común.
- ✓ Voluntad: Determinación para realizar actos concretos.<sup>3</sup>

En las formas de organización del Estado se encuentra el:

**Sistema Político:** Significa el conjunto de las interacciones de las relaciones humanas, contempladas en los insumos como aquellos generadores de demandas y apoyos en un ambiente complejo en el que se ejecutan decisiones que se convierten en acciones determinadas para generar productos específicos en beneficio de la sociedad en general.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Capacidad de influir en otros o terceros, para ejecutar alguna idea, pensamiento o actividad concreta.

<sup>3</sup> ZIPELLIUS Reinhold..*Teoría General del Estado*.UNAM 1998.

<sup>4</sup> EASTON, David. *Enfoques sobre Teoría Política*. Buenos Aires 1969

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Contempla la representación y votación de los puestos de elección lo cual da pauta a la de Partidos Políticos vistos como entidades de participación de la sociedad que contribuyen su representación.

### Régimen Político:

Agrupamiento congruente y relacionado entre sí de instituciones políticas de un país que reaccionan en un momento determinado.

### Estado Mexicano:

Así pues, la conformación del Estado Mexicano es señalada por la evolución histórica de la sociedad, avalado por el marco legal vigente, primer antecedente del “cómo se crea” el actual Estado Mexicano, que presenta las características que se mencionan en el artículo 40 constitucional,

*Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una república representativa, democrática, federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental<sup>5</sup>*

La República Mexicana esta integrada por 31 Estados de la Federación y 1 Distrito Federal, las entidades federativas se regirán bajo formas de gobierno y regímenes interiores respectivos, de acuerdo a su respectiva Constitución.

Los Estados de la Federación estarán organizados con base al Municipio; organización político administrativo que también serán gobernados por el ayuntamiento, integrado por el presidente municipal, regidores y síndicos en número de la legislación aplicable.

### División de Poderes:

La forma de gobierno se compone de la siguiente división de poderes.

- ▶ El Poder Ejecutivo según el art. 90, que señala las atribuciones y funciones del Presidente de la República.
- ▶ El Poder Legislativo integrado por Dos Cámaras.

---

<sup>5</sup> Constitución Político de los Estados Unidos Mexicanos 2004.

---

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La primera se identifica como la Cámara de Diputados, electos por voto directo y sufragio universal.

La segunda es la Cámara de Senadores: que forman el Congreso de la Unión. Y su función se encuentra en normar la vida diaria de los ciudadanos y sus efectos, aprobando, generando o desaprobandando iniciativas de ley.

- ▶ El Poder Judicial que vigila la aplicación de la norma, integrado por la Suprema Corte de Justicia, Tribunal Electoral, Tribunales colegiados y unitarios de Circuito y en Juzgados de Distrito.

Los movimientos socioculturales a nivel mundial y en el país han dado origen a organismos públicos, autónomos como lo son la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Instituto Federal Electoral, y el Tribunal Federal Electoral.

Cabe hacer mención que en el marco constitucional señala también el derecho a la asociación; grupos integrados de acuerdo, que atienden y representan situaciones y actividades específicas como lo son: las Organizaciones No Gubernamentales y Asociaciones Civiles.

## I.1.- ESTADO, GOBIERNO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Se entiende que el Estado es la organización social constituida por territorio, población y poder supremo de ordenación ejercido por el elemento social que en cada momento asume el poder político.

Gramsci afirma lo siguiente *"el estado es hegemónico, es el producto de determinadas relaciones sociales, el complejo de actividades con las cuales las clases dirigentes justifican y mantienen su dominio y logran obtener el consenso activo de sus gobernados. Las instituciones son el escenario de la lucha política de clases"*<sup>6</sup>

Mientras que el Gobierno como lo explica Catalina Eibenschutz. *"es la instancia de la sociedad que sintetiza el régimen político y la voluntad desde el poder legitimado en la sociedad con sistemas democráticos representativos"*<sup>7</sup>

La primera definición destaca el carácter político e ideológico del Estado mientras Eibenschutz destaca las relaciones existentes entre los elementos estatales a partir de la

---

<sup>6</sup> GRAMSCI, Antonio. *La política y el Estado Moderno*. Península. Barcelona. 1971.

<sup>7</sup> EIBENSCHUTZ, Catalina. *Ensayos Políticos*. 1995

voluntad.

Por su parte la Administración Pública: Es la instancia en donde la sociedad se involucra con el quehacer gubernamental, resuelve conflictos, se transforma en la instancia mediadora entre los privados, a través de su organización; y especialización, funciona como instrumento de dominio para la sociedad, ya que conducen las instancias reguladoras, que funcionan por vía legal conduce y regula la lucha política. El Dr. Uvalle señala que la Administración Pública crea las condiciones materiales de la sociedad, y reproduce las relaciones de clase.

Cabe señalar que la salud como tal se aprecia y asume como un tema global ya que las decisiones e inclusive métodos y los modelos de atención para la salud, son analizados en organismos mundiales<sup>8</sup>. La salud se entiende como tema de importancia para los gobiernos, más sin embargo, distinta al contexto de cada país, ya que las características sociodemográficas son equidistantes en cada región.

El establecimiento de leyes y reglas en la sociedad permite a la Administración Pública, realizar actividades concretas que resuelvan los conflictos en:

- A. La vida pública
- B. La vida privada
- C. La vida pública entre la privada.
- D. El Estado y la esfera pública.
- E. El Estado y la esfera privada.
- F. Entre Estados.<sup>9</sup>

Tales acciones específicas representan la realidad dinámica del Estado. Implican los mecanismos de ejecución, que son:

- ◆ La vía normativa; que da vida a las instituciones federales, estatales y locales.
- ◆ Estos a su vez desarrollan proyectos y programas que directamente benefician a la sociedad y su medio ambiente.
- ◆ El establecimiento y fomento de acciones sociales y culturales que incidan el cambio de actitud de la sociedad, así como la formación y preparación de

---

<sup>8</sup> Organismos Mundiales: Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, OCDE.

<sup>9</sup> Id.

individuos quienes retro alimentan al sistema.<sup>10</sup>

La interpretación del marco legal que ejecuta y en el que se fundamenta el mismo Estado, permite a la Administración Pública organizarse e interpretar de manera individual o colectiva el desarrollo de sociedad.

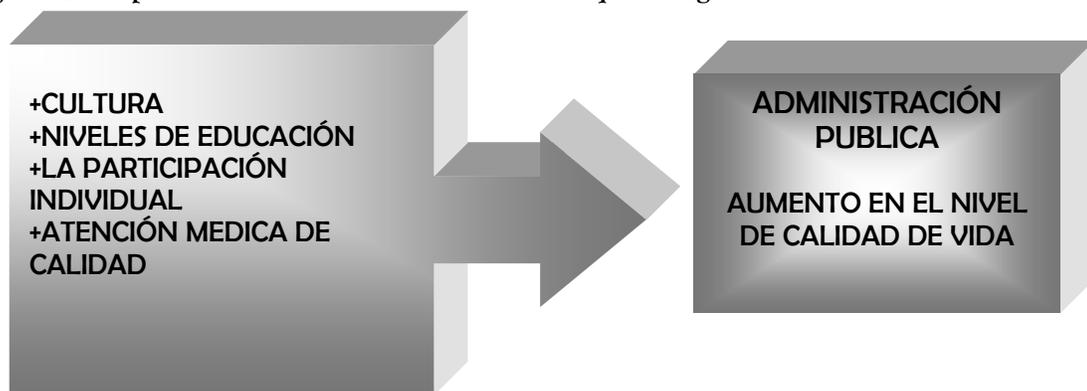
El desarrollo y estabilidad social, son el resultado de las acciones de gobierno, entendidas como parte esencial de la Administración Pública. Requieren orientación, eficiencia y efectividad en la operación de sus actividades y procesos; se identifican en el capacidades organizativas del conjunto de entidades, dependencias y funciones que realizan los distintos órganos del gobierno, aplicadas a políticas, procedimientos y técnicas para dar respuesta a las demandas sociales.

Dichas actividades garantizan orden, seguridad y subsistencia mediante la prestación de servicios públicos.<sup>11</sup>

Para ello requiere de la recaudación y gestión de recursos, acciones posibles que construyan a la sociedad; sin esta generación de insumos, mediante instituciones creadas para la captación, y distribución equitativa no sería posible la vida estatal.

El tema de salud en su conjunto como parte esencial de la sociedad se fundamenta directamente en los niveles educativos y culturales del individuo; en el entorno en que este se desenvuelve, por lo que a mayor información posea acerca de la conciencia del cuidado de la salud, existirá una corresponsabilidad expresa que incrementará la efectividad en este campo, materializado por las distintos procedimientos ejecutados por la Administración Pública.

Figura 1. Representación Gráfica de elementos que integran el nivel de calidad de vida



<sup>10</sup> Id.

<sup>11</sup> Ibid. Pág 10.

Fuente: Elaboración propia

### 1.1.1. ESTADO, GOBIERNO Y EL SECTOR SALUD.

El Sector Salud entendido como una parte estructural de la Administración Pública, integrada por organismos, y entidades con características afines, bajo la coordinación de la Secretaría de salud, vierte sus esfuerzos organizativos para planear, organizar y llevar a cabo los programas diseñados a partir del Plan Nacional de Desarrollo.<sup>13</sup>

Como principio constitucional, el Estado garantiza al ciudadano el derecho a la protección de la salud mediante la consolidación de instituciones públicas que diagnostiquen las principales necesidades sociales y colectivas, es decir la salud es atendida por las instituciones públicas que en el caso de México han surgido a partir de la creación de los dispensarios médicos, donde uno de los pioneros en el otorgamiento de servicios de salud fue la Iglesia Católica, mediante las cofradías y misioneros que modelaron los primeros hospitales en Europa y Nueva España, mismas que se encargaban de dar asistencia social.

Por ello, la clara concepción que tengan los conductores del Estado en torno al proyecto del país, los lineamientos generales y las principales directrices que influyan en la vida misma de los ciudadanos, repercutirán en los resultados de corto y largo alcance; la actividad de los profesionales dedicados a la atención de la salud, los efectos en la sociedad, permitirá que las medidas que tome la Administración Pública incrementen los indicadores que inciden en la calidad de vida.

El Estado mismo es complejo y diverso, en él confluyen las más disímolas fuerzas políticas que repercuten en la operación de las instituciones, asimismo la sociedad por su composición es variada y heterogénea. Por ello las dependencias gubernamentales desde el punto de vista administrativo, deben reconocer a partir de distintas realidades, las necesidades que involucran actores como la sociedad civil, y grupos organizados.

La dinámica de los mencionados grupos sociales, ha sido históricamente señalada, en particular por el tema de la pobreza se muestra como un problema relacionado con la ignorancia, la enfermedad y el desempleo. Por ello, los esfuerzos tanto de las agrupaciones clericales, asistenciales y gubernamentales dieron pauta en la construcción de infraestructura que sirvió para la atención de las enfermedades. En resumen la evolución histórica del Estado se encuentra intrínsecamente relacionada con el desarrollo de los actores de la sociedad, su esquema de ejecución y decisión del gobierno.

---

<sup>13</sup> Plan Nacional de Desarrollo: Instrumento rector que expresa políticas, objetivos, estrategias y lineamientos generales en materia económica, social y política del país, concebido de manera integral y coherente.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Tal es el caso del avance ideológico de Francia y Europa Occidental, que su influencia tardía en la actual América Latina y demás continentes, ha sido notoria ya que evidencia mediante los movimientos sociales de hoy, la deficiente capacidad del Estado para controlar y satisfacer demandas sociales. Sin embargo los conflictos bélicos mundiales también han dado origen al surgimiento de nuevas entidades de asistencia social con la participación conjunta de los particulares, la evolución de las sociedades en torno a la salud ha sido fuertemente marcada por la educación.

La valoración que se le otorgue a la salud, podrá incrementar los niveles del mismo. Ya que el éxito de un programa radica en, el nivel de concientización y colaboración, en el ámbito individual y colectivo.

## 1.1.2.- LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y EL SECTOR SALUD.

Se ha mencionado que la Administración Pública entendida como el conjunto de instituciones y dependencias, recursos materiales, financieros y el factor humano que en su totalidad fungen como mediadoras entre el interés público y la vida privada; es el escenario formalmente avalado por el Estado, en donde convergen los distintos actores políticos. La Administración Pública es la representación operativa y ejecutora del sistema político, instrumento de la clase dominante para su continuidad en el poder, ya que se convierte en instancia de solución y catalizador del conflicto social.<sup>14</sup>

Para el Estado, la Salud no sólo representa un derecho individual y social, requiere de vigilancia, control, e incide en el concepto amplio de seguridad nacional.

### 1.1.2.1. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

Es deber de todo Estado normar el funcionamiento del aparato de salud. ya sea para la prevención, tratamiento de enfermedad o medidas médicas. Las características de la Administración Pública Federal de México, jurídicamente son: el Poder Ejecutivo, representado por sus instancias administrativas que son las 18 Secretarías de Estado y la Consejería Jurídica del Ejecutivo y la Procuraduría General de la República según el Art. 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<sup>15</sup>

Asimismo se observa que la Administración Pública se divide en centralizada y descentralizada de acuerdo al Art 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

---

<sup>14</sup> UVALLE Berrones, Ricardo. Las Transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea. INAP-FCPYS. México. 1997.

<sup>15</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 1976. Última Reforma: D.O.F. 24 de diciembre de 1996;

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

*“La Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la ley orgánica que expida el congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la federación que estarán a cargo de las Secretarías de Estado y Departamentos administrativos...”*

La Administración Pública Centralizada comprende de las Secretarías de Estado, los Departamentos y la Consejería Jurídica dependencias jurídicamente reconocidas para el despacho de asuntos administrativos encomendados al Poder Ejecutivo de la Unión

Mientras que la Administración Pública Descentralizada se integra por auxiliares de entidades del Poder Ejecutivo de acuerdo al marco legal correspondiente; integrado por Fideicomisos, organismos públicos descentralizados, empresas con participación mayoritaria estatal, entidades paraestatales. (Significa patrimonio propio, autonomía y personalidad jurídica para efectuar contratos).<sup>16</sup>

### 1.1.2.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL.

El Art. 115 Constitucional señala que las entidades federativas adoptaran su propia forma de organización y manifestación de órganos de gobierno lo cual le da entera libertad para adecuar sus estructuras administrativas dependiendo las particularidades de la región. También define los poderes y las funciones del municipio.

Las Entidades Federativas están organizadas con base a la división de los tres poderes:

- a) El Ejecutivo (La figura representativa correspondiente es el Gobernador),
- b) Legislativo (Diputados Locales).
- c) Judicial (Tribunales, Magistrados y Jueces).

### 1.1.2.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL

Retomando el artículo 115, define los poderes y las funciones del municipio en cuatro sentidos: otorga mayor poder al municipio para organizarse, reglamente y maneja presupuestos, posibilita mayor dominios de la población sobre su territorio lo cual incrementa su participación social, aumenta su capacidad para generar las condiciones de

---

<sup>16</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 2004 Artículo 1. pág 3.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

bienestar de la comunidad al responsabilizar por los servicios públicos de agua potable, inclusive de salud entre otros y le otorga mayores facultades para establecer relaciones con otros municipios e instancias publicas, privadas o sociales.

*“Los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el municipio libre”<sup>17</sup>*

- a) Presidente Municipal
- b) El Ayuntamiento, integrado por determinado número de regidores y síndicos.

Para modificar el ordenamiento social se requiere, crear o actualizar el marco jurídico, entendido como una evolución para y por el beneficio de la sociedad. La sociedad demanda leyes que en el caso del Sector Salud, a través de las modificaciones de normas flexibles y dar respuesta a las demandas sociales.

Durante el proceso nacional; se ha tenido la necesidad de crear, mecanismos para enfrentar las deficiencias aún latentes en el Estado, instituciones responsables se hacen cuestionamientos de los gobiernos, actores e instrumentos, dando lugar a la creación de modelos que determinan la conducción de las instituciones publicas, afectadas en gran medida por las políticas, proyectos y programas, que representan la respuesta gubernamental ante las necesidades en materia de salud en donde se entiende que es un derecho fundamental para todo individuo, lo anterior sigue siendo una distinción categórica, ya que los servicios de salud no son iguales para todos los ciudadanos.

#### 1.1.2.4. INICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

La creación de la Administración de las instituciones de Salud aparece a finales del siglo XIX ya que Otto Bismark asocia la asistencia sanitaria con la seguridad social. (A partir de relaciones obrero-patronales). En 1941 con la firma de la Carta del Atlántico se reconoció que la Social Security debía priorizar la asistencia sanitaria, ya que la seguridad social buscaba proteger al trabajador de accidentes(1884), seguros de enfermedad (1883) y compensarlo en la vejez o invalidez (1889). En el caso de México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el art 123 estos derechos (1910).

Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

---

<sup>17</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán<sup>18</sup>:

XI La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley;
- c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles;
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determina la ley;
- e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares;
- f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos a favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a estos créditos baratos y suficientes para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construir las, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.
- g) Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos...

Empero a partir de la Reunión de Filadelfia en 1944 menciona que todos los trabajadores requerían protección a su vida y su salud.

Lo que es puesto en discusión ya que privilegiaba a una clase asalariada. No es hasta la Declaración de los derechos del hombre en donde se menciona que tiene el ser humano a poseer derecho “al disfrute del más alto nivel de salud física, mental y social”. (1945).

---

<sup>18</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

También se habló de las relaciones laborales en los Convenios Internacionales del Trabajo, en ese mismo año y en la Conferencia de San Francisco de la Organización Mundial de la Salud en 1946.

La creación de instituciones de seguridad social en México permitió un real avance en la protección de la salud, no obstante la Carta de Derechos Humanos dejó en evidencia la deficiencia del gobierno ante la población que no posee una relación formal de contrato de trabajo, a esa población se le denomina no derecho-habiente en el caso de las instituciones de seguridad social o bien población abierta.

Al respecto el art. 4 de nuestra Carta Magna menciona el derecho a la salud para todos y el Sistema de salud incipiente, adoleció de esta primera desventaja. En contraste del Sistema Nacional de Salud que tuvo un desarrollo posterior a este derecho con la expedición en 1921 de la Ley General de Salud.

*Art 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la Familia.*

*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.*

*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, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

*Toda familiar tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.*

*Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.*<sup>•15</sup>

Ya que la Ley General de Salud, definió la competencia y atribuciones de la Secretaría de Salud y Asistencia Social como fue denominada en un principio. No obstante estas atribuciones que la ley enmarco en un inicio se han ampliado de acuerdo a diversos escenarios se han presentado, tal ha sido su evolución que se han incorporado instrumentos que regulen los Servicios Médicos, los Servicios Sanitarios y la Salubridad en General, como lo son: las medidas fitosanitarias en comercios entre otras disposiciones que pretenden controlar las relaciones entre ciudadanos, entre el ciudadano y gobierno y viceversa.

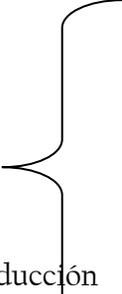
---

• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, promulgada el 29 de Diciembre de 1976. Establece que la Secretaría de Salud esta facultada para:

Conducir la Política Nacional en materia de



- Asistencia Social
- Servicios Médicos
- Salubridad General
- Servicios Sanitarios
- Asistencia Pública D.F.

En otros términos, la primera definición de conducción de políticas se realiza a nivel Federal, es decir la serie de disposiciones y programas de los escenarios locales deben de estar acordes a lo dictado por la Federación y no solo en materia de Salud, si no que el mismo marco legal faculta a la Secretaría de Salud para inferir en la Asistencia Social y Salubridad General.

En materia de recursos financieros, lleva a cabo la Administración de la Lotería Nacional, los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, recursos que están destinados a la Beneficencia Pública del D.F, su labor se extiende también a normar, supervisar, vigilar la prestación de la Beneficencia Privada.

## 1.2.-SALUD PUBLICA

La naturaleza de los sectores, radica en la función administrativa que desempeñan las instituciones, y su finalidad ultima es trabajar por un objetivo en común.

Los avances que se han realizado en el tema de salud, han sido notables, directamente ligados con la evolución histórica del ser humano, desde la construcción del concepto salud y salud pública asociado con la magia, hasta el conocimiento científico.

### 1.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Establecer históricamente el nacimiento del concepto de salud, significa dar un vistazo a la misma historia de la humanidad, al descubrimiento del fuego y su explicación mítica con respecto a sus bondades y sus peligros.

Se concibe la idea de salud a partir de un castigo divino, derivado de un estado contrario a la enfermedad, acepción que evoluciona con la intromisión de la virtud, la pureza y la actividad higiénica como primer peldaño en la construcción de un concepto.

El Código de Hammurabi menciona en el año 300 a.C. a los médicos, pero no es hasta 2980-2900 a.c. con los descubrimientos de Ebers y Smith, que Inhotep es el primer médico quien realiza un estudio acerca de los cuerpos de la comunidad egipcia y su medio ambiente, siendo este el primer antecedente de la salud pública.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La incorporación del Yin y el Yan en China, explica el estado de equilibrio de los seres humanos en el año 2950 a.C., da un gran avance hacia la interpretación, de la cultura Veda en el año 2000 a.c. (que era una referencia mágica), hacia el año 1200 a.C. con Esculapio en Grecia, se originan las casas de salud; templos dedicados al cuidado personal.

Empédocles en el siglo V a.C plantea la teoría de los cuatro elementos, retomada por Aristóteles, personaje multifacético que formula bases del conocimiento científico, la física y la ética.

Hipócrates en el año 460-380 a.C. construye la Colección Hipocrática, que fundamenta la Medicina y la Salud; durante el período de Alejandro Magno se funda la Escuela de Medicina en Alejandría en el año 300 a.C.

El Imperio Romano complementa estos avances con las siguientes aportaciones:

- a) Abastecimiento colectivo de agua
- b) Higiene y limpieza urbana
- c) Baños Públicos
- d) Hospitales y asistencia pública a los enfermos.<sup>19</sup>

La influencia en la India en el año 800 a.C. 1000 d.C. se elaboran los tratados de Carata, Asmita y Susruta que le dan un sentido de terapia dietética a la medicina.

Las aportaciones del Medio Oriente se traducen en materiales médicos, y la acupuntura, mientras que el siglo XVI se publica la farmacopea.

El Código de Leprosos en 1179 con el Concilio Lateranense señala medidas para controlar esta enfermedad. La peste negra en el año 1348 tuvo consecuencias funestas en la población europea, no obstante se introducen los sistemas de vigilancia y cuarentena como acciones de control para las causantes naturales.

Mientras tanto las diversas manifestaciones de las enfermedades conllevaron a tomar decisiones en el orden y marco gubernamental para frenar los efectos del desconocimiento de la cura de enfermedades; no es hasta la Revolución Inglesa que comienza a adquirir importancia la práctica médica vista desde el orden gubernamental.

En el siglo XVIII, se inician los primeros trabajos de vacuna, esfuerzo que se dirige hacia la atención de la viruela con la labor de Jenner, en 1779, el inglés Joham Peter Frank propone *“que los gobiernos deben ser responsables de la salud y de sus pueblos”*, con el método para una

---

<sup>19</sup> SINGERIST, Henry. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI. 1990.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

política médica completa.<sup>20</sup>

Dicho lo anterior, los avances científicos fueron notables, mientras los sistemas de información dieron causa y orden a la mejora político-administrativa de la salud pública.

Es por ello que se crea el Comité de Salubridad por el Dr. Guillotin en la Convención Nacional en Francia durante el año 1792, siendo que la compilación de la información sanitaria en Suecia se inicia en 1748 promulgando la primera ley de salud.

Claude Bernard y los avances en la microbiología de Pasteur y Koch, muestran solidez a la medicina científica. Desde un punto de vista social, la Comisión de la ley de Pobres, -Poor Law Comisión- presenta su informe en Inglaterra en el año de 1838 que cambia a la vieja ley isabelina de 1601.

Europa es la antesala de los Sistemas de Atención de Salud, organizaciones de servicios de salud y seguridad social que orienta a los sistemas de asistencia durante décadas hasta la actualidad. (Modelo de Bismarck).

En París se efectúan los dos primeros Congresos Sanitarios en 1851 y 1859 hasta llegar al establecimiento de la Oficina de Higiene y Salud Pública en 1907.

Las dos primeras Convenciones Sanitarias en la región de las Américas se realizan en Argentina, Brasil y Uruguay entre 1873 y 1887.

En el año 1902 en Washington, D.C, se realiza la primera Conferencia Sanitaria Panamericana, estableciéndose la Oficina Sanitaria Panamericana.

Cabe destacar que los avances en materia de comercio internacional, dieron pauta al desarrollo de mecanismos de saneamiento, higiene y control de enfermedades como el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla.

La construcción del Canal de Panamá (1914) fue utilizada como cerco sanitario, convertido en una de las obras públicas con mayor impacto político y social en América Latina durante el siglo XX, ya que no solo funciona como control político que permitió sanear los principales puertos y erradicar la fiebre amarilla en la Habana y Río de Janeiro.

En la segunda mitad del siglo XX, se produce institucionalmente un logro significativo en Estados Unidos, con el Informe Shattuck en el Estado de Massachussets; los servicios de salud pública en los Estados iniciaron con su construcción, dando lugar a la creación del Servicio Federal de Salud Pública, en 1912 que reconoce la importancia dimensional de la labor realizada por el Servicio de Hospital de la Marina de ese momento.

---

<sup>20</sup> FRANK, Joham. Frank y la Medicina Social.1989. pág 25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La fundación de las primeras Escuelas de Salud Pública (Johns Hopkins, y Harvard) produjeron efectos de reproducción en la representación del modelo académico en Sao Paulo, Venezuela, Chile y México. Las organizaciones no gubernamentales se activaron, debido al aumento en la mortalidad por tuberculosis y cáncer, y se crearon la Fundación Rockefeller y la Asociación Americana de Salud Pública en 1872.

En el caso de América Latina se crearon los ministerios de sanidad y salud y las instituciones públicas de seguridad social.

La Recesión Mundial de los treinta, modificó el pensamiento económico para reducir los efectos de la crisis, lo cual incluye la concepción del Estado; pone en evidencia la creación de un orden que repercute en la estabilidad financiera en el mercado internacional, con ello nace el Bretón Woods después de la Guerra; esta misma estabilidad, repercute en la creación a la Organización de la Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

El crecimiento de la población posterior a la década de la posguerra, provocó que los gobiernos, se replantearan sus políticas de población y con ello de atención a la salud. El *baby boom* en Estados Unidos de Norteamérica, provocó una mayor demanda en los programas de atención a salud, lo cual requería de una mayor infraestructura pública.<sup>21</sup>

En materia de salud pública se plantean metas como la erradicación de la viruela, paludismo, y la cobertura de agua, así como la eliminación de excretas y desechos, metas no cumplidas en este período. En un entorno de una fuerte crisis económica no solo en América Latina sino con fuertes repercusiones en los países del Norte; Canadá y Estados Unidos.

El número de escuelas de enfermería aumentó considerablemente, durante esta etapa histórica se crea la escuela administrativa, con el objetivo de formar al personal dirigente.

En 1960 el sector empresarial invadió los mercados formando los monopolios. Durante estas fechas surge la escuela académica donde se prepara al personal profesional y no profesional, mientras la cobertura de servicios se amplía en el medio urbano y rural.

A comienzos de la década de 1970, el aumento en los costos de los servicios asistenciales, originó el surgimiento de otras modalidades, como es la introducción de capacidad de pago por el servicio correspondiente.

---

<sup>21</sup> Baby Boom: Se refiere al fenómeno social suscitado a principios de los años setenta cuando la tasa de natalidad aumentó.

## 1.2.2. CONCEPTO DE SALUD PUBLICA

Cuando el esfuerzo y la voluntad colectiva se unen al trabajo de las instituciones públicas y privadas para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud, se le denomina: salud pública.<sup>22</sup>

Para ello, se requiere de una fuerte participación comunitaria: sin embargo la actuación de los grupos organizados, partidos políticos y sociedad civil. Se ve limitada por el nivel de información que poseen las células organizadas y/o el individuo, mismo que requiere de otros instrumentos para alcanzar mejor atención en materia de salud y por ende mejorar los niveles en la calidad de vida.

Winslow, C.E.A define a la salud pública como: “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- ◆ El saneamiento del medio.
- ◆ El control de enfermedades transmisibles
- ◆ La educación de los individuos en los principios de la higiene personal.
- ◆ La organización de los servicios médicos y de enfermería para el Diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
- ◆ El desarrollo de los mecanismo sociales a todas las personas un nivel adecuado para la conservación de la salud, que garanticen estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad”.<sup>23</sup>

También para explicar el concepto de salud pública, se requiere del previo conocimiento de la escala de valores con los que se rigen la comunidad. En el marco de Salud para todos establecen los siguientes<sup>24</sup>:

**Equidad:** En primera instancia se encuentra este valor, que se entiende como el acceso universal a la atención de salud.

**Eficiencia:** Capacidad de alcanzar objetivos en tiempo y costo determinado.

---

<sup>22</sup> GARCIA Viveros, Mariano. La Salud en México ante el próximo Milenio. Miguel Angel . 2000.

<sup>23</sup> BEZOLD Clement. Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo Xxi Institute for Alternative Futures. FUNSALUD. Smith Line Beechma Pharmaceuticals. 1998

<sup>24</sup> PUENTES Markides Cristina. Salud para Todos en las Américas: El escenario preferido. En Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. 1999.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**Participación social:** Concebido como el derecho y la capacidad de la población para adoptar decisiones responsablemente.

**Descentralización:** Delegación de toma de decisiones, responsabilidades administrativas en áreas y tareas específicas.

**Integralidad:** Capacidad de agrupar en armonía las responsabilidades y funciones tanto administrativas y operacionales a favor de servicios que las unidades ofrecen a los usuarios con el objetivo de mantener el equilibrio biopsicosocial del individuo.

**Solidaridad:** Capacidad de cooperar en las actividades gubernamentales y no gubernamentales a favor de una acción determinada.

**Liderazgo:** Cualidad y capacidad de dirigir a un determinado grupo a un objetivo en específico, potenciando las aptitudes y actitudes de los integrantes del grupo.

**Información:** Actividad creativa de recopilar, procesar e interpretar datos extraídos de una acción específica o de un modelo real.

**Recursos humanos:** Conjunto de personas capacitadas para la realización de acciones determinadas en una organización.

**Coordinación:** Fase administrativa que tiene como objeto establecer funciones, objetivos, tareas, actividades entre diferentes unidades de trabajo o instituciones.

**Financiamiento:** Es el conjunto de actividades económicas, y/o de gestión enfocadas a la captación de recursos y destino de ellos mismos a proyectos determinados.

Complementaria con la:

**Responsabilidad:** Actitud de asumir beneficios, costos e implicaciones adyacentes a los propios actos individuales.

### 1.2.3. SALUD EN MÉXICO

La historia del Sector salud de México se remonta a los inicios de la colonia; la evolución de la atención de la salud pública debe comprenderse a partir de cuestiones políticas que incidieron en el desarrollo del país; en otras palabras, la salud frecuentemente entendida hoy día como un proyecto de vida personal del individuo y a nivel general, del colectivo, en una concepción inmediata se relaciona con la atención a enfermedades y alteración física del cuerpo humano.

### 1.2.4. ANTECEDENTES DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

El concepto de salud no sólo es una serie de hábitos que están relacionados inclusive con

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

el nivel educativo de las personas, sino que para tal efecto la Administración Pública permea en su estudio y acción transformado en un plan de gobierno que tiene como finalidad de sensibilizar al individuo por medio de la información, y acciones preestablecidas que eleven la calidad de vida.

La salud pública, en el contexto histórico del país, encuentra sus antecedentes en la herbolaria con el Código de Juan Badiano, en los escritos valiosos por su carácter ilustrativo de Martín de la Cruz.

También cabe destacar de esa época la concepción judío-cristiana que los frailes franciscanos, dominicos y agustinos tenían acerca de la caridad; bajo estos lineamientos se construye y da nombre el primer hospital de asistencia pública mejor conocido como la Purísima Concepción y Jesús Nazareno.

El progreso de los servicios de salud de aquella época continuó con la creación de la Junta del Protomedicato, cuya finalidad de dicha junta era aplicar los conocimientos adquiridos acerca de las Ciencias Médicas. En 1628 cuando cambia de nombre y se convierte en el Real Tribunal del Protomedicato; hasta 1831 después del reconocimiento como Nación Independiente, se establece la Facultad Médica del Distrito Federal, sustituyendo la figura del Tribunal. Las necesidades del país se fueron acrecentando por lo que se dio vida al Consejo Superior de Salubridad, la característica principal de esta figura fue la integración de farmacéuticos y químicos en la atención médica.<sup>25</sup>

Es importante reconocer que la consolidación de las instituciones públicas en materia de salud en México tienen una estrecha relación con el concepto de salud pública, la asistencia social y la seguridad social.

Sin duda la beneficencia pública y el clero en México durante la Colonia, se relacionaban, primero por la dominación ideológica y el poder que ejercía la Iglesia Católica con referencia a los asuntos de gobierno, segunda porque poseía la infraestructura y recursos capacitados (misioneros y monjas), necesarios para emprender acciones relativas a la asistencia social.

El Juarismo inició la separación de la influencia Católica en actividades relacionadas con la vida del Estado; las Reformas permitieron que se alcanzara la secularización de los bienes eclesiásticos, hospitales y establecimientos de beneficencia.

Con lo anterior se dieron los cimientos de una organización política-administrativo, en el gobierno independiente. Durante este período se crea la Dirección de Beneficencia Pública.

---

<sup>25</sup>CORDERA Galindo. Temas médicos de la Nueva España. La Sociedad Médica, Hispano Mexicano. Instituto Cultural Domecq. A.C. 1985.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Los diversos levantamientos en la República e intervenciones extranjeras, dificultaron la permanencia y continuidad de proyectos para y por el país.

En 1872 se expide el reglamento del Consejo Superior de Salubridad; la infraestructura realizada los años anteriores se administró bajo el cargo de la Dirección de la Beneficencia Pública y con ello inicia una metodología capaz de incluir y manejar números reales acerca de la población, que contemplaran recursos e infraestructura.

El Código Sanitario publicado en 1891, expresó los lineamientos y definió los temas en materia de salud, en la que el Estado tenía que intervenir.

Las reformas subsecuentes al Código Sanitario no fueron sustanciales, sino hasta comienzos del siglo XX, fecha en la que se añaden una serie de artículos que amplían el horizonte de la práctica médica e incluye de manera vanguardista la regulación del medio ambiente como factor invariable de la salud en el entorno individual.

Durante el período revolucionario, el aumento de heridos y enfermedades descomunales como la tifoidea, paludismo y fiebre amarilla demostraron que era necesario ampliar las facultades del Consejo Superior; el surgimiento de enfermedades contagiosas, dio origen a brigadas que operativamente se vieron limitadas por las condiciones geográficas y territoriales del país, así como la poca comunicación con la unidad centro.

## SIGLO XX

La Junta del Protomedicato fue el primer peldaño en materia de atención pública de la salud en México, si no hasta el siglo XX cuando la conjunción de esfuerzos fueron logrados.

La Constitución Política de México dio pauta a la redacción y fundamento de la Ley de Organización Política del Gobierno Federal donde se establece la creación del Departamento de Salubridad Pública.

Hasta inicios del siglo XX, la configuración de recursos materiales y trabajadores, promotores y profesionales de salud, atravesó una coyuntura importante para el sistema político mexicano; la Revolución Mexicana dio como resultado el fortalecimiento del aparato estatal, debido a la consolidación de las instituciones que garantizaban a la sociedad, estabilidad política que permitiría la definición de objetivos sociales y la visión del rumbo que tomaría el país.

En el caso de las entidades federativas inicia en 1932 con la creación de Oficinas de Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados. Para 1937 se realizan una serie de apartados jurídicos como la Ley de Secretarías y Departamentos Públicos, por lo que publican una serie de ordenamientos que crea la Secretaría de Asistencia Social, la cual asume la responsabilidad de la Beneficencia Pública, señalando los respectivos mecanismos de financiamiento como la Lotería Nacional.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Asimismo durante el mandato del General Ávila Camacho se inician la construcción de importantes instituciones a favor de la salud en todo el país.

En la década de los treinta se crea el Servicio de Higiene Infantil, que enfatiza las zonas rurales como prioridad; se realiza el Primer Congreso de Higiene Rural, mismo que da origen a la primera generación de estudiantes en liberar el servicio social en comunidades rurales. Para 1936 se desarrolla con la red hospitalaria y la construcción de 116 nosocomios en todo el país.

Durante los últimos años de la década de los treinta, se pretendió proteger a los trabajadores del Estado mientras que Petróleos Mexicanos iniciaba su labor en el ámbito médico. También se celebra el Primer Congreso Nacional de Asistencia en 1941. Sin embargo en 1949 se crea el ISSSTE para responder al aumento de pensiones de enfermedades no profesionales y estado de gravidez.

En 1943 se promulga la Ley de Seguro Social para responder al cumplimiento de la Fracción B del artículo 123 constitucional, año significativo para el sector salud, ya que en el mismo año se fusiona la Secretaría de Asistencia con el Departamento de Salubridad Pública, surgiendo de esta manera la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Efectivamente una de las razones principales para fusionar ambas dependencias fue evitar la duplicidad de funciones. Para el Sexenio de Miguel Alemán Valdez, la principal línea de acción fue la erradicación de la viruela, así como la expedición de la Ley de Pensiones Civiles, marco jurídico antecedente del ISSSTE.

Las condiciones sociales del país permitieron el desarrollo productivo de la nación, inclusive se dio un avance significativo a nivel internacional, sin embargo la Segunda Guerra Mundial influyó notablemente en la visión mundial de problemáticas latentes como la pobreza y la salud. Hecho importante y de relevancia fue la creación del Banco Mundial en 1944, para México esta etapa mundial, permitió logros significativos en: el área económica, crecimiento financiero y estabilidad político-social.<sup>26</sup>

México comienza a tomar mayor solidez concreta en los servicios rurales que ciertamente son parte fundamental de la estructura sanitaria: administrativamente se faculta a la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social para coordinar, organizar y dirigir establecimientos dedicados a la terapia social así como la articulación y canalización de Fondos de la Lotería Nacional. La Ley de Pensiones Civiles vigente a partir de 1949 se transformó la Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, cabe señalar que en el ISSSTE en el sector salud en primera instancia fue de gratificación y compensación de la clase trabajadora y en su momento se convirtió en amortiguador de las demandas laborales a partir del sistema de pensiones.

El fortalecimiento y atención a la población infantil se vio favorecida con la creación del

---

<sup>26</sup> SINGERIST, Henry. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI. 1996.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Instituto Nacional de Protección a la Infancia como órgano descentralizado con personalidad jurídica; se configuran los principales actores institucionales en el marco normativo surgido a partir de la Revolución Mexicana y un sistema político capaz de enfrentar necesidades sociales. La planeación comienza a ser aplicada las principales directrices que apoyarán a la función pública en materia de salud para lograr una extensión de cobertura sanitaria.

La transformación del país en materia de salud se originó bajo las distintas concepciones políticas que se tuvieron durante los sexenios gubernamentales: la coordinación e integración sustancial se consolidó hasta el período del Lic. Díaz Ordaz, dando origen a la hoy tradicional semana de vacunación.<sup>27</sup>

Durante el período de Luis Echeverría, se elaboró la creación del Plan Nacional de Salud con el objeto de evitar el uso estéril de los recursos y la duplicidad de funciones, acortando tiempos y administrando los recursos, al mismo tiempo que las condiciones geográficas y ambientales adquieren importancia. Lo anterior es plasmado en el artículo 73 Constitucional expresamente dice en la Fracción XXIX el Congreso de la Unión, se encarga de expedir leyes sobre planeación nacional del desarrollo económico y social.<sup>28</sup>

*XXIX D. Para expedir leyes sobre Planeación Nacional del Desarrollo Económico social;*

*XXIX-E. Para expedir leyes para la planeación, promoción, concertación y ejecución de orden económico, y especialmente las referentes al abastos y otras que tengan como fin la producción suficiente y oportuna de bienes y servicios, social y nacionalmente necesarios...*

En el transcurso de 1973 se realizan una serie de reformas al Código Sanitario, que se transforma para dar vida al Nuevo Código Sanitario, se establecen una serie de estrategias y el señalamientos de objetivos como parte fundamental en el ejercicio de la administración pública; se recaba y unifica esfuerzos donde el principal elemento es el recurso humano, mientras que la creación de instituciones dedicadas a resolver problemas en específico, se ve enriquecida por la academia, misma que se dedica a investigar, innovar o desarrollar tecnología capaz de enfrentar las grandes responsabilidades en materia de salud.

Como las instituciones dedicadas a la atención infantil de acuerdo a la estructura y la evolución como organismo del Instituto Nacional de Protección a la Infancia se convierte en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez. Mismo que es antecedente, en 1977 al Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Infancia Desarrollo Integral para la Familia (DIF).

---

<sup>27</sup> Semana de Vacunación: Actividades encaminadas a la prevención de enfermedades transmisibles como la poliomelitis durante el mes de Febrero y Mayo.

<sup>28</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2004

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El IMSS sufre una serie de modificaciones que enriquecieron el término de seguridad social como derecho obligatorio, la garantía de hacer vales los servicios sociales y la protección al derecho de la salud.

El ISSSTE por su parte crea una institución complementaria; el Fondo de Vivienda para el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (FOVISSTE), con la finalidad de otorgar créditos y viviendas para los servidores públicos.

En esta mismo período para la Administración Pública Federal fue beneficiada con la aprobación de la Ley Orgánica de la Administración Pública; dicha norma establece la delimitación de las Secretarías y la designación de responsabilidades para cada una de ellas.

Para la SSA la función coordinadora de programas para el sector esta señalada en el artículo 39<sup>28</sup>;

*I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen;*

*II Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia, pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;*

*III. Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;*

*IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.*

*V. Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.*

*VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a 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 concentración correspondiente;*

*VII Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, y asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de salud.*

---

<sup>28</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 1998 Pág. 29.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

VIII Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en la materia de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.

IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.

X Dirigir la política sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.

XI Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana.

XII. Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación de productos biológicos, excepción hecha de uso veterinario;

XIII Realizar el control de la preparación, posesión, uso, suministro, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.

XIV. Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana,

XV. Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra;

XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales y contra la mendicidad;

XVII Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo;

XVIII Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;

XIX Organizar congresos sanitarios y asistenciales;

XX Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal;

XXI Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General;

XXII Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento y

XXIII Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados;

XXIV Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Con este artículo surge un peldaño más en la labor de la salud pública, para la Administración Pública fue la continuación de la integración de la función pública, lo anterior logra avances y alcances significativos ya que fortalece la estructura administrativa que surgió años anteriores, hay que considerar que la regulación y reglamentación no fue posible sin la participación directa del Congreso de la Unión.

La incorporación del IMSS, del ISSSTE y PEMEX al sistema nacional de salud surge como consecuencia del establecimiento de la cabeza de sector salud, que durante el Sexenio de José López Portillo que contemplaba el plan global, diagnóstico claro de los recursos y cobertura de servicios en zonas consideradas de alta marginalidad; también se establece el plan quinquenal del sector salud y seguridad social 1978-1982, que desarrolla las especificaciones técnicas y procedimientos administrativos que fortalecen a las áreas presupuestal, y administrativa.

En la década de los ochentas el ejecutivo federal establece el Gabinete de Salud, que tiene como objeto coordinar y sentar las bases del naciente: Sistema Nacional de Salud. A partir de 1979 se firma el acuerdo IMSS/COPLAMAR que promueve la atención médica de zonas marginadas, hecho que se basa en la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos marginados. Para 1980 se crea un programa con similares características destinadas a las ciudades, de esta manera se diseña el Programa de Atención a la salud de la población marginada en grandes urbes. Los programas tienen como característica principal una mayor especificación en los objetivos de atención destinados a disminuir serias carencias y desventajas en las zonas rurales y urbanas del país.

El hacinamiento, la ausencia y carencia de servicios básicos como el agua considerada como fuente de vida y la contaminación del medio ambiente, han provocado daños irreversibles que alteran el medio en el que se desenvuelve el ser humano; para la salud pública representa uno de los problemas con mayores consecuencias a nivel global, mientras que la concentración de la población evidencia fuertes demandas al interior del país.

La ubicación y construcción de infraestructura indispensable para efectuar la práctica médica ha sido una actividad con limitaciones en la operación; la continuidad llevada a cabo a partir de los planes y programas gubernamentales requiere de revisión constante y crítica; el cambio e influencia de las condiciones ambientales y climáticas del país, provocan daños a la salud y por ende se requiere de controlar las enfermedades transmisibles.

La realización de convenios en materia administrativa para atender las principales carencias estatales y locales e innovar en tecnologías que favorezcan a las regiones, ha permitido la interacción de los distintos niveles de gobierno; para el ISSSTE; IMSS, PEMEX; principales instituciones de servicios médicos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

A lo largo de la década de los setentas se contempló derogar El Código Sanitario, acción efectuada en 1984 que dio paso a la Ley General de Salud, que establece en sus primeros artículos las bases legales para la conformación del Sistema Nacional de Salud.

### 1.3.- EL SECTOR SALUD.

La sectorización se ubica como aquel agrupamiento o conjunto de entidades paraestatales bajo la conducción de una entidad dependiente del Ejecutivo Federal, funciona como mecanismo de control y diseño de programas de salud que llevan a cabo las Instituciones Públicas. La naturaleza de los sectores, radica en la función administrativa que desempeñan las instituciones, y su finalidad última es trabajar por un objetivo en común.

Para la Administración Pública, es una forma de mantener organizadas las actividades de las instituciones de una rama, con el objeto de esclarecer objetivos y coordinar las competencias de trabajo, ya que la Secretaría emite, formula y diseña los parámetros con los que opera, cada uno de los actores institucionales participantes de éste agrupamiento de servicio público, y en este caso la salud.

La Secretaría de Salud encabeza las instituciones dedicadas a la atención de la salud y las relaciones entre sí. En cada régimen político-jurídico prevalece el carácter administrativo, dando origen a instituciones formalizadas, generando el factor: coordinación entre áreas, para evitar duplicidad de funciones y ejecutar proyectos de diferente rango de alcance.

Las responsabilidades del Sector Salud, se originan a partir de la organización de la Secretaría de Salud y las instituciones de Seguridad Social. El nacimiento de las estructuras establecidas ya sean de nivel federal, estatal o municipal, son dadas a partir de la norma, por lo tanto la congruencia y actualización del marco jurídico será factor determinante en una acción efectiva del quehacer gubernamental en la solución de conflictos.

Para ello, se tienen los siguientes componentes para hacer frente a problemáticas latentes.

- ◆ La Base Constitucional que incluye:  
La Expedición, Formulación, Discusión, Aprobación y Decreto de Leyes Federales en la materia.  
Por mandato del Ejecutivo mediante su respectiva secretaría.  
Y por Seguridad Nacional
- ◆ La Legislación Local
- ◆ Los Acuerdos y Convenios de naturaleza Inter.-institucional
- ◆ Bando Municipal.
- ◆ Al respecto agregaría los tratados o disposiciones internacionales.
- ◆ Normas Oficiales, requerimientos y trámites específicos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La sectorización son el conjunto de las actividades tanto de las entidades paraestatales y las dependencias centralizadas, con objetivos afines, con la finalidad de elevar la eficiencia y eficacia. Las instituciones descentralizadas poseen personalidad jurídica y autonomía patrimonial, técnica y administrativa por lo que Mercedes Juan señala en su ponencia “Presente y Futuro de la Atención de la Salud en México”<sup>29</sup> señala que ... el Estado Mexicano reconoció la necesidad de replantear el diseño de las estructuras organizacionales y de funciones.

Como auxiliares del Poder Ejecutivo, dichas organizaciones atendieron a sectores específicos con capacidad de contribuir mediante cargos específicos a su salario, es decir fue producto de relaciones laborales, acción que obedeció más a un derecho laboral que a un derecho universal.

De acuerdo a los escenarios regionales distantes a la lógica empleada para atender al común denominador de la población atendida en las instituciones de seguridad social, los gobiernos locales fueron determinantes para el ejercicio de actividades fundamentales en la delimitación de funciones y atribuciones, en la gestión y en el ejercicio de recursos financieros.

El Sector Salud requirió de una fuerte voluntad política para ejecutar acciones en zonas de alta marginalidad y mejorar la infraestructura pública de las instituciones. Por ello se requirió la Modernización Administrativa, programa integral que requiera atender a 10 millones de habitantes durante el año de 1995. Meta alcanzada mediante la introducción del Paquete Básico de salud, integrado por acciones de higiene específica diseñados con el objetivo de cambiar los hábitos alimenticios y sanitarios de las familias.

Se ha señalado que la participación de las entidades federativas fue de notoria importancia en el alcance de metas en 1995, considerando la participación del ámbito municipal a través del desarrollo del Programa denominado “Programa de Municipios Saludables”, ámbito que se convirtió en un fuerte canal de participación de la comunidad y autoridades para atender problemáticas locales de salud.

La Modernización Administrativa en el Sector salud desarrolló una serie de mecanismos para incentivar al personal de salud, punto central que procuro canalizar al personal en áreas marginadas y de difícil acceso.

La complejidad del sistema nacional de salud, motivó la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en 1996, órgano destinado a la contribución de los indicadores de calidad en el sector y garantizó el derecho a la protección de la salud.

---

<sup>29</sup> MARCIA Muñoz de Alba Mendrano. Temas selectos de salud y derecho. UNAM 2002. Serie Doctrina. Jurídica No 94. “Presente y Futuro de la Atención de la salud en México. Mercedes Juan pág 13-65.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La Reforma del IMSS fue resultado de una serie de concertaciones y convenios para aprovechar su infraestructura y obtener mayores recursos financieros.

Mientras que el ISSSTE incluyó tecnología de punta, y fortaleció su estrategia de primer nivel de atención a la salud, que buscó aún elevar la calidad en tres vertientes:

- a) En los Usuarios: Con los medicamentos y su abasto.
- b) Prestadores del servicio: Con material y equipo que eleven la productividad
- c) Certificación Médica.

#### 1.4.-SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las actividades realizadas por la Secretaría de Salud tienen un alto grado de incidencia en materia económica ya que establece los controles de higiene en el proceso de productos, comestibles y bebidas, su exportación e importación.

Plantea medidas para promover la prevención de accidentes en el área laboral y en el campo, administra la investigación científica relacionada con los seres humanos, y posee un triple carácter ya que promueve, rehabilita y pone en marcha acciones preventivas en la salud individual. También regula en el ámbito sanitario las actividades comerciales referentes a productos que puedan alterar la salud individual, establece sanciones en caso de violar las normas de los controles de higiene o bien en la distribución de productos químicos o naturales de psicotrópicos y estupefacientes.

Sin embargo, el diseño de este perfil institucional no ha sido tarea sencilla, ya que no es hasta 1982 a raíz de los postulados internacionales en donde se destacó la necesidad de crear un marco regulatorio de instancias públicas y privadas.

En el Título Primero de la Ley General de Salud hace el reconocimiento de autoridades sanitarias, asimismo establece las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud.<sup>30</sup>

Las instituciones públicas en materia de salud, buscan alcanzar el bienestar físico y mental de la población, que se logra mediante el adecuado uso y racionalización de servicios de salud. Esta Ley señala que el Presidente de la República presidirá el Consejo de Salubridad General, su representante será el Secretario de Salud, asimismo este Consejo está integrado por la Secretaría y los órganos de gobierno similares de las Entidades Federativas.

---

<sup>30</sup> Ley General de Salud 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El artículo 7 de la Ley en la materia, da origen al Sistema Nacional de Salud, la cabeza rectora es la Secretaría Salud que tiene como atribución coordinar, establecer y conducir la política nacional. Mientras que define a la delimitación de universos de usuarios mediante las instituciones de salud y su respectiva subrogación de servicios.<sup>31</sup>

De acuerdo al mecanismo anteriormente citado, se entenderá la actividad administrativa que surge en los gobiernos locales, ya que a partir de la subrogación de servicios, se comprenderá los medios utilizados para atender las problemáticas surgidas en los escenarios regionales.

Otro aspecto importante a señalar es la operación específica de las entidades federativas y la Secretaría de Salud que se realiza mediante acuerdos de coordinación, para fomentar la coordinación de insumos de salud y racionalizar los recursos. Es por ello que en el Art. 13 se definen las competencias del ámbito Federal y Estatal, donde el Ejecutivo Federal, verifica el cumplimiento. Dentro de sus funciones también se encuentra la realización y formulación de planes generales, mientras que los programas estatales deberán ser congruentes a las directrices dictadas por la Federación.

Temas como la salud y su gestión en México, se desenvuelven desde la integración del Sistema Nacional de Salud, escenario que da origen a la participación de entidades federativas en la materia bajo la conducción de la Secretaría de Salud que recibe aportaciones de la Federación, acción que está sujeta a la coyunturas políticas que influyen en la formulación de la Ley de Ingresos y Presupuesto de Egresos de la Federación, actividades realizadas a favor del bienestar individual y colectivo y la sociedad en general, mientras que su clasificación radica en tres puntos según el art. 24 de la Ley General de Salud.<sup>32</sup>

-  Atención Médica: Con el objeto de proteger, restaurar y promover la salud, se crean servicios, que incluyen la información, actividades de prevención, promoción y tratamiento de la enfermedad o invalidez.
-  Salud Pública: Acciones de la comunidad encaminadas a mejorar los servicios y la atención médica.
-  Asistencia Social: Acciones que procuran modificar las circunstancias de carácter social para incorporar al individuo, que se encuentra en desprotección o desventaja, que van desde medidas de protección física, mental y social.

---

<sup>31</sup> Subrogación de Servicios: Transmisión de obligaciones, verificado por la autoridad y sin necesidad de la declaración alguna de los interesados. Quien paga las obligaciones tiene interés jurídico en el cumplimiento de alguna obligación.

<sup>32</sup> Ley General de salud 2004.

El problema de la atención de la salud puede ser abordado desde dos ámbitos:

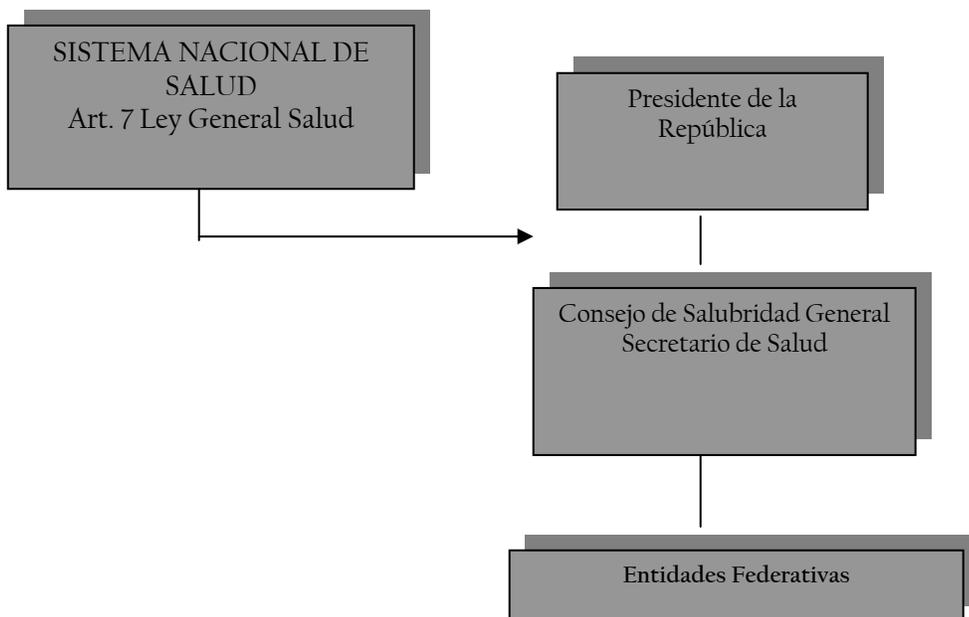
- El primero en donde el individuo accede al servicio de salud de acuerdo a su capacidad de ingreso, denominado como cliente en la esfera privada, que incluye la selección el tipo de servicio que desea.

Partimos de una concepción ideológica liberal, en donde el individuo es libre para ejecutar sus propias decisiones, su marco valorativo se enfoca al principio de responsabilidad y conciencia mayor acerca de sus propios actos.

- La segunda en donde el Estado se encarga de ser el rector y vigilante del marco normativo, y su eje de acción es mucho más estrecho en comparación de un Estado Benefactor, caracterizado por ser un Estado que proporciona los servicios a los ciudadanos, y su visión paternalista es mayor donde se favorece a las clases desprotegidas y se compensa la relación obrero-patronal.

La acción colectiva sigue otros estándares ya que se visualiza el servicio de manera más amplia y concreta, arroja resultados que no sólo inciden en el desarrollo económico, visto como una inversión al capital humano si no que también, alcanza una mayor dimensión social ya que contribuye al desarrollo nacional.

## 2. CUADRO REFERENCIAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Elaboración propia de acuerdo a la Ley General de Salud 2004

### 1.4.1. ISSSTE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado forma parte del Sistema Nacional de Salud, que está bajo la tutela de la Secretaría de Salud, y que integran por las dependencias y entidades pertenecientes a la Administración Pública, Federal así como Local, y todo aquel personal que preste servicios de salud en los sectores social y privado.

Creado el 31 de Diciembre 1959, el ISSSTE es un organismo descentralizado que se encarga de:

- A) Prestar servicios de Medicina Preventiva,
- B) Seguro de enfermedades y maternidad,
- C) Servicios de rehabilitación física y mental,
- D) Seguro de riesgos del trabajo, seguro de jubilación, de retiro, de vejez, invalidez, por causa de muerte, de cesantía, indemnización, préstamos, sistema de ahorro para el retiro, prestamos hipotecarios, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, servicios de reeducación y readaptación de invalidez, promoción, preparación técnica y cultura.

#### 1.4.2. IMSS

Institución creada con el objeto de establecer y desarrollar los programas de seguridad social para los trabajadores protegidos por la Ley Federal del Trabajo; organismo clasificado en la administración pública descentralizada con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Sus funciones se interpretan de acuerdo a las:

- a) Prestaciones económicas y sociales
- b) Actividades recreativas y culturales
- c) Asistencia médica para el trabajador y sus familiares.

Administra las aportaciones del trabajador, el Estado y el patrón mediante los siguientes seguros:

1. Riesgos de Trabajo
2. Enfermedades y Maternidad
3. Invalidez y vida
4. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
5. Guarderías y prestación social.

#### 1.4.3. DESARROLLO INTEGRAL PARA LA FAMILIA

Cronología

- a. Su antecedente radica en el Instituto Nacional de Protección a la Infancia con fecha del 31 de Enero 1961

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- b. El 15 de Julio de 1968 se inicia los trabajos del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN)
- c. El 30 de diciembre se crea el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (IMPI)  
Hasta 13 de Enero 1977 se organiza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Su objetivo es promover el bienestar social, como organismos público descentralizado, personalidad jurídica y patrimonio propio; también funciona como aval en la asistencia social.

Sus actividades comprenden:

- Apoyo al desarrollo de la familia y la comunidad
- Fomentar la educación para la integración social
- Impulsa el sano crecimiento físico-mental de la niñez
- Opera establecimientos de asistencia social en beneficio de menores de edad, ancianos desamparados y minusválidos sin recursos.
- Asesora y atiende a la asistencia privada
- Realiza investigaciones sobre la familia, menores, ancianos y minusválidos.
- Ejerce tutela en los menores cuando es necesario
- Y auxilia al Ministerio Público en la protección de incapaces y procedimientos civiles.

## 1.5. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La Ley General de Salud contempla un nueva forma de organización de los servicios de salud; el artículo 77 menciona que el sistema de Protección Social es un nuevo modelo de operación, que destaca por su forma de financiamiento que se da mediante. La participación de las aportaciones del Gobierno federal denominada como ayuda solidaria.

La participación de los Estados y el Distrito Federal mediante convenios y esquemas de cuotas familiares de acuerdo a su condición económica así como el cálculo referente al Índice anual de precios y cotizaciones.

El nuevo modelo pretende transformar la dinámica de la prestación de servicios de salud, enfatizando en los mecanismos de financiamiento, sin embargo ante la descripción de las instituciones de seguridad social se contraponen en un principio ya que para operar dicho sistema se tendría que actualizar la información del padrón tanto del IMSS como del ISSSTE para evitar duplicidades.

Esta duplicidad mencionada puede distinguirse en dos rubros importantes.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El primero es la doble partida presupuestal, lo cual contraviene los principios de eficiencia, eficacia y simplificación económica-administrativa.

La segunda consecuencia de la primera, se entiende como la duplicidad de funciones, es decir sin la definición explícita de actividades y del padrón tanto de las instituciones de seguridad social como el sistema de protección social, tendría como consecuencias el gasto innecesario en costos de administración, materiales y equipo, infraestructura y mantenimiento.

Los requisitos para incorporarse al nuevo régimen de Protección social son:

- a) Ser residente en el territorio
- b) No ser derechohabiente
- c) Poseer la cédula única de registro de la población
- d) Cubrir cuotas

Las unidades médicas pertenecientes a las dependencias y entidades de la Administración pública funcionarán como servicios de consulta externa y hospitalización.

Contempla que la aportación estatal será mínima por cada familia asignada a la cuota del gobierno federal. Actividad que se realizará mediante la distribución del denominado Fondo de Aportaciones para los servicios de salud a la persona, es decir la Federación transferirá el recurso.<sup>33</sup> Los remanentes (sobrantes) se trasladarán al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.<sup>34</sup>

Se ha señalado que este sistema tendrá una fuerte participación del Gobierno Federal y Estatal, así como las cuotas familiares que serán:

- a) Anticipada
- b) Anuales
- c) Progresivas

Lo anterior se llevará a cabo mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, no obstante, se menciona que el recurso de las familias no será limitante para acceder a servicios de calidad.

---

<sup>33</sup> La inversión en salud en el país es menor a la esperada de acuerdo a los niveles de desarrollo, se destinan menor recursos que en Chile, Costa Rica, Brasil y Uruguay. Escasa inversión y bajos niveles en salud, por Rubén Álvarez Mediola. En el Universal. Domingo 14 Noviembre 2004. Pág. A 22.

<sup>34</sup> Tratamientos y medicamentos definidos por el Consejo de Salubridad General mediante la combinación de intervenciones. Rubro destinado a atender gastos provocados por fenómenos atmosféricos, como el ciclón Paulina que afectó a los Estados del Sureste de la República Mexicana.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Cabe señalar que la ley general de salud contempla como prioridad evitar la desviación de recursos apoyándose de los sistemas de control de la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Función Pública, que den sentido a la rendición de cuenta.

Ante ello surge la idea del Sistema Nacional de Cuentas de Salud

## OBSERVACIONES

La atención de la salud en México, se basa en la formulación del marco normativo que ha incorporado los mecanismos de información, formación de especialistas y atención médica; más aún cuando existen factores de riesgo, en materia de salud reproductiva, y en enfermedades contagiosas regionales que han desarrollado tecnología y alternativas de cura para algunas enfermedades, mientras que la complejidad de las distintas instituciones dedicadas al tema de interés de esta investigación, deben responder a cambios surgidos del fenómeno de la globalización; el número de la población joven esta en su máximo apogeo, y la demanda en la atención médica aumentará, por ello se requiere de la administración pública parte fundamental que flexibiliza, actualiza y enriquece a las entidades públicas.

La participación activa y real de las comunidades en gran medida favorecen u obstaculizan las actividades gubernamentales: lo retos a afrontar de la atención médica radican en la calidad y cobertura, los espacios rurales representan un meta a cubrir mientras tanto los mecanismos de financiamiento deben ser encaminados al fortalecimiento de las instituciones que promuevan el desarrollo de la sociedad.

La Secretaría de Salud como parte del Ejecutivo Federal se identifica como la autoridad inmediata para atender todo lo concerniente al tema de salud. A partir de la normatividad vigente, se señala la integración del Sistema Nacional de Salud, conformado a partir de instituciones públicas y privadas así como del sector social y privado contemplando en primera instancia la protección de la salud.

La coordinación y la relación e interrelación de cada una de las instituciones tanto públicas como privadas determinan en gran medida la consolidación y formulación de políticas sanitarias encausadas para elevar la calidad de vida, como lo han sido en los ámbitos laborales en donde se han creado áreas de prevención como son: los Comités de Seguridad.

En otras palabras la salud individual se encuentra intrínsecamente relacionada con el desempeño laboral y por ende con la situación económica de un país en términos amplios, se requiere explorar y analizar minuciosamente lo efectos colaterales en la economía.

Por lo que debe entenderse que los avances de Salud se dieron gracias al contexto histórico científico surgiendo nuevas formas de concepción de la salud pública, mientras que las corrientes ideológicas, tales como el positivismo dieron forma y cause a la realización de programas bajo un régimen de control y dirección de la salud pública.

Hasta el siglo XX la salud pública consolida sus objetivos dentro de la agenda de gobierno con la creación de Organismos Internacionales tales como la Organización Mundial de la

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Salud y la Organización Panamericana de la Salud que son productos de conflictos internacionales y necesidades que rebasaron el ámbito local; pese a los avances que se han dado dentro de este ámbito y en el orden mundial, aún existen rezagos considerables que inciden en el desarrollo de las sociedades contemporáneas es decir, dada la complejidad de los asuntos de gobierno, la salud pública ocupa espacios en la atención de los problemas en un segundo término. No obstante existen rezagos en las sociedades contemporáneas ya que el destino de recursos son aún son insuficiente.

En el caso México, se contempla la idea internacional de salud para todos como una meta a conquistar, los logros significativos en dicho ámbito han requerido reformas al interior de las estructuras de gobierno.

En la reunión denominada Consenso de Washington<sup>35</sup> dictan criterios en materia social con especial énfasis en la canalización de recursos. Las directrices económicas de un Estado Neoliberal y sus efectos positivos surgirían en un Estado fuerte y equilibrado, empero las características de México son distintas por lo que económicamente hablando la salud pública se enfrenta a un obstáculo que impediría en un principio a la solventación individual del servicio médico.<sup>36</sup>

Principalmente como herramienta administrativa el análisis en la toma de decisiones y al entendimiento de la cobertura de los servicios en materia de salud.

El poder político debe de ser encausado para alcanzar los objetivos en los planes de gobierno y operarlos de tal manera que articulen los diferentes niveles de gobierno hasta llegar a la célula más básica de la sociedad: la familia.

En el Sector Salud, la Ley General de Salud plantea las diferentes acciones y responsabilidades de áreas operativas, al tiempo en el convergen tanto la representación del gobierno como de las instituciones privadas. El conocimiento técnico operativo se remite a ciertas áreas profesionales, mientras que el diseño y la administración del sistema de salud se ve enriquecida por otras áreas de interés.

Dentro del marco de la salud pública, el Estado es visto como sujeto y actor a la vez de la misma; es responsable ya que moviliza, articula, orienta y apoya la actuación de la sociedad. En el convergen e interactúan organizaciones de interés público que se acercan mucho más a la población y a las comunidades.

---

<sup>35</sup> El consenso de Washigton principalmente habla de propuestas encaminadas a mejorar las condiciones sociales de los países latinoamericanos, se ha entendido como una serie de políticas que tienen como objeto controlar las finanzas públicas, mediante las reformas a la ley y flexibilizando la economía, es decir una intervención del gobierno moderada, mientras que este último reduce los costos de la burocracia que en ocasiones retardan los trámites administrativos y sus efectos.

<sup>36</sup> Reconoce Julio Frenk que 2 millones de familiar se empobrecen por gastos en el cuidado de salud. (Sociedad y Justicia en la Jornada. Ciro Pérez y Renato Dávalos. Sábado 22 de Septiembre 2001 pág 21).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Ligado al concepto de Democracia, en el Estado se constituyen alianzas que permiten la realización de los programas y los mecanismos de financiamiento para llevarlos a cabo; la participación social se convierte en otro ingrediente fundamental al diseño de proyectos y reformas estructurales en el sistema de salud así como el sistema de valores de la misma, lo anterior no puede ser llevado a la práctica, mientras exista una clara limitación de recursos financieros y materiales.

Hoy día la creación de instituciones encaminadas a la atención de la salud, no han sido suficientes para promoverla adecuadamente. El Escenario más óptimo como parte de una idea cultural, se alcanzará cuando el colectivo se agregue y enfoque sus esfuerzos sustanciales a la creación y promoción de una idea de vida que recupere los hábitos básicos del cuidado de la salud.

En términos conceptuales debe entenderse y definirse en primera instancia el concepto de Sistema de salud que se refiere “a las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud”.<sup>37</sup>

El Sector salud se explica como el conjunto de instituciones político-administrativas enfocadas al trabajo de la salud, ligado a la construcción y edificación de un gobierno, que mantenga los niveles de legitimación e inclusive control de la población, ya que una fisura en la satisfacción de servicios para la salud y los efectos de los mismo, provocarían decepción y presión para los gobiernos en la satisfacción de los mismos, los costos y beneficios desprendidos de dicha fisura tendrían graves consecuencias sociales.

Cabe resaltar que la salud en sí misma se muestra integrada por un sistema de valores que en las comunidades más remotas aún es distinta, debido a situaciones que deben atenderse de inmediato, y las actividades se priorizan de acuerdo al nivel sociocultural e idiosincrasia de las mismas.

En México se tiene un marco legal efectivo que se ha pulido a lo largo de los años, sin embargo en la administración pública encausada a los servicios de salud, aún falta consolidar los liderazgos por construir y poner en marcha los proyectos, y planes así como la capacidad de generar y mantener acuerdos para concretar: El bien común.

En las páginas posteriores se revisará grosso modo los antecedentes de la Reforma del Sector Salud a partir de 1994 a la fecha, se analizará la importancia que tiene los Organismos Internacionales en la creación del programas de salud y la actual conformación de la Secretaría de Salud, autoridades como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Secretarías de Salud Estatales e Infraestructura Pública.

---

<sup>37</sup> Ley General de Salud 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

# ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO 1994-2004

## CAPITULO II

*No debe avergonzarnos el tomar del pueblo  
todo aquello que puede ser útil para el arte de curar.*

*Hipócrates.*

## 2.1. PANORAMA DEL SECTOR SALUD

Una década ha sido significativa para consolidar avances importantes en el sector salud. Tema que ha cobrado diferentes matices en el curso de dos sexenios que se caracterizaron como:

- a) El Gobierno de tecnócratas,
- b) La desregulación del aparato estatal,
- c) Lo anterior tuvo como consecuencia la disminución del tamaño del Estado,
- d) La apertura del mercado,
- e) Interés en el ámbito económico, por encima de los programas sociales;

Características que han influenciado notoriamente en las decisiones político-administrativas en el sector salud, originando los siguientes cambios

- a) La Reforma del Sector Salud que incluyó la consolidación descentralización de los servicios, consolidada durante la década de los ochentas.

Para analizar de manera más amplia es necesario citar los hechos que propiciaron estos cambios importantes que pueden empalmarse con otras actividades de índole económica y social como lo son:

1. La evolución de las finanzas públicas destinadas a este sector.
2. La modificación al marco jurídico vigente.
3. Los cambios en la composición de los órganos rectores y órganos desconcentrados del sector salud.
4. Presencia de organismos civiles e internacionales en los programas sociales destinados a la atención de la salud en el país. (Programas vinculados con los indicadores de bienestar).

### 2.1.1. ANTECEDENTES 1994-2004

En 1982 se inició el proceso de descentralización, hecho que tuvo como antecedente la creación de la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República en 1981. La descentralización contempló la creación del sistema de salud, que determinó, los elementos técnicos, administrativos, jurídicos y financieros, con el objeto de organizar: El Programa IMSS-COPLAMAR, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social. El Programas de las Zonas marginadas de las grandes urbes, dirigido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (SSA).

El Período de Miguel de la Madrid fue crucial para la descentralización de la salud, que buscó la transferencia de recursos de la administración pública federal hacia la administración pública local en materia de salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Los gobiernos locales contribuyeron al fortalecimiento del sistema mediante acciones vinculadas con la salud pública y que solamente mediante las funciones y atribuciones específicas de las administraciones locales se llevaron a cabo las siguientes actividades: la dotación de agua potable, alcantarillado, apoyos de alimentación y cuidado ecológico.

Lo anterior fue logrado mediante dos opciones que fueron: el trabajo legislativo, y la creación de convenios de coordinación entre la Federación y los Gobiernos de las entidades federativas.

La labor legislativa contempló la aprobación y posterior promulgación de la Ley General de Salud en 1984, marco normativo que estableció las competencias de la Federación y las entidades, también señaló las autoridades sanitarias, los objetivos del sistema nacional de salud, las estructuras administrativas de los servicios de salud, así como los acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los gobiernos estatales y el entonces Departamento del Distrito Federal.

Otro instrumento que funcionó a favor de la descentralización fueron decretos, expedidos a partir de 1983 en la materia, donde se fijaron los lineamientos y normas aplicables, las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud, los manuales de organización, de procedimiento y de servicios.

Del mismo modo se estimaron plazos para el cumplimiento de compromisos, la adecuación operativa de los servicios coordinados; la creación de un órgano del Sistema de Salud del Distrito Federal y su respectiva normatividad.

Para 1984 se decretó la descentralización de los servicios de salud y los programas de IMSS-COPLAMAR a las entidades federativas. Por otra parte en ese mismo año se anunció la descentralización para los Servicios de Salud para la Población Abierta.

El Convenio Único de Desarrollo se estableció con la finalidad de definir responsabilidades y recursos. Asimismo se integraron el programa IMSS-COPLAMAR, los servicios de salud a la población abierta de la SSA y los servicios de la misma secretaría.

La parte de evaluación de la descentralización la llevaron a cabo los comisarios, se creó la Comisión Interna de los Servicios Coordinados y la Comisión de Vigilancia de IMSS-COPLAMAR.

En esta etapa se constituyen los Servicios Estatales de Salud, las entidades federativas asumieron estructuras distintas, en el aspecto jurídico se cedieron las instalaciones federales con la aplicación de la figura de comodato al gobierno estatal y la administración del personal de la SSA de igual manera se transfirió.

Dicho lo anterior contribuyó en cierta medida en la atención médica, sin embargo esta distribución de recursos tan solo fue un esfuerzo de los gobiernos locales en comparación de lo que se requería en materia de cobertura de servicios.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

No es raro encontrar datos que señalan la importancia de la aplicación del comodato en el orden local, al respecto el Informe del Poder Ejecutivo señala que “*La descentralización administrativa buscó la mejora en la distribución de recursos financieros así como el incremento de los mismo, ante ello se aspiró a una proporción de 40 a 60 %, ya que anteriormente era de 5 a 95 y 15 a 85%*”.<sup>38</sup>

Durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari se estableció una intervención selectiva del gobierno en materia de salud, con el objetivo de sanear las finanzas públicas.

En este período se caracterizó por una fuerte participación del sector privado en la vida pública, y el caso de salud no fue la excepción. Siendo esta una postura oficial que caracterizó a este sexenio, no fue hasta 1995 que se formula una serie de pasos que contribuirían al mejoramiento administrativo de la salud en las localidades.

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 planteó acciones de prevención enfocadas a las actividades curativas y proporcionar los servicios esenciales a la población en general. Para ello se creó como instrumento de cobertura; el paquete básico de servicios de salud, acción que evidenció, la desprotección de la población carente de seguridad social.

Dada la complejidad de las condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas y políticas, se creó la Comisión de Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud para la población abierta, con el objeto de elaborar el Paquete Básico con una serie de intervenciones para el saneamiento básico a nivel familiar entre las que destaca:

- Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.
- Tratamiento antiparásito a la familia.
- Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas.
- Referencia de unidades de atención médica.
- Prevención y control de Tuberculosis pulmonar.
- Prevención y control de Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Inmunizaciones
- Vigilancia de Nutrición y crecimiento de niño.
- Planificación familiar.
- Atención prenatal del parto y puerperio.
- Prevención de accidente y manejo inicial de lesiones.
- Participación comunitaria para el auto cuidado de salud.
- Control de Cáncer Cervicouterino.

Mediante el Programa de Reforma del Sector Salud, se amplió la cobertura a localidades con mayores índices de marginación.

---

<sup>38</sup> Informe de Actividades. Poder Ejecutivo. 1994.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En 1997, la Secretaría de Salud modificó su organización para coordinar las políticas y actividades de salud. Se creó la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades que definió las líneas estratégicas de coordinación del Programa de Cobertura de Servicios de Salud.

Los continuos fenómenos ambientales y sus efectos en las comunidades regionales provocaron tendencias de la morbilidad de enfermedades como el dengue clásico; en especial en 1998, año que se caracterizó por frecuentes lluvias, fenómenos como el huracán Paulina, trajo consigo fuertes inundaciones en zonas con alta marginación, aumentando el riesgo de focos infecciosos.

El financiamiento externo y privado, fueron y continúan siendo una alternativa para inyectar recursos a proyectos que anteriormente el Estado proporcionaba, para ello ha sido indispensable la responsabilidad compartida que se refiere a la relación empresas privadas, gobierno, y ciudadano donde asumen sus respectivos papeles como piezas fundamentales de la sociedad; por ello se requiere garantizar la certidumbre de la operación de actividades, de lo contrario conllevará a desatar conflictos que solo evidencian la falta de credibilidad en las instituciones tanto públicas como privadas.<sup>39</sup>

### 2.1.1.1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

En páginas anteriores se mencionó la Reforma del Sector Salud como hecho fundamental para el acceso a los servicios de salud.

Las reformas se entienden como cambios que surgen a partir de las instituciones ante el establecimiento de un nuevo modelo económico en el mundo, planteamientos que tienen repercusiones en todo el aparato gubernamental.

Las serias deficiencias tanto administrativas como operativas en materia de salud, llevo a que el Estado, se propusiera realizar un cambio de cultura, mientras que el Estado mismo como articulador colectivo asume sus funciones como aquel que garantiza los derechos a los ciudadanos.

La Reforma del sistema de salud, implicó cambios sustanciales en el desempeño de la función pública, influenciada por los avances tecnológicos y el advenimiento de los efectos de la globalización, que proponen nuevas formas en el diseño de soluciones innovadoras, pero que consecuentemente implican otras problemáticas adyacentes a los cambios gestados en el paradigma de la globalización.

<sup>39</sup> La verificación y evaluación administrativa y física de la inversión de capital privado a proyectos con carácter de bien público refleja serias problemáticas relacionadas con la escala de valores de los servidores públicos responsables en turno y los subsecuentes. Existen diversos casos señalados por la opinión pública de los riesgos latentes ante la falta de vigilancia, control y ética profesional en adquisición de servicios y bienes de carácter público. (El Gobierno del Distrito Federal suspende licencias a Metro gas para introducir el servicio. en la Jornada Disponen autoridades minuciosa revisión de la red de gas natural Pág. 35 Laura Gomez y Mirna Sevín en la Capital. La jornada. Jueves 6 de Noviembre 2003).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Ante ello los organismos internacionales han mostrado un especial interés en contribuir al diseño y formulación de las reformas, y su financiamiento.

En realidad la reforma de salud, pretende ofrecer servicios básicos de atención primaria a la población que carece poco acceso, proponiendo alternativas como:

- A) El diseño de programas verticales: Instrumento normativo del sistema nacional de planeación democrática, su objetivo es describir objetivos y metas. A diferencia de otros programas los planteamientos se operan desde la cabeza rectora y va descendiendo a los diferentes niveles de gobierno.
- B) El control de gastos de operación de los servicios de salud, que tiene como objeto elevar la calidad y reacomodar las cuentas nacionales del sistema, desde la célula más ínfima como lo son las unidades médicas.<sup>40</sup>

La reforma de la salud se ha dado en distintas fases que en la inmediatez, buscan mejorar la gestión financiera, que garanticen el acceso de la población a los servicios que previamente ha sido estipulado en la Carta Magna, mientras que en sustancia implica reducir tiempos de espera, y aumentar capacidades de respuesta a la demanda, que buscan elevar la eficacia y efectividad del sistema nacional de salud, lo que implica una revisión de los procesos tanto de la atención operativamente así como de la administración. Dado lo anterior la evaluación del desempeño del sistema nacional de salud, ha sido vista desde el ámbito internacional a través de la valoración de indicadores estipulados por los organismos internacionales, así como la calidad percibida por la población.

Siguió las siguientes directrices.

- a) La ampliación de la cobertura de la seguridad social.
- b) El incremento de la eficiencia de la atención a la población abierta.
- c) La conclusión del proceso de descentralización de los servicios a la población abierta.
- d) Acciones del paquete básico de salud.

Si bien es cierto hablar de la Reforma al Sistema Nacional de Salud denota la descentralización de los servicios de salud en algunos estados, que reflejaron la maduración no solo de la administración pública respectiva si no que del mismo modo evidencio el pensamiento y la idiosincrasia de los Entidades federativas, es decir si en el pleno derecho de su autonomía comprometida a la Federación serían capaces de solucionar sus respectivas problemáticas de acuerdo a los pactado a nivel Federal y adecuado a su respectiva problemática social.

---

<sup>40</sup> SISTEMA NACIONAL DE CUENTAS: El Sistema Nacional de Cuentas es un instrumento administrativo que tiene como finalidad contabilizar el gasto destinado a la salud y utilizar una terminología en relación a la asignación por concepto. Es decir se entiende como un clasificador por objeto del gasto, de medición para los tres niveles de gobierno

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Lo anterior generó la creación de un paquete básico de 13 intervenciones costo efectivas y que financieramente son costeables (Ver Paquete Básico). En general se puede decir que estas intervenciones controlaron en la medida de lo posible enfermedades gastrointestinales, las muertes causadas por malos cuidados durante la gestación, el parto, puerperio y del recién nacido, la prevención de accidentes y la planificación familiar. Así como la prevención del cancer cervico uterino, siendo este un modelo centrado en la figura familiar y en una política centrada a dos actores cruciales en la población vulnerable: la mujer y el infante.

La siguiente etapa compendio en implantar Modelo de Administración para el retiro de los cuales destacan las

- 1.- AFORES: Administradoras de Fondos para el Retiro
- 2.- SIEFORES: Sociedades de Inversión de Administradoras de Fondo para el Retiro.
- 3.- Se crearon diferentes modelos para atender los servicios de salud.
  - 3.1. Como el Modelo Institucional de atención integral a la Salud:
  - 3.2.- Las áreas medicas de gestión desconcentrada:
  - 3.3. Grupos relacionados con el diagnostico.
- 4.- Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

Sin embargo las especificaciones de cada uno de estos modelos de administración se mencionarán en otra investigación.

La creación de nuevos modelos para la atención de la salud, principalmente se encuentran basadas desde un punto de vista financiero y operativo. Garantizar el acceso a los servicios de salud para la población abierta y fortalecer la parte rectora de la Secretaría de Salud, misma que debe fungir como eje central para la descentralización de los servicios y fortalecer los grados de inversión en infraestructura que más adelante se señalara.

La reforma al sistema nacional de salud, contemplo la modernización del IMSS y del ISSSTE. Ante el crecimiento poblacional de los últimos veinte años, trajo consigo el replanteamiento de diferentes instituciones públicas que crecían de igual manera que la demandas de sus servicios.

El IMSS como tal sufrió una serie de alteraciones que generaron a su interior presiones de carácter financiero acompañada de una serie de cuestionamientos en torno a la calidad, efectividad y eficacia de sus operaciones y atención al público.

Evidentemente la Reforma de la Salud, subrayo importantes procesos como:

- La identificación inmediata de recursos financieros y materiales
- Y la identificación del personal que se tenía en cada unidad administrativa de salud.

Lo que implica un control de los suministros e insumos, así como la verificación de bienes

muebles e inmuebles y equipo correspondiente a la federación y al ámbito estatal.

El proceso de descentralización ha sido de manera gradual y distinta en algunos estados de la república como los Estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas (INA P). *"Los indicadores usados actualmente corresponden a la concepción biológica de la salud, lo que miden, es por tanto el fenómeno biológico individual final, y no el origen y distribución social de ellos".*<sup>41</sup>

Es por ello que se requiere no solo de implementar indicadores que evalúen el grado de salud individual, si no en la medida en como se distribuyen los servicios y en la efectividad de los servicios de salud, si bien es cierto que toma importancia el elemento financiero, no resuelve el problema real de salud en México; falta de una cultura individual y colectiva en hábitos y cuidados hacia la salud. En otras palabras en la práctica aún observamos (incluyendo en las grandes urbes), un abandono relativo en los menester de atención médica, principalmente en la falta de prevención y control médico por parte de los usuarios. Es resumen se requiere enfatizar en la colaboración y promoción de estilos de vida y ambientes sanos.

Es importante mencionar que el grado de avance de la descentralización lleva implícita la intensidad con la que se logre abarcar sus formas de operación así como la denominada capacidad técnica y voluntad política que tengan las autoridades tanto federales como estatales y que implican una serie de alteraciones de orden social, político e ideológico. Como la regulación en materia de salud ambiental y control sanitario publicitario. Así como el reconocimiento de problemas de salud pública como el aborto, el VIH, el cáncer cervico uterino por citar algunos ejemplos.

Cobra importante relevancia la capacidad profesional con la que atienden y se resuelven las demandas enfocadas a los servicios de salud, de ello provino la creación del Consejo Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que funciona como una instancia reguladora de conflictos entre médicos y usuarios.

La descentralización de los servicios de salud no solo es un proceso continuo y de total apego al marco legal, si no que aún incipiente destaca notablemente la aún dependencia a las funciones que el gobierno federal aún posee sobre las entidades federativas mismas que pretenden resolver sus distintas problemáticas.

### 2.1.1.2. LA REFORMA AL ÁMBITO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por otra parte la Reforma al ámbito de la Seguridad social contemplo un nueva propuesta interpretada por Eric Blomm y Jairo Restrepo Zea autores quienes establecen categorías de índole económica para clasificar las formas de financiamiento de los servicios de salud, tema que ha cobrado interés en el orden de inversión económica, y que posee repercusiones en el ámbito social.

Se ha considerado esta propuesta para esta investigación, ya que contempla el concepto de

<sup>41</sup> La descentralización de Servicios de Salud. Instituto Nacional de Administración Pública. 2000.

sistema de salud, y seguro público frente a denominaciones como el mercado de salud privado y el mercado de servicios de salud, figuras avaladas en las disposiciones oficiales del Estado Mexicano.

- 1) **El Mercado de Servicios de salud:** Es identificado debido a sus principales participantes que son el médico y el paciente, en esta forma de servicio, subyace el sistema de compra de servicios. Transacción determinada por el ingreso personal disponible. La desventaja latente y señalada ha sido la concentración de la información del médico, y el limitado conocimiento que el paciente posee acerca de su estado bio-físico, y el costo de su atención. Situación real que ofrece manipulaciones sustanciales al precio de la atención prestada.
- 2) **El Mercado de Salud Privado:** La figura principal es la compañía de seguros, que mediante un contrato se intenta cubrir riesgos específicos de enfermedad o accidente. Una de sus principales ventajas consisten en la eliminación o reducción de la incertidumbre del consumidor y en la generación de incentivos a las compañías aseguradoras para contener los costos y el gasto de la atención, de esta forma se incentivaría la promoción de acciones a favor de la salud. No obstante pese a las ventajas equitativas en el momento de asumir costos, este mecanismo es selectivo y propicia desigualdad, ya que también depende del nivel de ingresos.
- 3) **El Seguro público de salud:** En esta forma, el Estado recauda las contribuciones a la seguridad social y complementa con recursos fiscales a los fondos indispensable para atender a la población derecho habiente o en su caso afiliada, mediante proveedores públicos y privados, siempre que las funciones de financiamiento y provisión se encuentran separadas. Las desventajas han sido mencionadas en numerosas ocasiones, entre las que prevalecen la baja calidad, la sobre demanda de servicios. Por otro lado adelanta programas masivos de promoción y de prevención.
- 4) **Sistema Nacional de Salud.** A partir de esta figura se entiende que son ciudadanos quienes tienen derecho a la atención de la salud, servicio que se enlista como una prioridad por el Estado. Este último asigna presupuestos globales a los hospitales y remunera a los médicos especialmente a través de la capacitación. Esta modalidad tiene una seria desventaja que es la ausencia de incentivos reales y económicos para contribuir en la mejora de los servicios del sistema.

Los servicios de salud en México, están integrados principalmente por la seguridad social o bien seguro público y el sistema de salud.

Esta división a grandes rasgos refleja oportunidades de mejora desde el punto de vista institucional así como en el caso normativo. A pesar de los avances realizados en cuanto a la regulación de los servicios, el mercado de los servicios de salud carece de un control en específico en materia de precios, de igual manera se carece de información que de sustento al diseño y formulación de normas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En segundo lugar el Mercado de Salud Privado en el país, posee características financieras, más que de atención médica, por lo que los organismos que prestan estos servicios son responsables en diseñar programas idóneos para la prevención y atención de ciertas enfermedades como lo son: la Diabetes Mellitus, y las enfermedades cardiovasculares.

El Modelo de revención puede ser considerado como un ejemplo exitoso para determinado grupo de población, sin embargo como se menciona en la definición; en el caso de enfermedades crónico degenerativas son altamente costosas de atender agregando la falta de continuidad y vigilancia en la emisión de normas que regulen este Modelo, significaría un alto costo social para el Estado mismo.

El Modelo de Seguro Público de Salud, ofrece ventajas para la población abierta, sin embargo la capacidad institucional se ve limitada no solo en términos financieros si no en la falta de control y vigilancia en la disponibilidad de insumos (Medicamentos y equipo en general), en la falta de incorporación de actores que contribuyan a las campañas de sensibilización e información en el cuidado de la salud.

El Sistema Nacional de Salud, ha señalado que los gobiernos locales poseen sus respectivas instituciones de salud, se requiere no solo en el marco operativo incentivar económicamente a los recursos humanos en los escenarios regionales, así como la creación de escuelas regionales de formación médica o enfermería que satisfagan la ausencia de elementos que las entidades federativas demandan.

Por otro lado se requiere aumentar el presupuesto destinado a salud en materia regional, su vigilancia y control será fundamental para el cumplimiento de acciones que mejoren la atención de la salud.

## 2.1.2. ORGANISMOS INTERNACIONALES

Se ha mencionado la importancia que representa para la Administración Pública la actualización en tendencias y teorías tanto políticas como administrativas, como materia de orden dinámico, la creación de estructuras que rebasen los Estados Nacionales han sido determinantes para el actual orden político social de la humanidad. A continuación se presentan los organismos más importantes que influyen en materia de Salud y agentes económicos, se observa su capacidad de actores ya que influyen de facto y de manera circunstancial en la implementación, y adopción de modelos representativos y gobernantes en la actualidad.

### 2.1.2.1. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, es un órgano especializado de las Naciones Unidas, creada en el año 1946 para atender asuntos de sanidad, con el objeto de fortalecer los servicios de salud de los gobiernos, promueve la salud y sus investigaciones. Su integración se compone de la Asamblea Mundial de la Salud, que preside un consejo directivo, representando a cada región geográfica.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La Organización Mundial para la Salud ha significado la unión de esfuerzos y cooperación técnica entre países para combatir enfermedades mediante el impulso de campañas con el fin de lograr la salud para todos, de acuerdo a sus metas planteadas.

No obstante, como respuesta al fenómeno de la globalización, este organismo también ha impulsado la creación de normas en materia de farmacéuticos y productos biológicos; regulaciones que han despertado interés para la sociedad civil, la industria farmacéutica y los gobiernos. Los interesados en realizar transacciones comerciales cuestionan la capacidad de respuesta institucional, la eficacia y eficiencia en la que el gobierno y la administración pública regula actividades que inciden en mercado de servicios de salud, problemática que se señalará posteriormente,

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud también realiza investigaciones científicas que permita desarrollar nuevas tecnologías, que en el caso de Latinoamérica mediante su Oficina Regional; la Organización Panamericana de la Salud han dado pauta nuevos enfoques para disminuir los rezagos sociales en materia de salud.

### 2.1.2.2. LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Como organismo internacional de salud pública y oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, su objetivo central radica en la cooperación técnica de los Gobiernos Miembros y la conservación de un ambiente saludable y desarrollo humano sostenible.<sup>42</sup> Funciona como un organismo de interacción entre organismos de la sociedad civil, los gobiernos, instituciones públicas, universidades y grupos comunitarios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha establecido metas como la reducción en la mortalidad infantil, así como en el consumo de tabaco y la reducción de inequidades de acuerdo el género.

Promueve y coordina esfuerzos en todo el hemisferio Occidental, las principales políticas de salud que han sido señaladas en torno al tema de salud, no son solo disposiciones gubernamentales, parte de un contexto histórico y se vinculan con acuerdos internacionales, mediante la realización de propuestas e intercambio de experiencias han llegado a concretar en alternativas que la organización panamericana de la salud ha puesto en marcha en países de América Latina.

La estructura que posee, pretende responder no sólo al diagnóstico de problemas locales sino conjuntar los esfuerzos a través de la asesoría e integración de los sistemas de salud. Es evidente que para el caso Mexicano la conformación del Sistema Nacional de Salud es respuesta en primera instancia a las luchas laborales, sin embargo sería un error solo enmarcada en ella, su enriquecimiento se ha visto favorecido por el desarrollo económico y político del país, no sin antes mencionar que aún existen rezagos que son más latentes en

<sup>42</sup> Organización Panamericana de la Salud. México 2002.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

comunidades rurales.

La Organización Panamericana de la salud coopera técnicamente, ya que establece estándares para elevar el nivel de salud, mediante la regulación de orden jurídico en materia de medio ambiente. Esta integrada por cinco Oficinas que a continuación se describen:

#### 2.1.2.2.1. OFICINA DEL DIRECTOR

La Oficina del Director comprende de la Coordinación de la Gestión Ejecutiva; funge como enlace de oficinas de otros países, lleva la agenda y es la secretaria de reuniones. Apoya a los países, organiza las iniciativas sub regionales, también evalúa proyectos de cooperación técnica, estimula la participación de los países.

La participación de esta oficina es crucial ya que en la actualidad los gobiernos democráticos en América también requieren llevar a la práctica la equidad en la salud, que incluye modernizar los canales de participación e información de las sociedades contemporáneas.

#### 2.1.2.2.2. OFICINA DEL DIRECTOR ADJUNTO

Como área de apoyo la Oficina del Director adjunto esta integrada por las siguientes áreas que responden a la administración interna, la mediación y planeación técnica en situaciones de emergencia. Comprende de:

Área de Mediador: Funciona como asesora en materia de problemas laborales internos.

Área de Auditoría Interna: Evalúa y vigila los estados y operaciones financieras de acuerdo a la legislación.

Área Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres.

Conduce y mejora las capacidades técnicas e institucionales de los países para reducir los daños causados por desastres o situaciones de emergencia.

Se ha creado con fines de organización de información en materia de salud, el área de Información y Gestión del Conocimiento, misma que esta organizada en el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); mediante los centros de documentación nacional de la OPS, crea bases de datos y promueve el desarrollo de Bibliografía de América Latina y el Caribe sobre Ciencias de la Salud.

Derivado de problemas sustanciales en materia ética, el organismo ha creado una área dedica al fortalecimiento y promoción de investigación y evaluación de resultados misma que ha sido ejemplo para los gobiernos nacionales en la creación de órganos que regulen los conflictos médicos; sin embargo esta actividad no sería posible sin la investigación sanitaria y la recopilación de datos estadísticos que apoyen las decisiones en los mayores problemas que aquejan la salud pública, desde un punto de vista jurídico así como en términos de atención médica.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Dado la búsqueda de la democratización de los gobiernos, y debido a la aplicación de nuevas tecnologías, la accesibilidad de la información es esencial no sólo en términos de transparencia de recursos, si no también permite y fortalece la cooperación técnica que la organización brinda a países, información organizada e integrada en redes entre los miembros.

Por ello la OPS ha creado las Áreas de Bioética, la Unidad de Promoción y Desarrollo de la Investigación, Unidad de Operaciones de Información y Conocimiento, Información Pública y Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria:

### 2.1.2.2.3. OFICINA DEL SUBDIRECTOR

La Organización de esta Oficina comprende de cuatro grandes tópicos de la salud: la primera dirigida hacia la unidad familiar y la comunidad, la segunda se encausa al control y prevención de enfermedades, la tercera al medio ambiente y el desarrollo sostenible y la última hacia la tecnología y prestación de servicios. Comprende de las siguiente áreas

- a) SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: UNIDAD DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENCAUSADO A LA ATENCIÓN FAMILIAR Y LA COMUNIDAD. ESTA DIVIDIDA EN EL ÁREA DE LACTANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

En esta vertiente, el diseño de métodos integrados y eficaces contra enfermedades durante la infancia y promueve la equidad de género, actualmente son estrategias similares a las empleadas en los gobiernos nacionales, que incluyen la atención materna, perinatal y de lactantes.

Cabe destacar que en este periodo de vida, el desarrollo de inmunizaciones y su respectivo abastecimiento ha sido un factor importante para la Organización Panamericana de la Salud, ya que impulsa la cooperación de las asociaciones del sector privado, en coordinación con el sector público y la comunidad internacional, apoya y vela por el suministro de vacunas de calidad mediante el Fondo Rotatorio para la compra de Vacunas.

De igual manera las intervenciones preventivas en materia de planificación familiar y métodos anticonceptivos y preservativos, permite controlar las enfermedades de transmisión sexual, en conjunto con el reforzamiento de sistemas de salud que promuevan programas que coadyuven a la prevención y la eliminación de las formas de discriminación.

En este sentido se encuentra las siguientes áreas:

Salud del Niño y del Adolescente.

Salud de la Mujer y salud materna.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

Inmunizaciones

Infección por VIH/SIDA

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

B) PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES: UNIDAD ENCARGADA DE DIRIGIR Y COORDINAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN DOS VERTIENTES; DE MANERA TÉCNICA Y FACTIBLE, Y LA OTRA MEDIANTE LOS NIVELES CULTURALES Y SOCIALES APROPIADOS.

Como se ha mencionado con anterioridad, existe una relación implícita entre la salud pública y las actividades de regulación sanitaria; como el control de productos y servicios de importación y exportación. Por ello es necesario señalar que independientemente de las competencias que en materia legal se le atribuyen a las organizaciones facultadas para atención médica, y la regulación sanitaria, los procesos de integración en materia comercial exigen evaluaciones y disposiciones oficiales de índole internacional que reduzcan riesgos de contagio y regulen los procesos productivos agropecuarios.

Mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional de gestión de la información y la introducción del Reglamento Sanitario Internacional, este organismo pretende controlar las enfermedades transmisibles, al mismo tiempo que fortalece las asociaciones entre los sectores de salud, agricultura y ganadería con organizaciones nacionales e internacionales, mediante la aplicación del Código Alimentario, Convenios Fitosanitarios y el Código Zoonosario.<sup>43</sup>

Existen situaciones específicas como es el caso de la fiebre aftosa que ha rebasado la capacidad institucional de los gobiernos, y la OPS ha creado un área que se encarga de llevar a cabo medidas preventivas en los países libres de esta enfermedad.

Cabe señalar que la vigilancia de enfermedades requiere de servicios de microbiología e inmunología que hagan frente a posibles Zoonosis en los países.<sup>44</sup>

Áreas identificadas en las siguientes nomenclaturas:

Enfermedades transmisibles

Enfermedades no transmisibles

Salud Pública Veterinaria

Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

Centro de Epidemiología del Caribe

C) DESARROLLO SOSTENIBLE Y SALUD AMBIENTAL: ÁREA PRINCIPALMENTE INVOLUCRADA CON EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA CREACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD PRIMORDIALES PARA EL SER HUMANO.

En general se refiere al desarrollo sostenible de comunidades locales y de las ciudades en materia de saneamiento básico mediante dos instrumentos esenciales que son: El Abastecimiento de aguas para el consumo humano y la eliminación de excretas y residuos

<sup>43</sup> La Ley General de Salud 2004 contempla la vigilancia sanitaria como mecanismos de control en la salud pública.

<sup>44</sup> El trabajo inter institucional con la SAGARPA y la SEMARNAT ha sido fundamental para contravenir los efectos de posibles brotes de zoonosis.

sólidos

Se distinguen tres importantes áreas para el cumplimiento de los objetivos mencionados:  
Desarrollo Local y Urbano.  
Evaluación y Gestión de Riesgos.  
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y  
Ciencias del Ambiente.

D) TECNOLOGÍA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: SE ENFOCA PRINCIPALMENTE A LA PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS, VACUNAS, SERVICIOS DE LABORATORIO Y SANGRE SEGURA E INCENTIVA MECANISMOS DE COOPERACIÓN TÉCNICA, MISMOS QUE BUSCAN FORTALECER A LOS PAÍSES MIEMBROS.

Principalmente se refiere a la capacidad de organización y gestión de los sistemas de prestación de servicios de salud; actividades entre las que destaca el desarrollo de competencias de los centros ambulatorios y hospitales. En este sentido incluye la capacidad de cobertura de servicios de imaginología, protección radiológica, radioterapia en escenarios subregionales y regionales. Implica también la satisfacción de servicios de salud bucodental, salud ocular y salud para los indígenas.

Sin embargo el criterio de cobertura y control también aplica en los medicamentos, vacunas y tecnologías de salud, en donde la característica principal es el uso racional y reglamentación de los insumos. Lo anterior fortalece la capacidad de gestión de los laboratorios de salud de los respectivos países y su capacidad de regulación directa y planeación en los suministros y la utilización de los equipos médicos. También fortalece de manera directa a los bancos de sangre y servicios de transfusión y los consorcios de laboratorios fabricantes de vacunas, la adopción de las buenas prácticas de fabricación y el proceso de certificación regional para los productos de vacuna. Finalmente cabe hacer una aclaración en este rubro, ya que si bien los laboratorios de salud poseen un carácter de control en productos químicos también implica la regulación en bebidas alcohólicas y sustancias psicotrópicas así como la creación por parte de los Gobiernos y sus respectivas instituciones; de programas especializados y de salud mental que tiene injerencia y competencia en otras ópticas como lo son: el ámbito judicial y el combate del crimen organizado en el orden internacional.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> En materia de Salud Mental también promueve los derechos de ancianos y personas discapacitadas.

#### 2.1.2.2.4. OFICINA DEL DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

De acuerdo al punto de vista administrativo, esta oficina se encarga de orientar, gestionar y coordinar los recursos humanos, que implica desde la transacción financiera, las inversiones y la actividad bancaria, así como la orientación y asesoría en las adquisiciones de equipo para el organismo y gobiernos integrantes.

También realiza actividades encaminadas a optimización de tecnología para las administraciones de la Organización Panamericana de la Salud y el almacenamiento de datos institucionales.

Integrada por las siguientes áreas.

Gestión de Informes Financieros.

Servicios Generales y Compras.

Asuntos Jurídicos

Servicios de Tecnología de la Información.

#### 2.1.2.2.5. OFICINA del DIRECTOR DE LA GESTION DE PROGRAMAS.

Esta Oficina realiza las reuniones pertinentes entre los miembros clave del ámbito internacional, con el objeto de movilizar los recursos financieros, humanos, técnicos e institucionales, mediante el área de Alianzas y Asociaciones Estratégicas.

Dentro de su estructura posee una sección denominada Gobernanzas y políticas que analiza las tendencias internacionales y nacionales para aplicar políticas y realizar planes maestros que contengan los principios básicos para generar un clima a favor del desarrollo sostenible, por ello la planeación estratégica y el tema presupuestal cobra relevancia para anticipar los gastos de los proyectos que sirvan a los gobiernos, y reduzcan la pobreza en medio de la globalización imperante, la OPS articula y conecta al sector salud con organizaciones no gubernamentales, mientras que capacita a los recursos humanos, asimismo posee una base de datos que orienta a los gobiernos en la toma de decisiones en materia de salud de manera regional e internacional.

En resumen la Organización Panamericana de la Salud pretende reducir las inseguridades en la salud, como parte del desarrollo social, y presta atención especial a los grupos vulnerables. También promueve el mejoramiento de capacidades técnicas y políticas en la aplicación de programas de salud pública y en el desempeño de los sistemas de salud.

Este rubro esta integrado por las siguientes areas:

Alianzas y Asociaciones Estratégicas.

Gobernanzas y Políticas

## Desarrollo Estratégico de la Salud

### 2.1.2.3. BANCO MUNDIAL.

A partir de la década e los 80's y principios de los 90's se aplicaron una serie de programas de asistencia social y fondos sociales en diversos países de América Latina.

El Banco Mundial ha facilitado recursos destinados a combatir la pobreza, principalmente sobre aquellos grupos más pobres. Incluye diferentes programas financiados con recursos del presupuesto estatal y Fondos de Inversión Social.<sup>46</sup>

En páginas anteriores (pág 52), se ha mencionado que el apoyo financiero otorgado por el Banco fue el resultado de condiciones generadas a partir de la reducción de la intervención del aparato del Estado y la predominio del interés económico sobre programas sociales.

Este organismo internacional se ha desempeñado desde hace cinco décadas en México, principalmente ha funcionado mediante dos actividades que son:

- El Apoyo en asistencia técnica.
- Apoyo Financiero.

Divididos en

#### a) Préstamos para proyectos de inversión

Destinados principalmente a la infraestructura física y social para reducir la pobreza, que en el caso de salud se enfoca a la capacitación de trabajadores de salud y al establecimiento de clínicas.

La finalidad de estos préstamos con duración de cinco a diez años, facilita la adquisición de bienes y contratación de obra.

#### B) Préstamos para fines de ajuste.

Mismo que introduce reformas estructurales a un sector en particular o a la economía. El Banco Mundial se compone de las siguientes instituciones afiliadas, de las cuales el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento así como la Asociación Internacional de Fomento tiene plena referencia con el tema de la presente tesis.

- a) Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.  
Es la institución encargada de proporcionar prestamos y asistencia en países pobres y de medio ingreso. Obtiene la mayoría de sus fondos a través de la venta de sus bonos en los mercados de capital internacionales.

---

<sup>46</sup> Fondos de Inversión Social: Forman parte de una estrategia político-social a los pobres, son medida a corto plazo y proyectos sociales, tales como construcciones de vivienda, planes de emergencia para contra restar el desempleo, programas alimentarios, e iniciativas comunales, o microempresas del sector informal.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- b) La Asociación Internacional de Fomento. Concede préstamos, sus contribuciones son realizadas mediante países miembros más ricos.
- c) La Corporación Financiera Internacional. Organismo de promoción u apoyo al sector privado. Invierte en empresas comerciales y participa en su capital social.
- d) El Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones. Fomenta la inversión extranjera en los países en desarrollo mediante el otorgamiento de garantías a los inversionistas extranjeros contra pérdidas provocadas por riesgos no comerciales

La idea central del Banco Mundial hacia México, radica en el combate a la pobreza y la reducción de la desigualdad social. Las inversiones se destinan principalmente a las comunidades rurales con el objetivo de elevar la calidad de vida de acuerdo al promedio nacional. Los gobiernos tienen la iniciativa de proponer proyectos y el Banco se encarga de identificarlos, sin embargo la metodología empleada para la aprobación de estos proyectos se somete a las capacidades de planificación de país de origen. El Banco Mundial instrumenta y estimula a los gobiernos a planificarse, también evalúa las capacidades crediticias y realiza pruebas de factibilidad. Los prestatarios se incorporan al programa de financiamiento en varios años.

Existen cuatro aspectos a cubrir para ser prestatario del Banco Mundial.

- a) Aspectos Técnicos: Se realiza una estimación de costos y datos técnicos.
- b) Aspectos Institucionales: En caso de realizar modificaciones de las organizaciones para operar programas, se estima sus costos y beneficios.
- c) Aspectos Económicos: Se realiza el cálculo conforme al tipo de cambio y los costos de mano de obra.
- d) Aspectos Financieros. Es necesario crear fondos para cubrir costos de ejecución del proyecto. Cabe mencionar que el Banco financia parte del proyecto con costos en divisas y los gobiernos sufragan la otra parte en moneda nacional.

Como parte de sus servicios también Banco Mundial ha desarrollado donaciones o fondos concursables; mecanismo financiero que busca incentivar la participación de un mayor número de actores en los proyectos. A continuación se muestra el número de fondos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CUADRO 2. FONDOS DEL BANCO MUNDIAL

Denominación	Características Generales
Mercado de desarrollo	La característica primordial de este instrumento, se enfoca principalmente a proporcionar capital durante las primeras etapas de proyectos de empresarios, encausados a incentivar el desarrollo en países pobres.
Servicio de Fondos para el Desarrollo	La estrategia de este mecanismo, se identifica a partir de la innovación, generación de asociaciones y ampliar los servicios del Banco.
Fondos concursables para las organizaciones de la sociedad civil.	Se califican a las organizaciones que tengan contemplado adquirir financiamiento y se afinan una serie de requisitos para obtenerlos
Fondo para el Medio Ambiente	Son fondos nuevos que intentan alcanzar beneficios medioambientales.
Info Dey	Su característica primordial radica en la promoción de tecnologías de información y comunicación en países en vías de desarrollo.
Fondo Especial para la Política y el Perfeccionamiento de los Recursos Humanos de Japón	Implica destinar financiamiento a actividades de desarrollo social.
Fondo de Desarrollo Social de Japón	Fundado en el año 2000 por el Gobierno de Japón y el Banco, pretende ser prestamista de gobiernos enfocados a combatir la pobreza.
Fondo Multilateral para la Implementación del Protocolo de Montreal	Con antecedentes del protocolo de Montreal, este mecanismo funciona para cubrir los costos causados a partir de productos químicos que afectan a la capa de ozono.
Programa de Pequeños Fondos Concursables	Funciona para divulgar los programas e información de los foros realizados por el Banco.
Co-Financiamiento oficial	Este interesante mecanismo funciona a partir de la suma de recursos del Banco con terceros participantes en un programa o proyecto determinado.
Fondos Fiduciarios	Funcionan para objetivos específicos como la biodiversidad o pagar deuda de países en desarrollo o bien programas de vacunación.

#### 2.1.2.4. EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Durante 1945 comienzan a crecer organismos financieros internacionales que incluyeron a 51 países miembros, la iniciación del Plan Marshall en 1947 generó grandes expectativas en torno a Europa, fue el origen del Banco Interamericano de Desarrollo que se fundó hasta el 8 de Abril de 1959. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es una institución financiera y bancaria, su objetivo principal se enfoca en realizar acciones con una orientación de crédito sano y reproductivo. Las aportaciones del Banco para su existencia tienen como objetivo principal aspirar a desarrollar las naciones mediante el financiamiento de proyectos de desarrollo, y recursos ordinarios.

El sector salud cobra importancia económica, ya que es un requisito sustancial para el crecimiento económico. Este banco proporciona recursos externos para los programas sanitarios, su objetivo principal es la reducción de las diferencias sociales.

Para ello otorga asesoría técnica a través de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante el desarrollo de infraestructura, alcantarillado y sistemas de agua potable.

Es decir orienta y canaliza los recursos, destacando la eficacia de sus aportaciones monetarias (aún esta sujeta a cuestionamientos).

La incapacidad de soportar financieramente el desarrollo económico del país, se ve reflejada ante la influencia de capital externo en los programas sociales, la insolvencia de pago y el nulo crecimiento en la generación de alternativas capaces de crear cadenas productivas y reactivar la economía del país, se ha manifestado en la intromisión de la influencia extranjera y que se depende económicamente de ella.

Por lo anterior resulta fundamental hacer mención que el Banco ha complementado los programas de salud mediante la eficiencia operativa del sector, es decir ha puesto en marcha los procesos de descentralización de servicios y desarrollo administrativo; ámbito que repercute en la capacidad institucional y financiera de cada entidad federativa.

#### 2.1.2.5. LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO.

Es una organización intergubernamental e internacional creada a partir del Plan Marshall en 1961 después de la reconstrucción de los países europeos afectados por la Segunda Guerra Mundial, su principal función consiste en realizar el intercambio de experiencias económicas que coadyuven a la mejora de prácticas gubernamentales en busca del desarrollo económico no solo de las naciones afiliadas, si no de aquellas que lo requieran.

Se integra por 30 países, que trabajan de manera conjunta con el objetivo de enfrentar las problemáticas latentes en materia económica, social y ambiental, consecuencias de la globalización. Realiza instrumentos de acuerdo a las relaciones multilaterales, e intercambiar información para promover;

---

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- a. El crecimiento económico sustentable y estabilidad financiera.
- b. La construcción de una sana economía global.
- c. Coadyuvar al crecimiento del mercado mundial.

### Organización

Cada país miembro posee un representante permanente en el organismo que integra el Concilio. También esta conformada por comisiones y comités en donde se discuten la revisión de ciertas áreas políticas.

Actualmente los países miembros son:

AUSTRALIA. Junio 7 de 1971.	MÉXICO. Mayo 18 de 1994.
AUSTRIA. Septiembre 29 de 1961.	HOLANDA. Noviembre 13 de 1961.
BÉLGICA. Septiembre 13 de 1961.	NUEVA ZELANDA. Mayo 29 de 1973.
CANADA. Abril 10 de 1961	NORUEGA. Julio 4 de 1961
REPUBLICA CHECA. Diciembre 21 de 1995.	POLONIA. Noviembre 22 de 1996.
DINAMARCA. Mayo 30 de 1961	PORTUGAL. Agosto 4 de 1961.
FINLANDIA. Enero 28 de 1969.	REPUBLICA ESLOVACA. Diciembre 14 de 2000.
FRANCIA. Agosto 7 de 1961.	ESPAÑA. Agosto 3 de 1961.
ALEMANIA. Septiembre 27 de 1961.	SUECIA. Septiembre 28 de 1961.
GRECIA. Septiembre 27 de 1961.	SUIZA. Septiembre 28 de 1961.
HUNGRÍA. Mayo 7 de 1996.	TURQUÍA. Agosto 2 de 1961.
ISLANDIA. Junio 5 de 1961.	REINO UNIDO. Mayo 2 de 1961.
ITALIA. Marzo 29 de 1962.	ESTADOS UNIDOS. Abril 12 de 1961.
JAPÓN. Abril 28 de 1964.	
COREA, Diciembre 12 de 1996	
LUXEMBURGO. Diciembre 12 de 1996.	

Para el caso de México su adhesión a este grupo implicó una serie de compromisos en áreas de: *“educación, turismo, comercio, medio ambiente, pesca, agricultura, liberalización de los mercados de capitales y de operaciones corrientes”*.<sup>47</sup>

Para México, el pertenecer a este organismo ha significado: participar en foros de análisis de índole internacional y acceder a información sobre temas de mayor interés así como preferencias en cuanto a préstamos, disminuyendo el riesgo asociada a la tasa de interés.

---

<sup>47</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Julio de 1994.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Mediante la Secretaría de Economía, el país ha participado en

- a. Comité de Comercio
- b. Comité de Administración Pública
- c. Comité de Inversión Extranjera y Empresas Multinacionales
- d. Comité de Movimientos de Capital y Operaciones Corrientes invisibles
- e. Comité de Política del Consumidor
- f. Comité de Industria
- g. Comité de Acero
- h. Comité de Legislación y política de Competencia.

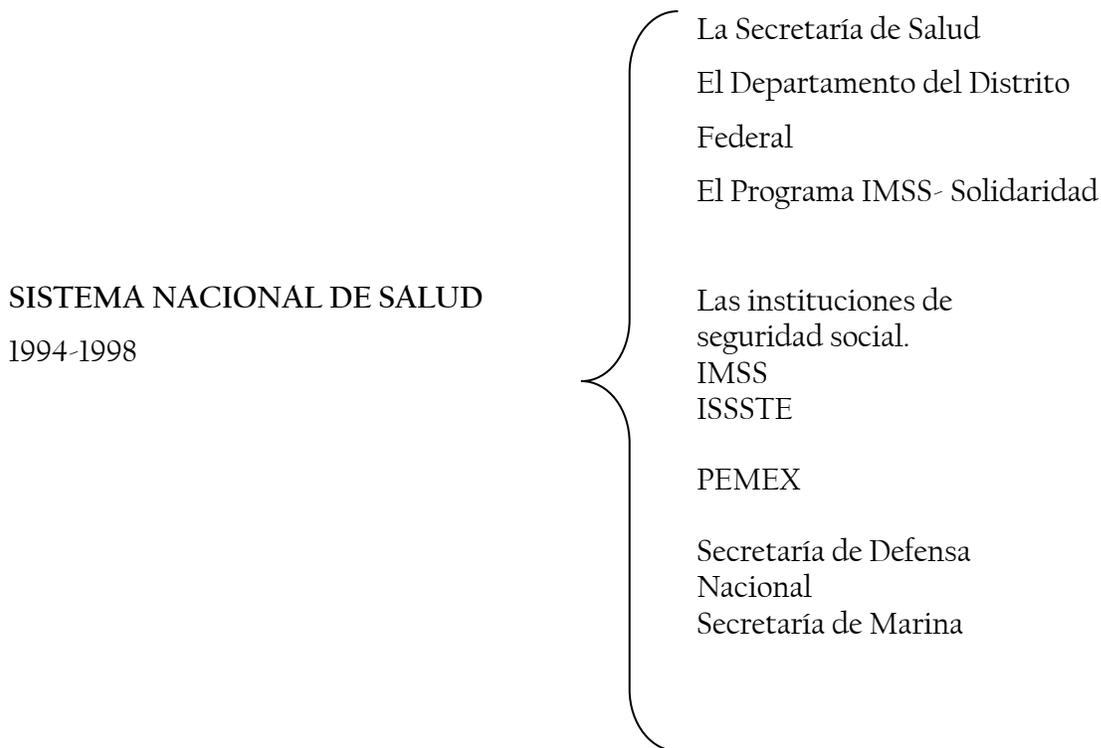
Las contribuciones de los países miembros hacia este organismo radica en el tamaño de la economía de cada país y el presupuesto anual. Sin embargo para obtener estas condiciones preferenciales, no solo México, sino de los países integrantes se ha sujetado a las siguientes disposiciones:

- ◆ Disminuir el desempleo, con el objetivo de expandir el intercambio comercial y estimular la inversión.
- ◆ Crear las condiciones necesarias para proporcionar mayor estabilidad a los precios mediante el control de la inflación y una política monetaria de orden macroeconómico.
- ◆ Estimular la estabilidad de los mercados financieros mediante la cooperación de la política cambiaria.
- ◆ Estimular a la mediana y pequeña empresa.
- ◆ Impulsar la supervisión de los mercados financieros así como de las organizaciones bancarias y no bancarias.
- ◆ Mejorar el medio ambiente.

Su área de influencia se encuentra en temas de la Administración Pública, Agricultura, Alimentos y Pesca, Asistencia al Desarrollo, Asuntos Financieros y Fiscal, Ciencia y Tecnología, Comercio, Desarrollo Territorial, Regional, Urbano y Rural, Economía, Educación, Empleo y Fuerza de Trabajo, Energía, Energía Nuclear e Inversión, Medio Ambiente, Países del Este y Centro de Europa, Políticas de Competencia y de Consumo, Prospectiva, Salud, Transporte, Turismo.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD

La evolución del sistema nacional de salud durante 1994 hasta la actualidad ha sufrido de serias modificaciones al modelo de concepción de atención a la salud. Las principales instituciones consideradas como parte del Sistema Nacional de Salud se muestran en el siguiente cuadro sinóptico.



Elaboración propia de acuerdo al Informe de Actividades del Poder Ejecutivo 1994.

Respecto a los cambios que han experimentado el sistema nacional de salud, obedece a modificaciones realizadas a partir de la apertura democrática (1997), para el Gobierno del Distrito Federal y la continuidad del Programa IMSS-Solidaridad que sentó las bases de otros programas como PROGRESA (1994-2000) y Oportunidades (2000-2006).

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

A continuación se presenta la evolución de la población usuaria y derecho habiente:

**CUADRO 3. COMPARATIVO  
POBLACIÓN USUARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1994-1997**

\* Miles de personas

Institución	1994	1995	1996	1997
Secretaría de salud	15 777	17 411	17 979	18 808
DDF	2633	2672	2687	2730
IMSS Solidaridad	10 319	10540	11039	10882
IMSS	24 044	24233	24123	25133
ISSSTE	6575	6581	6645	6696
PEMEX	557	519	540	540
Secretaría de la Defensa Nacional	317	316	361	397
Secretaria de Marina	167	216	142	156

Fuente: Creación propia con base a los Informes Anuales de la Presidencia de la República 1994 1999

Sumando un total de 60 389 millones de personas para el año 1994.

En este contexto, se estimo que para 1997, 65.3 millones de habitantes tendría acceso a los servicios de salud.

## 2.2.1. ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se han utilizado diversos mecanismos como los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la Población Abierta; pretende ser un mecanismo de participación directa con los órganos de gobierno locales, lo anterior permitiría fortalecer la descentralización, sin embargo cabe señalar que existen entidades federativas que aportan mayores recursos a la federación en comparación que otras.

Lo anterior se señala problemáticas reales como:

- a) La capacidad de recaudación fiscal de los Estados
- b) y sus latentes deficiencias en materia de recaudación, distribución y asignación de recursos.

Por lo que este círculo vicioso incurre en la toma de decisiones en el proceso de asignación presupuestal, sin embargo este no es el objetivo, es un mecanismo para elevar la calidad de vida de los mexicanos.

Como se puede observar, la descentralización de servicios de salud, busca dotar a las entidades federativas responsabilidades sin las cuales podría alcanzar una mayor cobertura, sin embargo los mecanismos de organización interna pueden presentar fallas que pueden ser mejoradas y alcanzar un mejor resultado en el alcance de sus objetivos.

### 2.2.1.1. POR ÁMBITO FEDERAL, ESTATAL Y MUNICIPAL

El grado de incidencia, coordinación y cooperación interinstitucional en los tres niveles de gobierno se define en la Ley General de Salud; el artículo 1 *afirma que el artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.*<sup>48</sup>

y la asignación presupuestal de acuerdo a los dos instrumentos primordiales en materia económica:

- a) Ley de ingresos de la Federación
- b) Presupuesto de Egresos.

La evolución de cabeza rectora del Sistema de Salud y el sector salud, ha obligado al nivel estatal a modificar sus estructuras administrativas para optimizar los recursos asignados. Es decir que el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud como parte fundamental del Sistema Nacional de Salud, se fortalezcan en la medida en que tomen sus propias decisiones y adquieran de manera factible; autonomía de gestión.

---

<sup>48</sup> Ley General de Salud 2004.

Los problemas asociados a fallas que la asignación presupuestal puede presentar; no son menos significativos que los mecanismos de coordinación en la ejecución del presupuesto por programas o por ramo, que en el caso de los servicios de salud requieren de una importante reorganización de los sistemas locales de salud.

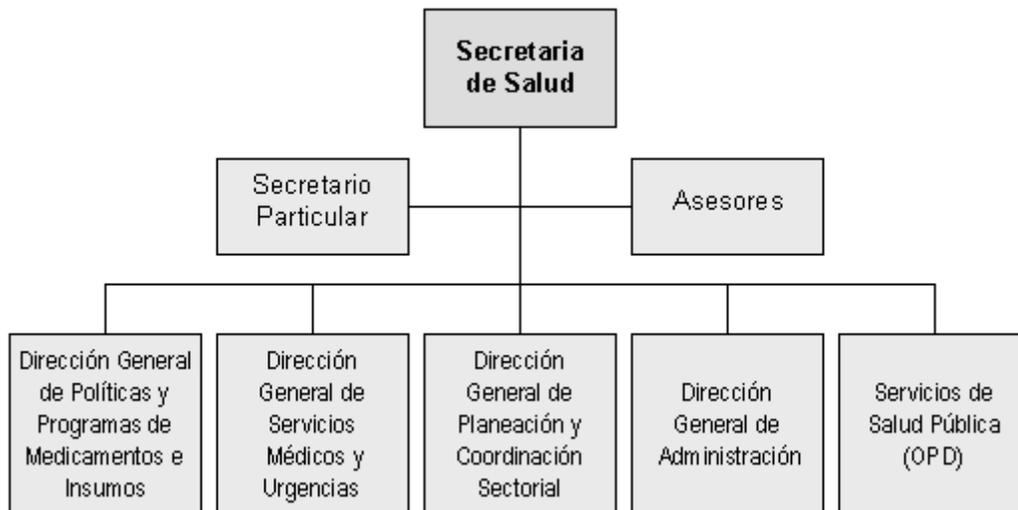
En primera, de acuerdo a lo definido con anterioridad la delegación de responsabilidades se ha originado a partir de una estructura tanto institucional como social menos participativa, aún cuando los sistemas locales poseen un ámbito y espacio geográfico mucho más definido y en donde puede existir una mayor integración de recursos que en su mayoría son públicos.

### 2.2.1.1.1 SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Como ejemplo del proceso de integración en materia de salud en el orden local, se ha considerado la Secretaría de Salud del Distrito Federal, cabe señalar que esta organización se concentran en atender a la población carente de servicios de salud mediante su propia infraestructura que presenta problemáticas operativas y de demanda debido a la sobresaturación de servicios lo que provoca sobre demanda e insatisfacción en los usuarios. Si bien es cierto que este es un problema concerniente a las grandes urbes, las jurisdicciones sanitarias pueden ser habilitadas para afinar la descentralización y dar respuesta gubernamental a la demanda de las comunidades.

Al respecto de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, Art. 29, menciona el objetivo principal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal como autoridad sanitaria local, para llevar a cabo la formulación, operación y evaluación de las políticas de salud en el Distrito Federal.<sup>49</sup>

Figura 2. Organigrama de la Secretaría de Salud



<sup>49</sup> Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 1 de Enero de 1999.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Como autoridad del Sistema de Salud de Distrito Federal, lleva a cabo funciones de planeación, organización, coordinación y evaluación. Su finalidad es atender al Sistema de Servicios de Salud a la Población Abierta.

**\*Servicios de Salud Pública**

Jurisdicciones Sanitarias  
Unidades de Primer Nivel  
Regulación Sanitaria

Las cifras señalan que existen 237 Centros de Salud y de Especialidad  
71 Consultorios Delegacionales

**\*Servicios Médicos y Urgencias**

Hospitales de Segundo Nivel  
Urgencias Médicas  
Procuración de Justicia

Con un Total de 26 hospitales

6      Unidades Médicas en Reclusorios  
43     Unidades de Medicina Legal.  
2      Centros Toxicológicos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

#### Cuadro 4. Concentrado de Hospitales en el Distrito Federal

Hospitales Generales	Gral. Villa Gr. Leñero G.G. Salas G.Balbuena. Xoco Iztapalapa. Milpa Alta
Hospitales Pediátricos	P. Azcapotzalco. P. Villa P. Aragos. P. Legaríá P. Peralvillo P. Moctezuma P. Tacubaya P. Iztacalco P. Iztapalapa P. Coyoacan P. Xochimilco
Hospitales Materno Infantiles	Cuauhtepc. N.M Cedillo Inguaran. Cuajimalpa. Mag. Contreras. Topilejo

Elaboración propia a partir información proporcionada por el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. 2004

#### 2.2.1.2. POR ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA

Esta clasificación administrativa, tiene como características:

- a) Posición de Mayor Jerarquía: Ese decir de poder de nombramiento en el nombramiento de servidores públicos en puestos estratégicos de decisión.
- b) Poder de mando, disciplina, (Sanciona) de resolución de conflictos (es decir determina competencia), y de supervisión de actividades.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

En este sentido, la Secretaría de Salud también ha modificado sus estructura administrativa de acuerdo a los programas y políticas del sexenio en turno, para efectos de esta investigación se ha retomado los recientes cambios estructurales a partir del 2003-2004.

### 2.2.1.2.1 SECRETARÍA DE SALUD

De acuerdo al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud se integra de:

- A) Subsecretaría de Innovación y Calidad
- B) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- C) Subsecretaría de Administración y Finanzas.
- D) Coordinador General de Institutos Nacionales de Salud
- E) Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
- F) Titular de la Unidad de Análisis Económico<sup>50</sup>

### 2.2.1.2.2 CONSEJO GENERAL DE SALUD.

El Consejo General de Salud, es un órgano creado con el objeto de definir las políticas de salud en la Administración Pública Federal, integrado por el Secretario de salud quien funge como presidente, un secretario designado por el Presidente de la República, los titulares del IMSS, el ISSSTE, el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los Directores Federales del Consejo de Ciencia y Tecnología, del Instituto para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) y de Sanidad de la Defensa, los Presidentes de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, un representante con nivel de subsecretario de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), un representante de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. A.C Fundación Nacional para la Salud (FUNSALUD).

Sin embargo las actividades de este consejo se involucran con la eficiencia, calidad, revisión, actualización no sólo de las políticas que rigen a la Administración Pública Federal sino a la definición de las principales prioridades en materia de salud como lo son:

- ◆ La atención en las enfermedades transmisibles y no transmisibles,
- ◆ Las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos.
- ◆ Certificación de calidad de los establecimientos de servicios de salud.
- ◆ Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel.
- ◆ Cuadro Básico de Insumos para el segundo nivel.
- ◆ Actualización del catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables.
- ◆ Asimismo propone a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos.
- ◆ Adicionar listas de fuentes de radiaciones ionizantes y naturaleza análoga.<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 5 de Julio de 2001.

### 2.2.1.2.3 CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dada la complejidad de asuntos públicos que atiende la Secretaría de Salud y el ámbito de incidencia y participación en materia de investigación, curación, prevención rehabilitación de enfermedades, el control de medicamentos y sustancias tóxicas, así como emisión de opinión técnica en materia de estudios profesionales.

Se creó el Consejo de Salubridad General presidido por el Secretario de Salud, quien fungirá en calidad de presidente así como el cuerpo académico representado por la Academia Nacional de Medicina, y la Academia Mexicana de Cirugía con sus respectivos presidentes como representantes.

El Consejo de Salubridad General posee un reglamento interno, donde también se estipula la elaboración del cuadro básico de insumos del sector salud, analiza y propone disposiciones legales y sus reformas y opina en materia de mejoramiento de la eficiencia en el sector salud.

---

<sup>51</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud 2004. El Consejo General de Salud funciona como control estratégico del sector salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## CUADRO 5. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE LA SECRETARÍA DE SALUD 2000-2006\*

UNIDAD ADMINISTRATIVA	FUNCIONES
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS</b>	El objeto de esta unidad se refiere principalmente a la creación, formulación, revisión y aplicación del marco normativo, y asuntos legales de la Secretaría.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD</b>	Esta unidad administrativa se encarga de dirigir sus esfuerzos hacia la mejora de la calidad de servicios y asistencia médica a través de diversas acciones. Como lo es; la capacitación de los recursos humanos.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL</b>	La característica principal de esta unidad es la difusión de programas a la población y de actividades. De acuerdo a lo planteado por la Secretaría de Gobernación.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA</b>	Sin duda esta Dirección es el enlace principal de coordinación con los hospitales de la federación. Aplica estrategias que beneficien al funcionamiento de los hospitales.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD</b>	El título de esta dirección indica su importancia ya que somete la aprobación del Coordinador General las disposiciones, procedimientos y sistemas de carácter técnico para optimizar el rendimiento de los Institutos.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>	Esta unidad lleva a cabo el programa integral de infraestructura física, que contempla la construcción o demolición de obras de la Secretaría de salud. Sin embargo su función es mucho más amplia ya que contempla la remodelación de los bienes inmuebles pertenecientes a la Secretaría de Salud.
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</b>	Como su nombre lo indica, la finalidad de esta área es desarrollar, aplicar y elaborar las normas de evaluación que deben apegarse las áreas de Salud.

\* Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Enero del 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**DIRECCIÓN GENERAL DE  
INFORMACIÓN EN SALUD**

La generación de información interna y externa en materia de estadística, es primordial como instrumento de gobierno en la toma de decisiones, por ella se encarga de coordinar las actividades que competen a la coordinación del sistema de información y del sistema nacional de salud, de la secretaría y del sistema de protección social.

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN  
Y DESARROLLO DE SALUD**

Esta unidad se encarga principalmente del desarrollo y aplicación de modelos innovadores y modernos que fortalezcan el desempeño de la Secretaría, asimismo lleva el monitoreo y vigilancia constante para alcanzar la equidad y desarrollo en los servicios de salud.

**DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE  
INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Se ha mencionado que uno de los objetivos primordiales del Sistema Nacional de Salud es el desarrollo de la investigación, sin embargo dada la competencia de las funciones y el señalamiento de atribuciones, el objetivo principal de esta área es de apoyo al Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud.

**DIRECCIÓN GENERAL DE  
PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y  
PRESUPUESTO**

La elaboración de lineamientos, procedimientos y estructura orgánicas así como sus respectivas recomendaciones a las unidades administrativas y órganos desconcentrados acerca de la aplicación racional de estructuras que contempla la simplificación de tareas y actividades las lleva a cabo esta dirección crucial para alcanzar los objetivos planteados en el Plan Nacional de Salud.

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD**

Esta dirección se encarga de realizar las propuestas integrales para mejorar la salud de la población, se realizan actividades de sensibilización para el cuidado de la misma, y se promueve la participación social.

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS  
HUMANOS**

La administración y desarrollo del personal la lleva a cabo esta dirección, sin embargo su acción contempla la promoción y creación de

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS  
MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES**

normas para reclutar y seleccionar el personal, y coordina las actividades similares en otras áreas de la Secretaría de salud.

En toda Secretaría Federal emite, coordina, difunde:

Adquisición

Almacenamiento

Distribución

Control de bienes de activo fijo

Artículos de consumo

Y prestación de servicios generales.

**DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES  
INTERNACIONALES**

La participación en organismos internacionales en materia de salud, no solamente es actividad de la Secretaría de Relaciones Exteriores, se ha mencionado que el tema cobra interés mundial, por lo que en la organización interna de la secretaría de unidad funge como representante en instituciones internacionales.

**DIRECCIÓN GENERAL DE  
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

Esta Dirección conduce el Programa de Desarrollo Informático de la Secretaría, que cobra relevancia en materia de normatividad técnica para el uso de datos y manejo de información, coadyuva a los órganos desconcentrados y promueve las directrices planteados el organismos descentralizados.

Creación propia con base al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Enero del 2004

### 2.2.1.3. POR ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

Como se menciono anteriormente las atribuciones de esta forma de administración radica en la creación de órganos con personalidad y patrimonio propio para la atención del servicio público. Se crean mediante un decreto del ejecutivo federal (Art 45. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal).

Como organismos descentralizados poseen autonomía técnica, operativa y administrativa, de ahí su capacidad de obtener recursos mediante autogenerados, y la percepción de recursos de terceros, mediante mecanismos que sus órganos de Gobierno hayan dispuesto en el Presupuesto de Egresos de la Federación.<sup>52</sup>

Para efectos de este apartado, se describirá de manera general la composición del Modelo organizativo; aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### 2.2.1.3.1 IMSS

Se ha mencionado que el Instituto Mexicano del Seguro Social forma parte del Sistema Nacional de salud, y también del ámbito del Sector Salud.

##### 2.2.1.3.1.1. AREAS MEDICAS DE GESTION DESCONCENTRADA<sup>53</sup>

Su organización contempla, el criterio de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada que definen como áreas geodemográficas, integradas por recursos presupuestales, financieros y médicos. En efecto, busca la reorganización de sus recursos, su base fundamental se encuentra en la distribución de la población.

Es decir se agrupan a las localidades en conjunto.

Sus funciones se identifican en las siguientes:

- a) Programación y Rendición de cuentas:  
Significa un diagnóstico situacional; definición del gasto en salud mediante la inclusión de mecanismos de participación en el diseño presupuestal. A través de la identificación de la población objetivo y criterios de Epidemiología, Demografía y la Capacidad de Pago.

---

<sup>52</sup> Los Institutos tendrán una junta de gobierno, que estará presidido por el Secretario de Salud, el subsecretario del sector a representar, un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, un representante del patronato del Instituto, el presidente de la Junta, y un invitado así como cuatro vocales designados por el Secretario de Salud.

<sup>53</sup> Tomado de TAMAYO, Jorge. Y Silvano Juan Pérez. Planes Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para la Población Abierta. 1999

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- b) Información estadística y vigilancia epidemiológica. Es decir la creación de fuentes de datos, cual base fundamental es el usuario.
- c) Desarrollo institucional de educación e investigación en el ámbito de Salud, formación de recursos humanos mediante la práctica; y la
- d) Supervisión: Integrada por cinco acciones básicas
  - 1) Vigilancia del cumplimiento de la norma,
  - 2) Seguimiento y evaluación de los avances de programa
  - 3) Recomendaciones para su mejora
  - 4) Capacitación de los supervisores
  - 5) Asesoría y apoyo a las unidades.

En resumen, la asignación de recursos depende de las necesidades de salud de la población y no necesariamente en función de la capacidad de la infraestructura.

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada se clasifican como se muestra en las siguientes:

**Cuadro 6. Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada son:**

DENOMINACIÓN GENÉRICA	PORCENTAJE DE POBLACIÓN USUARIA
Unidad de Medicina Ambulatoria	Primer Nivel
Unidad de Medicina Familiar Pretende ser un modelo de atención integral con un alta capacidad resolutiva, que incorpore estándares de calidad de atención y financieramente viables	Primer Nivel Total cubre el 85%
Hospital General de la Zona	Segundo Nivel
Hospital General Regional	Segundo Nivel Total cubre el 12%
Unidad Médica de Alta Especialidad Modelo de resolución eficaz de problemas de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento. Cabe mencionar que en este ámbito se desarrollan tecnologías innovadoras, se realiza investigación médica y se forman recursos humanos.	Tercer Nivel Total cubre el 3%

Las mencionadas denominaciones están contenidas en los Planes Estatales Maestros de Infraestructura en Salud para la Población Abierta. 1999.

### 2.2.1.3.2. INSTITUTOS DE SALUD.

Los Institutos Nacionales de Salud funcionan como organismos descentralizados, su principal objetivo es realizar investigación científica que incluye el estudio y análisis de la Medicina y su aplicación en el campo de salud, de esta manera retro alimentan al sistema,

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

mediante la capacitación de los recursos humanos calificados, debido a la capacidad y gran utilidad de su infraestructura permite la prestación de servicios de alta especialidad.

La investigación realizada por los institutos que se clasifican en tres rubros: investigación para la salud, aplicación, y aplicación básica en salud. También poseen autonomía técnica, operativa y administrativa. Cada instituto posee una Junta de Gobierno; integrado por el Secretario de Salud, un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, un integrante del Patronato, un representante designado por una institución del sector educativo vinculado con la especialidad. Cuatro Vocales designados por el Secretario de Salud ajenos a la actividad interna de la institución.

Los institutos distribuyen el presupuesto anual definitivo de la entidad y el programa de inversiones de acuerdo al monto total autorizado del presupuesto. Los directores generales serán designados por las juntas de gobierno, siempre y cuando sean médicos con especialidad en la institución, posean experiencia médica y académica.

Los Patronatos se integran por un consejo asesor externo y un consejo técnico de administración y programación. Se encuentra integrado por un presidente, un secretario, un tesorero y cuatro vocales reconocidos por su honorabilidad.

Los Consejos Técnicos de Administración y Programación puede realizar adecuaciones administrativas y problemas relativos. Los institutos toman en cuenta lineamientos programáticos y presupuestales que al efecto establezca el Ejecutivo Federal en la materia.

**Fuentes de financiamiento de los institutos son:**

Recursos Federales que otorguen a los Institutos

Recursos Externos.

La Legislación permite obtener recursos autogenerados y recibir recursos de terceros que incluyen:

- a) Personas Físicas o Morales
- b) Privadas o Públicas
- c) Nacionales o Extranjeras.

Dichos recursos pueden percibirse de manera directa o mediante sus Juntas de Patronato.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

A continuación se presentan la lista de Institutos y su respectiva especialidad.

Cuadro 7. Institutos de Salud

Instituto Nacional de Cancerología	Neoplasias
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	Padecimientos Cardiovasculares
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	Alta Especialidad en adultos y las relacionadas con nutrición
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Padecimientos del aparato respiratorio
Instituto Nacional de Medicina Genómica	Aplicación médica del conocimiento sobre el genoma humano
Instituto Nacional de Pediatría	Padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Psiquiatría y Salud Mental
Instituto Nacional de Salud Pública	Investigación y enseñanza en salud pública
Hospital Infantil de México Federico Gómez	Padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia

De acuerdo al Decreto de la Ley de Instituciones de Salud publicado el 20 de Julio de 2004.

En la Administración Pública funcionan como actores de consulta técnica y normativa así como en la vida privada; y entre sus objetivos coadyuva con la Secretaría de Salud en actividades de atención médica de especialidad.

Los servicios que prestan los institutos se dividen principalmente a tres.

- a) Al diagnóstico de alta complejidad
- b) Recibirán a los usuarios de los otros dos niveles de atención médica.
- c) Se proporcionaran servicios bajo criterios de gratuidad, cuotas de recuperación que se cobran bajo principios de solidaridad social.

Contemplan servicios de

- a) Preconsulta
- b) Consulta Externa
- c) Ambulatorias
- d) Urgencias

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

e) Hospitalización

## 2.2.1.4. POR ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DESCONCENTRADA

La característica principal es la subordinación jerárquica, realizada mediante decreto, reglamento o acuerdo es decir es la delegación de funciones específicas con el objeto de optimizar y atender el servicio público.

Cabe mencionar que la desconcentración persigue fines de eficacia y eficiencia administrativa, los órganos que pertenecen a esta clasificación poseen autonomía, técnica y administrativa. Por ejemplo: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como órgano de reciente creación, ha funcionado como instancia mediadora ante la creciente problemática entre el paciente insatisfecho o afectado a causa de la actividad médica.

### 2.2.1.4.1 COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Con motivo del aumento de denuncias contra médicos a partir de 1988, surge la iniciativa de crear una instancia con autonomía técnica y financiera, que solucionará los conflictos en relación al ejercicio profesional del área de salud. No es hasta 1995 que la UNAM firma un convenio de colaboración a través de la Facultad de Arquitectura y el Instituto de Investigaciones Jurídica para y la Secretaría de Salud para el diseño de una instancia de mediación en el tema de salud, que también promoviera la descentralización.

Actualmente existen 21 Estados del país entre los que destaca: Tabasco, Estado de México, Guanajuato, Colima, San Luis Potosí, Veracruz, Querétaro, Aguascalientes, Guerrero, Yucatán, Puebla, Michoacán, Morelos, Sinaloa, Nayarit, Tamaulipas, Jalisco, Chiapas, Baja California, Tlaxcala y Nuevo León. También ha demostrado de acuerdo a cifras dirimir controversias derivadas de quejas presentadas en materia de servicios médicos.

Sin embargo es importante señalar que existen dos puntos de reflexión en este arbitraje ya que si bien es cierto: el primero se refiere a la atención que el profesional de salud otorga al usuario, y el segundo; que las instituciones publicas otorgan al derecho habiente, lo que significa también vincular las tareas administrativas al tema. Ante ello también se encuentra hoy día la Secretaría de la Función Pública (antes Secretaría de Control y Desarrollo Administrativo) como instancia de control y vigilancia reformada por el Artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal con fecha del 10 de Abril del 2003 publicada en el Diario Oficial de la Federación.

Mientras que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un organismo desconcentrado creado con la finalidad de resolver conflictos generados en ámbito de atención entre usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Publicado en Diario Oficial de la Federación el 9 de Abril de 2003.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

La finalidad de este modelo, es influir en la mejora de la práctica de la medicina y propiciar la calidad y eficiencia de los servicios médicos.

- a) Asimismo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico busca la legitimación nacional e internacional.
- b) Mejorar continuamente los estándares de calidad de la prestación de los servicio de atención medica.
- c) Mejorar continuamente los resultados en salud.

Entre las atribuciones que tiene la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se encuentra el otorgar asesoría e información de manera gratuita; sobre los derechos y obligaciones; también recibe, investiga y atiende las quejas presentadas por los usuarios, debido a las posibles irregularidades en la prestación o negativa de servicios médicos.<sup>55</sup>

Además de proporcionar información también efectúa las siguientes actividades: gestionar la atención de los usuarios, cuando se hace referencia a demora, negativa de la prestación de servicios. Realiza gestión pericial e interviene discrecionalmente en la emisión de opiniones técnicas y recomendaciones que estime necesarias para mejorar los servicios médicos. (Ver anexo. Cuadro 27).

---

<sup>55</sup> [www.conamed.gob.mx/que\\_es\\_conamed.html](http://www.conamed.gob.mx/que_es_conamed.html). 22 de abril de 2000

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 8. Órganos Desconcentrados de la SSA.**

<b>ORGANOS DESCONCENTRADOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	Realiza actividades a favor de la beneficencia pública, se encarga de ejercer los derechos, celebrar contratos, fideicomisos para mejorar la administración, asesora a las entidades federativas y coadyuva en su materia a nivel nacional.
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Propone el desarrollo de la política de planificación familiar y desarrolla programas a favor de la mujer, en especial de la prevención del cáncer cervicouterino y cáncer de mama.
Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud	Su objetivo principal es el de difundir en forma objetiva y sistemática la aplicación, seguridad y utilidad de las aplicaciones tecnológicas en materia de salud.
Centro Nacional de Transfusión Sanguínea	Es la responsable de crear políticas y estrategia nacional en materia de medicina transfusional.
Centro Nacional de Rehabilitación	Como órgano desconcentrado se refiere principalmente a la promoción de servicios de atención médica especializada de alto nivel con el objeto de prevenir y rehabilitar a los discapacitados.
Centro Nacional de Transplantes	Emite para su aprobación las normas en materia de donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos y células, también se encarga de dirigir y coordinar en cuanto a la política de trasplantes y su promoción.
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	Es responsable de proponer políticas y estrategias en el tema de enfermedades transmisibles y no transmisibles, asimismo se encarga de atender las urgencias epidemiológicas.
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	Este órgano desconcentrado cobra mayor importancia debido al incremento de casos detectados de VIH/SIDA, por lo que su función principal radica no solo en proporcionar servicios y apoyos en la materia sino en el diseño de políticas que ayuden a reducir el contagio de este virus, aún poco controlado.
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	Pertenece al Consejo Nacional de Vacunación y propone políticas en materia de salud infantil y adolescentes, así como de vacunación.
Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios	Evalúa riesgos sanitarios, controla productos, autoriza y expide certificados.
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	
Servicios de Atención Psiquiátrica	En efecto se encarga de coordinar acciones médicas, técnicas y administrativas a favor de los servicios psiquiátricos.

Elaboración propia con base a la publicación del Diario Oficial de la Federación.  
Reglamento Interno de Salud el 19 de Enero de 2004

### 2.2.2. SECRETARÍAS DE SALUD ESTATALES (El Caso de las Entidades Federativas)

El Sistema de Salud también integra a las secretarías de salud correspondientes a las entidades federativas; mismas que difieren en su respectiva organización administrativa interna, y en consecuencia se vincula con los avances en el desarrollo de los estados. En el caso de la Ley Orgánica de la Administración de Puebla emitida por decreto el 29 de Enero de 1981 en su artículo 37 establece que la Secretaría de Salud le corresponderá.<sup>56</sup>

“El despacho de los siguientes asuntos:

I.- Establecer y conducir la Política Estatal en materia de Salud, de conformidad con el Sistema Nacional de Salud, de la Ley de Salud del Estado y demás disposiciones legales aplicables;

II.- Coordinar el Sistema Estatal de Salud y los programas de servicios que, en esta materia, se implementen en las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal;

III.- Planear, desarrollar, dirigir y vigilar los servicios de salud que proporcione el Estado, los Municipios, sus organismos descentralizados y los particulares en los términos de la legislación correspondiente;

IV.- Coordinar el sistema de asistencia de seguridad social en materia de salud en el Estado;

V.- Impulsar la desconcentración y descentralización a los Municipios de los servicios de salud, mediante los convenios que al efecto se suscriban, en términos de la Ley Estatal de Salud;

VI.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Gobernador del Estado;

VII.- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias, entidades e instituciones de salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;

VIII.- Coordinar el proceso de programación de la actividades de salud en el Estado, acorde con las leyes aplicables;

IX.- Formular sugerencias a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programa de salud del Estado;

X.- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;

XI.- Coadyuvar con las dependencias federales competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de la salud;

XII.- Promover el establecimiento de un sistema estatal de información básica en materia de salud;

---

<sup>56</sup> Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. Publica en el periódico Oficial del Estado el 1 de Febrero de 1981.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- XIII.- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las Educativas del Estado, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XIV.- Coadyuvar en la formación, capacitación y distribución de recursos humanos para el servicio de la salud en el Estado;
- XV.- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud;
- XVI.- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud;
- XVII.- Celebrar con los Municipios de la Entidad los convenios de coordinación que sean necesarios para la prestación de servicios de salud;
- XVIII.- Vigilar se apliquen las normas oficiales mexicanas, que emitan las autoridades competentes, en todo lo relacionado en materia de salud;
- XIX.- Vigilar, el ejercicio de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en la prestación de sus servicios, así como apoyar su capacitación y actualización;
- XX.- Apoyar las acciones para la promoción de la salud mental en coordinación con otras autoridades competentes;
- XXI.- Realizar acciones de prevención y control de los efectos del ambiente en la salud;
- XXII.- Extender certificados prenupciales, de defunción y de muerte fetal, así como otros que determine la Ley Estatal de Salud y sus Reglamentos;
- XXIII.- Dictar las medidas de seguridad sanitaria que sean necesarias para proteger la salud de la población;
- XXIV.- Intervenir en los procedimientos judiciales y administrativos en que la Secretaría sea parte o tenga interés jurídico, de conformidad con las facultades que le otorgan los ordenamientos legales aplicables y los convenios celebrados por la Administración Pública Estatal con la Federación y los Municipios;
- XXV.- Conocer y resolver en el ámbito de su competencia, de los recursos administrativos que interpongan en contra de los actos emanados de esta Secretaría;
- XXVI.- Imponer y aplicar sanciones en los términos de las Leyes, Reglamentos y demás disposiciones legales en la materia, a los prestadores de servicios de salud que no observen dichos ordenamientos; y
- XXVII.- Los demás que le señalen las Leyes, Reglamentos, Decretos, Convenios, Acuerdos y otras disposiciones vigentes en la materia”.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Uno de los problemas más comunes que se encuentran en las entidades federativas es la asimetría institucional con la que cuenta cada una de ellas, (Ver anexos). La falta de capacidad en la organización interna de las secretarías no solo evidencia un rezago en materia de actualización de instrumentos administrativos, si no que presenta una serie de fallas en el marco normativo local; como la falta de actualización e incorporación de actores en materia de participación social. Análisis de disposiciones jurídicas, el control y la vigencia de normas en la materia.

### 2.3. LA SALUD DEL MÉXICO ACTUAL.

La población mexicana hasta el año 2000 era de 97.5 millones, mientras que la tasa de mortalidad general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad infantil es de 200 decesos por 1000 nacidos vivos.<sup>57</sup>

De acuerdo a las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) y el Consejo Nacional para la Población (CONAPO), establece que para el 2010, la población crecerá al 1 % anual, es decir crecerá a 112.2 millones de habitantes. La dinámica de la población estimada para este año, será de notoria influencia, ya que se requerirán mayores servicios de salud, y el aumento se verá reflejado en la magnitud de las necesidades por grupo de edad y género.

En contraste las principales causas de mortalidad general en México desde 1999 se presenta en tendencia descendentes en los siguientes rubros:

- 1.- Enfermedades de corazón
- 2.- Tumores malignos
- 3.- Diabetes Mellitus
- 4.- Accidentes
- 5.- Enfermedades del hígado.
- 6.- Enfermedades cerebrovasculares
- 7.- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.
- 8.- Influenza y neumonía.
- 9.- Homicidios
- 10.- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Situar el sistema de salud en México, se refiere a la observación del nivel la atención de salud. Aspecto relacionado con la vigilancia epidemiológica.

Significa observar la evolución y la capacidad de respuesta de las instituciones que conforman el sector salud, ante las enfermedades que afectan en dos situaciones reales: la población urbana y la población rural.

---

<sup>57</sup> Diario Oficial de la Federación. Viernes 21 de Septiembre de 2000. (Segunda sección), Pág. 10.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

A inicios del siglo XXI, el esquema de morbilidad y mortalidad en la población rural, se identifica con enfermedades comunes relacionadas con la desnutrición. Mientras que la población urbana, las estadísticas oficiales arrojan resultados donde predominan las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones por accidentes.

El porcentaje de ocupación en la Secretaría de salud es de 62 %, mientras que el IMSS es de 84 %. El número de consultas diarias por médico es de 6.3 % para la SSA, 5.8% para el ISSSTE y el 12.2 por el IMSS.

La OCDE señala que la expectativa de vida en México es de 76.5 años para las mujeres y 71.6 años para los hombres, parámetro que funciona como indicador \*Para proyecciones de planes de salud, que contemplan una serie de criterios para la atención de salud, la ejecución de programas de salud pública y asistencia social.

México está en último lugar de los países que integran la OCDE, en disponibilidad de médicos (1 por mil habitantes), enfermeras (4 por mil habitantes), camas de hospital de cuidados intensivos (una por mil habitantes), aparatos de tomografía axial computarizada (2 por cada millón de habitantes) y equipos de resonancia magnética (0.3 por cada millón de mexicanos).<sup>58</sup>

Se reportó para el 2004 el último lugar de consultas por habitante (2.5 de consultas). El sistema de salud mexicano ocupa el último lugar en cirugías que requieren hospitalización, con 19 por cada mil habitantes, y es el penúltimo en cirugías ambulatorias, con 6 por cada mil habitantes.

México destina 142 a 152 dólares por persona en cuidados médicos. Si se observa las gráficas de la OCDE el gasto en salud se incrementó en 1970, se estabilizó en 1980 y declinó en 1990. (Ver anexo).

### 2.3.1. FINANZAS PÚBLICAS.

Hablar de las finanzas públicas, se refiere al estudio y análisis de la administración de sus ingresos, es decir a su captación, organización y disposición o bien inversión y destino, sin embargo su significado va más allá de esta concepción ya que incluye la creación y aplicación de la política de precios y tarifas que el Estado realiza.

Las condiciones identificadas en las finanzas de salud, se ha descrito al inicio de este capítulo, los recortes presupuestarios no se han hecho esperar en el sector de la salud, lo que ha colocado en crecientes dificultades financieras y han orientado a los gobiernos a buscar nuevos mecanismos y modalidades de inyección de recursos que disminuyan los rezagos de índole social, ya existentes. (Ver Tabla).

<sup>58</sup> En algunos países de Europa, como Hungría, Austria, Luxemburgo, Italia e Irlanda posee un cuerpo médico de 100 por 1000 habitantes. *OCDE Indicators 2003. Health at a Glance.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Los mecanismos de financiamiento más comunes de Salud en México hasta el momento se han resumido en el siguiente esquema.

**CUADRO 9. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD.  
Carácter de Prestación de Servicios**

<b>FUENTES DE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PUBLICOS</b>	<b>FUENTES DE FINANCIAMIENTO EXTERNO Y PRESTACIÓN DE SERVICIO PUBLICOS</b>	<b>ALTERNATIVAS DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO PUBLICO Y PRIVADO, CON PRESTACIÓN DE SERVICIOS PUBLICOS</b>
<p>Aportaciones del Gobierno Federal</p> <p>a) Instituciones públicas Se realiza mediante el Ramo 33 Destinado a los servicios de salud y el FASSA.</p> <p>b) Programas específicos: Tal es el caso de Programa de Ampliación de Cobertura. Actualmente se destina al Programa Oportunidades</p>	<p>Aportaciones de Organismos Internacionales.</p> <p>Los Fondos de Inversión Social son un ejemplo por parte del Banco Mundial. Para el Programa de Ampliación de Cobertura el préstamo 3943-ME mejoro las condiciones de infraestructura pública.</p>	<p>Privatización de áreas o funciones. El manejo de residuos en hospitales y clínicas de salud por empresas privadas son ejemplo claro de este rubro.</p>
<p>Aportaciones de los Gobiernos Estatales.</p>	<p>Aportaciones de Instituciones de Asistencia Privada. El caso de la Fundación Nacional para la Salud.A.C Contribuye a la realización de investigaciones mediante sus aportaciones financieras y contratación de personal especializado.</p>	<p>Subrogación al sector privado</p>
<p>Cobro a nivel socioeconómico</p>		<p>Subrogación a medicina tradicional.</p>
<p>Cobro diferencial por uso</p>		<p>Subsidios a instituciones de beneficencia</p>
		<p>Comodato</p>
		<p>Fideicomisos públicos</p>
		<p>Subrogación del parto a parteras empíricas</p>
		<p>Renta a particulares de equipo e instalaciones públicas.</p>
<p><b>FUENTES DE FINANCIAMIENTO PRIVADO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRIVADOS</b></p>		
<p>Instituciones de Servicios de Salud Especializadas. Seguro Médico privado. Cobro a precios de mercado por atención.</p> <p>Alternativas de financiamiento como prepago. (Seguro popular).</p>		

*Adaptación de Bennetts. The mystique of marketes: public and private health care in developing countries. London school of hygiene and tropical medicine. Salud Pública Mexico 1992: 34 (Supl): 85-104.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El cuadro anterior presenta de manera general las diferentes modalidades de financiamiento en el sector salud, acción propia de la actividad del Estado, y la creación de las condiciones para llevar a cabo los esquemas de financiamiento:

La obtención de recursos así como la canalización cuenta con las siguientes herramientas jurídicas-administrativas como son:

- ✓ Colaboración tripartita obrero-patronal y de gobierno.
- ✓ Cobro por servicio.
- ✓ Fideicomisos públicos.

Los orígenes de las modalidades de financiamiento tradicional, entendidas como aquellas en las que el Estado ha generado, en México tuvo como antecedente la asistencia pública, actividad encabezada por la emperatriz Carlota durante el siglo XIX. Con ello se crea la Lotería Nacional, fideicomiso público destinado a generar recursos destinados a la asistencia pública.

Las crisis económicas han obligado a los gobiernos a buscar otras alternativas que disminuyan costos de operación y que permitan obtener una retribución económica para generar o invertir en otros proyectos de salud. Sin embargo es de mencionar que el control y el mando de los servicios de salud requiere de vigilancia por parte del Estado, y una colaboración mixta en las actividades administrativas que puedan solventar desde los gobiernos locales y municipales.

Es importante reconocer que los modelos de participación comunitaria en los Gobiernos Estatales y en los Municipales, son el ámbito más adecuado para crear y realizar actividades integrales que sean resultado de la movilización del recurso financiero y la capacidad de respuesta a la demanda de los servicios de salud.

Sin embargo en la aplicación de estos modelos, también surgen problemas asociados con la falta de coordinación interinstitucional para alcanzar un mejor funcionamiento de la infraestructura pública y los recursos destinados. Haciendo un especial énfasis en la distribución de los profesionales de salud, oportunidad que tiene la academia universitaria y las escuelas de formación para formular esquemas de desarrollo profesional con los Gobiernos Locales y mejoren la cobertura de servicios de salud, en las comunidades.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 10. Distribución de autoridad del Sector Salud.<sup>59</sup>**

FUNCIONES	ANTES	ACTUAL	PROPUESTA	OBSERVACIONES
Bienes muebles e inmuebles	Gobierno	Institución-Gobierno	Administración por comodato	Las entidades federativas y gobiernos locales vigilarán el uso de estos inmuebles y muebles.
Administración Interna	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Administración por comodato	Administración por comodato	Las responsabilidades internas se transfieren a la Secretaría de Salud de las entidades y esta a su vez, a los municipios que llevarán a cabo, actividades de apoyo para alcanzar las metas de la organización.
Política del hospital	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Institución o Secretaría de salud	Administración por comodato en colaboración con la Secretaría de salud.	Las directrices de cada institución de salud de las entidades federativas se homologaran de acuerdo a los lineamientos estipulados en normas oficiales.
Asignación de recursos *Nomina laboral	Gobierno	Institución o Secretaría de salud	Gobierno-	La distribución de los recursos humanos se realizara de acuerdo a un análisis de factibilidad de las entidades y evaluando sus respectivas necesidades.
Asignación de recursos externos a la estructura de salud	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	Gobierno Institución o Secretaria de Salud, Secretarías de Salud de las entidades.	Los acuerdos de colaboración en el diseño de las estructuras son un medio para reorganizar las actividades concernientes a la salud.
Fondo de Donaciones	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud. Asistencia Pública	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud. Asistencia Pública	Fideicomiso. Dirección de Asistencia Pública	La vigilancia de la creación de fondo de donaciones locales, requiere de la fuerte coordinación de la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las representaciones de cada entidad federativa.
Uso de contribuciones	Gobierno	Gobierno	Administración por comodato	El destino de estas contribuciones, la llevara a cabo la administración y las autoridades locales.
Derechos	Gobierno. Institución o Secretaría de salud	Gobierno. Institución o Secretaría de salud	Administración con aprobación de la Institución o Secretaría de Salud	Las cuotas por el aprovechamiento de instalaciones las fijara la administración en turno
Mantenimiento	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Administración Subrogación de Servicios	Administración por comodato. Participación de la Comunidad.	Participación y creación de programas que incorpore otros actores de los gobiernos locales y la participación de la comunidad; en el cuidado de los recursos.
Asignación de excedentes financieros	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud	Gobierno. Institución o Secretaría de Salud, Secretarías de Salud.	Es indispensable de la fuerte colaboración de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como las representaciones de cada entidad federativa.
Insumos a comunidad	Gobierno	Institución	Gobierno, Participación de la comunidad. Academia	Gestión y aprovechamientos de otras tecnologías y modelos de participación social.
Procedimientos Financieros	Gobierno	Gobierno	Gobierno. Secretaría de Salud, Secretarías de Salud descentralizadas. Administración por comodato	Búsqueda de mecanismos de homologación de criterios financieros y el reforzamiento de capacitación, comunicación y coordinación en la administración de recursos financieros.
Auditoría Externa	Auditoría General		Auditoría General	La evaluación y vigilancia se llevara de acuerdo a las normas de las entidades en colaboración con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público , y la Secretaría de la Función Pública.
Salarios y Niveles	Gobierno	Gobierno	Gobierno	La autoridad correspondiente fijara los salarios y niveles de acuerdo al marco legal y las condiciones económicas en colaboración con la representación laboral.
Procesos	Gobierno	Gobierno	Administración por comodato Contratos por Gestión	Los procesos pueden ser mejorados mediante propuestas que mejoren la calidad de atención, y la distribución.
Pensión	Gobierno	Gobierno	Gobierno	La autoridad correspondiente fijara los salarios y niveles de acuerdo al marco legal y las condiciones económicas en colaboración con la representación laboral.
Obtención de recursos Gestión de otros recursos.	Institución o Secretaría de Salud	Gobierno	Participación de la comunicad. asociaciones civiles e iniciativa privada.	Adecuar el marco legal en colaboración con las autoridades locales y el Poder legislativo para incentivar e instrumentar mecanismos de participación de la sociedad civil y la comunidad.

<sup>59</sup> Con base a <sup>38</sup> SHAW , Paul. R. New Trends in Public Sector Managment in Health: Applications in developes and Developing countries. World Bank Institute. April 1999.

### 2.3.2. INFRAESTRUCTURA PÚBLICA

Se entiende como infraestructura a todos los bienes físicos y materiales destinados y utilizados con un objeto público y social, en última instancia la vinculación de cada componente contribuye al desarrollo de las actividades del Estado.

Los indicadores empleados en los Informes del Poder Ejecutivo y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática consideran los siguiente elementos:

- a) Camas Censables
- b) Consultorios
- c) Quirófanos
- d) Y Laboratorios de Análisis Clínicos. (Ver Anexo Cuadro 34)<sup>60</sup>

Insumos que varían de acuerdo a la composición de los gobiernos estatales y sus principios de administración pública, inclusive es de señalar que durante los cambios de la administración federal se realizan cambios sustanciales en los programas sociales y por ende el área de salud no ha sido la excepción. El caso del Programa de Ampliación de Cobertura como parte de una columna vertebral de una estrategia que aún tiene como objetivo disminuir la brecha de desigualdad social existente, sufrió de modificaciones a partir de los cambios estructurales en el ámbito federal y de reformas al marco legal, por ende su importancia radica como ejemplo de estudio.

---

<sup>60</sup> <http://www.inegi.gob.mx>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## III.- COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

### 3. EL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA

#### 3.1. LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Entre las definiciones de cobertura se encuentra que es la suma de las acciones organizadas y su disposición eficaz, para el aseguramiento de los servicios de salud de calidad. De acuerdo a las necesidades, condiciones sociales, epidemiológicas, culturales, ambientales, y características geo demográficas.

##### 3.1.1. COBERTURA

Cobertura funcional: Son las acciones del recurso médico existente en las unidades de atención y su operación efectiva en la población.

Cobertura legal: Denominación empleada por las instituciones de seguridad social, en la oferta de servicios para los afiliados y sus familias (otros usuarios).

Cobertura potencial: Se refiere a los recursos humanos y materiales disponibles en el primer nivel de atención, destinados a la población abierta.

Cobertura real o efectiva. Término empleado para ubicar las consultas médicas, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, es decir servicios prestados.

##### 3.1.2 SERVICIOS DE SALUD.

Es la suma de una secuencia de actos de cierta duración y ubicación física, de recursos humanos y materiales para un usuario o colectivo.

El servicio de salud, en sí mismo tiene carácter de público, entendido como aquellas actividades que cubren las necesidades colectivas y de interés general, realizadas por:

- a) Poder Público
- b) Concesionario.

Al respecto, es necesario resaltar que la prestación de los servicios, son actos intangibles, productos que se mide de acuerdo a su consumo.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Los servicios de telecomunicaciones son un ejemplo idóneo de bienes intangibles.

VARO, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. 1994. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.S.A

Por lo tanto, se guía de la revisión del servidor público en turno y la respectiva ejecución de actividades ya sean programadas o instantáneas, también poseen un carácter temporal ( Es decir se prestan de acuerdo a los tiempos de acceso, espera, perdidos o excesivos).

### 3.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COBERTURA EN MÉXICO

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), fue planteado como columna vertebral para abastecer de servicios básicos de salud a la población mexicana. La satisfacción de los servicios de salud ha sido una preocupación para los gobiernos tanto locales como internacionales y que las comunidades exigen como derecho.

Ante ello el Programa de Ampliación de Cobertura incluye el interés de los integrantes de las comunidades para la ejecución de este programa, por lo tanto la cooperación con los ciudadanos y los gobiernos, permiten operar dicho programa.

En otras palabras la cooperación intersectorial es fundamental para el PAC, donde las condiciones políticas, económicas y sociales permitieron la realización de dicho programa.<sup>62</sup>

Desde 1991 a 1995, el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), opero en entidades como Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Distrito Federal, siendo un diagnóstico inicial de salud. No fue hasta 1996 cuando el Programa de Ampliación de Cobertura inició, enfocándose a la población más desprotegida.

El Programa de Ampliación de Cobertura incorporó la participación de las comunidades y los órganos de gobierno de los municipios, mientras que los acuerdos de coordinación se establecieron con la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas.

Este programa también se apoyo del paquete básico de servicios de salud, eslabón esencial de insumos en medicamentos y acciones específicas para atender problemas locales, principalmente aquellos ubicados en los municipios de alta marginación.

Administrativamente los recursos del PAC se establecen en el Ramo 12, donde la Secretaría de Hacienda y Crédito Público canaliza a la Secretaría de Salud, institución encargada de llevar a cabo este programa.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Marzo de 2001. Asimismo los acuerdos de coordinación con cada entidad federativa se suscriben al Convenio de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Febrero de 2000.

<sup>63</sup> El Acuerdo citado, dará lugar al artículo transitorio segundo, donde menciona ... con la finalidad de dar continuidad a las Reglas de Operación contenidas en el presente Acuerdo, éstas serán aplicables en lo conducente, en tanto no se emitan, en su caso, las correspondientes al ejercicio fiscal del año 2002.

### 3.2.1 PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA Y SUS PRINCIPIOS DE OPERACIÓN

El Objetivo central de este programa se enfoca principalmente a centrar sus esfuerzos a la población rural y de alta marginación sin acceso a los servicios de primer nivel de atención. Sin embargo para alcanzar este objetivo, también contempla el fortalecimiento de las capacidades de las entidades federativas, jurisdicciones sanitarias y los municipios, mediante la participación social y cultural de las comunidades que la integran.<sup>64</sup>

El origen de este programa radica en la descentralización de los servicios estatales de salud, que concentra la participación de las autoridades municipales y comités locales de salud. Dicho proceso iniciado desde 1995 buscó institucionalizarse y consolidar los esfuerzos del programa mediante una serie de herramientas que incluyen la concepción de un modelo de atención hasta la creación del paquete básico de salud.

#### 3.2.1.1. EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA.

Un Modelo, es la suma de elementos y acciones que aumenta la productividad de algunos programas previamente definidos. El Modelo de atención de salud de la población, incluye la prevención, la modificación de hábitos higiénicos, la promoción de la participación comunitaria, la gratuidad, y la atención en el medio rural, no obstante este modelo integrado por el Paquete básico de servicios de salud funciona mediante su respectiva actualización de acuerdo a las problemáticas latentes de la región en donde opere.

##### 3.2.1.1.1 EL PAQUETE BÁSICO DE SERVICIO DE SALUD

El paquete básico de servicios de salud se concibe como una serie de acciones vinculadas entre sí para el PAC, integrado por 13 intervenciones de salud. Consiste en un mínimo de servicios, donde el resultado de estas intervenciones se cuantifica como alto impacto, bajo costo y técnicamente factible. Mientras que la integración del paquete, tiene como parte adicional y socialmente es prioridad para la comprensión de los asuntos públicos; el respeto de las características culturales locales.<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Programa de Ampliación de Cobertura de los Servicios de Salud para la Población Abierta. 1996

<sup>65</sup> Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Marzo de 2001.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

PAQUETE BÁSICO  
DE SALUD <sup>66</sup>

- 1.- Saneamiento Básico a nivel familiar
- 2.- Planificación Familiar
- 3.- Atención prenatal, del parto, puerperio y recién nacido
- 4.- Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niños
- 5.- Inmunizaciones
- 6.- Manejo efectivo de casos de diarrea.
- 7.- Tratamiento antiparasitario a las familias
8. Atención oportuna de infecciones respiratorias.
9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar
10. Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
12. Participación social.
13. Prevención y control del cáncer cérvico-uterino

PRIORIDADES  
EN PREVENCIÓN  
Y CONTROL DE  
ENFERMEDADES,  
México, 1997. <sup>67</sup>

- 1.- Salud reproductiva
- 2.- Atención a la salud del niño
- 3.- Atención a la salud del adulto y del anciano
- 4.- Enfermedades transmitidas por vectores
- 5.- Zoonosis
- 6.- Micro bacterias
- 7.- Cólera
- 8.- Urgencias epidemiológicas y desastres
- 9.- VIH-SIDA y otras Enfermedades Transmisiones de Salud
- 10.- Contra las adicciones
- 11.- Salud Pública

<sup>66</sup> Informe de Actividades del Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Anexo B. "Paquete Básico de Servicios de Salud", México, 1996.

<sup>67</sup> Se consideraron estas estrategias de trabajo establecidos en programas sustantivos de la Secretaría de Salud, en Prioridades en prevención y control de enfermedades, México, 1997.

### 3.2.2. FOCALIZACIÓN

Anteriormente se ha mencionado acerca de la ubicación geográfica del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), por ende se enfoca al medio rural, población que se encuentra dispersa en comunidades con alto nivel de marginalidad, y que particularmente esta integrada por indígenas.

#### a) Marginación

El concepto de marginación se entiende como fenómeno estructural múltiple, que enmarca las formas de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios.

#### b) Estudios de regionalización operativa

EL Programa de Ampliación de Cobertura considera Estudios de Regionalización Operativa, análisis que destacan comunidades con mayor vulnerabilidad, lo anterior permitió ubicar zonas geo demográficas con la finalidad de ofrecer servicios; significa la racionalización del crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud a población abierta, para establecer la regionalización de la oferta de servicios de salud.

En el marco de la organización de la Administración Pública, el municipio representa el primer peldaño para las acciones de gobierno, según sea las características se integran en jurisdicciones sanitarias.

### 3.2.3. MUNICIPIO

La delimitación física de las acciones de salud, se realiza mediante la unidad geográfica denominada municipio.

### 3.2.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La promoción de la asistencia y corresponsabilidad social en las acciones de salud se elige un comité local electo por asambleas comunitarias donde se realizan foros de intercambio. Fomentando acciones de salud, resguardo y distribución de los insumos, medicamentos y materiales.

### 3.2.5. RESPETO A LA CULTURA TRADICIONAL

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) se ha visto beneficiada por la conformación de las comunidades, en la práctica de los usos y costumbres, en donde la participación social, históricamente se ha desempeñado, lo que enriquece la operación del PAC, donde la iniciativa y voluntad de la comunidad coopera en las actividades de saneamiento y mejoramiento del medio.

---

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Otro punto de suma relevancia e interés sociológico, implica la incorporación de la medicina tradicional y su aceptación con fines terapéuticos y administrativos, en el Caso del Estado de Puebla, la medicina tradicional se muestra presupuestalmente beneficiada, en lo que se refiere a las parteras y terapeutas que son capacitadas para atender a pacientes y en acciones del paquete básico.

### 3.2.6. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

La cobertura de servicios de salud y el mismo programa de ampliación de cobertura, radica en la conjunción de esfuerzos en los diferentes niveles de gobierno y de sector.

### 3.3. LA INSTRUMENTACIÓN OPERATIVA

Para la operación del Programa de Ampliación de Cobertura, como se menciono anteriormente, el paquete básico de salud requiero de tres enfoques que incluían:

- a) Desarrollo Instrumental: Se construyen escenarios nacionales, demográficos, de recursos, protocolización del paquete elaboración del perfil, funciones, lugar de trabajo y la vinculación correspondiente con los agentes participantes.
- b) Ejecución: Desarrollo de los escenarios, se realizo la capacitación, instalación de los sistemas de control, distribución de los insumos y operación progresiva.
- c) Consolidación: Prevé la capacitación continúa del personal, la evaluación de la operación del paquete como estrategia de ampliación de cobertura y formulación de acciones.

Si bien es cierto el programa como espacio de participación social, incorpora grupos organizados que ejercen presión acerca de las políticas que se deben implementar en zonas determinadas por su geografía.<sup>66</sup>

Lo anterior ha permitido desarrollar estudios epidemiológicos en donde el clima, y la estructura socioeconómica se convierten en variables dependientes para desarrollar enfermedades que requieren, la inclusión y distribución de insumos adecuados en las comunidades.<sup>67</sup>

Los continuos fenómenos ambientales y sus efectos en las comunidades regionales provocan tendencias de la morbilidad de enfermedades como el dengue clásico. (en especial en 1998 año en el que se caracterizo por frecuentes lluvias). Fenómenos como Paulina traen consigo inundaciones en zonas con alta marginación, aumentando el riesgo de ser focos infecciosos.

---

<sup>66</sup> Partidos Políticos, Grupos Eclesiásticos, Asociaciones Civiles, Comités Comunitarios, Grupos Profesionales.

<sup>67</sup> Ejemplo de ello son los brotes de paludismo en la zona tropical que comprende los siguientes Estados: Veracruz, Tlaxcala, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Tabasco y Quintana Roo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Mediante el Programa de Reforma del Sector Salud, se amplió la cobertura hacia las localidades con esta problemática, beneficiando a la población que carece acceso a los servicios de salud, mediante la instrumentación del Paquete Básico de Servicios de Salud, que fue el punto esencial de los Programas de Ampliación de Cobertura (PAC) y Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Al término del año 2000 se esperaba alcanzar una cobertura de atención de más de 99 mexicanos por cada 100.

Durante la administración de Ernesto Zedillo Ponce de León, se planteó la necesidad de atender a 10 millones de personas y llegar al 99.5% de mexicanos que cuentan con servicios de salud. La aplicación del Paquete Básico de Salud ha sido el principal instrumento para el notable desarrollo de los Programas de Ampliación de Cobertura y del PROGRESA. A dichos programas se agregaron las actividades de programas como el Apoyo a Zonas Indigenistas (PAZI), que en 1999 se integró a la estructura programática presupuestal estatal.

Por otro lado se incorporaron al sector salud, un mayor número de profesionales de la medicina como médicos, enfermeras, paramédicos y personal administrativo.<sup>68</sup> Son 40 mil localidades en donde el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), aseguró la permanencia del personal, se planteó la necesidad de realizar acciones que permitieron regularizar los contratos de honorarios del personal operativo que suman 7330 plazas, de las cuales 5128 son del PAC. Para asegurar su permanencia en las zonas indígenas, se firmó un convenio con cada una de las entidades federativas para que la ubicación de dichas plazas se respetara por un tiempo mínimo de diez años, permitiendo de esta manera mantener y avanzar en la consolidación de los logros en cobertura de servicios de salud.

La consolidación del PAC, ha contado con la colaboración de los gobiernos de las 19 entidades federativas que participan en el programa: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán y Zacatecas quienes coadyuvan mediante sus Organismos Públicos Descentralizados en la toma de decisiones y en la ejecución de las trece estrategias que contiene el Paquete Básico de Servicios de Salud, y la aportación de recursos financieros para la operación del mismos.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> México ha sido reprobado por la OCDE, en temas de salud, al respecto México tiene la segunda tasa de mortalidad infantil más elevada, el último lugar en disponibilidad de médicos, enfermeras, camas de hospital de cuidados intensivos, aparatos de tomografía y equipos de resonancia magnética. México destina 269 dls por habitantes al año y es el segundo país más bajo que destina en medicamentos 156 dls

<sup>69</sup> Desde 1994 la esperanza de vida entre Chiapas, Oaxaca y Guerrero han registrado más altos índices de marginación, consecuentemente, subió el promedio de vida de 70 años hasta 73 años. En términos generales, se registró un incremento del 2.3 años en promedio durante los pasados 10 años, ubicando la esperanza de vida a nivel nacional en 74.9 años de edad. En, *Sube el promedio de vida en entidades con alta marginación, revela CONAPO*. Sociedad y Justicia en la Jornada. Lunes 7 e Junio 2004 pág 44.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Como programa de carácter federal, el Programa de Ampliación de Cobertura ejemplifica la labor conjunta de los tres niveles de gobierno. Es un modelo integral, ya que convergen aspectos de educación mínima, condiciones de vida decorosas, para operar efectivamente y eficazmente el recurso destinado a la atención preventiva de la salud, mientras que la responsabilidad recae en los ejecutores del recurso.

La destinación del recurso público en el programa de ampliación de cobertura requirió su optimización. La coordinación de los esfuerzos gubernamentales mediante la Secretaría de Salud y los organismos de salud de cada Estado.

Se observa que la descentralización del recurso es clave importante en el Programa de Ampliación de Cobertura, cada estado posee características peculiares y problemáticas distintas de acuerdo a la región.

Se identificó a comunidades con alto índice de marginación mediante estudios de región operativa para racionalizar el crecimiento de la infraestructura en salud y la oferta de servicios de salud a la población abierta.

El fortalecimiento del tejido social fue esencial ya que es una actitud que respeta usos y costumbres de la medicina tradicional, aspecto crucial en la aplicación de políticas públicas, ya que facilita la ejecución del programa.

El nivel de organización del PAC, tuvo un alto grado de complejidad, ya que en primera instancia los servicios de salud estatales, se encargaron de coordinar el programa directa e indirectamente con otros programas, y de crear la información de acciones. Se entiende que este nivel comprendió de áreas técnicas y administrativas.

Cabe hacer mención que el Programa de Ampliación de Cobertura, experimentó la transición entre dos sexenios; y el cambio de la estructura interna de la Secretaría de Salud, y las instituciones locales encargadas de ejecutarlo, siendo que este modelo operativo, permitió la realización de posteriores programas sociales.

### 3.3.1. OPERACIÓN DEL PROGRAMA

El proceso de operación que lleva el Programa de Ampliación de Cobertura, se ejecutó mediante dos criterios; el geográfico y el funcional. Posee cuatro características fundamentales:

- 1) Promoción
- 2) Prevención
- 3) Curación y
- 4) Rehabilitación.

El primero se refiere a la cobertura que realiza el auxiliar de salud mediante un recorrido a pie, previamente se establecen rutas, y se visitan aquellas comunidades en donde no se encuentra alojada una brigada de salud o un Coordinador Comunitario de Salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Mientras que el segundo se refiere a las unidades de salud existentes, en otras palabras aquella infraestructura de los servicios estatales de salud.

Para empezar en el auxiliar de salud recae la mayor responsabilidad de la efectividad y eficacia del Programa de Ampliación de Cobertura, esto es debido a que es la persona directa con la que se relaciona el usuario, con un especial énfasis en la operación geográfica.

Mediante la revaloración de los auxiliares de salud se puede detectar problemas de salud, se ofrecen los servicios de prevención, se fomentan los cuidados básicos y se promueve la salud individual y comunitaria mediante el paquete básico de salud.

El programa es un claro ejemplo del gobierno en acción, de manera que demuestra la capacidad técnica y operativa basada en metodología y procesos de planeación, ejecución y operación.

Requiere no solo de esfuerzos gubernamentales si no de la participación comunitaria en la instrumentación del programa.

En esencia requiere de

- a) Comunicación personalizada y colectiva: Mediante medios masivos y medios personalizados (folletos, volantes etc....)
- b) Incorporación del personal: busca generar compromisos de adscripción del personal.
- c) Supervisión: Aporta asesoría y capacitación al personal
- d) Capacitación y Asesoría: Se genera en los diferentes niveles de la estructura del PAC
- e) Educación para la salud: Genera la transmisión de hábitos para la salud
- f) Coordinación Interinstitucional: vincula a otras entidades y dependencias gubernamentales en los distintos niveles de gobierno.

### 3.3.1.2. ACTORES DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA

a) **Unidad Coordinadora de Extensión de Cobertura:** Se enfoca principalmente a entrelazar las acciones realizadas por las áreas de planeación, operación y administración a nivel central y local del Estado.

b) **Jurisdicción Sanitaria:** Esta instancia se encarga de poner en marcha la operación de las actividades de Ampliación de Cobertura, llevadas a cabo por el nivel directivo de los Estados,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

c) **El equipo zonal de supervisión:** esta conformado por un médico, una enfermera, y el personal promotor, se encarga de dar seguimiento, llevar el control del programa y otorgar el paquete básico en una zona geográfica.

Núcleo básico de servicios: Esta integrados por un médico familiar o general, y una o dos enfermeras. (Pueden ser pasantes de estas carreras).

d) **Equipo de Salud Intinerante:** Integrado por personal institucional médico, enfermera, promotor polivalente y en algunos casos odontólogos. Cada ESI tiene a su cargo una micro región (Con un promedio de 500 familiar, 2500 a 3000 habitantes).

El ESI se encarga de capacitar a los coordinadores y los auxiliares de salud comunitarios.

## EQUIPO DE SALUD INTINERANTE

**BRIGADA AMBULANTE:**

Rutas a pie 10 comunidades en promedio a 8 días promedio.

**BRIGADA MOTORIZADA o UNIDAD MOVIL.** Recorre en vehículo para atender 10 a 15 localidades en un promedio de 10 días.

Localidad sede 2 días, descansa en 3 días.

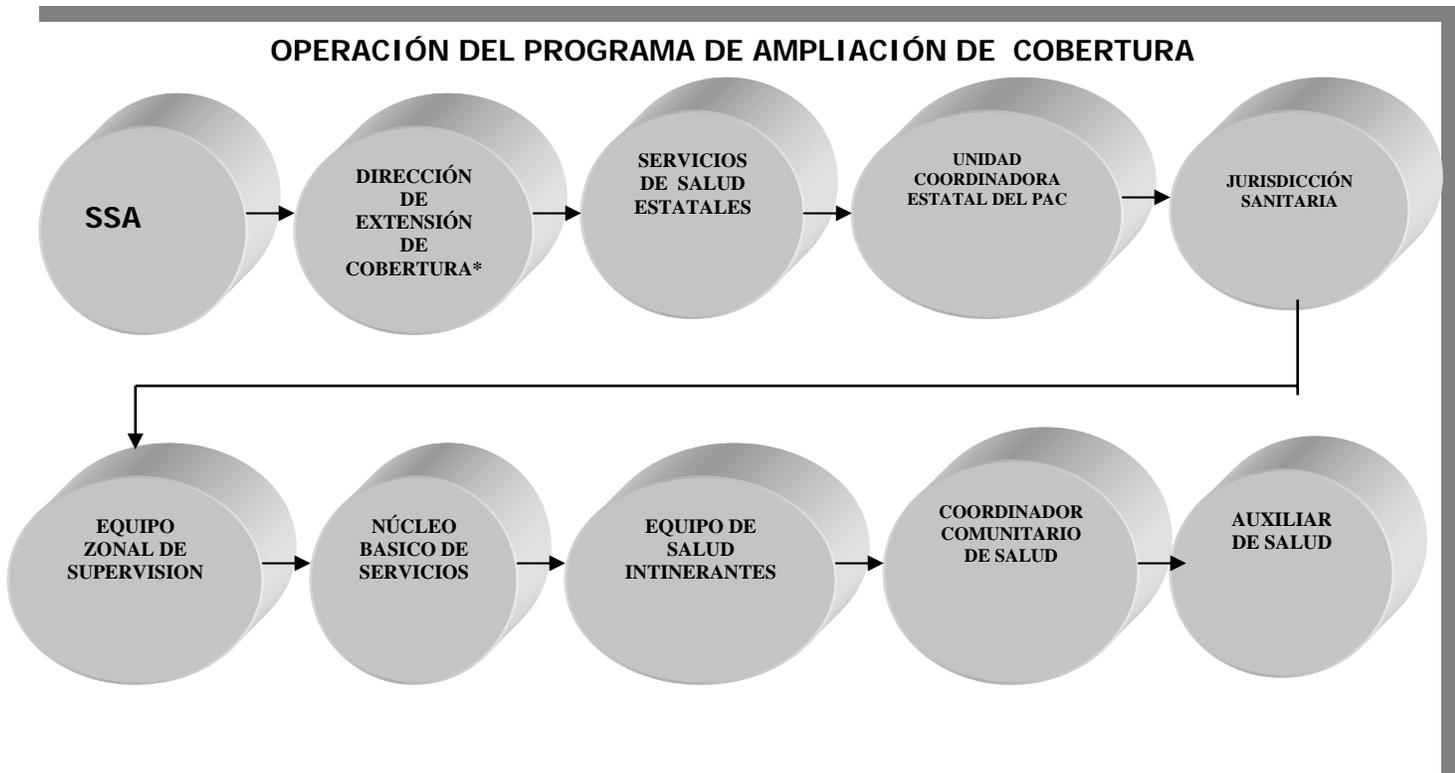
**BRIGADA MIXTA:** Utiliza ambos medios para cubrir 10 localidades en frecuencia de 10 días aproximadamente para permanece 2 día en localidad sede, descansa en 3 días.

e) **Coordinador comunitario de salud:** Cubre una circunscripción territorial que comprende de 8 a 10 auxiliares de salud comunitarios. Como actividades principales, abastece el cuadro básico de medicamentos y material de curación a los auxiliares.

Apoya en las tareas de promoción, prevención y atención a los Comités locales de salud, asimismo, asesora a los auxiliares de Salud.

f) **Los Auxiliares de Salud:** son los agentes de cambio, es decir mediante las actividades de promoción, prevención algunas tareas asistenciales, impulsa hábitos de cuidado en la salud. Realizan visitas domiciliarias, definen el universos bajo su responsabilidad, especifica la ubicación de las viviendas, los grupos vulnerables

**Figura 3. Operación del Programa de Ampliación de Cobertura**



\* Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Marzo de 2001.

### 3.4. LA COBERTURA EN LOS PAISES DE LA OCDE.

De acuerdo con la OCDE, organizada por 31 países, realizo un estudio concerniente a los esquemas de financiamiento público y aseguramiento privado.

De los cuales 10 países son financiados por la cobertura de seguros de salud República Checa, Alemania, Hungría, Japón, Korea, Luxemburgo, Netherlands, Polonia, República Eslava y Suecia.

Sin embargo el financiamiento de países como Canadá, Finlandia, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, España, Turquía y Gran Bretaña son financiados mediante impuestos Generales, Federales, del Estado e inclusive Municipales. Mientras que el programa de Medicare es empleado en países como Australia y Estados Unidos.

De acuerdo a los estudios realizados por la OCDE, aproximadamente la mitad de la población de México posee acceso a los servicios de salud, mientras que en las áreas rurales escasea el acceso. Al igual que Suiza, las implicaciones del acceso a estos servicios se deben al gasto de bolsillo que puedan realizar los usuarios al contratar un servicio médico.

Los límites de la cobertura en México, principalmente se deben a cuestiones meramente económicas y de distribución de infraestructura y la falta de capacidad en recursos humanos para emplearse en programas rurales que permitan otorgar continuidad de atención médica en las zonas marginadas

Existen diversas clasificaciones para comprender; el origen de los recursos de los sistemas de salud.<sup>70</sup>

**MODELO DE SERVICIOS DE SALUD:** Los participantes centrales son el médico y el paciente, prevalece el sistema de compra de servicios y la fuente financiera esta constituida por el ingreso personal disponible y el sistema de pago predominante, se paga el precio por la atención prestada.

**MODELO DE SALUD PRIVADO:** El agente principal, es la compañía de seguros. El seguro cubre riesgos específicos de enfermedades. Las ventajas de este modelo consiste en la eliminación o reducción de la incertidumbre del consumidor y en la generación de incentivos a las compañías aseguradoras para administrar los costos y el gasto de la atención, de modo que estarían interesados en hacer labores de promoción de la salud.

---

<sup>70</sup> Con base a FRENK, Julio ... "Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro". en Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. FUNSALUD. 1998. Pág 119-156

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**Modelo Privado Atomizado:** Es el desembolso por parte de consumidores o de agencias privadas de seguros a los prestadores de servicios de salud.

**Modelo Privado Corporativista:** Se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en fondos de enfermedades exclusivos y no competitivos. Sin embargo algunos fondos crean sus propias instalaciones para la prestación de servicios.

**MODELO DE SEGURO PUBLICO DE SALUD:**

El Estado funciona como recaudador de las contribuciones a la seguridad social y complementa con recursos fiscales los fondos necesarios para atender a la población afiliada mediante los proveedores públicos y privados, cuando las funciones de financiamiento y provisión se encuentran separadas. Ofrece ventajas como comprador colectivo y adelanta programas masivos de promoción y de prevención.

**Por Contrato Publico:** Mecanismo de financiamiento público y creciente aumento de participación privada. Existe un presupuesto público general, que se enfoca principalmente a una serie de prestadores que deben garantizar productividad y calidad.

**MODELO DE SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Todos los ciudadanos gozan de la atención de la salud como uno de los servicios generales ofrecidos por el Estado, el cual asigna presupuestos globales a los hospitales y remunera a los médicos especialmente mediante la capacitación. La desventaja falta de incentivos

**Modelo Publico Unificado:** Su principal característica radica en que el Estado financia y suministra los servicios de salud a través de un sistema único vertical. (Caso Cuba y Costa Rica).

En resumen se presenta el siguiente cuadro comparativo de cobertura de los países integrantes de la OCDE y el Banco Mundial, que establece indicadores del producto interno bruto anual y el gasto destinado a salud, este último término esta vinculado a los canales de información financiera, es decir a los mecanismos de presupuestación y programación; sus técnicas y procedimientos, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 11. Nivel de Cobertura en los países de la OCDE**

<b>PAIS</b>	<b>COBERTURA EN SISTEMA PUBLICO</b>	<b>PIB ANUAL 2001</b>	<b>GASTO EN SALUD POR PORCENTAJE 2001*</b>	<b>MILLONES DE PERSONAS</b>
Australia	100% E	518,382	8.9%	19,890
Austria	99	251,456	7.7%	
Bélgica	99	302,217	9.0%	10,348
Canada	100 E	834,390	9.7%	31,630
República Checa	100 E	85,438	7.3%	10.202
Dinamarca	100 E	212,404	8.6%	5,387
Finlandia	100 E	161,549	7.0%	5,210
Francia	99.9	1,747,973	9.5%	59,725
Alemania	99.9	2400,655	10.7%	82,551
Grecia	100 E	173,045	9.4%	10,680

**E: Estimación**

\* Cuadro de realización propia con base a: The OCDE HEALTH PROJECT .TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS. pág 78.  
Y datos de BANCO MUNDIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 11. Nivel de Cobertura en los países de la OCDE**

<b>PAIS</b>	<b>COBERTURA EN SISTEMA PUBLICO</b>	<b>PIB ANUAL 2001</b>	<b>GASTO EN SALUD POR PORCENTAJE 2001</b>	<b>MILLONES DE PERSONAS</b>
Hungría	100% E	82,865	6.8%	10,120
Islandia	100 E	10,499	9.2%	286
Irlanda	100 E	148,553	6.5%	3,947
Italia	100 (1997)	1465,895	8.4%	57,646
Japón	100	4,326,444	7.6%	127,210
Korea	100	605,331	5.9%	47,912
Luxemburgo	99	26,228	5.6%	448
México	45-55	626,080	6.6%	102,291
Netherlands	75.6	511,556	8.9%	16,215
Nueva Zelanda	100 E	76,256	8.2%	4,009

φ Cuadro de realización propia con base a: The OCDE HEALTH PROJECT .TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS. pág 78.  
Y datos de BANCO MUNDIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 11. Nivel de Cobertura en los países de la OCDE**

<b>PAIS</b>	<b>COBERTURA EN SISTEMA PUBLICO</b>	<b>PIB ANUAL 2001</b>	<b>GASTO EN SALUD POR PORCENTAJE 2001</b>	<b>MILLONES DE PERSONAS</b>
Noruega	100%	221,579	8.3%	4,560
Polonia	n.,a	209,563	6.3%	38,295
Portugal	100	149,454	9.2%	10,191
República Eslava	100 (1999)	31,868	5.7%	5,381
España	99.8 (1997)	836,100	7.5%	41,101
Suecia	100	300,795	8.9%	8,956
Suiza	100d	399,465	10.9%	7,334
Turquía	66 (1997)	237,972	n.a	70,712
Gran Bretaña	100	1,747,973	7.6%	59,280
Estados Unidos	24.7 E	10,881,609	13.9%	291,0440

φ Cuadro de realización propia con base a: The OCDE HEALTH PROJECT .TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS. pág 78.  
Y datos de BANCO MUNDIAL

n.a datos no disponibles

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

# IV .PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

(Caso específico del Programa de Ampliación de Cobertura).

#### 4. PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. (Caso específico del Programa de Ampliación de Cobertura).

La distribución de los recursos públicos entre las instituciones prestadoras de servicios refleja la política de salud de un gobierno. Es importante añadir que cada institución opera de acuerdo a sus propios modelos de población usuaria y con los programas prioritarios en función de lo establecido al Plan Nacional de Salud. Sin embargo las condiciones de actual Sector Salud; las instituciones de seguridad social establecen sus montos de acuerdo a su propia legislación, que en general establece lineamientos sobre cantidades aportadas por cada fuente y su distribución entre los distintos ramos de seguro. En cambio las instituciones de salud comprometidas con la población abierta, carecen de instrumentos reales de captación, por lo tanto dificulta la asignación intrainstitucional de recursos. Si bien es cierto, esta problemática ha obligado a crear áreas especializadas como la Dirección General de Información en Salud; misma que genera datos y estadísticas que permiten conocer el gasto destinado a la salud, en colaboración con el INEGI y la Fundación Nacional Para la Salud A.C.

En términos administrativos se ha reconocido que la información financiera es fundamental para la toma de decisiones, y en particular la descripción del comportamiento del sistema salud cobra importancia, ya que da a conocer:

- a) El monto de recursos disponibles para los programas prioritarios del gobierno en turno.
- b) Identifica conceptos de gastos excesivos en las instituciones.

En este sentido la Administración Pública se sirve de estos elementos para la integración del presupuesto público. Vocablo que proviene de “bougette o bolsa”. Se refiere principalmente a la planeación de los ingresos y gastos que realiza el Estado. Es la expresión matemática a un año de los ingresos y egresos de la Federación.

Dicha actividad se integra de un serie de pasos, denominado Programación, que establece metas, tiempos, responsables, y funciona como un instrumento de planeación. Su principal base se encuentra en el Plan Nacional de Desarrollo y los programas que agrupan actividades y proyectos homogéneos. Durante el proceso se consideran posibles escenarios reales de la economía nacional, sus alcances y limitaciones.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Con el objeto de homologar criterios de operación financiera en las entidades federativas, el Programa de Ampliación de Cobertura, siguió una serie de reglas publicadas en el Diario Oficial de la Federación.<sup>71</sup>

Las características señaladas siguieron criterios que el mismo Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; en donde se focalizó los grupos beneficiarios.

#### 4.1. EL CASO ESPECÍFICO DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA.

De acuerdo a las reglas de operación del Programa de Ampliación de Cobertura se ha contemplado los siguientes parámetros para la asignación de recursos financieros.

- ▶ La población objetivo a atender
- ▶ La selección de grupos y familias de mayor riesgo
- ▶ Un diagnóstico de salud
- ▶ Análisis del estado de guarda y los recursos humanos y materiales.
- ▶ Y la presencia o bien puntos de coincidencia con programas federales.

El presupuesto contemplado, en resumen es la suma de índice de rezago de acceso a los servicios de salud, sumando los indicadores de mortalidad (CONAPO) los índices de marginación y la participación presupuestal por entidad federativa del ejercicio anterior.

La autoridad correspondiente, tenía atribuciones de vigilancia estricta enfatizando en la correspondencia entre la población objetivo y sus respectivas metas y el destino de recursos fiscales.

---

<sup>71</sup> Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Marzo de 2001. Asimismo los acuerdos de coordinación con cada entidad federativa se suscriben al Convenio de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Febrero de 2000.

FIGURA 4. ACUERDOS DE COORDINACION



Creación propia de acuerdo a los mecanismos de coordinación 2001.

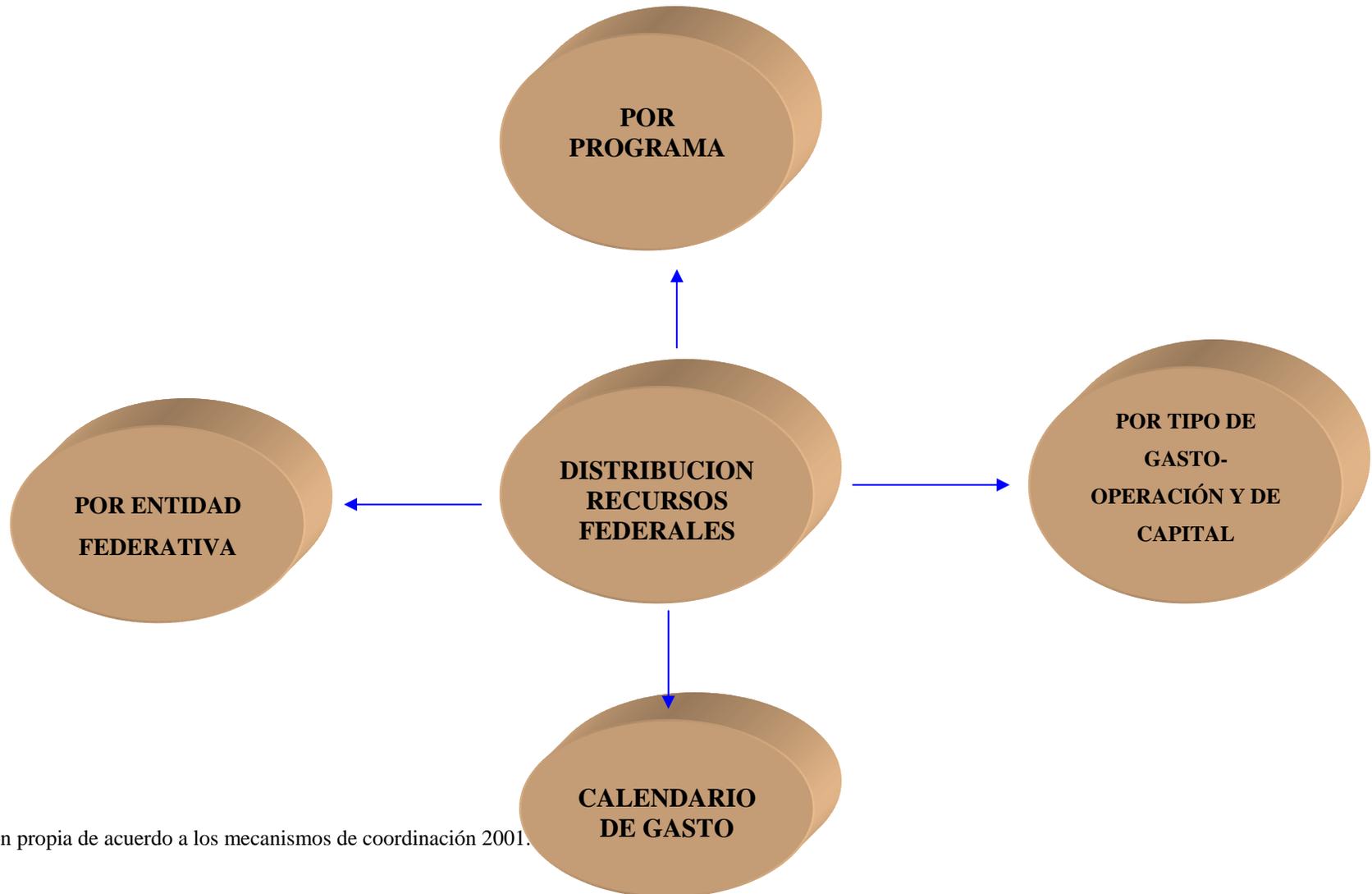
La asignación presupuestal, se realizó mediante los acuerdos de coordinación, mecanismo legal que se publica en el Diario Oficial de la Federación, una vez firmado por la Secretaría de Salud y la entidad federativa correspondiente, citando los antecedentes, se designó las cantidades que aportara el Gobierno Federal más lo correspondiente al Estado, donde se hace mención que las aportaciones realizadas por la Federación “*se efectuarán con el préstamo 3943-ME concedido a México por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento*”.<sup>72</sup>

Además de lo dispuesto en materia fiscal y la distribución de recursos federales hacia el Programa, los montos otorgados en cada entidad, variaron de acuerdo a los niveles de captación de recursos de cada gobierno local (Ver Anexos), lo cual no excluye los mecanismos de coordinación en cada nivel de gobierno y por lo tanto la evolución de las estructuras administrativas para facilitar la llegada del recurso a su destino final.

La entidad federativa favorecida, designó la dependencia que ejercerá el recurso, en este caso son: los Servicios de Salud, o los Institutos de Salud. Mientras que el Gobierno Federal mediante la Secretaría de Salud y la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud llevan a cabo la coordinación del Programa de acuerdo a los requisitos que el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) estipule.

<sup>72</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de Noviembre de 2001. pág 34.

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS FEDERALES



Creación propia de acuerdo a los mecanismos de coordinación 2001.

## 4.2. RAMO 12

Ante a dispersión presupuestal, característica de las entidades federativas actualmente se ha procurado desarrollar una serie de lineamientos que homologuen los criterios de planeación utilizados para la integración del Proyecto de presupuestos del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido la propuesta realizada por la Secretaría de Salud, intenta crear condiciones de representatividad de las necesidades de salud, considerando las diferencias entre escenarios rurales y urbanos, las actividades de salud pública, las aportaciones estatales, la asignación eficiente de recursos y una visión de largo plazo.

El Ramo 12 reevalúa los programas de trabajo anuales, de las unidades responsables, organismos desconcentrados, y descentralizados. Se desarrollaron los criterios de justificación del gasto. Se vincula el aspecto técnico con los tomadores de decisiones.

A continuación se presentan los requisitos para la programación del Ramo 12<sup>73</sup>

- Justificación estratégica
- Presupuesto de la unidad responsable (plantilla de carga)
  - ✓ Estructura Programática (tres dimensiones), con su correspondiente distribución, priorización y calendario presupuestales.
- Calendario de Metas e Indicadores: Utilizado en las Unidades Responsables.
  - ✓ Calendario de metas e indicadores de resultado
  - ✓ Calendario de indicadores individuales
- Documentación soporte:
  - ✓ Registro de priorización
  - ✓ Memoria de Cálculo
  - ✓ Formato técnico de indicadores individuales
  - ✓ Certificado de Necesidad de Gasto de Inversión gestionado con DGPLADES
  - ✓ Registro de programas y proyectos en cartera de inversión

---

<sup>73</sup> De acuerdo a los lineamientos presupuestales 2004.

### 4.3. RAMO 33 SERVICIOS DE SALUD

Clasificación del gasto público federal por entidades administrativas, referente a gastos de servicios de salud. Están sujetas a reglas de operación.

Este ramo presupuestal se refiere principalmente a las instituciones prestadores de servicios, en comento cada institución opera con sus propios mecanismos que en materia de salud se destina principalmente a gastos de operación y subrogación de servicios.

#### 4.3.1. FONDO APORTACIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Es la representación económica destinada a las entidades federativas, partida contable y asignación que se denomina FASSA en el Presupuesto de Egresos de la Federación. De acuerdo a la Ley de Coordinación Fiscal, contempla las siguientes características.

- 1.- El inventario de la infraestructura médica y las plantillas del personal
- 2.- Las provisiones para el pago de servicios personales
- 3.- El gasto de operación e inversión.
- 4.- Recursos destinados a promover la equidad

Las aportaciones en las entidades federativas, se retoman de los gastos de años anteriores. Para calcular la erogación del año correspondiente. De acuerdo a la teoría presupuestal se define que la distribución debe de ser equitativa utilizando el principio de solidaridad para entidades que sufren rezagos en materia de salud.

Para ello ha sido indispensable calcular los índices de mortalidad y de marginación así como el volumen de la población abierta. Sin embargo se distribuyen los remanentes, que demuestran una mínima parte en comparación de lo requerido por las necesidades locales de las entidades federativas.<sup>73</sup>

### 4.4. FINANCIAMIENTO CON ORGANISMOS MULTINACIONALES.

El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento como Institución cooperativas y de financiamiento conviene mencionar que estimulan la creación de proyectos de calidad y viables en materia económica y financiera.

---

<sup>73</sup> Diario Oficial de la Federación Viernes 21 de Septiembre 2001. Segunda sección. pág 72

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Para realizar convenios de préstamos con estas instituciones, requiere de la promoción de los proveedores o contratistas nacionales, conforme a las leyes comerciales. Sin embargo, se enfatiza en la autonomía legal y financiera de las instituciones estatales del país prestatario. En caso de requerir el monto destinado a las adquisiciones en un tiempo relativamente corto, las entidades prestatarias podrán solicitar los préstamos siempre y cuando sea bajo su propio riesgo y de acuerdo a los procedimientos del Banco, que examina la documentación para la adjudicación de contratos.

Se precisan una serie de formularios con el objetivo de evitar actos de corrupción, respetando a las políticas formuladas en los países de origen y estableciendo tiempos de acuerdo a las adjudicaciones públicas previamente establecidas.

La responsabilidad administrativa de vigilar y sancionar actitudes contrarias a las que dicta la norma en materia del servicio público, conviene mencionar que la Secretaría de la Función Pública mediante los Organos Internos de Control se encargan de efectuar las acciones pertinentes que disminuyan conductas que dañen el patrimonio del Estado.

#### 4.5. ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTO

Se han empleado dos criterios fundamentales para la asignación presupuestal del programa.

- a) La primera se refiere a la eficacia y eficiencia en la asignación y disposición final de los recursos financiero.
- b) La participación de las entidades federativas, es eje fundamental en el modelo de operación del programa.

El Programa de Ampliación de Cobertura es un ejemplo claro del ejercicio de descentralización que existe entre el Ejecutivo Federal y las entidades. Sin embargo en la definición de los mecanismos de asignación, se establecieron una serie de requisitos que en resumen son los siguientes:

*Población objetivo atender.*

*Selección de los grupos y familiar de mayor riesgo.*

*Diagnostico comunitario de daños a la salud*

*Análisis de estado de guarda de la infraestructura y los recursos humanos y materiales existentes.*

*Y la contemplación de los Programas Estatales de Salud.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Aspectos que demuestran la influencia del Banco Mundial en el diseño de este programa, y por lo tanto requirió de una fuerte participación por parte de los gobiernos estatales no solo en el ámbito social, si no en la preparación técnica en la integración de los procesos presupuestales.

Las jurisdicciones sanitarias funcionaron como parte del equipo para la asignación presupuestal, y en este sentido cobró mayor importancia ya que en ellas repercutió la mayor responsabilidad en otorgar la asignación financiera local, mediante sus áreas técnicas y administrativas.

Empero los Programas Operativos Anuales; como herramienta administrativa correspondía a la Dirección de Extensión de Cobertura, la validación de la información del gasto a ejercer y posteriormente integrar el Programa Operativo General.

En consecuencia, la información financiera se canalizaba al área de Programación, presupuestación sectorial, en donde se integra al Anteproyecto de Presupuesto Institucional, mismo que se presenta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien somete a votación a la H. Cámara de Diputados, en donde es aprobado.

#### 4.4.1. EL EJERCICIO PRESUPUESTAL.

De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación del año fiscal correspondiente, mediante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; la Dirección General de Presupuesto y Operación recibía los recursos aprobados.

En coordinación con la Tesorería de la Federación mediante los mecanismos de cuentas por liquidar certificadas.

No obstante cabe recordar que el origen de los recursos autorizados provenían de una fuente de financiamiento externo, por ello requirió de la generación de información que fuera enviada mensualmente, mediante el Agente Financiero quien calendariza la línea de crédito autorizado.

Nacional Financiera como agente financiero realizó las operaciones correspondientes, que mediante sus sistemas de banca comercial electrónica se dispusieron los recursos de gastos de operación y de capital autorizados.

Las entidades federativas participantes comenzaron a ejercer los saldos disponibles a través de documentos oficiales, de acuerdo a los criterios de Banco Mundial y el ejecutivo federal.

Cada Entidad Federativa está comprometida a generar los informes de grado de avance e impacto del Programa independientemente de la información normativa que estén obligadas a proporcionar.

## 4.5 EL SEGURO POPULAR COMO ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO

Frente al crecimiento de la población y la fuerte presión que ejercerá en las finanzas públicas de México, la Ley General de salud incorporo una nueva modalidad denominada Sistema de Protección Social, mejor conocido como Seguro Popular.

Esquema de financiamiento y organización que sustituye al modelo de seguridad social mediante la participación de:

- a) Las aportaciones del Gobierno Federal denominada ayuda solidaria (Cuota social)
- b) Aportaciones de los Estados y el Distrito Federal mediante convenios
- c) Esquemas de cuotas familiares de acuerdo a la condición económica

El Índice de Precios y Cotizaciones con el incremento anualizado. Lo anterior indica que los pacientes seleccionaran los hospitales y médicos a elegir. (Criterio considerado en el proyecto de Salud de la OCDE).

Los requisitos para pertenecer al Sistema de Protección Social en salud contempla:

- a) La residencia en el territorio:  
Lo cual significa que extranjeros puedan obtener el servicio.
- b) No ser derechohabientes en cualquier otra institución de seguridad social:  
Con el objeto de evitar duplicidades en el financiamiento destinado a otros programas e instituciones de seguridad social
- c) La Cédula Única de Registro de la Población.
- d) Cubrir las cuotas, que serán anticipadas, anuales y progresivas.

Lo anterior significa que se incrementara de acuerdo a la evolución Índice de Precios y Cotización<sup>74</sup>, por año y como pago por adelantado.

Asimismo la ley señala que la información presentada por el usuario será validada en un padrón para evitar la duplicidad en beneficios para otras instituciones, asimismo se pretende evitar la desviación de recursos mediante la vigilancia y control de la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Función Pública.

De acuerdo a esta propuesta de aseguramiento de salud; el carácter de elección del usuarios para asistir a determinada clínica o unidad hospitalaria de su preferencia, y el surtimiento de las recetas médicas a través de una red de farmacias.

---

<sup>74</sup> Índice Nacional de Precios al Consumidor: De acuerdo al análisis estadísticos que el Banco de México publica quincenalmente. Expresa las variaciones en los costos promedios de una canasta de productos seleccionados, es un indicador para medir los cambios en el poder adquisitivo de la moneda.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

El Sistema de Protección Social también considera el régimen estatal, con el objeto que las entidades federativas.

- a) Reciban, administren y ejercen cuotas familiares.
- b) Adopten esquemas de modernización administrativa y
- c) Proporciones y crear información para la federación.

Asimismo hace énfasis en la suscripción de convenios en el nivel municipal. La aportación estatal será mínima por familia igual a la mitad de la aportación de la cuota social.

Es decir el dinero destinado desde una primera instancia por el Gobierno Federal se distribuirá mediante un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. Asimismo se creará el Fondo de Aportaciones para los servicios de salud a la comunidad.

EL dinero de familias que nos estén incorporadas a las instituciones de seguridad social, la federación transferirá el recurso.

Los excedentes de los recursos del Gobierno Federal u otros organismos descentralizados serán destinados al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.<sup>75</sup>

Este modelo financiero resulta en la práctica un poco ambiguo ya que es evidente que el carácter del Seguro de acuerdo a la ley, aún no plantea el crecimiento en un determinado tipo de infraestructura en entidades federativas que satisfaga la demanda, en particular de los servicios de atención médica. De acuerdo a los últimos informes los gobiernos locales contemplan la creación de clínicas; actividad que requiere de una fuerte viabilidad operativa y colaboración entre instancias, para resolver el problema de distribución de recursos, que disminuyan las distancias geográficas en comunidades carentes de servicios médicos, y la carga excesiva en las instituciones de seguridad social, líneas de acción específicas que faciliten y garanticen el acceso a la atención médica primordialmente en las regiones más marginadas del país.

---

<sup>75</sup> Se refiere a los Remanentes.

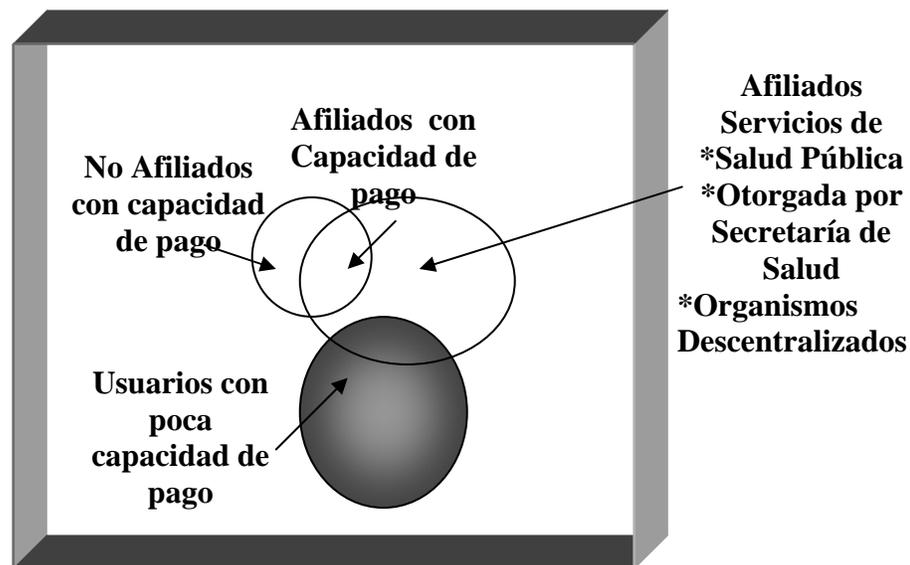
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Son tratamientos y medicamentos asociados por el Consejo de Salubridad General mediante la combinación de Intervenciones.

## 4.7. ESQUEMAS DE SALUD

La modernización administrativa en materia de salud no ha sido homogénea en los entidades federativas, principalmente por varias razones, entre las que destaca:

- a) La pérdida de vigencia del marco normativo ante las necesidades reales de la población. (Destaca la siguientes leyes de los estados). Por ende se ve reflejada en las estructuras administrativas de las entidades federativas, salvo algunas de ellas.
- b) Segunda a la poca participación social del ámbito municipal en materia de salud, que es consecuencia a una serie de rezagos en materia de índices de bienestar de las comunidades.
- c) Poca rentabilidad electoral en materia de salud y su reforma administrativa para partidos políticos en la agenda gubernamental en los niveles municipales y locales.
- e) Desconocimiento o bien la concentración de la información con respecto a la materia de salud desde ámbito científico, económico y social en determinados grupos de interés.

**Figura 6. Capacidad de Pago**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Dichas razones contribuyen a la grave problemática en materia de equidad en el acceso de servicios de salud si dejar de hablar de la satisfacción de usuarios por parte de las instituciones del sector salud y el Sistema Nacional de Salud. Desfavoreciendo en gran medida la credibilidad del IMSS y el ISSSTE.

En este sentido han surgido iniciativas por parte la OCDE para contabilizar el gasto de salud tanto público y privado, que el ejecutivo federal paulatinamente ha incorporado a la parte de programación y presupuesto, aspecto que también ha llevado a las entidades federativas a reorganizar sus sistemas internos de información, creando el aún incipiente Sistema Nacional de Cuentas de Salud. De tal manera que la información integrada en este técnica instrumental, coadyuve a la toma de decisiones que aún no resuelven la problemática de cobertura de servicios de salud y por ende disminuir el grado de marginación de los estados.

De acuerdo a datos proporcionados por el Plan Nacional de Salud el 49% de usuarios del Sistema Nacional de Salud, pertenecen al régimen de seguridad social. Es decir 472,572 mil personas.

#### 4.8. FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA

En efecto los procesos administrativos deben ser claros y capaces de ser identificadas por sus ejecutores, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), formó parte de una política de desarrollo social que se vincula con otras tantas, su cuantificación, evaluación del desempeño demuestra que es parte integral del Plan Nacional de Salud, y no obstante en la práctica se habla del PAC y su definición en sí no tiene límites, ya que sería demasiado obtuso encasillarla en una sola función. Para ello la formulación de diferentes mecanismos de evaluación, evidencia su incapacidad al contratar con las estadísticas de las entidades federativas, significa un gran reto social que los gobiernos por ende deben asumir. Pretendo decir que aún la pobreza que se manifiesta en distintas formas, una de ellas es la ignorancia y el rechazo a prácticas de sensibilización impide la cobertura de servicios médicos, haciendo énfasis en la población abierta, los diversos instrumentos de gobierno y sus ejecutores principalmente deben reconocer sus alcances y limitaciones, fortalecer las debilidades que administrativamente operan para llevar a cabo los planes de gobierno en los diferentes niveles de acción.

Ante esta situación y reconociendo el contexto actual, la modernización de la ciencia médica, los avances tecnológicos y el mismo Sistema Nacional de Salud, buscan operadores que den seguimiento a grandes proyectos y programas, en el que se encuentran falta de recursos humanos debido a su concentración en las grandes ciudades, por lo que la medicina tradicional como fuente y forma de proporcionar servicios de salud, no solo se haya cuantificada en algunas zonas de la República, si no que es una parte importante del Modelo de Salud de las Entidades Federativas, siendo esta una fuente legítima y reconocidas por nuestras raíces históricas. Max Weber afirma la existencia de sociedades tradicionales si bien es cierto, a partir de esta teoría se ha formalizado esta aportación que

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

requiere de un mayor apoyo en el Sistema Nacional de salud, formulación que conserva el statu quo de algunas regiones del país. y que actualmente ha operado de tal forma que gran parte de su efectividad y eficacia, se ha enriquecido por esta manifestación cultural, sin dejar atrás la importancia de la Medicina Clásica “moderna”, y su aplicación de una metodología objetiva.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Cuantificación: Expresión numérica de las operaciones y existencia de recursos físicos o humanos.  
Sociedades Tradicionales: Las características principales de este tipo de sociedad de acuerdo a Marx Weber subyacen en la herencia cultural y la autoridad patriarcal que predominan.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## 5. LA COBERTURA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.



## 5. LA COBERTURA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

Llevar a cabo actividades, relacionadas con los tres niveles de gobierno en materia común, requiere de acuerdos de coordinación, que contemplen la voluntad de los gobiernos; los convenios Inter. institucionales y acuerdos de coordinación funcionan como mecanismos que rigen el modo de actuar del gobierno mediante sus respectivas estructuras.

Para la presente investigación se considerara como indicador de eficiencia y productividad, los egresos hospitalarios, y las cantidades destinadas a las entidades federativas,

### 5.1. MECANISMOS DE COORDINACIÓN

El Diario Oficial de la Federación, es el medio de publicación de acuerdos de coordinación celebrados entre la Secretaría de Salud y las entidades federativas, así como de otras disposiciones oficiales. Cada una de las partes se compromete a determinadas actividades, como es el ejercicio del recurso de manera efectiva, eficaz, cuidado y mantenimiento de infraestructura y equipo.

Mientras que la Secretaría de Salud establece el seguimiento de indicadores de gestión: como son el número de consultas dadas a partir de varios subconjuntos entre los que destacan las mujeres en edad fértil, las embarazadas, los niños.

### 5.2. ESTRUCTURAS DE SALUD, EN LOS GOBIERNOS ESTATALES.

Con referencia a la composición estructural de lo gobiernos locales, varían de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal y sus reformas adyacentes. La voluntad política es primordial en el interés que cobra el tema de salud. Sin duda el punto medular de las entidades federativas en materia de salud, se ubica en primera instancia en la parte organizativa del subsistema de salud; entendido como las condiciones generales en la materia de cada estado lo que incluye su marco normativo y mecanismos de participación social e instrumentos de coordinación interinstitucional, elementos fundamentales en la aplicación de programas federales y estatales. Es de señalar, que las condiciones tanto políticas como sociales de cada entidad integran un variado universo, que requieren del planteamiento de alternativas integrales.

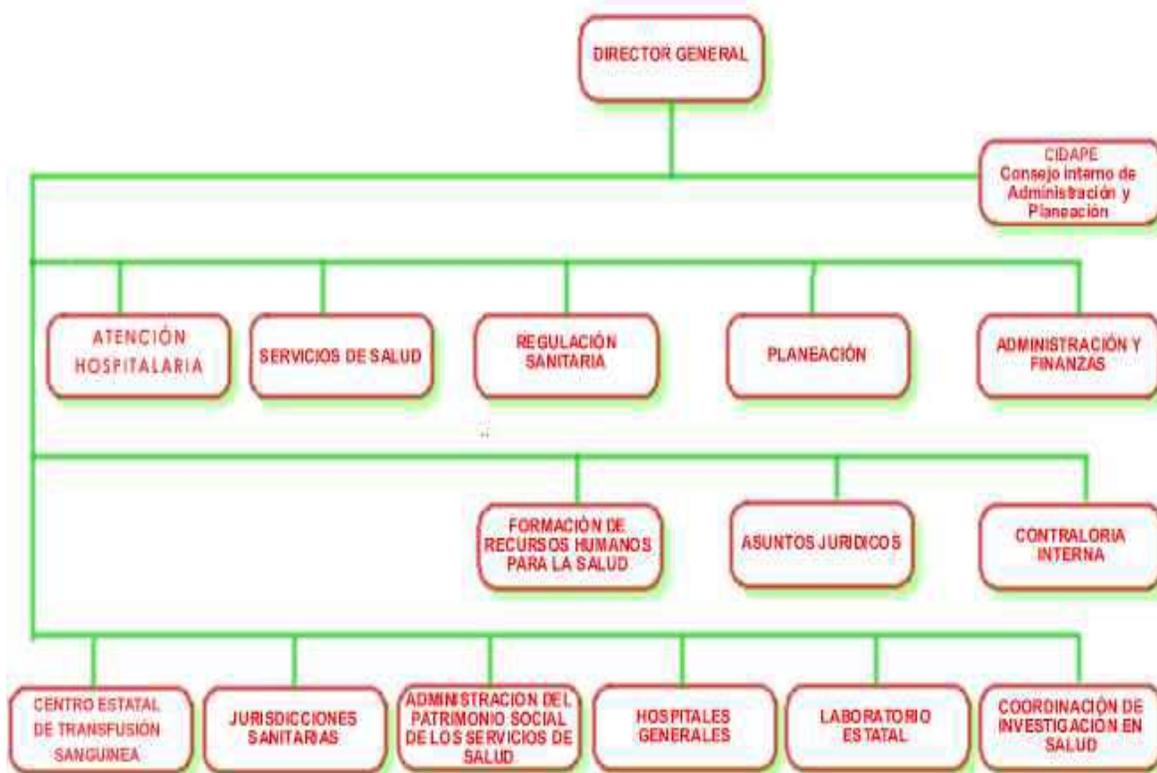
Para la presente investigación se consideraron los organigramas y la legislación de salud de ocho entidades federativas, seleccionadas de forma aleatoria.

Para el análisis de las respectivas Secretarías de Salud estatales, se considerarán tres entidades, el caso de Hidalgo. La composición interna de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo (2003), el caso del Estado de Puebla (2003) y el Estado de Sonora (2001) se muestra en el siguiente recuadro.

Cabe señalar que de acuerdo a su Ley de Salud correspondiente, establece en el artículo primero, las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por las

instituciones en conjunto, con la participación de los municipios, en la prestación de algunos servicios sanitarios.<sup>77</sup>

**Figura 7. ORGANIGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO**



Fuente . [www.hidalgo.gob.mx](http://www.hidalgo.gob.mx) .2003.

<sup>77</sup> Ley de Salud para el Estado de Hidalgo 30 de Agosto 2004. Pág 1. Última Reforma Marzo 2005

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Desde un punto de vista técnico; el planteamiento del anterior organigrama, muestra áreas que evidencian desconocimiento y falta en el diseño del gráfico; cada departamento realiza actividades estipuladas en Ley General de Salud y que la misma institución federal lleva a cabo, no obstante el modelo no puede ser planteado a nivel local, ya que carece de otras instancias auxiliares que mejoren la capacidad de respuesta institucional.

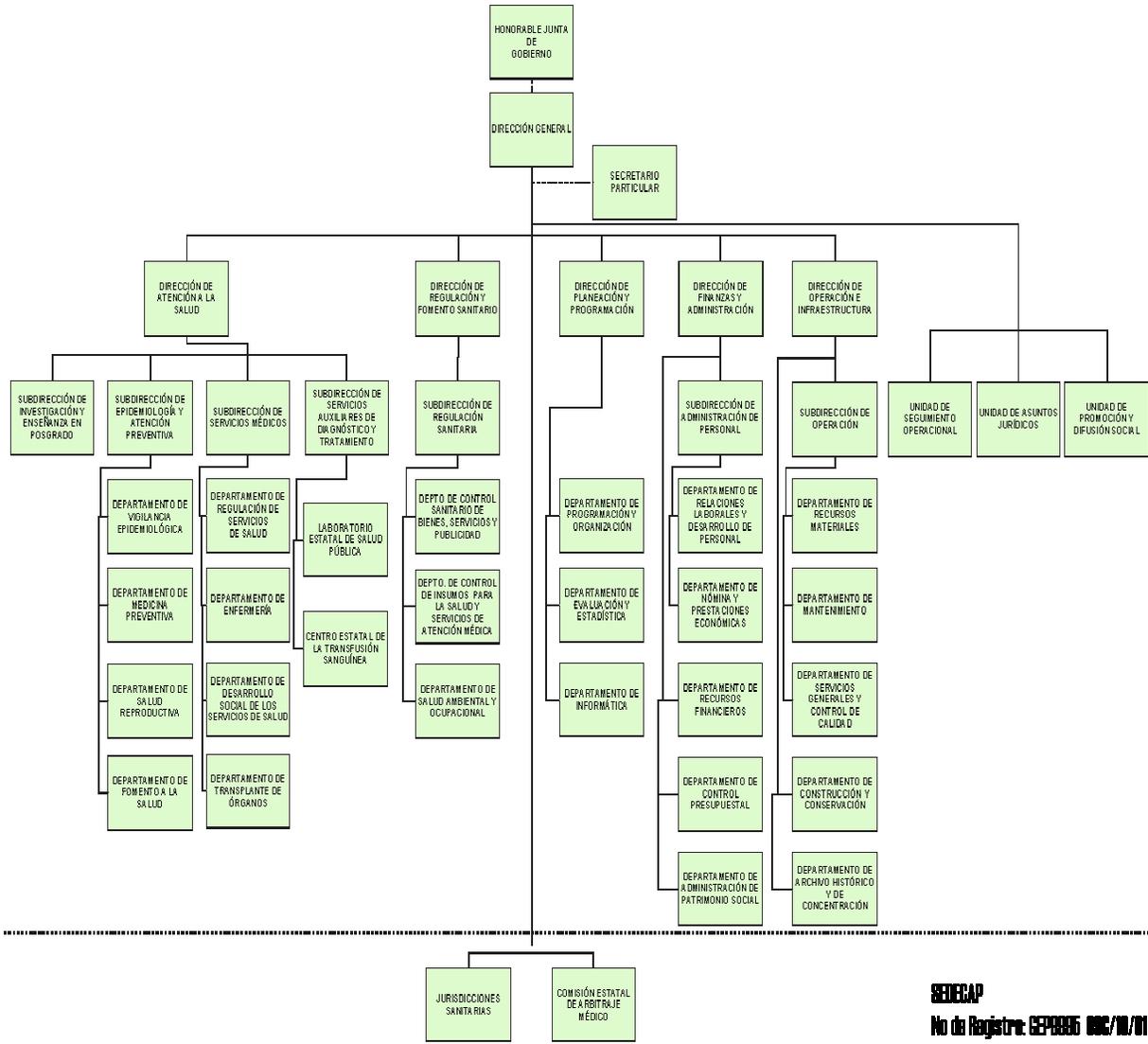
Tan solo el caso de Puebla (2004), plantea en la línea de mando superior en la Junta de Gobierno sobre la Dirección General; que sería equivalente a la Secretaría de Salud local, no obstante el planteamiento de las áreas es más incluyente en materia de atención médica y regulación y fomento sanitario, sin dejar de mencionar sus unidades de promoción y difusión social (Unidad esencial para la sensibilización y ejecución de campañas y programas diseñados para mejorar la calidad de vida de la población). Asimismo señala a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como órgano desconcentrado, lo que evidencia la práctica consistente de la CONAMED en ampliar sus servicios de conciliación.

Mientras que el estado de Sonora hace hincapié de organismos descentralizados y desconcentrados difiere en gran medida de los otros gráficos, sin en cambio incorpora el elemento de calidad en su marco estructural.

En consecuencia, se puede señalar que la construcción de los subsistemas de salud aún no alcanza su pleno crecimiento institucional de acuerdo a lo planteado en la Ley General de Salud, aunado a ello que la legislación local de algunos estados en salud (ver cuadros), adolece de la ausencia elemental de la participación social. Misma que los gobiernos democráticos han impulsado y que repercute en programas de alto impacto social, sumando otras puntos relacionados con la salud pública; entre ellos la regulación sanitaria.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FIGURA 7 ORGANIGRAMA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE PUEBLA 2004.

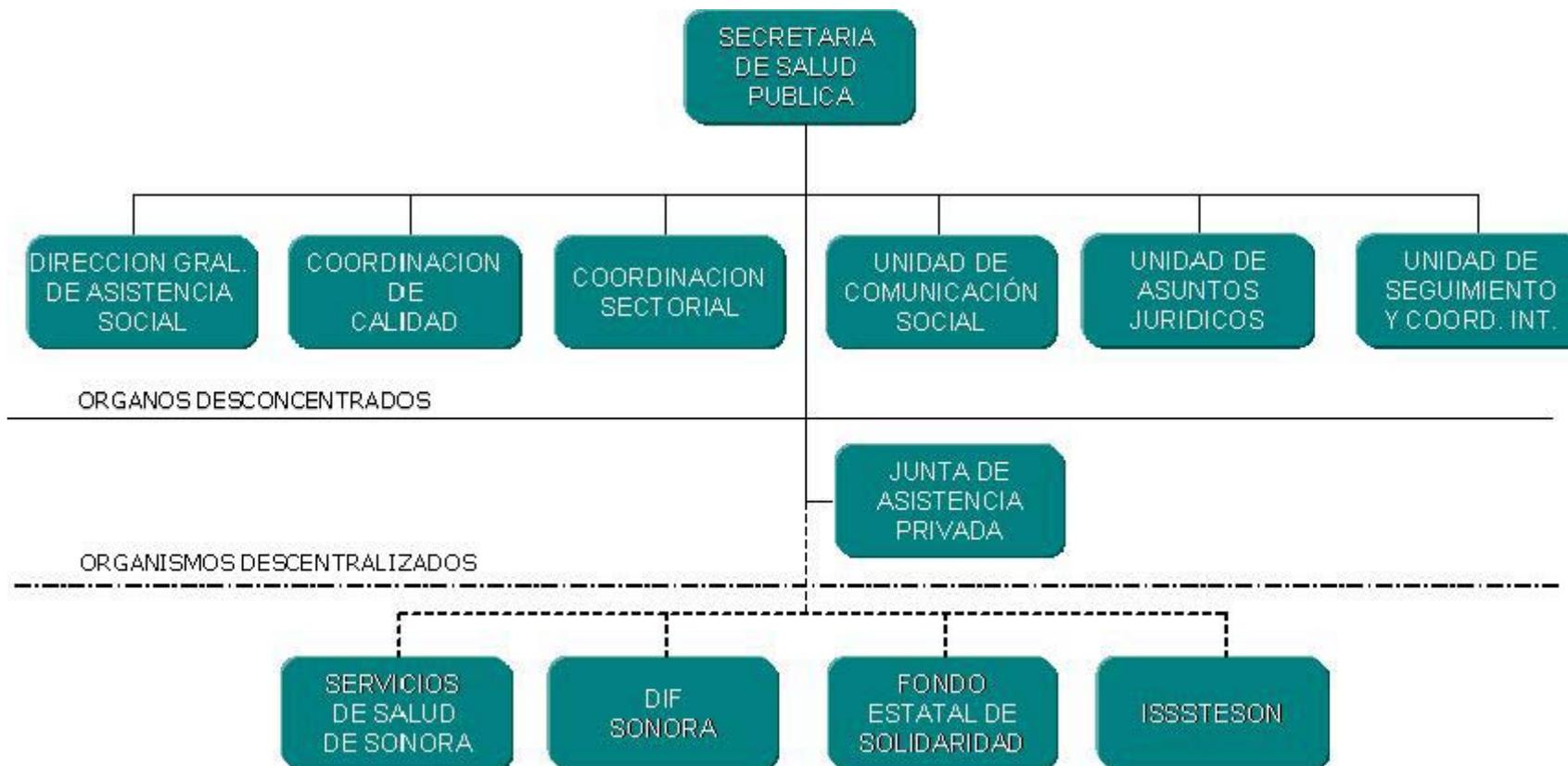


----- UNIDADES DESCONCENTRADAS

SEDECAP  
No de Registro: SEP0006 006/10/01  
Fecha: Octubre de 2001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**FIGURA 9. ORGANIGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE SONORA 2001.**



BOLETIN OFICIAL NOV-26 -2001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 12. Leyes de Salud de algunas Entidades Federativas.**

AGUASCALIENTES 2002	Instituto de Salud de Aguascalientes Gobernador del Estado	Las autoridades sanitarias estatales y municipales en coordinación con las autoridades federales competentes, formularán, propondrán y desarrollarán programas de educación para la salud, los cuales podrán ser difundidos en los medios masivos de comunicación que actúen en el ámbito del Estado, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.	No contempla la participación ciudadana
GUERRERO 1995	Servicios Estatales de Salud. Gobernador del Estado Ayuntamientos	La base fundamental de esta ley es el Artículo 4 Constitucional	No contempla manejo de residuos sólidos
MICHOACÁN 1994	Contempla el Sistema Estatal de Salud. Municipios	Contempla la cobertura de servicios de salud y su universalización. Participación de la Comunidad	No contempla manejo de residuos sólidos
OAXACA	Secretaría de Salud Gobernador del Estado	Menciona que el artículo 12 tiene derecho a la protección	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

		<p>social, y establecerá la participación en materia de salubridad general</p> <p>definirá la competencia del Estado y de los Municipios en materia de salubridad local.</p> <p>Contempla la practica de la Medicina Tradicional en su articulo 7. Así como la distribución de competencias entre el Gobierno del Estado y los municipios</p> <p>Asimismo contempla la realización de convenios para el ejercicio de recursos.</p> <p>La participación comunitaria.</p> <p>La incorporación de auxiliares voluntarios. La Notificación de la existencia de personas que requieran servicios de salud.</p>	
<p>QUERETARO 2003</p>	<p>Servicios de Salud del Estado de Querétaro, SESEQ;</p> <p>I.El ejecutivo Estatal</p> <p>El Consejo de Salud del Estado de Querétaro</p> <p>III. El secretario de salud del Estado de Querétaro</p>	<p>Contempla el manejo de residuos sólidos, la participación ciudadana y las fijación de bases de concurrencia entre el Estado y Municipio.</p>	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

	<p>Estado de Querétaro</p>	<p>El artículo 41 habla de legislar en materia de salud fijando las bases de concurrencia entre Estado y Municipio.</p> <p>Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población en el Estado de Querétaro y la competencia del Ejecutivo Estatal y los Consejos Estatal y Municipales de Salud en materia de salubridad local</p>	
--	----------------------------	---	--

### 5.3.- EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA.

La evolución del Programa de Ampliación de Cobertura, puede entenderse a partir de cinco etapas.

- a) La primera se denomina como Instrumentación e implantación de 1996-1997. momento crucial para el diseño de este programa, etapa en donde se organizo el flujo y destino local de los recursos.
- b) La segunda ubicada en 1997-1998 , tuvo como principal interés abarcar una mayor población objetivo.
- c) La tercera iniciada en 1998-1999, comprendió la mejora de la prestación del paquete básico, incorporando estrategias regionales.
- d) La cuarta de 1999- 2000, se consolido el programa de Paquete Básico mediante la operación cada jurisdicción sanitaria y la inserción plena en la estructura de los servicios estatales.
- e) La quinta etapa, se refiere a la institucionalización del programa y unificar las acciones con los alcances de otras actividades de salud, cuidando y conservando que los procesos de transición propios del cambio del ciclo administrativo no influyen negativamente en el.

Sin embargo de acuerdo a los informes presentados frente a Banco Mundial a continuación se presenta lo siguiente:

Durante 1996-1999 se realizaron las siguientes actividades entre las que destaca; la construcción de 200 unidades médicas que representan el 10% del total de unidades del PAC, la ampliación de 8 centros de salud, la rehabilitación de 310 centros de salud. La subdivisión persistente como indicador de gestión; son las consultas otorgadas en materia de planificación familiar, nutricional, infecciones respiratorias agudas, enfermedades gastrointestinales.

Asimismo las dosis de vacuna también se consideran como indicador cuantitativo entre las cuales destacan: SABIN, la DPT, toxoide tetánico, BCG, antisarampionosa aplicadas. Para medir el impacto del Programa de Ampliación de Cobertura, se determinó.

La Cobertura de servicios de salud en miles de personas.

El promedio de consultas/ embarazadas.

Promedio de valoraciones de grado nutricional/ niño menor de 5 años.

Porcentaje de casos de niños menores de 5 años con desnutrición.

Porcentaje de casos de infecciones respiratorias tratados con antibióticos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Porcentaje de tratamientos de tuberculosis pulmonar terminados.  
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer<sup>73</sup>

**Cuadro 13. Promedio de población atendida por unidad médica del PAC.**

Año	Población Beneficiaria	Unidades Médicas	Población por unidad médica
1996	3,878,100	720	5,386
1999	7,436,700	3,097	2,401

La proporción que representan las acciones del PAC de los servicios de Primer Nivel de Atención.

El 7.8% de la población objetivo fue atendida mediante consultas de planificación familiar.

El 75% fueron usuarios activas de planificación familiar.

El 8.3 % se otorgaron consultas a embarazadas.

El 15 % se otorgaron consultas por Diarrea Aguda

El 10.4% se otorgaron consultas por Enfermedades Respiratorias Agudas.

**Cuadro 14. Incorporación de Estados Participantes del PAC.**

1995	1996	1999
Campeche	Chihuahua	Jalisco
Chiapas	Durango	
Guerrero	Guanajuato	
Hidalgo	Nayarit	
Michoacán	México	
Oaxaca	Querétaro	
Puebla	Sinaloa	
San Luis Potosí		
Veracruz		
Yucatán		
Zacatecas		

<sup>73</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación 15 de Marzo 2001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Para ilustrar, el aumento de la cobertura de servicios de salud; a continuación se presenta la representación gráfica de hospitales y los indicadores de marginación. (Ver mapas).

Las entidades que mostraron un mayor crecimiento en materia de egresos hospitalarios son: Estado de México y Veracruz. Siendo que este último estado, posee un alto índice de marginación según datos de la CONAPO.

Mientras que Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Sonora, Tabasco y Tamaulipas se colocan como entidades con alto crecimiento en hospitales y unidades rurales.

Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa y Tlaxcala crecieron moderadamente en materia de hospitales. Sin embargo dada la condición geográfica de algunas de estas entidades mencionadas, cabe destacar que se destino mayor recurso a unidades rurales como es el caso de Guerrero y Chiapas (Ver estadísticas).

Como entidades de muy bajo crecimiento en egresos hospitalarios, se tiene que los estados de Colima, Nayarit, Durango, Quintana Roo, Yucatán, Zacatecas, Coahuila, y Campeche.

**Cuadro 15. Cuadro de Nivel de Marginación.  
Entidades con alta marginación**

Yucatán	San Luis Potosí	Nayarit
Zacatecas	Puebla	Michoacán
Guanajuato	Campeche	

Elaborado a partir de información de CONAPO 2000.

**Entidades con muy alta marginación**

Guerrero
Hidalgo
Veracruz

Elaborado a partir de información de CONAPO 2000.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## Conclusiones.

Las estrategias de salud y su desarrollo en la historia del país han sido marcadas por asignaciones presupuestales que coinciden con prácticas administrativas y modelos alternos a los nuevos tópicos de temas sociales.

En otras palabras los modelos económicos repercuten en programas sociales promovidos desde organismos internacionales.

La Coordinación vertical entre los niveles de gobierno requieren de capacitación para influir en los esfuerzos colectivos del programa.

La Situación geográfica más que una limitante se convierte en una oportunidad real para la coordinación institucional entre entidades y para el intercambio de propuestas de alcance.

En contraste el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), se vio afectado por la descentralización de servicios de salud que actualmente aun están en plena construcción de sus propios subsistemas.

El PAC, fue planteado como columna vertebral para abastecer de servicios básicos de salud a la población mexicana durante un sexenio.

La salud es vista desde el artículo cuarto constitucional como un derecho, y fundamentalmente el punto de vista legal es propio del sistema jurídico mexicano, sin embargo se encuentra legítimamente avalado por las necesidades de la población que abarcan desde el control, cura de la enfermedad y el abastecimiento de los servicios.

Si bien es cierto la satisfacción de los servicios de salud ha sido una preocupación para los gobiernos tanto locales como internacionales que abarcan desde premisas creadas a partir de variables que coinciden y que las comunidades exigen como derecho.

Ante ello el PAC incluyó el interés de los integrantes de estas comunidades para la ejecución de este programa, por lo tanto la cooperación con los ciudadanos y los gobiernos permiten operar dicho programa.

En otras palabras la cooperación intersectorial fue fundamental para el PAC, donde las condiciones políticas, económicas y sociales generaron las condiciones para aplicarlo.

El marco jurídico y su decreto específicamente avalado en la Ley General de Salud ha sido complemento de la organización y consolidación del Sistema Nacional De Salud, que agrupo a las instituciones públicas con el objeto de otorgar dirección a la cabeza rectora del Sistema Nacional de Salud y por lo tanto identificar las áreas específicas para la ejecución del programa.

De acuerdo al artículo 26 postula que la organización y administración de los servicios de salud se regirá bajo el principio de distribución de grupos de usuarios, regiones, y en el orden municipal; es el origen de la cobertura, objeto de estudio de esta misma investigación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Como parte de la definición del PAC, la incorporación de las comunidades y su importante participación en las decisiones que el gobierno local toma en cuanto el tema de salud, la ley General de salud fomenta esta sana colaboración en la ejecución de actividades.

Reconocida como el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de la población que se proporcionen de manera continua en lugares accesibles y de manera aceptable, misma que garanticen el acceso a los diferentes niveles de servicios de salud.

El Programa de Ampliación de Cobertura se enfrentó ante una dificultad debido a lo accidentado de la geografía de México, en otras palabras la accesibilidad de los servicios demuestra que no ha sido tarea fácil que la población alejada de las grandes urbes, tengan posibilidades de acceso a los servicios de salud, mucho menos a operaciones quirúrgicas que conllevan no solo a gastos de infraestructura si no de ejecución.

Si bien es cierto la disponibilidad de servicios ubican a las instituciones públicas como administradoras esenciales de los recursos, representando racionalidades para que el personal médico efectúe su respectivo labor.

En otras palabras aparentemente es más fácil atender al paciente en un primer nivel de atención cuando económicamente es más factible trasladarlo a un hospital de primer nivel, adecuando a las condiciones laborales o bien a la capacidad de trabajo interinstitucional de las instituciones públicas.

En primera instancia se entiende que los factores internos obedecen a la deficiente coordinación y distribución en la asignación de recursos, que por ende administrativamente recaen en la duplicidad de contabilidades y/o funciones.

Los factores externos, se muestran como parte de la complejidad del tejido social como son la pobreza, el desempleo, subempleo, las reformas del Estado.

La garantía del beneficio que obtiene los usuarios, podría medirse cuantitativamente como lo muestra las gráficas de la OCDE en comparación con los Datos de Banco Mundial.

El nivel de aceptación de los servicios de salud y su respectiva legitimidad es vista como inherente a el mismo, se explica como derecho fundamental de vida, en contraste con la legitimidad del servicio que se otorga, incluye la evaluación del servicio prestado y la satisfacción del usuario, en otras palabras significaría el claro aumento en el control de las enfermedades y su respectiva clasificación y administración de recursos y bienes en el que se incluye el factor humano.

En términos cuantitativos y para efectos de análisis de los cambios sociales en el sector salud, las metodologías aplicadas para su medición se enfocan principalmente a la medición de oferta y demanda en el servicio.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Para ello se requiere el conocimiento de las realidades sociales en las que operó el Programa de Ampliación de Cobertura y su real atención a los problemas generados a partir de las características de las comunidades.

Cabe mencionar que a partir de la definición de la visión y la clarificación de objetivos, el señalamiento de políticas que son criterios para la acción gubernamental, inciden en el perfeccionamiento de la técnica aplicada para la atención de los problemas públicos, no sin antes mencionar que el factor humano es imprescindible en la operación y ejecución de señalamientos generales y las realidades en las que se ajustan el diseño de proyectos, programas o bien políticas públicas.

El Programa de Ampliación de Cobertura se sustento en el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, tiene por objeto, mediante la cobertura y su extensión, mejorar la calidad de servicios que ofrecen incrementar la productividad, y la utilización de los recursos disponibles para elevar el nivel de salud.

Destaca en primera instancia de este modelo, su enfoque preventivo, significa el cambio de los hábitos y cultura higiénica, la estimulación de la participación comunitaria, la garantía de programas prioritarios de salud y su gratuidad para la población abierta más vulnerable. En resumen todo programa de salud significa la promoción de un mejor estilo y calidad de vida.

Sin embargo el enfoque de la Administración Pública requiere de planteamientos y formulación de escenarios a futuros. La integración y coordinación de instancias privadas, gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo de acciones de interés público, no solo busca alternativas o paliativos en la inmediatez, si no a largo plazo y que sean encausados los esfuerzos en la construcción de escenarios viables y benéficos.

Las tendencias actuales que giran en torno a la Administración Pública y su relación con la salud pública no solo requiere de investigación, creación e instrumentación de tecnologías, entendido como modelo de cambio a largo plazo e integral, y la formulación visionaria como expresión subjetiva que compromete a futuro los esfuerzos de alguna organización.

En consecuencia mientras que los adelantos científicos rebasan las capacidades institucionales, si bien es cierto se ha mencionado que el Genoma Humano será el tópico de boga dentro de algunos años, por instancias de gobiernos, la legislación aplicable a ello será rebasada de acuerdo a los cambios generados a partir de las nuevas realidades que imperen en la sociedad.

Los gobiernos requieren invertir en este avance científico que exigirá una mejora práctica administrativa de control y de ejecución ya que si bien es cierto se esta hablando del origen de la vida de nuestra especie humana. Y que la iniciativa privada obtiene ventaja debido a la rentabilidad que muestra, en la inversión en la investigación.

Actualmente se observa la fuerte tendencia de la iniciativa privada a jugar en el marco de la atención de la salud, debido a la ola de participación privada en los asuntos públicos, sin

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

embargo cabe aclarar que el Estado será el garante de salvaguardar las vidas de los seres humanos, y resaltar daños que surjan a partir de la prestación de servicios o al brote inusual, epidémico de alguna u otra enfermedad.

Es cierto que se ha observado un fuerte adelgazamiento del aparato gubernamental, y serias reformas al sistema de salud, alcanzar el escenario del liderazgo que la iniciativa privada pueda tomar en los servicios de salud aún esta lejano en la realidad comunitaria, y cercano a la conglomeración de los servicios en las grandes urbes. Por lo que llevar a la comercialización de los servicios de salud en un escenario catastrófico aumentaría la brecha de la desigualdad social, y a cambio se exigiría una mayor atención de calidad.

No obstante el siguiente paso en los gobiernos democráticos y considerando la globalización como una tendencia marcada, que se convierte en una realidad ya constante y demandante en el sentido del auge de los medios de comunicación y las consecuencias del libre mercado, requiere de compartir el gasto social, sin caer en aumentos en el déficit fiscal (deuda pública), presionada por otro tipo de problemáticas latentes en la economía del país. En efecto el Sistema Nacional de Salud no requiere de la desregulación completa o parcial, requiere de mejores leyes que protejan tanto a la industria farmacéutica local, como la regulación del mercado privado de seguros médicos, ante las disposiciones del Tratado de Libre Comercio y ante la intromisión de cadenas comerciales extranjeras, que elevarían los costos en medicamentos que marcas nacionales destinan al sector salud, que incentiven el consumo nacional ante la competencia del libre mercado.

Requiere de una mejora distribución en los ingresos y recursos destinados a la atención de la salud y sus servicios, ya que es una realidad que el rezago en la infraestructura y material serán considerables en la República pese a los esfuerzos gubernamentales y las acciones que realiza el personal profesional y capacitado para atender y dar cobertura de salud para la población derechohabiente y no derecho habiente.

Por lo que la toma de decisiones, y quienes se encuentran en el cuerpo técnico o bien son ejecutores de las mismas, requieren mayor preparación y alta dirección en el manejo de los asuntos públicos a tratar sin olvidar el bienestar. Agregando la integración de figuras míticas, características de las regiones y que en tiempos difíciles son agentes y generadores de cambio mucho mayor aceptables que inclusive figuras profesionalizadas como se ha mencionado.

Es evidente que los cambios siempre tendrán costos sociales o políticos como se ha visto en la actual reforma del sistema de seguridad social, no obstante la repartición del gasto en el sentido que, el Estado administre y vigile la participación de la iniciativa privada en la prestación de los servicios que sean financiados por el erario público (impuestos) y las aportaciones de los privados en torno al mejoramiento de la calidad de los servicios, práctica que se ha generado principalmente en las instituciones de seguridad social tomando en cuenta que una premisa en el ejercicio de la administración pública, es la ausencia de los recursos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Otra tendencia marcada en la atención para la salud como se ha mencionado es el aumento de los gastos privados en salud.

Es cierto que dentro de algunos años aumentará la ya creciente población de ancianos, convirtiendo en una prioridad la urgencia de diseñar políticas públicas que atiendan esta problemática. Las regiones del país se caracterizan por el fuerte o escasa cohesión social que permite, se requerirá de la consolidación institucional que permitan generar las condiciones de atención para la generación de la tercera edad.

Es cierto que en algunas zonas al poner en marcha los programas sociales, sin embargo frente a las condiciones económicas latentes ha fomentado el fuerte fenómeno de la migración.

El Programa de Ampliación de Cobertura lejos de ser un paliativo para la atención de la salud, ha permitido fortalecer dentro de su capacidad limitada a los hábitos de salud, ha entendido la revaloración del servicio y prestación médica de figuras tradicionales, y evidentemente ha rebasado las barreras geográficas, que han sido limitante relativa en la ejecución del programa. Sin embargo falta por fortalecer la parte institucional del sector salud, agilizarla, complementarla y evaluarla, si bien es cierto en algunas entidades no ha sido posible alcanzar las metas contempladas, y el recurso destinado ha sido insuficiente para soslayar las serias deficiencias y debilidades que arroja los sistemas de salud locales, desde la estructura administrativa y el enfoque que se da hacia la atención de la salud pública. El Programa de Ampliación de Cobertura en su evaluación relativa que el gobierno federal con la cooperación y relación intergubernamental e internacional ha arrojado frutos considerables en la elevación de la calidad de vida, empero la interpretación de las estadísticas poblacionales, *a grosso modo*, en conjunto con la elaboración, de la construcción de escenarios futuros, se observa la tendencia creciente de la población adulta, lo anterior no solo requerirá un fuerte atención de los gobiernos, si no de la participación social y generación de conciencia en torno a las fuertes demandas que emanen de este tema. Es evidente que los grupos con mayor atención como se puede interpretar en el PAC han sido la comunidad infantil y el enfoque de una política de género que según últimas declaraciones públicas falta destinar recursos, sin embargo ante los cambios generados a partir de la dinámica población el PAC requiere de la implementación de políticas para la atención de los ancianos, en regiones que si bien es cierto son reconocidos y respetados, lo cual indica que la atención geriatra será primordial dentro de algunos años.

La integración e implementación del paquete básico de salud también ha sido una práctica constante en los países de Latinoamérica

El pluralismo en salud<sup>\*</sup> como lo denominan se refiere a la administración de recursos financieros hacia la producción y consumo de servicios de salud. Sin embargo este modelo tiene como consecuencias el desencadenamiento de prácticas clientelares en torno a la prestación de servicios ya que induce, dañan y desatienden a las instituciones públicas y se formenta un nivel organizacional que perjudica la credibilidad de estas mismas, debilitando a la función y el ejercicio público.

---

\* En Los Sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. Julio Frenk, Juan Luis Lodoño. En Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Institute for Alternative Futures. 1998.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Esta modalidad desata polémicas ideológicas o paliativos ante las limitaciones que las finanzas públicas imponen y se decide dar a otras instancias la calidad de servicios de salud.

Otra de las medidas se menciona la descentralización que principalmente recae en las autoridades locales (acción ya tomada por el sistema nacional de salud).

Sin embargo las experiencias son distintas, benéficas, equidistantes y algunas discordantes mientras que en la presente investigación existe una asimetría en la información que la Organización Panamericana de Salud proporciona como material documental.

Bajo el pluralismo estructurado la población queda protegida mediante seguros o por subsidios para quienes no pueden solventarlo.

El nuevo paradigma se enfoca a la prevención sin dejar atrás a la curación, la organización de los recursos humanos, administrativos y materiales se enfocaran a la atención de enfermedades degenerativas crónicas, su dimensión sistemática se encausara a integrar equipos coordinados y no segmentados.

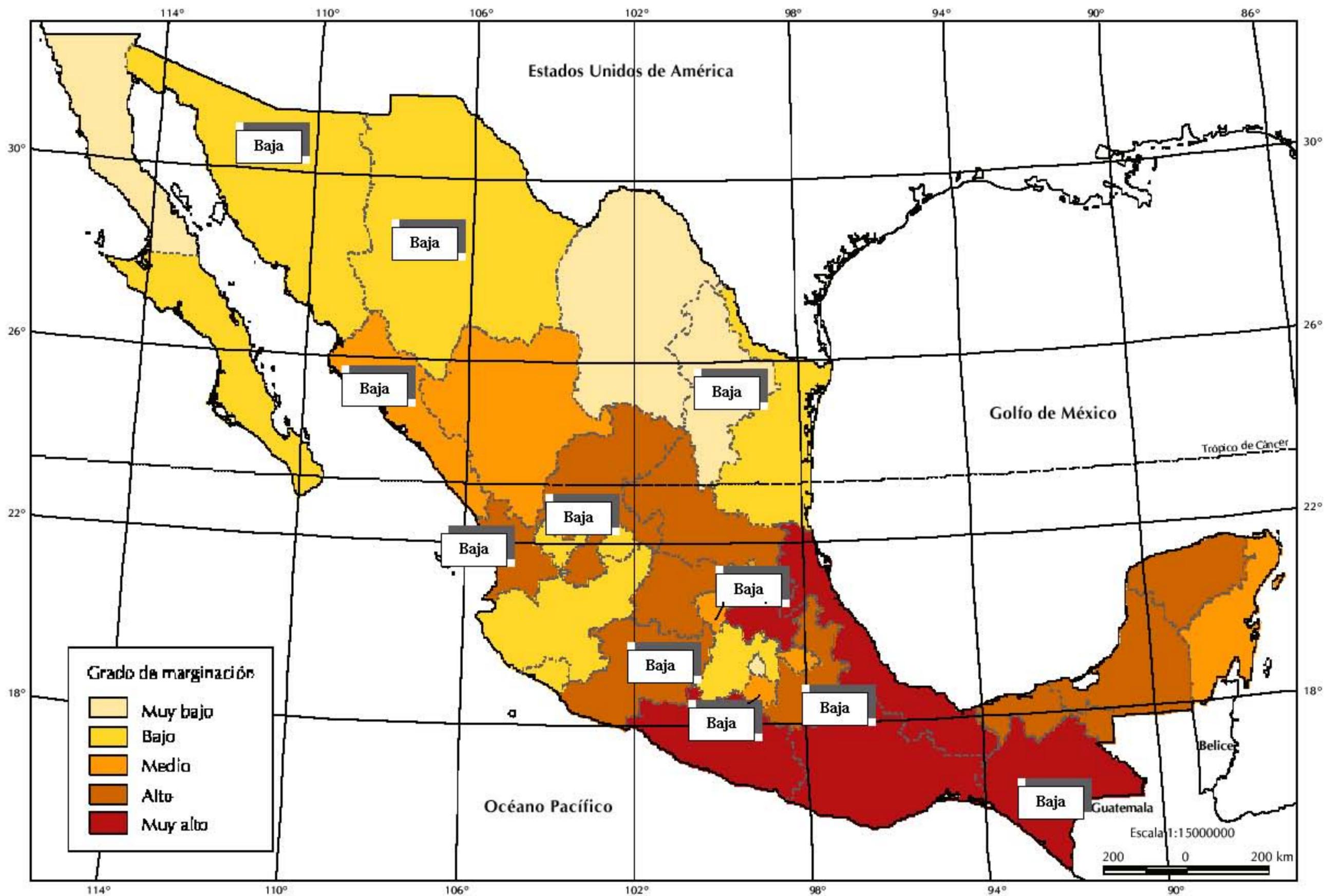
En otras palabras el enfoque administrativo es apostarle a la prevención y no solo a la reacción, depende de la capacidad del sistema de salud para asumir la cabeza rectora y representar otros esquemas, por ello es tan importante que se defina de manera aún verticalizada los esquemas de atención.

Existen aún muchos pendientes en la cobertura de un programa y en la cobertura de servicios de salud, desde la atención médica, la regulación sanitaria, la asistencia social y la salud pública. Para todos estos casos requiere de una base que sirva para la creación de actividades estratégicas y específicas, que primordialmente es uno de los objetivos fundamentales de este trabajo.

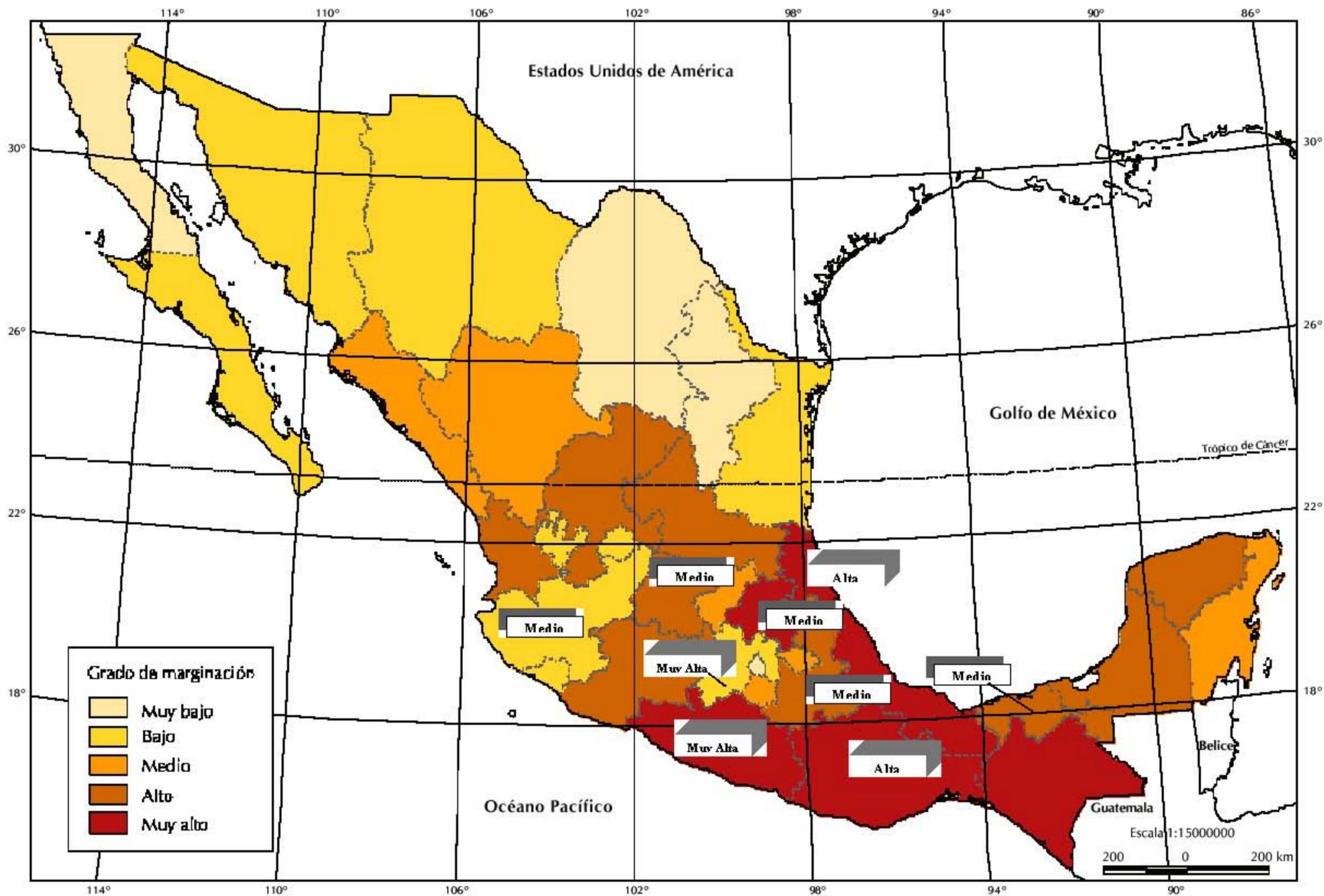
*Elizabeth Cortina Herrera.*

*Otoño 2005.*

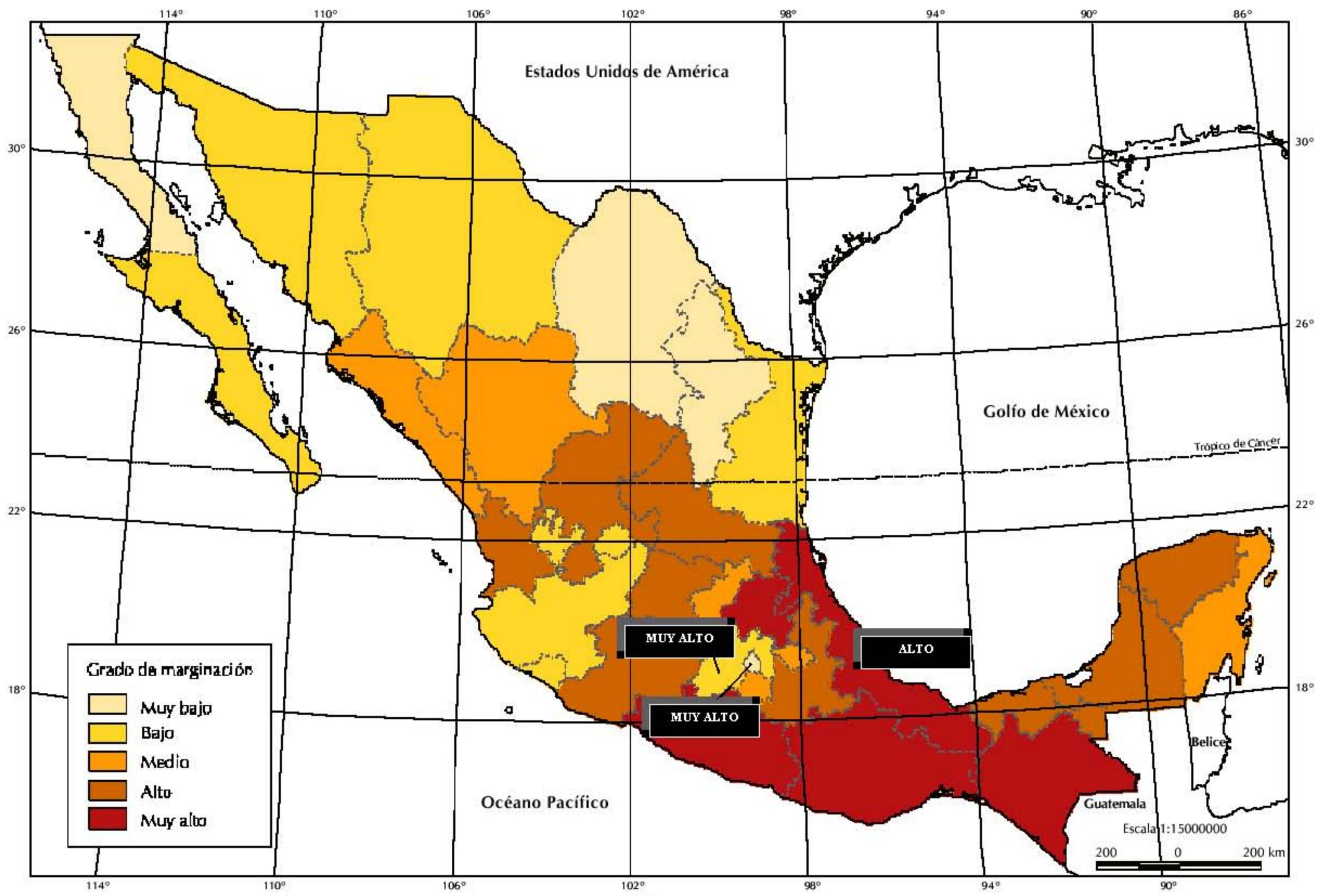
UNIDADES RURALES  
E INDICADORES DE MARGINACION  
2000



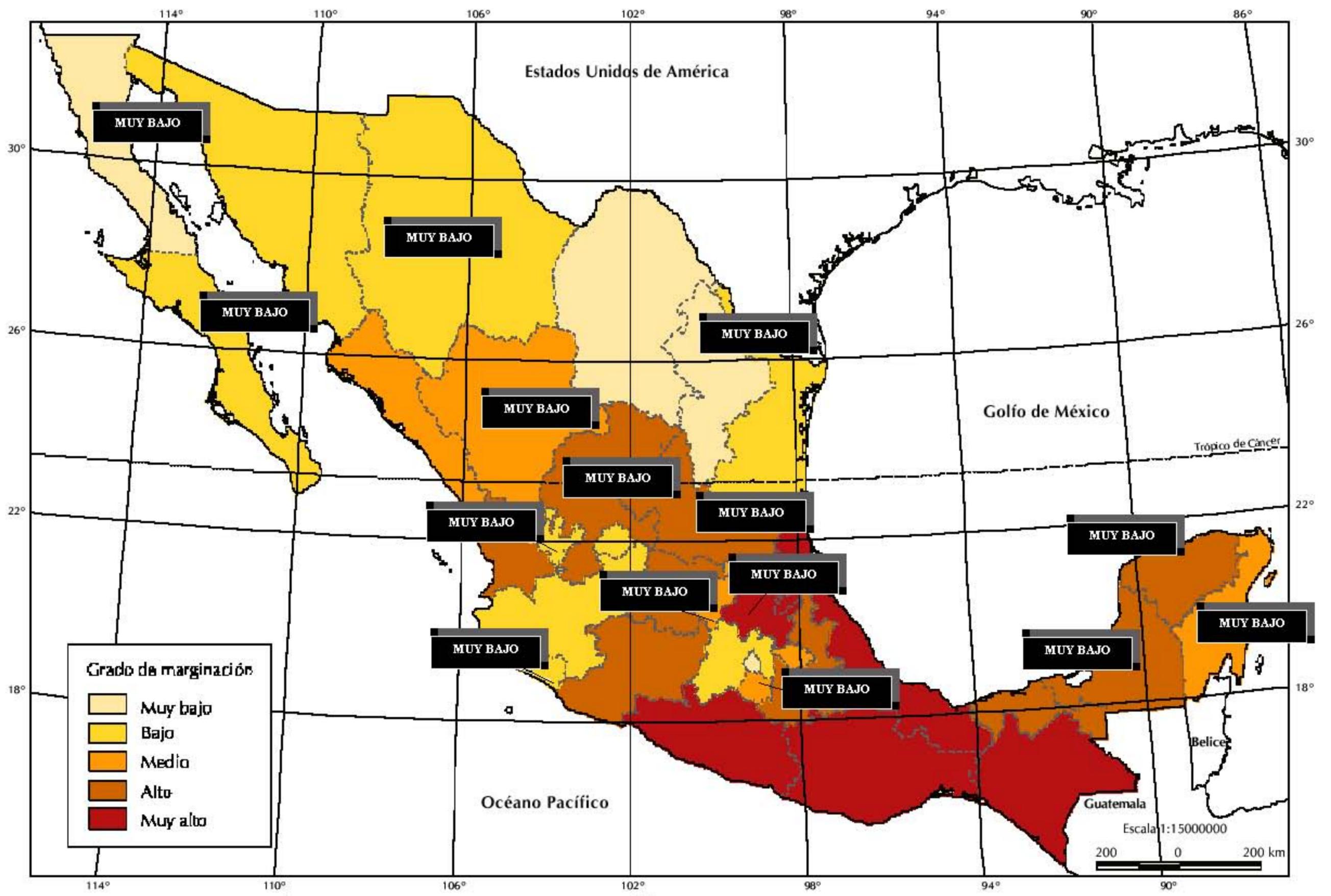
UNIDADES RURALES  
E INDICADORES DE MARGINACION  
2000



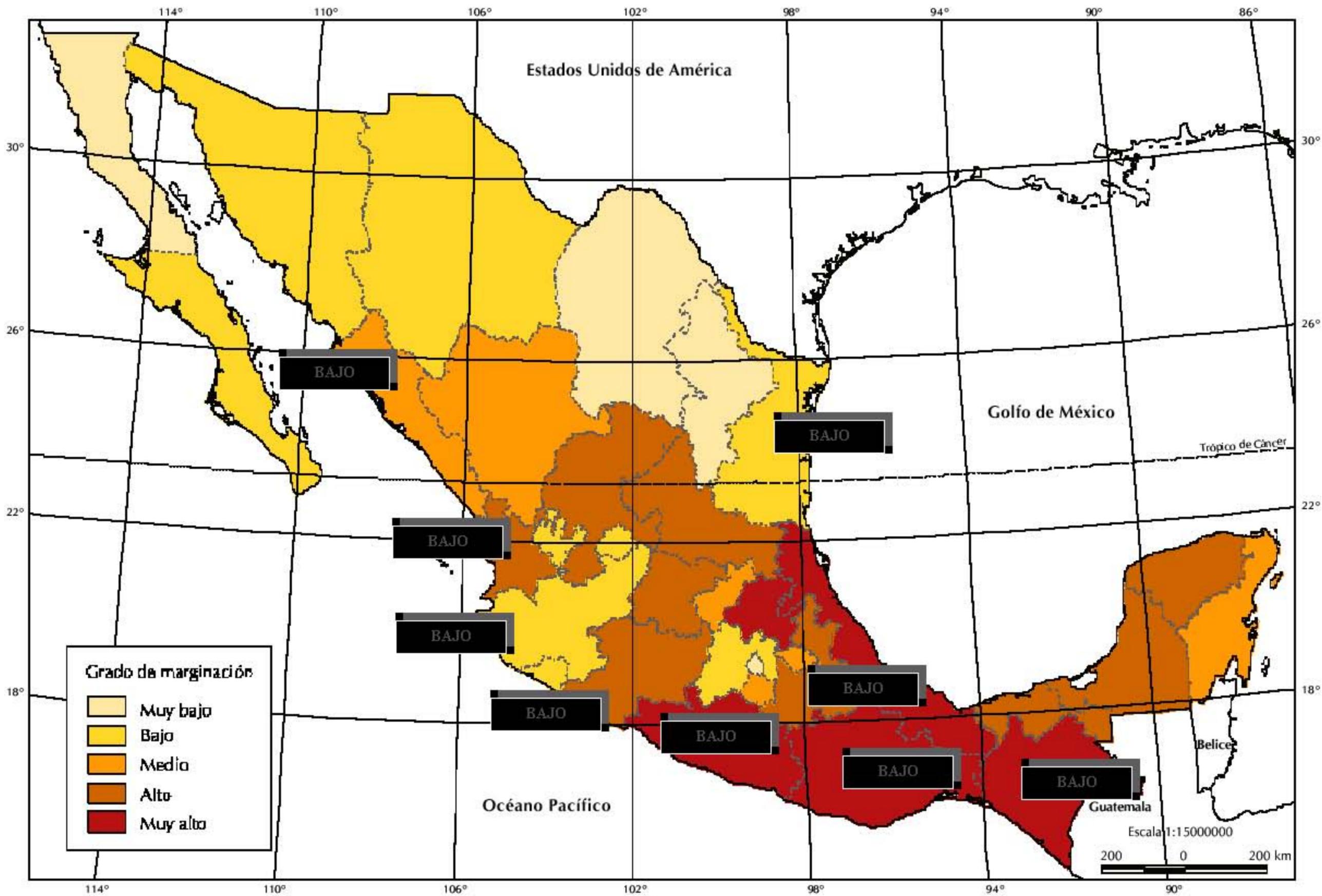
**NUMERO DE HOSPITALES E  
INDICADORES DE  
MARGINACIÓN**



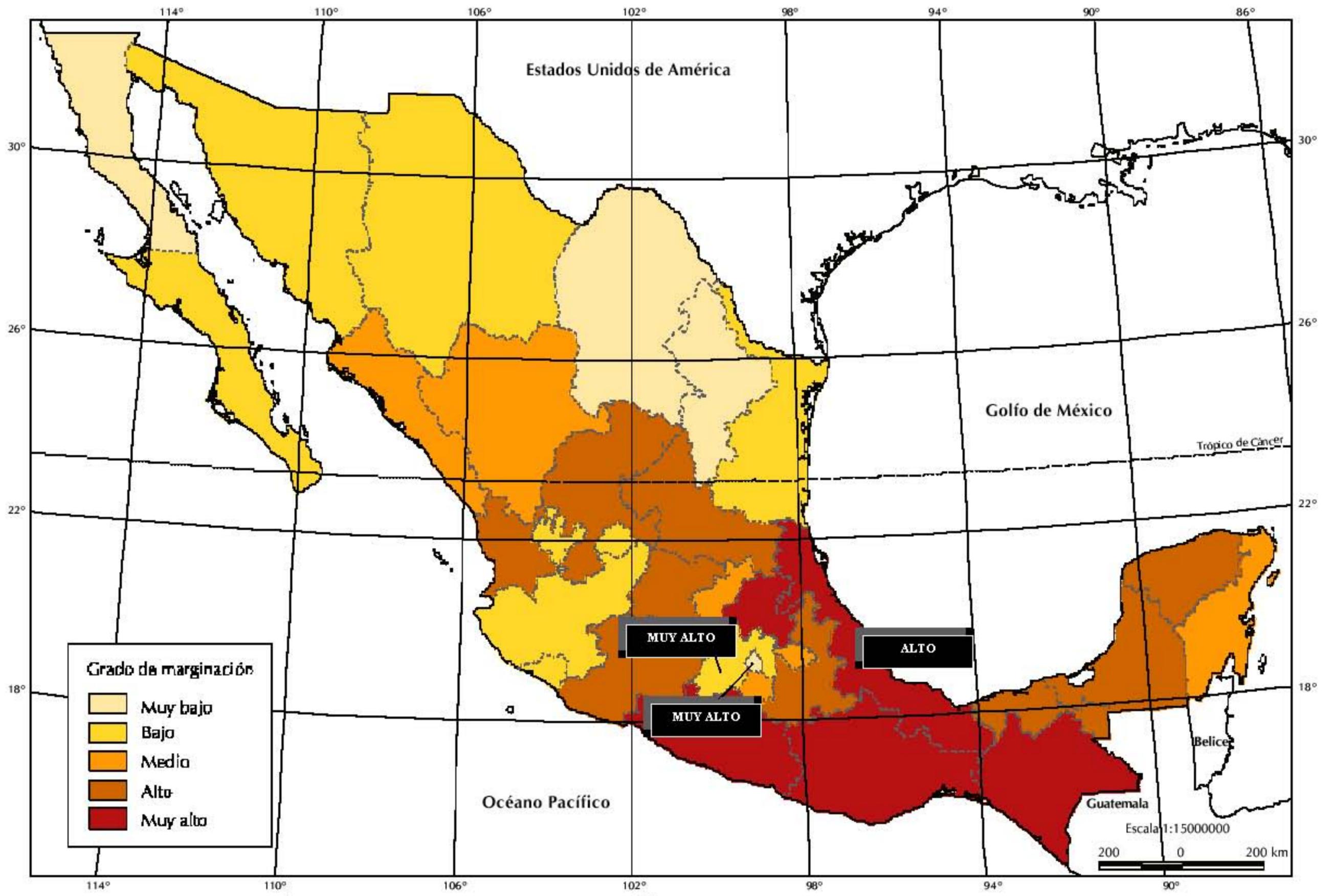
NUMERO DE HOSPITALES E  
INDICADORES DE  
MARGINACIÓN



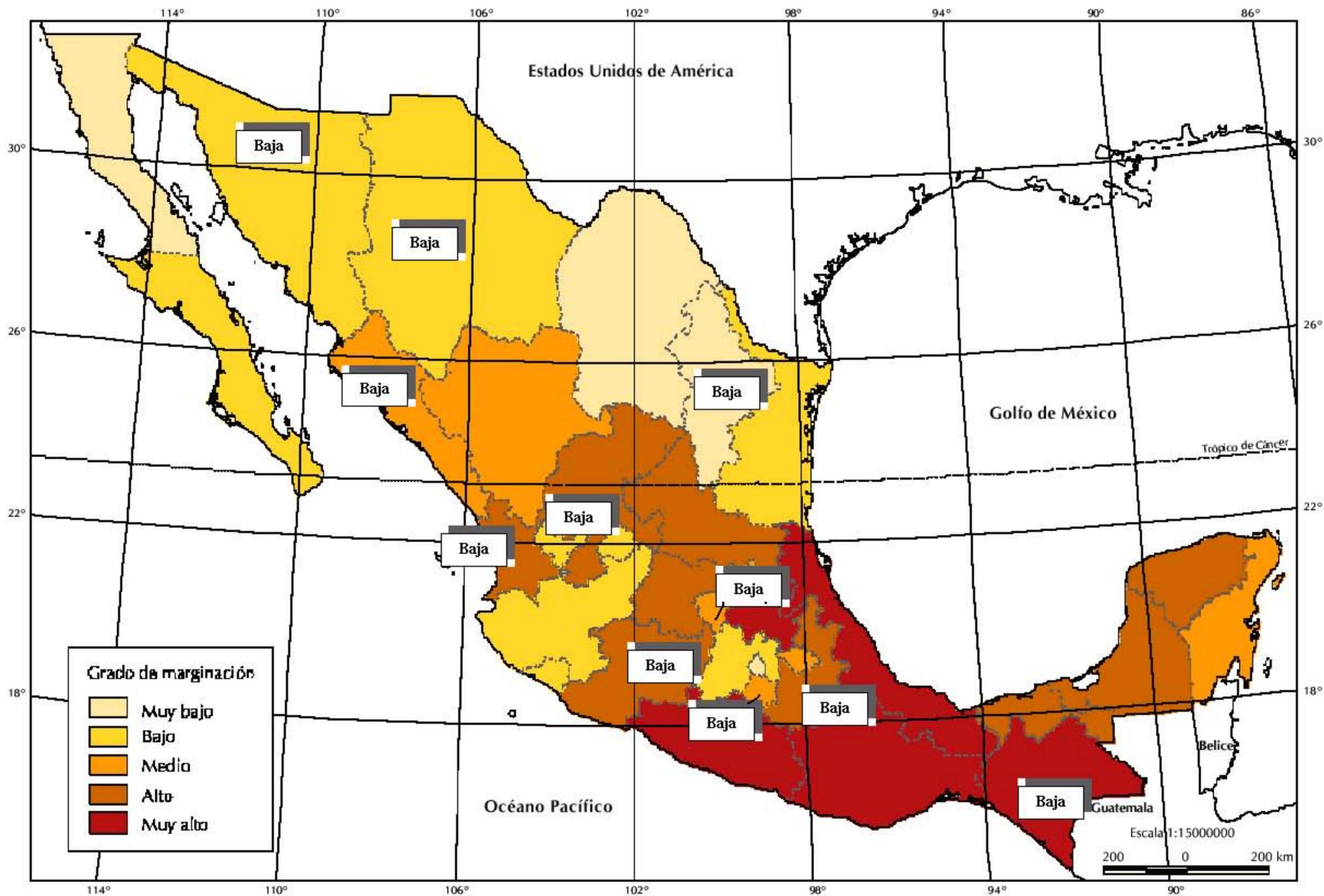
**NUMERO DE HOSPITALES E  
INDICADORES DE  
MARGINACIÓN**



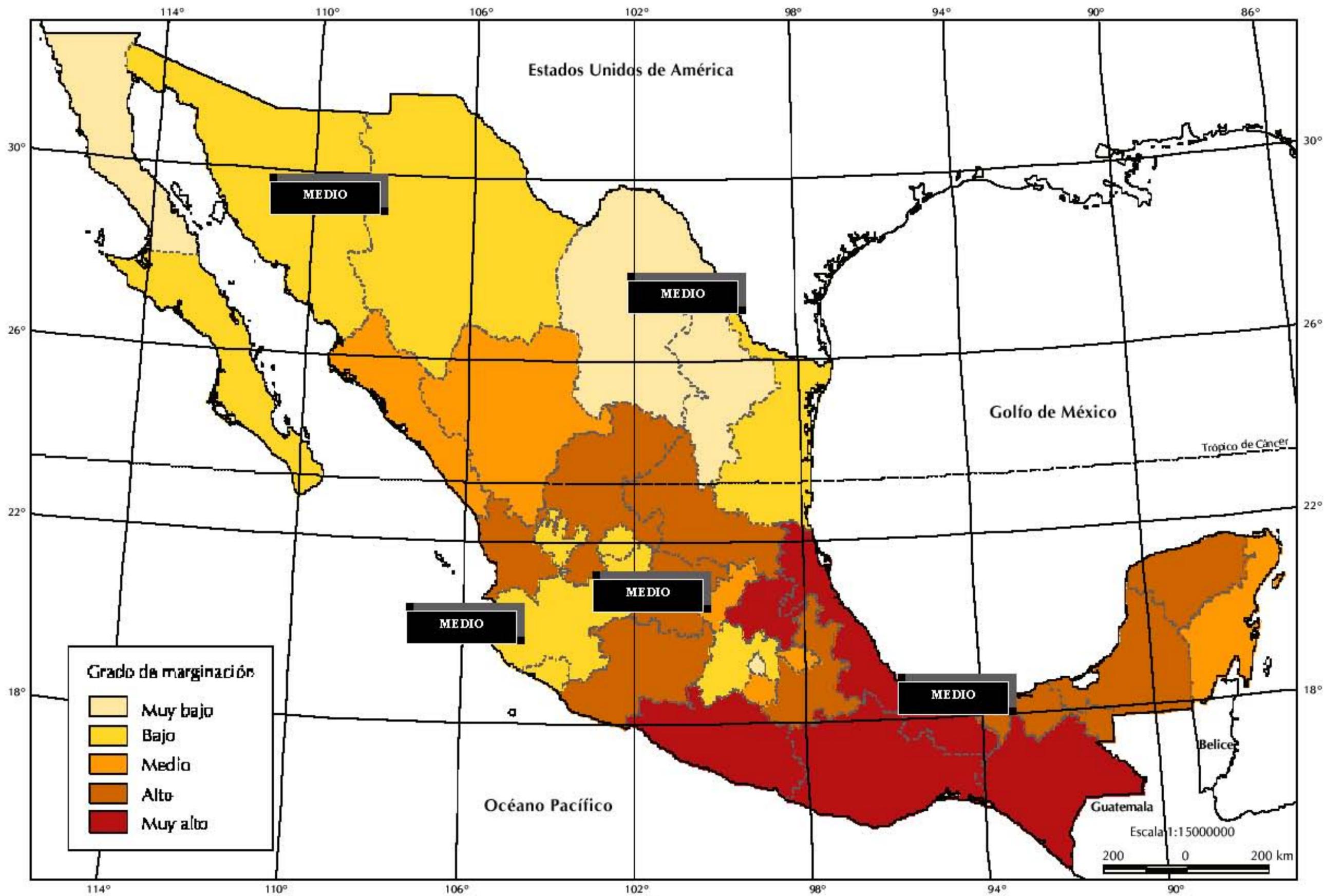
**NUMERO DE HOSPITALES E  
INDICADORES DE  
MARGINACIÓN**



UNIDADES RURALES  
E INDICADORES DE MARGINACION  
2000



NUMERO DE HOSPITALES E  
INDICADORES DE  
MARGINACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**Cuadro 16. Servicios de Salud según la Ley General de Salud 2003**

Atención Médica	Salud Pública	Asistencia Social	Regulación Sanitaria*
<p><b>Objetivo:</b> La definición legal menciona que son los servicios creados con el objeto de proteger, promover y restaurar la salud al individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Preventivas</li> <li>b) Curativas</li> <li>c) Rehabilitación</li> </ul>	<p><b>Objetivo:</b> Se ha mencionado que el concepto de salud publica se refiere a todas aquellas acciones de la comunidad que coadyuvan al mejoramiento de los servicios de salud y las instituciones Entre ellas destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilancia y control de agua de descargas residuales sin el tratamiento, así como residuos peligrosos.</li> <li>▪ Vigilancia y control de material radiactivo. Y unidades de rayos x y de uso odontológico.</li> <li>▪ Control, Prevención de Enfermedades y Accidentes</li> <li>▪ Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General.</li> <li>▪ Ejecutar programas contra las adicciones Cap. II, contra el alcoholismo, contra la tabaquismo, contra la fármaco dependencia.</li> <li>▪ Vigilancia epidemiológica</li> </ul>	<p>Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos.</p> <p><b>Objetivo:</b> Acciones vinculadas con el desarrollo integral del individuo, encaminadas a transformar y mejorar el ambiente y circunstancia de carácter social. También se refiere a la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Son toda aquellas actividades secuenciales de verificación de contenido, con la finalidad de proteger el equilibrio bio psico social del individuo en la sociedad, comprende de una revisión minuciosa de productos, bebidas, alimentos, productos bio químicos ,equipos y actividades que están relacionadas con el ámbito económico del país y y rebasan las fronteras internacionales. Por lo que se establecen mecanismos de sanción, autorización y certificación como parte de esta regulación y sus procesos alternos, que van desde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación.</li> <li>● Control de bebidas alcohólicas y no alcohólicas</li> <li>● Medicamentos</li> <li>● Sustancias psicotropicas</li> <li>● Establecimientos destinados al proceso de medicamentos</li> <li>● Equipos médicos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales, agentes diagnostico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.</li> <li>● Control de productos de perfumería y belleza</li> <li>● De Aseo.</li> <li>● Plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias toxicas o peligrosas</li> <li>● Biotecnológicos.</li> <li>● Publicidad.</li> <li>● Donación, transplantes y perdida de vida</li> <li>● Sanidad internacional( migratorio, puestos marítimos de altura, aeropuertos, poblaciones fronterizas. Terrestre)</li> <li>● Autorizaciones y Certificaciones</li> <li>● Vigilancia sanitaria</li> <li>● Medidas de seguridad, sanciones y delitos.</li> <li>● Sanciones administrativas</li> </ul>

Creación propia con base a la LGS y LOAPF

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 17. SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

<b>Autoridades en materia de salud.</b>	<b>Fundamento legal</b>	<b>Objetivo</b>
Presidente de la República	Art 4, 89 Fracc I y X CPEUM Art 4 148, 181.LGS	Representa el Poder Ejecutivo de la Nación, funge como autoridad Sanitaria, posee un carácter de sancionador en la materia.
Congreso de la Unión	Art 73 Fracc XVI CPEUM	Aprobar la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos, con lo que se destina recursos financieros a las Secretarías y organismos descentralizados.
Secretaria de Salud	Art 89 Fracc I y 90 CPEUM Art 4 LGS Art 4 CPEUM Art.39 LOAPF 403 LGS	Ser la cabeza rectora del sistema nacional de salud. Dirigir la política nacional con respecto a la atención médica, asistencia social, salud pública.
Consejo de Salubridad General	Art 4, Art 15 LGS	Funge como Autoridad Sanitaria, órgano que dicta medidas contra el alcoholismo, establecimientos, proyectos de investigación, analizar disposiciones legales, elaborar el cuadro de insumos de salud, asesorar al ejecutivo, opinar sobre nuevas carreras, estudios. Esta integrado por 13 vocales y un secretario, de ellos dos serán de la Academia Nacional de Medicina y de la academia Mexicana de Cirugía, integrantes designados por el Ejecutivo.
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	Art. 17-22, Art 313 LGS	Órgano desconcentrado que se encargara de evaluar riesgos a la salud, proponer la política en contra de riesgos sanitarios, elaboración de normas oficiales en productos, servicios, expedir o revocar autorizaciones, certificados, y entre sus actividades se encuentra vigilar y controlar en todo lo referente a la regulación sanitaria
Consejo Nacional Anti alcohólico	Art 187 LGS	Es creado con el objeto de promover, prevenir y combatir el abuso de bebidas alcohólicas, Integrados por las Secretarías con atribuciones y representantes de organizaciones sociales y privadas
Consejo Nacional contra las adicciones	Art 184 Bis. LGS	Organo creado, para combatir las adicciones implementando el Programa contra la farmacodependencia.

Creación propia con base a la LGS 2003 y LOAPF

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 18. SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

<b>Autoridades en materia de salud.</b>	<b>Fundamento legal</b>	<b>Objetivo</b>
CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico	Art 54 LGS	Órgano desconcentrado que establece procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre los servicios, para que presenten quejas, reclamaciones y sugerencias.
ISSSTE	Art. 123 CPEUM Art , 130,131 LGS., LEY ISSSTE	Organismo descentralizado bipartita, que tiene como objeto proporcionar seguridad social y atención médica a sus derechohabientes. Apartado B 123
IMSS	Art 123 CPEUM Art 130, 131 LGS, LEY IMSS	Organismo descentralizado que tiene como objeto proporcionar seguridad social y atención médica a sus afiliados, se mantiene por un régimen tripartita, entre el patrón, el gobierno y los afiliados. Apartado A 123.
SEMARNAT, SAGARPA, STy PS	Art 32,35 y 40 LOAPF	
CONAPO	Art. 67,68,69,70 71 LGS	Coordinar la política de población en el país.
Autoridades de las entidades Federativas	Art 53. Art 119 Art 199 LGS. Art 116. CPEUM 403 LGS	Coadyuvar en el ejercicio de actividades de control y vigilancia sanitaria y salud pública.
Municipal.	Art 115 y 116 Fracc III CPEUM Art 199m 403 LGS. Legislaciones locales	Coadyuvar en las actividades de salud pública, atención médica y asistencia social.
Participación Ciudadana	Art 51,52,57,58,59 LGS	Incluye a la población en actividades de Prevención, Promoción de servicios de Salud
Institutos	Art 84 Cap II LGS	Organismos públicos descentralizados con el objeto de atender problemáticas específicas.
Investigación	Art 96-103 LGS	Fomenta la investigación, y la coordinación con instituciones académicas y sus limitaciones en la práctica científica.
Sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica	Art 353 LGS	Funciona como aparato de información estadística que funciona para la toma de decisiones
DIF	Art. 39 LOAPF art 172 LGS	Promueve el Bienestar Social
OMS	Art 359 LGS.	La Secretaría de Salud notificará a la OMS, las medidas en materia de sanidad internacional.

Creación propia con base a la LGS y LOAPF

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**CUADRO 19. Cuadro Diferencial de Actividades en Materia de Salud.**

SALUD	MEDIO AMBIENTE	AGROPECUARIO	TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
<p><b>Objetivo:</b> Art 39 Establecer y conducir la política nacional y la organización de sus servicios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención Médica.</li> <li>▪ Salud Pública</li> <li>▪ Asistencia Social</li> <li>▪ Regulación Sanitaria</li> </ul> <p>Aplicar los fondos que proporcione la Lotería Nacional y Pronósticos Deportivos para la Asistencia</p> <p>Crear y administrar los establecimientos de la asistencia pública de los Estados y el D.F.</p> <p>Organizar servicios de sanitarios.</p> <p>Inspección de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comestibles y bebidas</li> <li>▪ Importación de Productos biológicos excepto los de uso veterinario.</li> <li>▪ Alimentos.</li> </ul> <p>Distribución de drogas y productos medicinales</p> <p>Administrar escuelas; institutos; y servicios de higiene:</p> <p>Establecer y ejecutar con la participación de dependencias asistenciales publicas y privadas.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Art.32</p> <p>Conduce la política nacional en : ecología, saneamiento ambiental, agua y regulación ambiental.</p> <p>Establece las normas sobre la preservación y restauración de la calidad del medio ambiente y los ecosistemas naturales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Sobre el aprovechamiento sustentable de recursos naturales de la flora y fauna silvestre terrestre y acuática.</li> <li>◆ Sobre descargas de aguas residuales</li> <li>◆ En Materia minera</li> <li>◆ Materiales peligrosos y residuos sólidos y peligrosos.</li> </ul>	<p><b>Objetivo:</b> Art. 35.</p> <p>Fomenta los programas y elaborar normas oficiales de sanidad animal y vegetal, así como atender, coordinar, supervisar y evaluar las campañas de sanidad.</p>	<p><b>Objetivo.</b> Art.40</p> <p>Se refiere a todas aquellas actividades de vigilancia en la ejecución del Art. 123 constitucional y la Ley Federal de Trabajo. Se encarga de promulgar contratos de ley, promover el incremento de empleo, estableciendo el servicio nacional de empleo y organismos que coadyuven a la resolución de conflictos entre patrones y obreros. Establece políticas de seguridad social e intervenir en asuntos de seguro social de acuerdo a la ley.</p> <p>Promueve la cultura y recreación de trabajadores y sus familias.</p> <p>Estudia y ordena medidas de seguridad e higiene industriales para la protección de los trabajadores</p>

Con Base a LOAPF

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**CUADRO 19.1. Punto de Coincidencia Institucional de Actividades según la Ley General de Salud.**

SALUD	MEDIO AMBIENTE	AGROPECUARIO	TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Establecer las medidas contra las enfermedades transmisibles. Conservar la salud y vida de los trabajadores del campo y la ciudad e higiene industrial excepto los relativos a trabajo y previsión social.</p> <p>:</p>	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>De acuerdo al Art. 117 de la LGS la SEMARNAT es encargada de formular y conducir la política de saneamiento. Determina os efectos del ambiente. Cap IV. Determina valores de concentración máxima de contaminantes. Dicta Normas técnicas para el tratamiento de agua uso y consumo humano. Vigila las descargas, el tratamiento y uso de aguas residuales. Promueve y apoya el saneamiento básico. Utiliza criterios de ingeniería sanitaria en obras publicas y privadas. Realiza un control sanitario de vías generales de comunicación Establece criterios de seguridad radiológica: material radioactivo. Sistema electromecánico. Adopta medidas en caso de deterioro súbito del medio ambiente en coordinación con el Consejo General de Salubridad.</p>	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>La SAGARPA Coordinara actividades con el control de enfermedades. Fiebre amarilla, tifo, fiebre o piojos, Sífilis, infecciones gonococias,, lepra, mal de pinto, micosis profundas, helmintiasis intestinales y extra intestinales. Toxo plasmosis SIDA</p>	<p><b>Objetivo.</b></p> <p>La Secretaria de Trabajo y Previsión Social se encarga de: Salud ocupacional. Criterios de uso y manejo de substancias, maquinaria, equipos y aparatos. Limites máximos permisibles de exposición de un trabajador a contaminantes. Realizar de estudios de toxicología Control sanitario de establecimiento en el que se desarrollen actividades ocupacionales. Prevención y control de enf. Y accidentes ocupacionales.</p> <p>Cap IV art 162.</p> <p>Coordinara actividades de prevención de accidentes</p>

Creación propia LGS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

### Cuadro 20. \*Sanidad Internacional

ACTIVIDADES	ACCIONES
<b>Sanidad Migratoria:</b>	Se realizara examen médico cuando así lo estimen las autoridades sanitarias. Y en caso de solicitar residencia se solicitara certificado médico sellado por el cónsul y expedido por una institución sanitaria del país de origen. No se internara personas con características de las siguientes enfermedades: peste, cólera y fiebre amarilla.
<b>Sanidad en Puertos Marítimos de altura: NACIONAL</b>	Se otorga libre práctica a las embarcaciones, según los informes previamente solicitados. Las embarcaciones mexicanas se someterán a desinfección, desinfectación desratización periódica, excepto las cámaras de refrigeración de transportes pesqueros.
<b>INTERNACIONAL</b>	Disposiciones y normas técnicas de la Secretaría de Salud, tratados y convenios internacionales y disposiciones generales.
<b>Sanidad en aeropuertos: NACIONAL</b>	Desinfección y desinsectación periódica por cada tres meses. Se incorporara médicos, medicamentos material y equipo para atención de los pasajeros.
<b>INTERNACIONAL</b>	Disposiciones y normas técnicas de la Secretaría de Salud, tratados, convenios internacionales y disposiciones generales.
<b>Sanidad en vía terrestre:</b>	Desinfección y desinsectación periódica por cada tres meses. Se incorporara médicos, medicamentos material y equipo para atención de los pasajeros.
<b>NACIONAL</b>	Disposiciones y normas técnicas de la Secretaría de Salud y tratados, convenios internacionales y disposiciones generales
<b>Sanidad en poblaciones fronterizas:</b>	Revisión de carga de transportes, productos o materiales, y personas en la fronteras establecidas por las disposiciones generales.

**\*Sanidad Internacional:** Acciones vinculadas con objetos, transporte, alimentos, productos, personas que ingresen a territorio nacional, la SSA formulara la lista de puertos marítimos y aéreos, así como las restricciones que se impongan. Asimismo los Cónsules informaran de alguna enfermedad que puedan ingresar al territorio y pueda se causa de grave riesgo comunicando a la SEGOB y SER.

Creación propia con base a la Ley General de Salud 2003.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

### Cuadro 21. Autorizaciones

\*Autorizaciones en:

Proceso de medicamentos, estupefacientes y psicotropicos vacunas toxoides, sueros, antitoxinas de origen animal y hemoderivados
Plaguicidas, Fuentes de radiación para fines médicos
Establecimientos en que se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.
Medicamentos
Insumos
Estupefacientes
Substancias Psicotropicas
Plaguicidas
Nutrientes Vegetales.
Sustancias tóxicas o peligrosas
Fuentes de radiación de uso médico.
Posesión de fuentes de ración
Libro de control de estupefacientes y sustancias psicotropicas
Internación de cadáveres
Internación de órganos y tejidos de seres humanos
Publicidad de tabaco y alcohol
Instituciones encargadas de recibir donación de alimentos y el suministro o distribución.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Creación propia con base a la Ley General de Salud 2003.

**Cuadro 22. \*Certificados**

**\*Certificados: Expedida por autoridades sanitarias que hacen constatar las siguientes actividades.**

<b>PRENUPCIALES</b>	<b>DEFUNCIÓN y MUERTE FETAL</b>	<b>DE EXPORTACIÓN</b>
Los requiere el Registro Civil	Se determina que la persona ha muerto	Proceso de bebidas alcohólicas, no alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco. Equipos médicos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales, agentes de diagnósticos, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos. Plaguicidas, nutrientes, vegetales, sustancias toxicas o peligrosas para la salud.

Creación propia con base a la Ley General de Salud 2003.

### Cuadro 23. \*Vigilancia Sanitaria y Tipo de Sanciones Administrativas

**\*Vigilancia sanitaria.**

Verificación a cargo del personal autorizado: Lugar y fecha de hora. Medio de comunicación, texto de publicidad, irregularidades sanitarias.
Recolección de muestras y en la diligencia se permitirá libre acceso a los edificios
En caso de desacuerdo de resultado en 15 días se podrá impugnar a partir de la notificación oficial

**\*Sanciones administrativas**

Amonestación con apercibimiento
Multa
Clausura temporal o definitiva
Arresto hasta por 36 horas

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

### Cuadro 24. Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos

Medidas de seguridad: Son todas aquellas acciones que compete a la autoridad sanitaria realizar para proteger la salud de la población.

<b>Aislamiento</b>	Es la separación de personas para evitar el peligro de contagio, se realiza mediante forma escrita bajo la autoridad competente hasta que esta ultima determine la desaparición de peligro.
<b>Cuarentena</b>	Limitación a la libertad de tránsito de personas sanas expuestas a una enfermedad transmisible.
<b>Observación Personal</b>	Supervisión de los presuntos portadores sin limitar su libertad de transito.
<b>Vacunación de persona</b>	Orden que se ejecuta por autoridades sanitarias correspondientes, en caso de epidemia grave, si existiere peligro de invasión de dicho padecimientos en el territorio nacional y de acuerdo a disposiciones internacionales aplicables.
<b>Vacunación de animales</b>	Orden que se ejecuta por autoridades sanitarias, en aquellas que puedan constituirse en trasmisores de enfermedades al hombre
<b>La destrucción o control de insectos u otra fauna transmisora y nociva</b>	Las autoridades sanitarias llevaran a cabo todo aquello que ponga en peligro la salud
<b>Suspensión de trabajos o servicios</b>	Podrán obtener inmediata suspensión, en caso de que la autoridad sanitaria dictamine peligro.
<b>Suspensión de mensajes publicitarios</b>	Acción llevada a cabo por una autoridad sanitaria, caso de contravenir lo dispuesto a esta ley
<b>Aseguramiento y destrucción de objetos, productos o substancias</b>	Cuando no posee los requisitos esenciales y cuando se presuma sus efectos negativos, previo dictamen del laboratorio. La autoridad determinara el tiempo de resguardo, de aprovechamiento licito, de destrucción o de donación dependiendo que objeto o sustancia sea..
<b>Desocupación o desalojo de casas, edificios, establecimientos</b>	Acción que se realizara previa la observancia de la garantía de audiencia y de dictamen pericial.

Creación propia con base a la Ley General de Salud 2003.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## Cuadro 25. ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA

- ◆ Secretaría de Gobernación
- ◆ Secretaría de Relaciones Exteriores
- ◆ Secretaría de la Defensa Nacional
- ◆ Secretaría de Marina
- ◆ Secretaría de Seguridad Pública
- ◆ Secretaría de Hacienda y Crédito Público
- ◆ Secretaría de Desarrollo Social
- ◆ Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
- ◆ Secretaría de Energía
- ◆ Secretaría de Economía
- ◆ Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
- ◆ Secretaría de Comunicaciones y Transportes
- ◆ Secretaría de la Función Pública
- ◆ Secretaría de Educación Pública
- ◆ Secretaría de Salud
- ◆ Secretaría del Trabajo y Previsión Social
- ◆ Secretaría de la Reforma Agraria
- ◆ Secretaría de Turismo
- ◆ Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal
- ◆ Procuraduría General de la República

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## Cuadro 26.

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DESCENTRALIZADA<sup>13</sup>

- ◆ Colegio de Postgraduados
- ◆ Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias
- ◆ Productora Nacional de Biológicos Veterinarios
- ◆ Productora Nacional de Semillas
- ◆ Fideicomiso de Riesgo Compartido
- ◆ Instituto Nacional de Capacitación del Sector Agropecuario. A.C
- ◆ Centro Nacional de Meteorología
- ◆ Consejo de Recursos Minerales
- ◆ Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
- ◆ Fideicomiso de Fomento Minero
- ◆ Servicio Nacional de Información De Mercados
- ◆ Instituto Mexicano del Transporte
- ◆ Fondo Nacional para los Desarrollos Portuarios
- ◆ Instituto Nacional Indigenista
- ◆ Comisión Nacional de Zonas Áridas
- ◆ Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías
- ◆ Instituto Nacional para la Educación de los Adultos
- ◆ Consejo Nacional de Fomento Educativo
- ◆ El Colegio Nacional
- ◆ Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos
- ◆ Fondo de Cultura Económica
- ◆ Comisión de Operación y Fomento de Actividades académicas del Instituto Politécnico Nacional
- ◆ Centro de Capacitación Cinematográfica. A.C.
- ◆ Compañía operadora del Centro Cultural y Turístico de Tijuana S.A de C.V
- ◆ Educal. S.A. de C.V
- ◆ Fideicomiso para la Cineteca Nacional
- ◆ Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN
- ◆ Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- ◆ Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial
- ◆ Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada B.C
- ◆ Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C
- ◆ Centro de Investigación en Matemáticas A.C
- ◆ Centro de Investigación en Materiales Avanzados S.C
- ◆ Centro de Investigación en Química Aplicada
- ◆ Centro de Investigación y Asesoría Tecnológica en Cuero y Calzado A.C
- ◆ Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco A.C.
- ◆ Centro de Investigación y Asistencia Técnica del estado de Querétaro A.C.
- ◆ Centro de Investigación y Desarrollo tecnológico en Electroquímica. S.C
- ◆ Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C
- ◆ Centro de Investigaciones Biológicas del Noroeste. S.C
- ◆ Centro de Investigaciones Científicas de Yucatán A.C
- ◆ Centro de Investigaciones en Óptica A.C

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- ◆ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
- ◆ Corporación Mexicana de Investigación en Materiales S. A de C.V
- ◆ El Colegio de la Frontera Norte
- ◆ El Colegio de la Frontera Sur
- ◆ El Colegio de México A.C
- ◆ El Colegio de Michoacán A-C
- ◆ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
- ◆ Centro de Investigación Científica. Ing. Jorge L Tamayo A.C
- ◆ Instituto De Investigaciones “Dr. José María Luis Mora”
- ◆ Instituto de Ecología. A.C
- ◆ Instituto Nacional de Astrofísica, óptica y Electrónica
- ◆ Fondo de Información y Documentación para la Industria
- ◆ Fondo para el Desarrollo de Recursos Humanos
- ◆ Instituto Nacional de Antropología e Historia
- ◆ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
- ◆ Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura
- ◆ Instituto Mexicano de Cinematografía
- ◆ Fondo Nacional para la Cultura y las Artes
- ◆ Instituto De Investigaciones Eléctricas
- ◆ Instituto Mexicano del Petróleo
- ◆ Comisión Federal de Electricidad
- ◆ Instituto Nacional de Investigaciones Nucleares
- ◆ Petróleos Mexicanos
- ◆ PEMEX- Exploración y Producción
- ◆ PEMEX Gas y Petroquímica Básica
- ◆ PEMEX- Petroquímica
- ◆ PEMEX-Refinación
- ◆ Compañía Mexicana de Exploraciones. S. C
- ◆ Instituto Mexicano de Estudios Políticos. A.C
- ◆ Instituto Federal Electoral
- ◆ Instituto Nacional de Administración Pública A.C
- ◆ Instituto de Estudios Legislativos
- ◆ Instituto Mexicano de la Radio
- ◆ Instituto Nacional de Capacitación Fiscal
- ◆ Banco de México
- ◆ Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Publicas
- ◆ Nacional Financiera S.N.C
- ◆ AHMSA Nacional de Maquinas y Herramientas. S.A de C.V
- ◆ Fondo Especial de Asistencia Técnica y Garantía para Créditos Agropecuarios.
- ◆ Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
- ◆ Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez”
- ◆ Hospital General de México
- ◆ Hospital Juárez de México
- ◆ Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”
- ◆ Instituto Mexicano de Psiquiatría
- ◆ Instituto Nacional de Comunicación Humana “Doctor Andrés Bustamante García”
- ◆ Instituto Nacional de Cancerología
- ◆ Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencias Epidemiológicas
- ◆ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- ◆ Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”
- ◆ Instituto Nacional de la Senectud
- ◆ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”
- ◆ Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación
- ◆ Instituto nacional de Ortopedia
- ◆ Instituto Nacional de Pediatría

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- ◆ Instituto Nacional de Perinatología
- ◆ Instituto Nacional de Salud Pública
- ◆ Instituto Nacional de Virología
- ◆ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- ◆ Programa Nacional contra el Cáncer A.C.
- ◆ Centro de Integración Juvenil A.C
- ◆ Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
- ◆ Subdirección Técnica Médico de Occidente
- ◆ Hospital de Infectología C.M.R. Delegación Num 2
- ◆ Hospital de Oncología C.M.N Delegación Num 5
- ◆ Hospital de Pediatría C.M.N Delegación Num 5.
- ◆ Hospital de Traumatología “Magdalena de las Salinas”
- ◆ Hospital General de la Zona con Medicina Familiar No 1
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 15
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 24 Delegación 3
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 29. Delegación No 2.
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 36
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 6
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 8. (Delegación No 6).
- ◆ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 68. Delegación Num 3.
- ◆ Hospital General de Zona II No 1.
- ◆ Hospital General de Zona No 1
- ◆ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- ◆ Clínica Hospital de Ciudad Victoria
- ◆ Delegación Estatal Nuevo Leon
- ◆ Hospital “20 de Noviembre”
- ◆ Hospital “Dr. Fernando Quiroz”
- ◆ Hospital “Dr. Valentín Gomez Farías”
- ◆ Hospital “Francisco Galindo Chavez”
- ◆ Hospital “ISSSTECALI”
- ◆ Hospital General “1 de Octubre”
- ◆ Hospital General “Ignacio Zaragoza”
- ◆ Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”
- ◆ Hospital Jurisdiccional “Vasco de Quiroga”
- ◆ Jefatura de los Servicios de Investigación
- ◆ Instituto Mexicano del Seguro Social
- ◆ Biblioteca Central del Centro Médico Nacional
- ◆ Clínica Hospital No1 (Hidalgo)
- ◆ Delegación Estatal IMSS “Colima”
- ◆ Delegación Regional “Hidalgo”
- ◆ Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez “ Delegación Num. 5
- ◆ Hospital de Especialidades C.M.N. Delegación No.2
- ◆ Hospital de Especialidades No. 21
- ◆ Hospital de Especialidades No. 25
- ◆ Hospital de Especialidades CMN
- ◆ Hospital de Gineco-Obstetricia 3 Delegación No. 3
- ◆ Hospital de Gineco-Obstetricia No 2. Delegación No 5.
- ◆ Hospital de Gineco- Obstetricia No 3-A Delegación No 3
- ◆ Hospital de Gineco- Obstetricia No 4. Delegación No 6.
- ◆ Hospital General de Zona No 10
- ◆ Hospital General de Zona No 12
- ◆ Hospital General de Zona No 16
- ◆ Hospital General de Zona No2
- ◆ Hospital General de Zona No 24
- ◆ Hospital General de Zona No 25. Delegación No 4

---

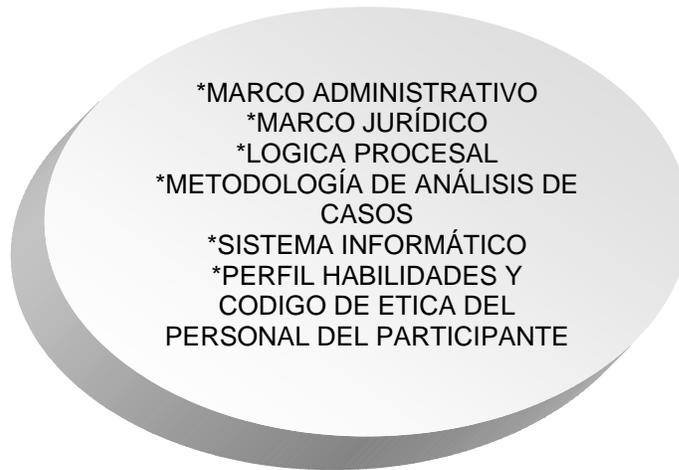
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

- ◆ Hospital General de Zona No 27. Delegación No. 2.
- ◆ Hospital General de Zona No 2. A Delegación No 4.
- ◆ Hospital General de Zona No 35.
- ◆ Hospital General de Zona No. 45
- ◆ Hospital General de Zona No 46
- ◆ Hospital General de Zona No 57. La quebrada
- ◆ Hospital General de Zona No. 58. Delegación No 1.
- ◆ hospital General de Zona No 89
- ◆ Hospital General de Zona No 1-A Delegación No. 5
- ◆ Hospital General de Zona No. 30
- ◆ hospital General de C.M.N. Delegación 5
- ◆ Hospital General del Centro medico la Raza Delegación No. 2
- ◆ Hospital General Regional de Orizaba
- ◆ Hospital Regional de Especialidades No. 23
- ◆ Jefatura de Control de Calidad
- ◆ Jefatura de Servicios de Investigación Medica C.M.N.
- ◆ Jefatura de Servicios de Planificación Familiar
- ◆ Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo C.M.N. Delegación No. 5
- ◆ Jefatura Regional de Servicios Médicos
- ◆ Unidad de Investigación Biomédica de Occidente
- ◆ Unidad de Investigación Biomédica del Noroeste
- ◆ Unidad de Investigación Clínica en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
- ◆ Unidad de Investigación Clínica en Enfermedades de Aparato Digestivo
- ◆ Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos
- ◆ Unidad de Medicina Familiar No 25.
- ◆ Unidad de Medicina Familiar No 60.
- ◆ Unidad de Medicina Familiar No 61.
- ◆ Unidad de Medicina Familiar No 7.
- ◆ Centro de Capacitación
- ◆ Instituto Nacional de Ciencias Penales
- ◆ Comisión Nacional de Derechos Humanos.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

### Figura 10. CONAMED



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Cuadro 27. ASUNTOS RECIBIDOS POR LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO.

AÑO	TOTAL	POR ASESORIA	TOTAL	GESTIONES INMEDIATAS	POR CONCILIACION	POR EMISIÓN DE LAUDO	AMIGABLE COMPOSICION	NO CONCILIACION	POR OTRAS MODALIDADES	DICTAMENTOS MEDICOS PERICIALES	EN PROCESO DE ANALISIS
1996	2,907	1,597	665	72	309	0	0	92	192	44	601
1997	4,381	1,935	1,898	352	750	12	0	532	252	138	410
1998	4,803	2,017	1,907	468	742	29	0	543	125	275	604
1999	5,367	1,850	2,222	579	809	43	0	624	167	554	741
2000	5,664	1,672	2,689	692	947	29	0	854	167	742	561
2001	5,961	2,464	2,284	738	763	33	0	592	158	473	740
2002	6,094	2,850	1,915	900	550	20	25	300	120	700	629

Cuadro realizado de acuerdo al Informe de Actividades de la CONAMED 2002.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Cuadro 28.

<p style="text-align: center;"><b>Ambito Federal</b></p> <p style="text-align: center;">Ley de Ingresos Presupuesto de Egresos Deuda Pública</p>	<p style="text-align: center;"><b>Instituciones de Seguridad Social</b></p> <p style="text-align: center;">Por Cuota Tripartita Autogenerados</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ambito Estatal</b></p> <p style="text-align: center;">Por fijación de impuestos locales. Gestión de recursos financieros de la Iniciativa Privada</p>
--	---	---

CUADRO 29. COBERTURA NACIONAL ISSSTE

AÑO	Población Nacional	Población Amparada por el ISSSTE
1997	93,716,332	9,472,042
1998	95,493,354	9,724,484
1999	96,999,269	9,896,695
2000	100,289,968	10,065,861
2001	101,687,665	10,236,523
2002	103,626,734	10,309,489
2003	104,781,670	10,352,318

Tomado de las estadísticas del ISSSTE 2003

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## CUADRO 30. TIPOS DE DERECHOHABIENTE

TIPO DE DERECHOHABIENTE	NUMERO	%
Trabajadores	2,367,488	22.87
Familiares de Trabajadores	7,098,541	68.57
Pensionados	476,072	4.60
Familiares de pensionados	410,217	3.96

Tomado de las estadísticas del ISSSTE 2003

## CUADRO 31. PERSONAL EN SERVICIO MEDICO EN NOMINA POR TIPO DE ACTIVIDAD 2003

CONCEPTO	NUMERO
TOTAL	53,536
MEDICOS	15,319
ENFERMERAS	19,719
PARAMEDICOS	4,114
ADMINISTRATIVOS	9,421
SERVICIOS GENERALES	4,963

Tomado de las estadísticas del ISSSTE 2003

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

### CUADRO 32. SERVICIOS MEDICOS

#### Unidades medicas por nivel de Atención 2003

Concepto	Número
TOTAL	1,242
Primer Nivel	1,126
Segundo Nivel	105
Tercer Nivel	11

Tomado de las estadísticas del ISSSTE 2003

#### CUADRO 33 . NUMERO DE DERECHOHABIENTES EN DIVERSAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

Institución.	Número de Derechohabientes
IMSS	46,533,924
ISSTE	10,065,861
PETROLEOS MEXICANOS	647,036
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	489,477
SECRETARIA DE MARINA	187,028
ESTATAL	1,308,004
TOTAL	59,231,330

Carrillo Fabela Luz María, La Responsabilidad Profesional del Médico en México. Porrúa, México 2005. Con base a información del INEGI. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, 2002, p. 151.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Cuadro 34. Infraestructura Pública**

<b>Concepto</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>CAMAS CENSABLES</b>	66,692	67,565	67,997	70,367	72,912	73,701	74,445	75,440	76,003
Población No Asegurada	27,029	27,510	27,650	30,331	32,708	33,224	33,481	33,913	34,112
SSA y servicios de salud	23,160	23,672	23,674	28,483	30,770	31,252	31,487	31,914	32,113
DDF	2,111	2,115	2,145						
IMSS	1,758	1,723	1,831	1,848	1,938	1,972	1,994	1,999	1,999
<b>Población Derechohabiente</b>	39,663	40,055	40,347	40,036	40,204	40,477	40,964	41,527	41,891
IMSS	28,012	28,294	28,230	28,226	28,118	28,334	28,622	28,951	29,337
ISSSTE	6,465	4,596	6,744	6,824	6,823	6,746	6,745	6,730	6,730
PEMEX	1,101	1,074	1,072	1,072	1,061	954	980	980	958
SDN	3,483	3,469	3,625	3,200	3,448	3,703	3,885	4,136	4,136
SM	602	622	676	714	714	740	732	730	730
<b>Consultorios</b>	20,407	21,437	22,503	24,299	25,295	26,395	27,588	28,449	28,660
<b>Población No asegurada</b>									
SSA y servicios de salud de entidades federativas	15,962	16,917	17,872	20,111	21,112	22,202	23,395	24,256	24,467
DDF	451	466	449						
IMSS	3,994	4,054	4,182	4,188	4,183	4,193	4,193	4,193	4,193
<b>Población Derechohabiente</b>	20,192	20,332	20,244	21,237	21,541	21,578	22,401	21,871	23,065
IMSS	13,156	13,204	13,233	13,259	13,437	13,660	14,089	13,249	14,431
ISSSTE	4,805	4,888	5,000	5,047	5,086	5,164	5,313	5,397	5,409
PEMEX	1,398	1,398	1,169	1,447	1,252	1,538	1,538	1,538	1,538
SDN	526	535	535	1,103	1,185	1,112	1,053	1,273	1,273
SM	307	307	307	381	386	390	408	414	414
<b>Quirófanos</b>	2,234	2,250	2,266	2,385	2,511	2,568	2,624	2,686	2,715
<b>Población No Asegurada</b>	884	904	913	995	1,107	1,154	1,191	1,222	1,238
SSA y servicios de salud de entidades federativas	757	768	776	927	1,039	1,085	1,122	1,153	1,169
DDF	68	71	69						
IMSS	59	65	68	68	68	69	69	69	69
<b>Población Derechohabiente</b>	1,350	1,346	1,353	1,390	1,404	1,414	1,433	1,464	1,477
IMSS	935	943	939	937	935	951	972	989	1,002
ISSSTE	255	266	278	283	285	284	286	288	288
PEMEX	68	68	66	60	63	58	52	52	52
SDN	62	38	38	71	78	77	84	93	93
SM	30	31	32	39	43	44	39	42	42
<b>LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLINICOS</b>	1,442	1,498	1,513	1,602	1,690	1,727	1,779	1,816	1,831

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Población No asegurada SSA y servicios de salud de entidades federativas	787	806	830	885	945	962	996	1,014	1,019
DDF	697	710	732	817	877	893	927	945	950
IMSS	59	65	68	68	68	69	69	69	69
<b>Población derechohabiente</b>	655	692	683	717	745	765	783	802	812
IMSS	446	455	466	468	476	481	496	504	512
ISSSTE	132	161	139	170	184	196	201	202	204
PEMEX	22	22	22	22	22	22	22	22	22
SDN	30	29	29	30	35	37	39	45	45
SM	25	25	27	27	28	29	25	29	29

## CUADRO 35 . GASTO PÚBLICO FEDERAL EN SALUD

AÑO	TOTAL	INSTITUCIONES QUE CUBREN A POBLACIÓN NO ASEGURADA			INSTITUCIONES QUE CUBREN A POBLACIÓN ASEGURADA		
		TOTAL	SSA	RAMO33 FASSA	TOTAL	IMSS	ISSTE
1994	36 114.0	7263.4	7263.4		28850.6	22659.1	6191.5
1995	41871.4	9068.2	9068.2		32803.2	26720.6	6082.6
1996	53396.3	12610.1	12610.1		40786.2	31679.4	9106.8
1997	72347.5	18220.5	18220.5		54127	42163.9	11963.1
1998	91024.9	25351.6	11505.2	13846.4	65673.3	50756.3	149177.0
1999	115255.7	31550.9	13360.8	18190.1	83704.8	65225.8	18479.0
2000	138095.9	38180.9	15348.5	22832.4	99915.0	77953.9	21961.1
2001	153234.2	43378.7	18233.2	25145.5	109855.5	86775.6	23079.9

Información obtenida de acuerdo a los Informes de Actividades del Poder Ejecutivo 1994, 1996 y 2001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

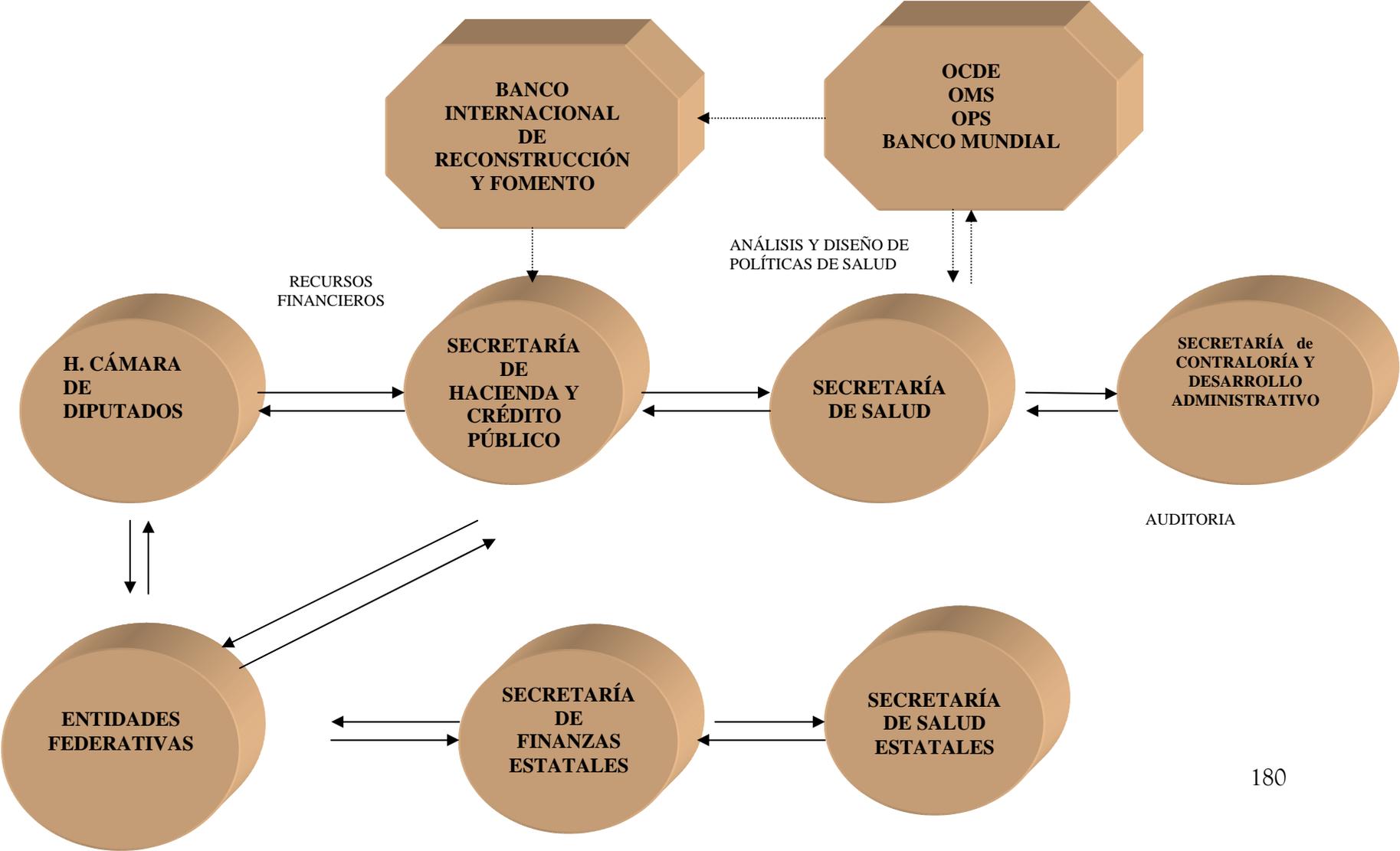


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

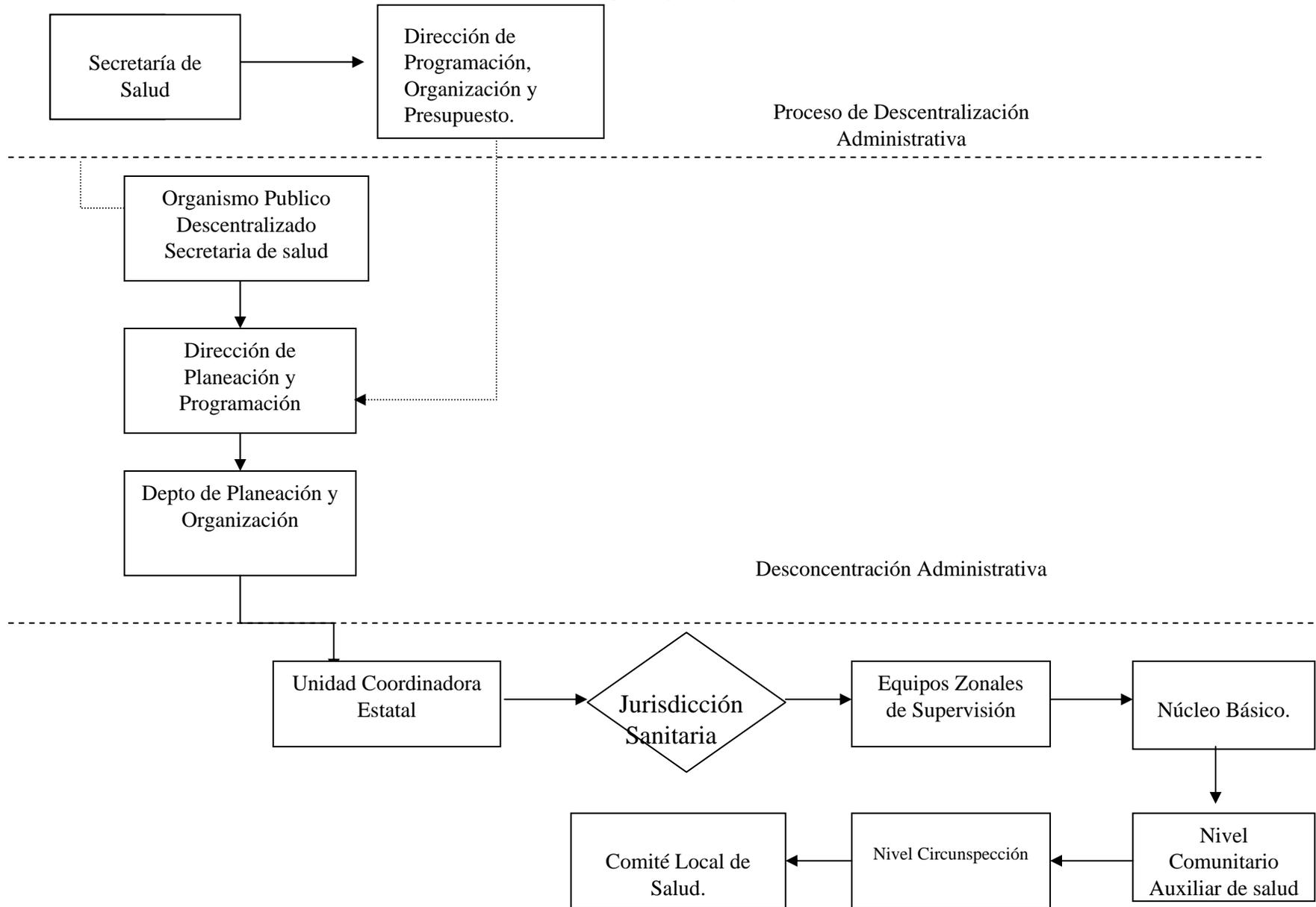


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**FIGURA 7. PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE RECURSOS**

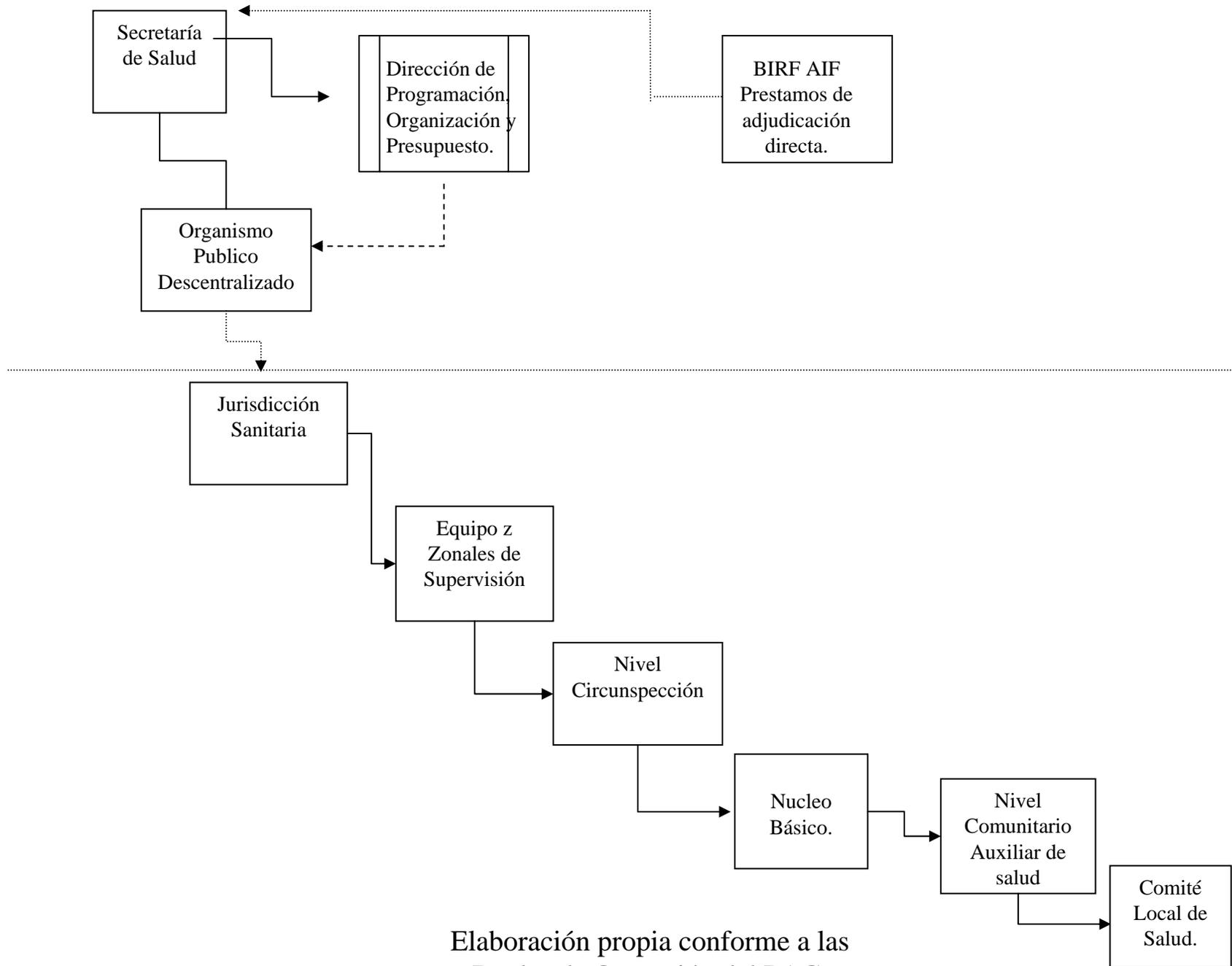


**FLUJOGRAMA DE LA INTEGRACION DEL PAC.  
Caso SECRETARIA DE SALUD  
ESTADO DE PUEBLA**



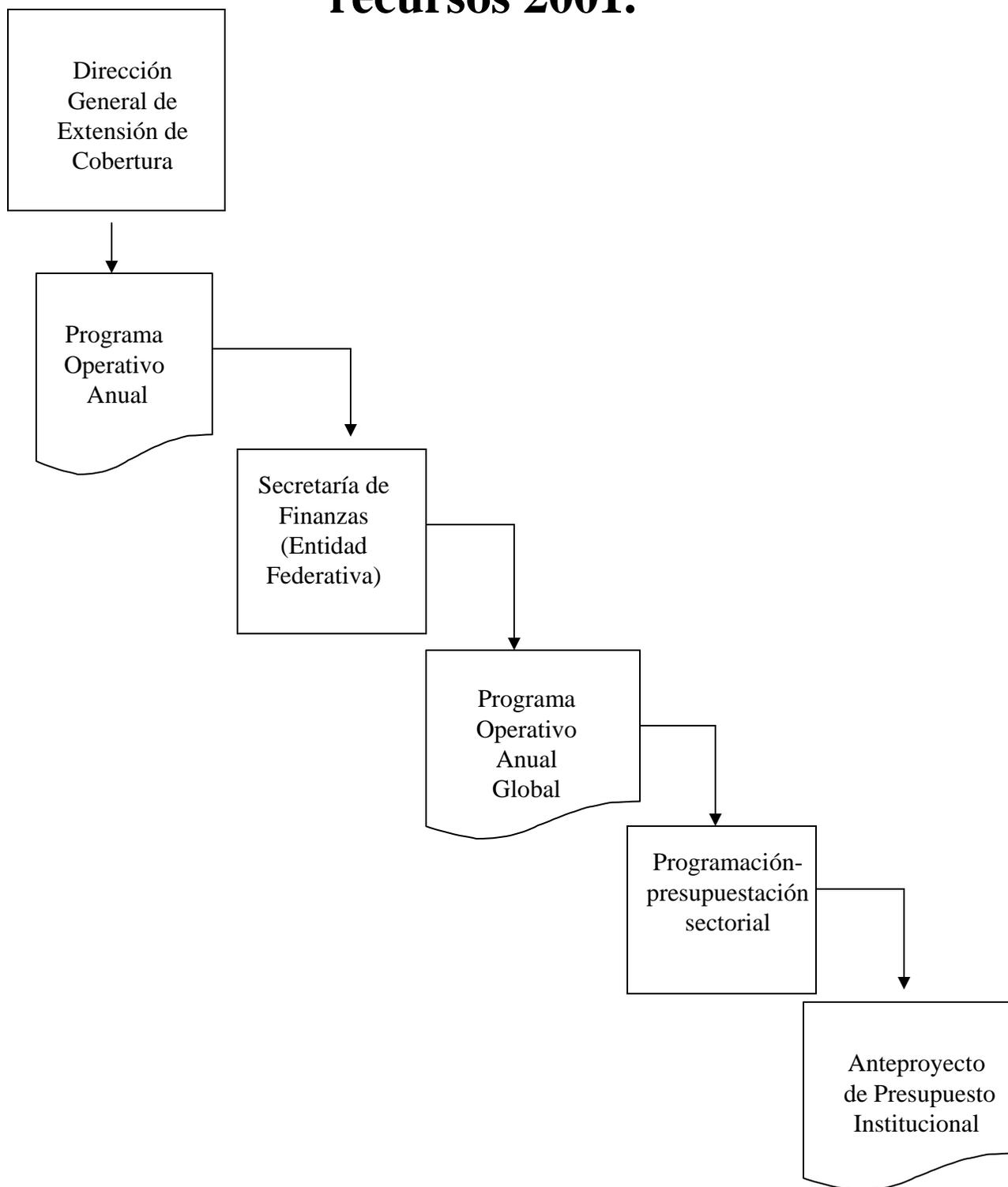
Elaboración propia conforme a las  
Reglas de Operación del PAC.  
Marzo 2001

# FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DE AMPLIACION DE COBERTURA

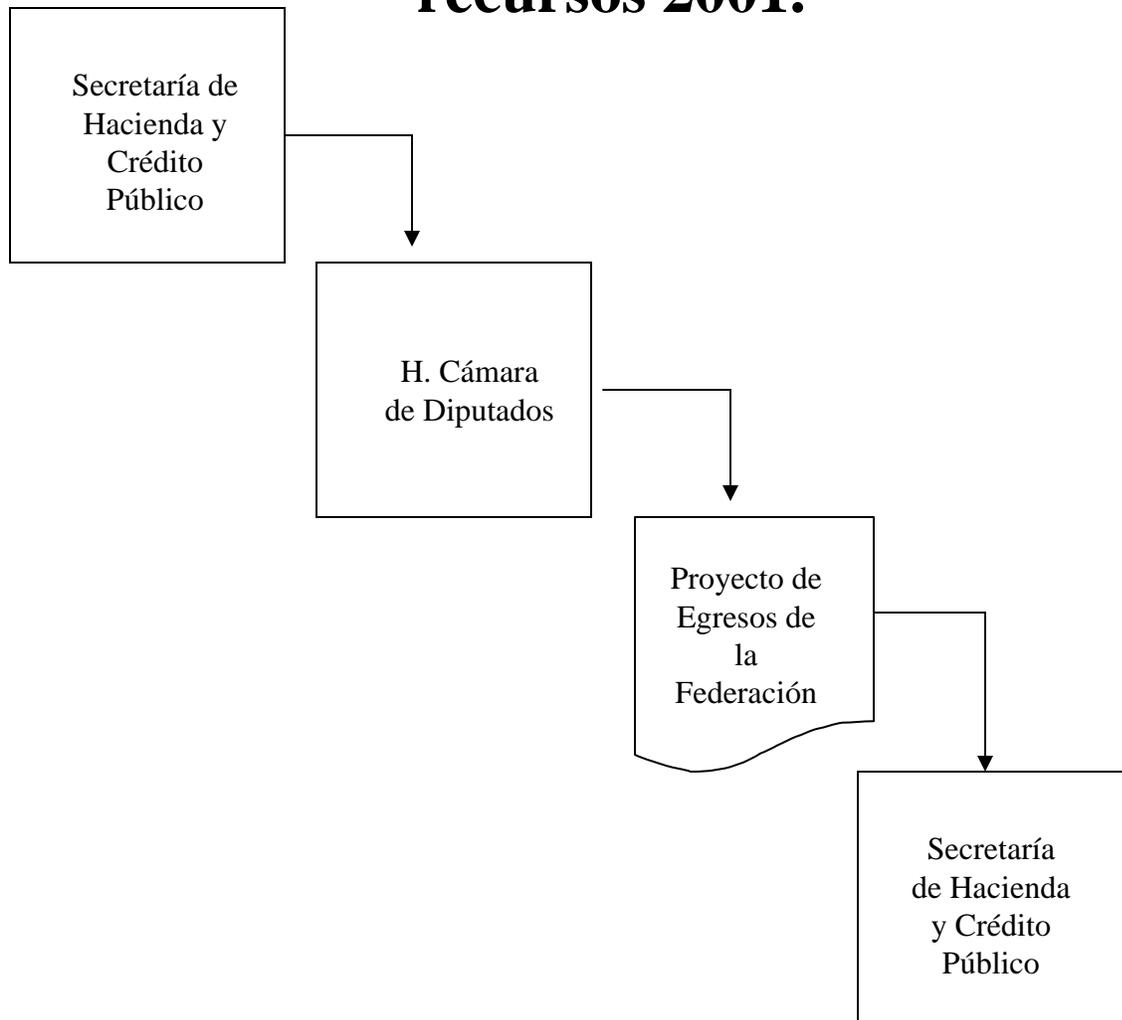


Elaboración propia conforme a las  
Reglas de Operación del PAC.  
Marzo 2001

# Procedimiento Interno de asignación de recursos 2001.



# Procedimiento Interno de asignación de recursos 2001.



Recursos materiales

Egresos Hospitalarios 2001.		Hospitales	Jur.	Unidad Rural	Unidad Movil	Brigada Medica	Unidad Urbana	Clinica Especializada	C.Salud con Hospitalizacion	H Integral	H. General	H. Especializado	H. Psiquiatrico
Colima	15,305	4	3	98	12		16	1			4		
Chiapas	53,625	11	10	279	84	454	28		20	5	11		
Chihuahua	34,073	16	8	146	49		63	2		3	12	5	2
Distrito Federal	282,589	50	16	0	22	0	214	130			12	26	3
Durango	26,496	8	4	127	34		52	1	0	1	6	1	1
Guanajuato	77,840	27	8	390	44	0	60	0	14		12	1	1
Guerrero	48,555	14	7	801	48	0	62		17		14		
Hidalgo	34,373	17	13	421	3		22		5	4	6	1	1
Jalisco	79,721	26	13	456	172		109	5	13		13	4	1
Edomex	111,461	49	19	745	53	7	135	7	16	2	27	2	3
Michoacan	63,514	16	8	250	112		31		2	4	10	3	1
Morelos	29,661	6	3	149	5		54	1			5	1	
Nayarit	22,045	10	3	167	26		11		6		4		
Nuevo Leon	39,397	9	8	253	44		147	2	2		6	2	1
Oaxaca	43,154	16	6	522	106	1	15	1	3	4	11	1	1
Puebla	49,888	28	10	441	41		22			20	11		1
Querétaro	30,322	5	4	172	56		14	1	3		4	1	
Quintana Roo	16,392	5	3	132			27		4		4	1	
San Luis Potosí	37,137	6	6	128	108		28		6		3	2	1
Sinaloa	44,736	15	6	170	23		18	6		8	5		1
Sonora	57,740	22	6	188	11		19	6	1	3	12	1	2
Tabasco	62,578	23	17	377	83		20	3	8	2	11	1	1
Tamaulipas	71,859	14	8	142	30		98	11	5		12	1	1
Tlaxcala	29,704	8	3	154	2		4	4	4		4	1	
Veracruz	107,681	42	11	545	85		65		1	13	26	2	2
Yucatán	23,760	5	3	127	22		14	1			3	1	1
Zacatecas	24,682	13	7	114	44		13	1	8	3	3		
Aguascalientes			3	60		0	20	1			5	1	1
Baja California Sur			4	50	12		9		2		3	1	1
Baja California Norte			3	55			50	3	2		3		
Campeche			3	93	39		6		1	4	5	1	1
Coahuila			8	86	45		29	10	6	2	7	2	2

Egresos Hospitalarios 2001.		Hospitales	Jur.	Unidad Rural	Unidad Movil	Brigada Medica	Unidad Urbana	Clinica Especializada	C.Salud con Hospitalizacion	H Integral	H. General	H. Especializado	H. Psiquiatrico
Colima	12,984	4		95	12		16	1			4		
Chiapas	48,210	11		259	83	445	28		20	5	11		
Chihuahua	17,793	10		148	48		62	3	4	3	12	3	2
Distrito Federal	248,784	48		0	22		214	128			12	28	3
Durango	24,024	8		124	33		52	1			6		1
Guanajuato	70,184	27		387	44		60		14		11	1	1
Guerrero	45,889	14		801	48		62		17		14		
Hidalgo	34,594	16		411	3		21		5	3	6	1	1
Jalisco	72,154	25		455	162		104	5	13		13	4	1
Edomex	122,619	50		739	54	7	134	7	16	2	27	2	3
Michoacan	54,802	16		249	111		32		2	4	10	3	1
Morelos	27,486	6		149	5		54	1			5	1	
Nayarit	19,001	10		156	26		11		6		4		
Nuevo Leon	36,234	9		255	44		138	2	1		6	2	1
Oaxaca	39,021	15		513	106	1	15	1	3	4	11	1	1
Puebla	42,757	25		421	41		22			16	11		1
Querétaro	26,692	5		172	55		14	1	3		4	1	
Quintana Roo	14,214	5		132	6		27		4		4	1	
San Luis Potosí	31,989	6		123	109		28		5		3	2	1
Sinaloa	43,315	13		169	23		17	6		8	5		1
Sonora	51,083	21		181	10		16	6	1	3	12	1	2
Tabasco	58,088	23		367	98		19	3	8	1	12	1	1
Tamaulipas	70,178	15		130	30		94	1	5		12	1	1
Tlaxcala	25,947	8		154	1		4	4	4		4	1	
Veracruz	100,318	39		530	92		75		12	7	21	2	2
Yucatán	21,509	5		127	22		14	1			3	1	1
Zacatecas	23,099	12		111	44		13	1	10	1	3		
Aguaascalientes	1,490,778	7		60			19	1			4	1	1
Baja California Sur	10,420	6		50	12		9		2		3	1	1
Baja California Norte	28,353	4		49	26		50		2		3		
Campeche	16,819	6		93	39		6		1	4	5	1	1
Coahuila	26,206	19		86	39		28	10	6	2	7	2	2

Egresos Hospitalarios 2002.		Hospitales	Jur.	Unidad Rural	Unidad Movil	Brigada Medica	Unidad Urbana	Clinica Especializada	C.Salud con Hospitalizacion	H Integral	H. General	H. Especializado	H. Psiquiatrico
Colima	13,288	4		87	13		16	1	0		5	0	0
Chiapas	48,996	11		233	83	431	27		19	4	11	0	0
Chihuahua	16,501	7		151	48	0	57	3	4		12	3	2
Distrito Federal	245,773	49		0	32		325	16	0	0	12	28	3
Durango	26,480	8		112	32	0	51	1	0	1	6	0	1
Guanajuato	67,110	27		386	37	0	56	0	14	0	11	1	1
Guerrero	45,387	14		764	48	0	62	0	17	0	14	0	0
Hidalgo	30,117	17		400	3	0	20	0	5	0	10	0	1
Jalisco	74,006	24		447	158	0	104	5	13	0	13	4	1
Edomex	126,844	50		737	59	0	134	7	16	1	28	2	3
Michoacan	58,058	15		249	109	0	32	0	2	2	10	2	1
Morelos	26,211	6		157	5	0	45	1	0	0	5	1	0
Nayarit	19,542	10		153	26	0	6	0	8	0	4	0	0
Nuevo Leon	37,286	9		254	42	0	137	2	1	0	6	2	1
Oaxaca	36,071	13		458	107	0	15	1	3	2	11	0	1
Puebla	41,126	19		412	41	0	22	0	0	15	11	0	1
Querétaro	25,784	5		177	54	0	6	1	3	0	4	1	0
Quintana Roo	14,338	5		133	6	0	25	0	4	0	4	1	0
San Luis Potosí	24,813	5		121	108	0	29	0	3	0	3	2	1
Sinaloa	43,916	13		170	17	0	17	6	0	6	5	0	1
Sonora	57,442	21		182	8	0	14	6	1	3	12	1	2
Tabasco	58,599	23		355	103	0	19	3	8	2	11	1	1
Tamaulipas	62,599	15		120	30	0	93	1	5	0	12	1	1
Tlaxcala	23,627	8		154	1	0	4	4	4	0	4	1	0
Veracruz	95,375	30		517	93	0	82	0	13	2	25	2	2
Yucatán	20,633	5		117	21	0	14	1	0	0	3	1	1
Zacatecas	21,643	12		111	44	0	10	1	9	0	3	0	0
Aguascalientes	26,924	7		60	0		19	2	0	0	4	2	1
Baja California Sur	10,485	6		49	12		48		2	0	3	0	1
Baja California Norte	27,238	4		47	25		6		2	0	3	1	0
Campeche	17,768	6		89	39		9		1	4	5	1	1
Coahuila	25,252	20		86	40		31	8	6	2	7	2	2







UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## GLOSARIO DE TERMINOS\*

**Administración del Gasto Público:** Es la articulación de los procesos que abarcan; la planeación, y programación del gasto público, hasta su ejercicio, control y evaluación.

- 1.-Son los egresos por concepto de gasto corriente.
- 2.-Inversión Pública física e inversión financiera.
- 3.-Pago de pasivos o deuda pública.

**Administración Interna:** Son todas aquellas actividades que tienen como objetivo apoyar el seguimiento de los objetivos de una organización a través de la provisión de los medios para la obtención de resultados, así como la coordinación y aprovechamiento del persona, recursos técnicos, materiales y financieros.

**Ambulatorio:** Dispensario. Enfermedad o tratamiento que no obligan a guardar cama. Adjetivo que se aplica al paso de un punto a otro.

**Antibióticos:** Sustancia anti microbiana de origen bacteriano, micótico o sintético.

**Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada:** Áreas geodemográficas, integradas por recursos presupuestales, financieros y médicos.

**Asignación de Recursos:** Provisión de bienes materiales, apoyos técnicos, financieros destinados a una dependencia u organización, con la finalidad de producir servicios y bienes que son de su competencia.

**Asignación de Excedentes Financieros:** Acto administrativo realizado después de haber obtenido recursos financieros sobrantes a un ejercicio fiscal debido al aumento de la venta de petróleo, las reglas de operación son publicadas en el Diario Oficial de la Federación por el Poder Ejecutivo

**Atención Oportuna de infecciones respiratorias;** Serie de actividades y medidas preventivas en contra de la influenza entre otras.

**Atención pre natal del parto:** Control durante el embarazo que eviten complicaciones para la madre y el niño. P. Ejemplo: partos prematuros.

**Auditoría Externa:** Revisión, análisis y examen contable y de control general practicado por un contador público independiente, ajeno a empresas privadas y a las entidades de la Administración Pública Federal.\*

**Autoridad:** Atribución conferida a un sistema de evaluación. Pone énfasis en los resultados, para lo cual es necesario establecer indicadores de gestión. De esta forma, la evaluación se convierte en apoyo sustancial de las funciones de dirección.

**Banco Mundial:** Organismo internacional que ha facilitado recursos destinados a combatir la pobreza, principalmente sobre aquellos grupos más pobres. Incluye diferentes programas financiados con recursos del presupuesto estatal y Fondos de Inversión Social.

**Banco Interamericano de Desarrollo (BID):** Institución financiera y bancaria, realiza acciones con una orientación de crédito sano y reproductivo.

---

\* Con base al Glosario de Términos mas usuales en la Administración Pública Federal 2000. Paul Shaw establece una serie de criterios para administrar las funciones de las estructuras de salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento:**

Es la institución encargada de proporcionar préstamos y asistencia en países pobres y de medio ingreso. Obtiene la mayoría de sus fondos a través de la venta de sus bonos en los mercados de capital internacionales.

**Bienes Muebles e Inmuebles:** Es el acervo físico y material, que son los activos fijos de una dependencia, para llevar a cabo una actividad económica y social

**Bacilo Calmett Guerin (BCG):** Vacuna contra tuberculosis.

**Camas Censables:** Unidades existentes en hospitales públicos y privados de acuerdo al conteo del INEGI.

**Cobertura:** suma de las acciones organizadas y su disposición eficaz, para el aseguramiento de los servicios de salud de calidad

**Consulta Externa:** Visita para deliberar sobre el diagnóstico y el tratamiento realizada por un Médico.

**Curación:** Restablecimiento de la salud o restauración de partes heridas.

**Derechos:** Son las contribuciones establecidas en ley por el uso o aprovechamiento de los bienes del dominio público de la Nación, así como por los servicios que presta el Estado en sus funciones de derecho público, excepto cuando se prestan por organismos descentralizados. También son derechos las contribuciones a cargo de los organismos públicos descentralizados por prestar servicios exclusivos del Estado.

**Diabetes Mellitus:** Término genérico que se refiere a un grupo de afecciones caracterizadas por excesiva secreción de orina y sed intensa. Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por hiperglucemia, sed intensa y adelgazamiento progresivo. La enfermedad es crónica y puede presentarse acidosis y coma.

**DPT:** Vacuna triple contra la Difteria, Tos ferina y Tétanos.

**Enfermedades cerebro vasculares:** Alteraciones fisiológicas que se manifiestan por síntomas. P. Ejemplo: Hipertensión arterial, aneurismas, infartos entre otras

**Enfermedades del Hígado:** Alteraciones fisiológicas en el órgano hepático. P. Ejemplo: Hepatitis.

**Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas EPOC:** Alteraciones fisiológicas en el órgano p. ejemplo: la bronco neumonía y emfisema pulmonar. Provocadas por resfriados comunes.

**Enfermedades transmitidas por vectores bacterias:** Complicaciones de infecciones de vías respiratorias no tratadas.

**Enfermeras:** Personal profesionalizado que se dedica al cuidado de enfermos.

**Fondo de Donaciones:** Es la transferencia legal, gratuita de bienes ya sea de manera parcial o total. Pueden ser concedidas por organismos descentralizados, instituciones sin fines de lucro, fideicomisos, para estimular actividades de desarrollo social, científicas y culturales de interés general.

**Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD):** Asociación civil sin fines lucrativos dedicada a impulsar la investigación científica en materia de salud.

**Gestión de Recursos.** Administración y dirección de los bienes materiales, financieros, técnicos y del personal, para alcanzar un objetivo determinado.

Guarderías y prestación social.

**Hipertensión arterial:** Aumento de tono o tensión general especialmente de aumento de la presión vascular sanguínea.

**Homicidio:** Muerte de una persona causada por otra sin las circunstancias agravantes del

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Asesinato o el parricidio en las que tipifican al infanticidio.

**Hospital General de Zona:** Establecimiento a la atención de los enfermos internados, unidad que se refiere a determinada área geográfica de una demarcación.

**Hospital General Regional.** Establecimiento para la atención de los enfermos internados, unidad que concentra la atención de una zona o espacio del territorio nacional, que considera elementos comunes, sean económicos, sociales, culturales, geográficos, administrativos o políticos.

**Influenza:** Gripe

**Inmunizaciones:** Proceso de hacer o hacerse inmune. Insensibilidad relativa de una persona animal para una infección por microorganismos patógenos o para los efectos nocivos de ciertas

**Sustancias antígenos:** (Sustancia que induce en los animales superiores la formación de anticuerpos). Inoculación de antígenos capaces de aumentar o provocar la aparición de anticuerpos.

**Inoculación:** Introducción voluntaria o accidental por una herida, del microorganismo causante de una enfermedad.

**Institutos de Salud:** Organismos descentralizados, su principal objetivo es realizar investigación científica que incluye el estudio y análisis de la Medicina y su aplicación en el campo de salud, de esta manera retro alimentan al sistema, mediante la capacitación de los recursos humanos calificados, debido a la capacidad y gran utilidad de su infraestructura permite la prestación de servicios de alta especialidad

**Insumos a la Comunidad:** Conjunto de bienes y servicios combinados con la labor de los obreros y empleados, dando como resultado los bienes o servicios con un valor agregado mayor.

**Jurisdicciones Sanitarias:**

**Manejo efectivo de casos de diarrea**

**Mantenimiento:** Conjunto de actividades enfocadas al cuidado físico y material de los bienes muebles, e inmuebles así como el equipo para alcanzar los objetivos de la organización.

**Modelo de atención a la salud para la población abierta:** Un Modelo, es la suma de elementos y acciones que aumenta la productividad de algunos programas previamente definidos. El Modelo de atención de salud de la población, incluye la prevención, la modificación de hábitos higiénicos, la promoción de la participación comunitaria, la gratuidad, y la atención en el medio rural

**Neumonía:** Inflamación del tejido pulmonar.

**OCDE:** Es una organización intergubernamental e internacional creada a partir del Plan Marshall en 1961 después de la reconstrucción de los países europeos afectados por la Segunda Guerra Mundial, su principal función consiste en realizar el intercambio de experiencias económicas que coadyuvan a la mejora de prácticas gubernamentales en busca del desarrollo económico no solo de las naciones afiliadas.

**Organización Mundial para la Salud (OMS):** La Organización Mundial de la Salud, es un órgano especializado de las Naciones Unidas, creada en el año 1946 para atender asuntos de sanidad, con el objeto de fortalecer los servicios de salud de los gobiernos, promueve la salud y sus investigaciones. Su integración se compone de la Asamblea Mundial de la Salud, que preside un consejo directivo, representando a cada región geográfica.

**Organización Panamericana de la Salud (OPS):** Como organismo internacional de salud pública y oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, su objetivo central radica en la cooperación técnica de los Gobiernos Miembros y la conservación de un ambiente saludable y

desarrollo humano sostenible.

**Paquete de servicios de salud:** El paquete básico de servicios de salud se concibe como una serie de acciones vinculadas ente sí para el Programa de Ampliación de Cobertura, integrado por 13 intervenciones de salud.

**Paramédicos:** Personal capacitado en actividades indirectas o relacionadas con la medicina.

**Pensión:** Es la asignación de dinero de manera mensual o anual, a un trabajador o familiar de este, por un servicio o labor realizado con anterioridad. Se le considera una prestación social.

**Política del Hospital:** Son los criterios que se utilizan para guiar el proceso de las decisiones, en los programas y proyectos de orden institucional, en este caso todos los referentes a una institución pública del sector salud.

**Procesos:** Son las acciones interrelacionadas e interdependientes, conforman la función de administración, relacionadas con las actividades enfocadas a un fin, mediante el uso óptimo de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

**Procedimientos Financieros:** Cursos de acción determinados, interdependientes y sujetos a reglas específicas de operación, enfocados a la captación y administración de ingresos, deuda pública empréstitos (internos y externos).

**Programa Operativo Anual (POA):** Instrumento que traduce los lineamientos generales de la planeación nacional del desarrollo económico y social del país en objetivos y metas concretas a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de acciones, para lo cual se asignen recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de recursos humanos, materiales y financieros.

**Programa de Ampliación de Cobertura (PAC):** Programa que se enfocó principalmente a centrar sus esfuerzos a la población rural y de alta marginación sin acceso a los servicios de primer nivel de atención. Sin embargo para alcanzar este objetivo, también contempla el fortalecimiento de las capacidades de las entidades federativas, jurisdicciones sanitarias y los municipios, mediante la participación social y cultural de las comunidades que la integran

**Prevención:** Conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; tratamiento profiláctico.

**Prevención de accidentes y manejo inicial de infecciones:** Actividades medicas con fines profilácticos en el ámbito laboral.

**Prevención y control de tuberculosis pulmonar:** Actividades medicas encaminadas a la detección y control de la tuberculosis

**Prevención y control del cáncer cervico uterino:** Detección oportuna, mediante la promoción y educación de la salud sexual en la mujer y en general.

**Puerperio:** Periodo desde el parto, en donde los órganos genitales y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación

**Rehabilitación:** Readquisición por tratamientos apropiados de la actividad profesional perdida por diversas causas; traumatismos, enfermedades

**SABIN:** Vacuna anti poliomielítica. Se aplica a niños menores de cinco años.

**Salario y Niveles:** Retribución integrada con los pagos hechos en efectivo, cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas comisiones, prestaciones en especie, que debe pagar el patrón al trabajador por su labor.

**Salubridad General:**

**Saneamiento básico a nivel familiar:**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**Sector Salud:** Se ubica como aquel agrupamiento o conjunto de entidades paraestatales bajo la conducción de una entidad dependiente del Ejecutivo Federal, funciona como mecanismo de control y diseño de programas de salud que llevan a cabo las Instituciones Públicas.

**Sistema de Protección Social:** Modelo de operación, que destaca por su forma de financiamiento que se da mediante. La participación de las aportaciones del Gobierno federal denominada como ayuda solidaria

**Sistema Nacional de Cuentas Nacionales:** El Sistema Nacional de Cuentas es un instrumento administrativo que tiene como finalidad contabilizar el gasto destinado a la salud y utilizar una terminología en relación a la asignación por concepto. Es decir se entiende como un clasificador por objeto del gasto, de medición para los tres niveles de gobierno

**Toxoides tetánico:** Toxina microbiana que ejerce una acción fuera o independientemente de la bacteria productora y que es posible aislar sin destruir ésta. Cuya acción toxica ha sido destruida, pero que mantiene su acción inmunizante específica por lo que se emplea como vacuna.

**Tratamiento antiparasitario a las familias:** Conjuntos de medidas preventivas con el objetivo de reducir infecciones producidas por organismos dañinos a la salud del ser humano. Incluye el suministro de medicamentos como los metrodinazoles.

**Tuberculosis pulmonar:** Enfermedad infecciosa, contagiosa e inoculable, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* y caracterizada anatómicamente por la conformación de tuberculos y por lesiones y síntomas que varían según la localización y la inflamación. Localizada en los pulmones.

**Tumores Malignos:** Multiplicación rápida de células del tejido que no esta totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismos y que pueden tener carácter progresivo

#### **Unidad de Medicina Ambulatoria**

**Unidad de Medicina Familiar:** Espacio funcional acondicionado para la atención médica familiar.

**Unidad Médica de Alta Especialidad:** Espacio funcional acondicionado para la atención médica, intervención quirúrgica y otras enfermedades específicas.

**Urgencias:** Área de atención médica primordial e inmediata.

**Urgencias epidemiológicas y desastres:**

**Uso de contribuciones:** Es la aplicación y destino de los gravámenes establecidos por la ley. La figura principal son los contribuyentes o sujetos pasivos, que tienen el deber de pagar impuestos, y aportaciones a seguridad social, y realizar las contribuciones de mejora y derecho. También se entiende como la transferencia de recursos que otorgan instituciones de seguridad social.

**Zoonosis:** Estado morbo producido por parásitos de animales. Enfermedad de los animales.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## **Bibliografía.**

- ALVAREZ Larrauría. Institucionalización de Servicios de Salud como parte del proceso de legitimación del Estado Mexicano. Tesis 1982.
- ATTKISSON, Glifford. Administración de Hospitales. Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario. Trillas 1996 pág 140-156.
- AVENDIS Donabedian. Los espacios de la salud: Aspectos Fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud 1988.
- BENNETS, A. The Mystique of marketes: publica and private health care in developing countries. London school of hygiene and tropical medicine. Salud Pública. México 1992: 34 (Supl): 85-104.
- BREILH, Jaime. Epidemiología, Medicina y Política. Fontamara. México 1989.
- BLOMM Eric y Jairo Restrepo Zea. Las Reformas al financiamiento de la salud en México. En Salud Público Suplemento 1992 Vol 34. Pág 129-170.
- BRONFMAN. De la Investigación en Salud a la política. La difícil traducción. Manual Moderno. Trillas 2000.
- CASTAÑEDA Pérez, Martha Aída. El programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: Participación Comunitaria y perspectiva de Género 1999.
- CORDERA Galindo. Temas médicos de la Nueva España. La sociedad Médica, Hispano Mexicano. Instituto Cultural Domecq. A.C. 1985.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- DA SILVA Arouca, Antonio. Medicina, Economía y Política. XXII Revista Ciencia Política y Sociales Abril Junio No 84.
- DAVIS, Adelle. Recobremos la salud 1996.
- De PINA, Rafael. Mexicano Derecho Civil. 1992. Porrúa. México.
- EASTON, David. Enfoques sobre Teoría Política. Buenos Aires 1969.
- FARRANDO Ismael y Patricia Martinez. Manual de Derecho Administrativo. Buenos Aires. Argentina. 1996.
- FRAGA, Gabino. Derecho Administrativo. Porrúa México 1998. FIGUEROA Zúñiga, Javier. Principios Básicos en Salud UAEM 1991.
- FRENK, Julio. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública FCE. 1993.

FRENK J. Lozano. R. González. Block. Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. D.F Fundación Mexicana para la Salud 1994.

GARROCHO Rangel, Carlos. Análisis Socioespacial de los servicios de salud. Accesibilidad, utilización y calidad. FCE 2000.

GARCIA Viveros, Mariano. La Salud en México ante el próximo Milenio. Miguel Angel . 2000.

Glosario de Términos mas usuales en la Administración Pública Federal 2000.

GONZALEZ, Carvajal. Diagnóstico de Salud en México. Trillas 1988

GRAMSCI, Antonio. La política y el Estado Moderno. Barcelona. Península 1971.

YÁNEZ Campero, Valentín. La Administración Pública y el Derecho de Protección de la salud en México. INAP 1999.

LAURELL, Asa Cristina. Requerimientos para cumplir la cobertura del sistema publico de salud 1996. UAM

LOZANO, Rafael. Desigualdad, pobreza y salud en México.

MALAGON Londoño, Gustavo. “Garantía de Calidad de Salud. Médica Panamericana” Bogóta. Colombia 1995.

MARCIA Muñoz de Alba Mendrano. Temas selectos de salud y derecho. UNAM 2002. Serie Doctrina. Jurídica No 94. “Presente y Futuro de la Atención de la salud en México. Mercedes Juan pág 13-65.

MOTTA, Paulo. El Administrador Público de la Salud en tanto Gerente Público, en Nuevos Enfoques de la Enseñanza de la Administración de la Salud. Río de Janeiro OPS- OMS No 68. 1985.

NARRO, Robles, José y Javier Moctezuma Barragán. La seguridad social y el Estado Moderno. FCE 1992.

OSORIO, Saúl. Y Berenice Ramírez. Seguridad o Inseguridad Social: los riesgos de la Reforma. UNAM. México 1997. Triana Editores.

Platón. LA REPUBLICA. Cap II. México Porrúa. 1998.

RUELAS Barajas Enrique y Julio Querol Vinagre. Innovaciones de los sistemas de salud. MEDICA PANAMERICANA Funsalud. 1995.

BEZOLD Clement. Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI  
Institute for Alternative Futures. FUNSALUD. Smith Line Beechma Pharmaceuticals.  
 1998.

OECD. The OECD Health Project. Towards High-Performing. Health Systems. France  
 2004.

OECD. Health at a Glance. OECD Indicator 2003. France 2003.

Ley General de Salud 2004.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 2003.

Ley Orgánica de las Entidades Paraestatales. 2003.

Ley de Instituciones de Salud. 2003.

OPS. Verificación de la Cobertura Universal de los Servicios de Salud. La experiencia de la  
 Organización Panamericana de la Salud en México. 2002.

ROJAS Soriano, Raúl. Crisis, Salud, Enfermedad y Política médica 1990.

SANCHEZ Gonzalez, Jose Juan. “La administración pública como ciencia” Su Objeto y  
 estudio. Plaza Valdez. México 2001.

SHAW , Paul. R. New Trendes in Public Sector Managment in Health: Applications in  
 developes and Developing countries. World Bank Institute. April 1999.

SIGERIST, Henry. Hitos en la Historia de la salud pública. Siglo XXI. 1990.

TAMAYO, Jorge. Y Silvano Juan Pérez. Planes Estatales Maestros de Infraestructura en  
 Salud para la Población Abierta. 1999.

VARO, Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios. 1994. Madrid.  
 Ediciones Díaz de Santos.S.A.

VEGA Franco, Leopoldo. La salud en el contexto de la nueva salud publica. UNAM.

URIBE Esquivel, Misael. Reflexiones acerca de la salud en México. Medica Sur.  
 Organización Panamericana. 2001 pág 55-167.

UVALLE Berrones, Ricardo.Las transformaciones del Estado y la Administración Pública  
 en la sociedad contemporánea INAP 1997

SOCIOLOGÍA DE LA SALUD PÚBLICA. El Gobierno y la Salud Pública Pág 138-173

## HEMEROGRAFIA

SERVIN, Magaña Rosalía. Seguro Popular, un modelo financiero para la salud pública Lunes 7 de febrero de 2005. El Financiero. En Sube el Promedio de Vida en Entidades con Alta Marginación. Revela CONAPO. Sociedad y Justicia. En La Jornada. Lunes 7 de Junio 2004.

ALVAREZ Mendiola, Rubén. La inversión en salud en el país es menor a la esperada de acuerdo a los niveles de desarrollo, se destinan menor recursos que en Chile, Costa Rica, Brasil y Uruguay. Escasa Inversión y Bajo Niveles en Salud. En el Universal. Domingo 14 de Noviembre 2004. Pág 22

## DIARIOS OFICIALES DE FEDERACION

Diario Oficial de la Federación. Viernes 16 de Febrero de 2001. pág 37-60

Diario Oficial de la Federación. Jueves 15 de Marzo de 2001. pág 9 pág 66.

Diario Oficial de la Federación. Jueves 18 de Octubre de 2001. pág 28-38.

Diario Oficial de la Federación. Viernes 23 de Noviembre 2001. Pág 32- 74.

Diario Oficial de la Federación. Jueves 10 de Enero de 2002. Pág 41-60.

Diario Oficial de la Federación Miércoles 15 de Agosto de 2001.

Diario Oficial de la Federación. Viernes 19 de Octubre 2001. pág 66-76.

Diario Oficial de la Federación. Miércoles 2 de Enero de 2002. pág 7-28.

Diario Oficial de la Federación. Miércoles 28 de Mayo de 2003. pág 36-38,

Diario Oficial de la Federación. Lunes 3 de Febrero de 2003. pág. 13-44.

Diario Oficial de la Federación. Martes 27 de Mayo 2003. pág 29-36.

Diario Oficial de la Federación. Viernes 21 de Septiembre de 2001.

## FUENTES ELECTRÓNICAS.

[www.insp.mx](http://www.insp.mx)

[www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)

[www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)

[www.facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx)

[www.issste.gob.mx](http://www.issste.gob.mx)

[www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

[www.salud.df.gob.mx](http://www.salud.df.gob.mx)

[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

[www.who.int](http://www.who.int).

[www.reforma.mx](http://www.reforma.mx)

[www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx)

[www.ocde.org](http://www.ocde.org).

[www.eluniversal.mx](http://www.eluniversal.mx)

[www.puebla.gob.mx](http://www.puebla.gob.mx).

[www.sonora.gob.mx](http://www.sonora.gob.mx)

[www.hidalgo.gob.mx](http://www.hidalgo.gob.mx)