



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**

**“Las enfermedades crónicas deterioran la gestión y el gasto de la Administración Pública Federal, período 2008-marzo 2019”**

**Tesis**

**Que para obtener el título de**

**Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública**

**Opción: Administración Pública**

**Sustentante:**

**Rojas Martínez Fernando**

**Asesor:**

**Doctor Víctor Manuel Martínez Chávez**



**Ciudad Universitaria, Ciudad de México, agosto 2020.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Con respeto y admiración a las médicas, médicos,  
enfermeras, enfermeros y todos aquellos servidores  
públicos que con entrega humana diferencian y  
dignifican el servicio médico, y con fe en su profesión  
procuran en lo posible enaltecer la calidad en la  
esperanza de vida.*

## Agradecimientos:

A María Guadalupe Martínez S., Inés, Isabel, Dolores y Teresa, por haberme enseñado que la perseverancia, el mérito y honradez, son el camino del esfuerzo. Todo mi amor y respeto.

A mi pequeña María Fernanda Rojas R., a quien le tomé gran parte de su tiempo. Por ser la fuerza vital que me infiltró el deseo de adquirir conocimiento para ayudar de mejor manera a la sociedad y ser un mejor ejemplo. Con infinito amor.

A mi estimado amigo, José Luis Navarro Aguilar, con sus consejos y opiniones me ayudaron a reflexionar y consolidar mis ideas.

A mis compañeros de trabajo con sus comentarios me hicieron ver lo complicado de ofertar el servicio médico con escaso recurso. A Luis Delgado e Isabel García por haber compartido valiosa información de las estadísticas de la Clínica y para cuantificar el medicamento.

Al atletismo de alto rendimiento, porque de él aprendí a jugar limpio, mantener firme los ideales y no desvanecer hasta cruzar la meta.

A la vida y toda persona que de alguna forma ha contribuido a mi formación y mantenerme con vida en este estupendo Territorio.

A cada miembro de la comunidad de la Universidad Nacional Autónoma de México, que desde mi registro quede asombrado por su nivel organizativo, que en el día a día fui comprobando su alto nivel académico, y por brindarme la oportunidad, de la cual me siento honrado por haber realizado los estudios del nivel Licenciatura.

A mi asesor el Doctor Víctor Manuel Martínez Chávez y a mis sinodales: Maestra Cruz Jiménez Nieves Marina, José Luis Nieves Bueno, Edmundo Barrientos Morales y Aldo Muñoz Ortiz, que ambos me honraron con su atención, observaciones y consejos para mejorar el contenido de este trabajo de investigación.

## **Tabla de contenido.**

Tabla de contenido.....	4
Introducción.....	8
Capítulo I.- La organización en la democracia dentro del ámbito del cuidado de la salud (La parte técnica no puede ser objeto de la voz del pueblo).....	18
1.1.- Estado, Gobierno y Administración Pública .....	18
1.2.- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 .....	24
1.3.- Objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 .....	28
1.4.- Meta “la Salud” del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 .....	33
1.5.- El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 .....	35
1.6.- La meta “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	39
Diagnóstico .....	39
Sistema de seguridad social.....	40
Plan de acción.....	41
1.7.- Objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 .....	41
1.8.- Los resultados de la política que afectan a la Clínica de Medicina Familiar de Guadalupe e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	43
1.9.- Estructura institucional dentro del Estado.....	48
1.10.- Objetivos, estrategias y líneas de acción de los Programas institucionales.....	52
1.11.- Indicadores institucionales .....	58
1.12.- Evaluaciones del desempeño institucional .....	65
Incentivos a los trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	74
Acuerdo de Gestión .....	76
Estandarización .....	77
Conclusión del capítulo I.....	78
Capítulo II.- Perfiles en la administración pública del ISSSTE .....	80
2.1.- Estructura jerárquica del Instituto .....	80
2.2.- La débil estructura de la Administración del Instituto .....	82
2.3.- La tradicional estructura administrativa del estado versus Servicio Profesional de Carrera.....	84

2.4.- Perfiles de la Administración Pública en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Médicos y en la Dirección administradores .....	88
Perfil institucional.....	88
Perfil de directores y delegados regionales del Instituto en Zacatecas .....	90
Perfil de la Clínica.....	91
Perfil del área de laboratorio.....	92
Perfil del área de administración.....	92
Perfil de enfermería .....	92
Perfil médico .....	93
Perfil del Módulo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) .....	94
Perfil de Psicología .....	94
Perfil del derechohabiente .....	95
Perfil del derechohabiente inscrito al Programa de Activación física y perteneciente al “Grupo de Ayuda Mutua” .....	99
2.5.- El Trabajo Social versus Gerencia Social y los programas preventivos de salud .....	99
2.6.- La Gerencia Pública en el ISSSTE .....	101
Conclusión capítulo II.....	105
Capítulo III.- Sistemas de control en la administración pública .....	108
3.1.- El control como parte del proceso de la administración pública de calidad .....	108
3.2.- La administración pública y su control externo .....	110
A.- Actores del control externo.....	111
B.- La separación de poderes.....	113
3.3.- El control interno de la administración pública .....	114
A.- Entorno del control interno .....	115
B.- Sistema del control interno institucional .....	116
B.1.- Modelo estándar del Control Interno .....	119
B.2.- Administración de Riesgos del Instituto.....	120
B.3.- Comisión de Control y Desempeño Institucional.....	121
Tolerancia al riesgo.....	122
Normas Oficiales Mexicanas .....	123

Corrección de deficiencias.....	128
Conclusión del capítulo III .....	129
Capítulo IV.- La Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, en el entorno nacional e internacional.....	131
4.1.- Expresiones de la modernidad que impactan en la administración pública federal.....	131
La industria alimentaria y el excesivo consumo de azúcar .....	133
El fenómeno migratorio.....	135
Los derechos humanos y la realidad .....	135
Situación laboral .....	139
Diagnóstico y recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) .....	140
Certificación para la competitividad .....	142
Las Tecnologías de la Información y Comunicación .....	143
4.2.- El neoliberalismo en la salud .....	145
La Industria Farmacéutica en México .....	147
Participación del Sistema Nacional de Salud en prospectiva .....	151
4.3.- La gobernabilidad y las instituciones mexicanas .....	151
Auditoría Superior de la Federación .....	153
Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).....	157
Sistema de Administración Tributaria.....	158
Dependencias Federales.....	159
4.4.- Los mayores riesgos que enfrentan las finanzas de la Clínica .....	160
A.- El movimiento demográfico.....	161
B.- El Sistema de pensiones.....	163
C.- El magisterio como mayor grupo poblacional de clientes en la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	164
Conclusión capítulo IV .....	165
Capítulo V.- La planeación prospectiva estratégica como herramienta efectiva para el impulso al desarrollo. (A manera de recomendación hacia la institución) .....	167
5.1.- Diseño de la estratégica prospectiva para la sostenibilidad.....	167

Secretaría de Educación Pública (SEP) .....	168
Comisión Nacional del Deporte (CONADE).....	170
La Iglesia .....	171
La familia .....	172
I.- Visión de Futuro .....	175
II.- Gestión de Conocimiento .....	176
III.- Diagnóstico.....	177
Análisis FODA .....	177
5.2.- Prevención de los intangibles como contabilidad anticipada y propuesta metodológica para el diseño de la planeación estratégica prospectiva .....	182
Conclusión Capítulo V.....	185
Conclusión General.....	187
Recomendaciones.....	190
Referencia Bibliográfica: .....	192
Anexo 1 .....	220
Anexo 2.....	220
Anexo 3.....	221
Anexo 4.....	221
Anexo 5.....	222
Anexo 6.....	223
Anexo 7 .....	225
Anexo 8.....	228
Anexo 9.....	245



## Introducción

La existencia formal del ser humano, como el ser más adaptable del planeta, se desarrolla en tres esferas interrelacionadas de manera holística: i) La esfera biológica; ii) esfera psicológica, existe mayor posibilidad de adaptación al entorno cuando la psique se encuentra sana y recuperar la salud es decisión unipersonal (Álvarez, 2019); y iii) esfera social. (Gante, 2015) En el proceso de salud-enfermedad, el medicamento<sup>1</sup> (Gobierno de Chile, 2010) incide primordialmente en los desequilibrios de los dos primeros y por consecución en la esfera social.

El ser humano ha vivido amenazado por las enfermedades infecciosas y las antiguas civilizaciones descubrieron propiedades curativas y preventivas en las plantas. Curar otorgó autoridad. El conjuro sacerdotal con el pensamiento mágico-animista dio poder a la pócima del tratamiento curativo (Jácome, 2008). Más tarde, la Ciencia transformó la pócima en medicamento industrializado, reduciendo el uso de la botánica en la población. Hoy, los médicos siguen gozando de esa autoridad y son parte fundamental de la cadena de valor de la creciente industria farmacéutica, que en México inició en 1919<sup>2</sup> (Schifter y Aceves, 2016).

En el contexto de la globalización, donde, las funciones se certifican para garantizar un resultado eficaz en las instituciones de salud, cumpliendo “con estándares mínimos en estructura, procesos internos y resultados de la atención médica” (Miyahira, 2001). Los individuos han abordado la dinámica de la vida delegando su responsabilidad de decisión del autocuidado de la salud y han centrado su atención en el libre mercado,

---

<sup>1</sup> El medicamento contiene principios activos (son sustancias que pueden interactuar en nuestro organismo con la finalidad de diagnosticar, prevenir o ser terapéutico, aliviar, controlar o curar) más una serie de sustancias (excipientes) que permiten la conveniente manipulación y administración para que el principio activo llegue al sitio específico de acción en el organismo. Los medicamentos son bienes elaborados con fórmulas en laboratorios industriales o recetarios de farmacias.

<sup>2</sup> La industria farmacéutica mundial tuvo origen a principios del siglo XIX, la química experimental mexicana del siglo XIX e inicios del XX, continuo su ejercicio basado en plantas medicinales que recayó en los farmacéuticos egresados de la Escuela Nacional de Medicina, inaugurada en 1888. En 1919, algunos miembros de la Sociedad Farmacéutica Mexicana formaron la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia en la Universidad Nacional de México.

provocador del consumo. El rol del Estado como rector<sup>3</sup> ha sido invisible en muchos aspectos de la vida, que también, se ve reflejado, en el contenido de los alimentos procesados con ingredientes perjudiciales a la salud de los seres humanos. El sobre abuso de los bienes incluyendo los alimentos y servicios, han transformado los estilos de vida de la población colocando en riesgo su salud.

El tema sensible de la salud de las enfermedades no transmisibles ha sido expuesto en repetidas ocasiones en los Planes Nacionales de Desarrollo, como, un problema de salud pública. Los cambios vertiginosos que se suscitan en la cotidianeidad han reducido la amenaza de las enfermedades transmisibles, pero incrementando la mortandad ocasionada por las enfermedades no transmisibles. La Psicología, como, la medicina lo hizo en el pasado con la botánica, bien podría tomar presencia en programas preventivos para promover el autocuidado de la salud entre la derechohabiente de la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, que de aquí en adelante se denominará "Clínica". Como también, podría tomar espacio en el tratamiento para las enfermedades transmisibles y las no transmisibles o también conocidas, como, enfermedades crónicas.

La percepción dividida entre usuarios sobre la calidad de los servicios que otorga la Clínica, toma relevancia cuando se trata de contener las enfermedades no transmisibles o también las nombraremos Enfermedades crónicas.

Con base en datos oficiales sustraídos de los Planes Nacionales de Desarrollo 2007-2012 y 2013-2018, el incremento progresivo del número de casos de estas patologías tiene que ver con la transición demográfica y los estilos de vida asociados al sedentarismo y alimentación inadecuada. Como primicia, se tiene que: 1) El derecho a la protección de la salud no cuenta con una definición precisa, carece de universalidad y no es obligatoria, como lo es el derecho a la educación (Elizondo, 2007); y 2) las características de las enfermedades crónicas, son evitables o su presencia se puede prorrogar, son de larga duración y no son curables. Su atención requiere de enormes recursos en el largo proceso y sobre todo en fases de complicación avanzada. El

---

<sup>3</sup> Cfr. Párrafo I, Artículo 25 constitucional.

desconocido número de casos de enfermos crónicos ha debilitado al erario y comprometido la calidad del desempeño en la Clínica, como del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que de aquí en adelante llamaremos “Instituto”. Durante la investigación, despertó sospecha el desconocimiento del número de diabéticos y se elaboró un censo, determinando su costo medicamentoso que levantó sorpresa con una muestra tomada de la población.

La Clínica ha realizado acciones congruentes con los Programas sectoriales, pero estas no han presentado relación coordinada con los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo. Por lo que conduce, a que, parte de la solución del problema queda en la voluntad del Jefe del Ejecutivo. Hasta el momento toda acción ejecutada ha conducido al resultado negativo y mediático, con un mensaje del gasto en salud regresivo (Elizondo, 2007), dirigido a la base clientelar que justifica el elevado gasto administrativo en materia de salud.

El irreductible presupuesto que se le asigna a la Clínica y las aportaciones que realizan los trabajadores del Estado en relación al número de afiliados por trabajador, representan un riesgo para las finanzas del Instituto, que no han contribuido a satisfacer las demandas de los usuarios en la era de la posmodernidad. Esta situación abre una puerta de oportunidad para que, egresados de la Licenciatura en Administración Pública puedan implementar las herramientas tecnológicas de la Gerencia Pública y aprovechar de manera óptima los recursos existentes. Por otra parte, la Gerencia Social que es un elemento inexistente, pero su presencia puede contribuir a que los programas sociales establecidos en la Clínica tengan éxito al formar ciudadanía. Hoy, el núcleo de la democracia, como, de la salud pública es la participación activa de la población.

El problema de salud en México, está ligada a la seguridad social de la clase trabajadora formal y sus familias, no debe tratarse sólo de “justicia distributiva incumplida, [porque ha sido dirigida a] los sectores políticamente más organizados” (Elizondo, 2007), como los trabajadores de la educación básica que representan el 50% de los trabajadores afiliados tanto en la Clínica como en el Instituto (Gobierno de México, 2018), que obtienen los deciles medios y altos (Elizondo).

Apoyándonos de las palabras de Pablo Majluf (2019), “en la medida en que la gente se vuelve más rica, quiere más libertad”, es decir, la clase media a la que pertenece dicho grupo incrementa su expectativa de satisfacción, y asientan su exigencia, en el derecho a la protección de la salud, establecido en el párrafo IV del artículo 4° constitucional, que dice: “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”. Pero, según Elizondo (2007) este sentimiento de apropiación le precede desde 1917, por el artículo 123. Tornando más complicada su coparticipación para el cuidado de la salud establecido en el párrafo IV, artículo 2 de la Ley General de Salud, que dice: “La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”. Una vez que un gran número de dichos trabajadores cubrieron los requisitos pasaron a formar parte del sector no contributivo por el Artículo Decimo Transitorio de la Ley del Instituto del 27 de diciembre de 1983, pero su renta se incrementó de manera sustancial afectando la cuenta pública y poniendo en entredicho el principio constitucional de igualdad<sup>4</sup> (Brito, p.139) en relación al resto de la población mexicana.

Lo anterior ha fabricado parte de las condiciones medioambientales disfuncionales que resulta en la ingobernabilidad, lo contrario es la gobernabilidad. Ambos términos fueron definidos respectivamente como: la gobernabilidad es “el conjunto de condiciones de carácter medioambiental, favorables para la acción del Gobierno o intrínsecas a éste. Por el contrario, ingobernabilidad se refiere a una situación disfuncional que dificulta la actividad gubernamental” (Alcántara, Sáenz citado en Omar Guerrero, 1995, p.2). La problemática ha generado la necesidad de crear una cultura con ideología de gobierno con la colaboración de los agentes político-económicos nacionales y hasta internacionales, que pueden llegar a transformar las acciones que han venido debilitando al erario.

La reflexión, de que, el ser humano ha podido subsistir por siglos sin medicamento industrializado, lo evitable de las Enfermedades crónicas desdibujado por estilos de

---

<sup>4</sup> El principio constitucional de igualdad, está referido por diversos artículos constitucionales: Cfr. Artículos 1, 2, 4, 12 y 13, entre otros.

vida que pueden ser modificables con gobernabilidad con programas adecuados, la reiterada información oficial sobre el problema de salud pública que expuso el incremento de número de casos de enfermos crónicos como su trágico desenlace entre 2008-2019, lo ineficaz e injusto por regresivo del gasto público en salud, y la insuficiente partida presupuestal en materia de salud, degradada aún más por dichas enfermedades. La consecuencia de estos factores impide realizar nueva infraestructura, como dar mantenimiento a las instalaciones existentes, estandarizar los servicios con calidad, e implementar con mayores recursos los programas preventivos existentes para obtener éxito. Es lo que motivo, a que, el conocimiento adquirido en la Licenciatura en Administración Pública se empleara para realizar la presente investigación con la finalidad de dimensionar los efectos de las políticas públicas implementadas y qué estrategias podrían reducir el problema de las Enfermedades crónicas sin impactar al erario como hasta hoy se ha venido practicando.

El objeto de estudio de la Tesis fue dirigido a la Clínica, aunque forma parte del sistema de salud del Instituto, la información estuvo limitada porque se dedujo de resultados de las auditorías y evaluaciones al desempeño institucional que practicaron las auditorías superiores, como otros organismos. En la metodología, la información obtenida no genera sesgo, debido a que, fue confirmada previamente en la Estadía práctica que se desarrolló en la farmacia de la Clínica, por parte de la asignatura “Laboratorio de estudio de caso” de la Licenciatura antes mencionada.

Por todo lo anterior, la realización del presente trabajo de investigación tiene como **principal objetivo** demostrar que las Enfermedades crónicas han deteriorado la gestión y el erario en los dos últimos sexenios de la Clínica. La tendencia de dichas enfermedades no se ha podido contener debido al tipo de políticas, la manera de emplear los recursos materiales incluyendo la innovación tecnológica y la implementación de las Normas Oficiales Mexicanas inherentes al caso.

Los **objetivos específicos**, son los siguientes:

- Demostrar que el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en la Clínica coadyuvan a reducir el uso de recursos públicos.
- Demostrar que el uso eficiente de las TIC optimizan los registros de información en la función del seguro médico con el Expediente clínico electrónico<sup>5</sup> y disminuye el gasto administrativo.
- Demostrar que la atención de las Enfermedades crónicas es holística y que hay programas preventivos institucionales que son efectivos, eficientes, económicos y cumplen con la normatividad oficial.
- Exponer que el Instituto requiere de un plan prospectivo estratégico para disminuir o controlar los casos por Enfermedades crónicas.
- Señalar que la Clínica e Instituto requieren de herramientas de medición más confiables, sin ser operativizadas por sus propios servidores públicos y la información producida sea evaluada y monitoreada por órganos de control externo.
- Demostrar que ni el exceso de recursos, ni la educación con altos grados académicos sin un objetivo, ni un plan son suficientes para controlar la propagación de Enfermedades crónicas y por lo contrario, se puede llegar a debilitar las instituciones.
- Demostrar que los medicamentos no son un indicador, ni éstos sirven para evaluar la problemática de las Enfermedades crónicas.
- Demostrar que la mayoría de casos de Enfermedades crónicas han sido resultado de un sistema estructural.

La investigación se desprende de la siguiente **hipótesis**: La óptima utilización de indicadores enfocados a mejorar resultados en los programas preventivos con el fin de

---

<sup>5</sup> Cfr. Artículo 3ºfracción XXIII del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.

ser monitoreados y evaluados por organismos externos con métodos de control eficaces en sustitución del Órgano Interno de Control; la correcta aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación “TIC”; la observación del sistema jurídico en especial de las Normas Oficiales Mexicanas; y la calidad en el seguro de salud y servicios otorgados por el Instituto en particular por la Clínica. En suma, estos factores en el corto plazo pueden controlar la problemática de casos de Enfermedades crónicas, además de disminuir el gasto médico corriente de la administración pública federal.

Entonces, el presupuesto de la Clínica puede ser utilizado de mejor manera, como para gestionar la certificación del personal y estandarizar sus servicios, además de desarrollar los programas preventivos motivando a los usuarios a modificar sus estilos de vida. Hasta cierto punto, es posible revertir el proceso de los casos de Enfermos crónicos, si se adoptan tratamientos no farmacológicos y se reduce de manera racional el insumo farmacológico.

Teniendo como primicia la conceptualización del Estado, gobierno y de la administración pública se estableció el **marco contextual**. El trabajo de investigación se delimitó al desempeño de la Clínica dentro del Instituto en la línea del “ISSSTE-Asegurador”,<sup>6</sup> de donde se obtiene que, aseguradora significa “la que se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato”; la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado “B” del artículo 123 constitucional; Ley Federal del Trabajo; Ley General de Salud; la Ley del ISSSTE en 2007; Estatutos Orgánicos del ISSSTE; y las Normas Oficiales Mexicanas inherentes.

Sin llegar a trastocar el complejo sentido filosófico de la norma, sólo se extraerá el contenido elemental de su concepción. En el entendido genérico, una norma se puede definir cómo, el conjunto de reglas o principios de conducta destinadas a regular con especificidad la vida de los individuos en el colectivo (Abundis y Morán, 2016, p.139).

---

<sup>6</sup> Cfr. Artículo 3° fracción II, del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.

La Clínica pertenece al primer nivel de atención a la salud<sup>7</sup>, sus funciones están establecidas como: “acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud general mediante actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno, a través de consultorios auxiliares y las unidades y clínicas de medicina familiar” (D.O.F., 2016). Cuenta con una población de 20,962 derechohabientes registrados de los 38,790 amparados en el municipio (Gobierno de México, 2018). La Clínica pertenece a la región de Zacatecas y forma parte del Sistema Institucional de Servicios de Salud. Los tipos de enfermedades no transmisibles consideradas, son: Diabetes Mellitus o Diabetes Tipo 2, Hipertensión, Obesidad, Enfermedades Cardíacas y algunos cánceres como, cervicouterino, mama y próstata. Es importante señalar que, por el nivel de atención al que pertenece la Clínica, los cánceres sólo se detectan y se referencian al segundo nivel de atención.

Los programas con que cuenta la Clínica para el control de las enfermedades crónico degenerativas son: “MIDE” o Módulo Integral de Diabetes por Etapas, su objetivo principal es de que el paciente mantenga niveles de glucosa por debajo de 120 mg/dl; o por debajo de 6.5 de hemoglobina glucosilada. “PPRESyO”, o Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad, con planes de alimentación saludable y ejercicio físico persigue el objetivo de que la población se mantenga en el rango del Índice de Masa Corporal (IMC) sano (18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>). “GAM”, o Grupos de Apoyo Mutuo, mediante reuniones se proporciona información para mantenerse saludable. Y “PrevenISSSTE cerca de ti” es un programa multidisciplinario preventivo para evitar o tratar dichas enfermedades con acciones de enseñanza al autocuidado de la salud.

El concepto de calidad tiene relevancia por la relación con el proceso de la función administrativa, planeación, organización, dirección y control, del Instituto que impacta de manera directa a la Clínica. Para entender mejor el nivel del seguro médico que se otorga en la Clínica, es pertinente considerar el planteamiento de Suñol, citado en Fernández, (2018, p.10), para que la atención sanitaria sea de calidad, se debe contar

---

<sup>7</sup> Cfr. Artículo 3° del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, fracción XXXIX.



con los siguientes tres elementos: 1) plena; 2) precisa; y 3) asignación de recursos, a las necesidades de salud en la población, de forma tan efectiva y oportuna, como la capacidad real del conocimiento lo permite. También es pertinente la definición de la calidad asistencial, como:

El grado conforme el cual las políticas públicas, programas, planes, estrategias, servicios e investigación destinados y orientados a la población repercuten positivamente en el incremento de los resultados de salud deseados y favorecen las condiciones necesarias para que la población sea saludable (Aula Esteve de Calidad Asistencial, Seguridad y Adherencia Terapéutica citada en Fernández, 2018, p.10).

Con base en la definición de la sub función control de Koontz y Weihrich, (2004, p.640) citado por Sánchez, D., Parra, Y. y Naranjo, Y., (2014): “la medición y corrección del desempeño a fin de garantizar que se han cumplido los objetivos de la empresa y los planes ideados para alcanzarlos”.

Al mencionar el control, es pertinente extraer de la metodología de evaluaciones a los indicadores, que se definen como, una herramienta que permite evaluar la relación estandarizada entre dos o más variables asociadas y su información, sea directa o indirecta, nos permite tomar decisiones para alterar la trayectoria y cumplir objetivos y metas preestablecidas (Fernández, 2018, p.9).

Con el análisis de la situación actual de los casos de las enfermedades crónicas y de las políticas inherentes se pretende aportar una alternativa de utilidad para mejorar las estrategias del servicio que se otorga a los enfermos crónicos en el sistema nacional de salud y que derivarían en un ahorro al presupuesto de egresos. El contenido de los capítulos que conforman la investigación se describe a continuación a manera de resumen ejecutivo:

**Capítulo I.** La vinculación y fortalecimiento de las Instituciones, como de la institucionalidad puede reducir gran parte del problema de salud pública. La problemática de las Enfermedades crónicas ha tenido un buen diagnóstico en los Planes Nacionales de Desarrollo, pero sin coordinación entre programas y Plan no se puede llegar a buenos resultados. La atención de la problemática cuenta con la

perspectiva de integralidad que debe ser acompañada con ideología, relaciones interinstitucionales, calidad en el servicio de salud y evaluaciones con indicadores coherentes a la eficacia en el desempeño institucional. Desde la perspectiva de las finanzas, las enfermedades crónicas como el efecto de la “Ley del ISSSTE 2007”, han estado impactando de manera negativa, a la Clínica, Instituto y Estado mexicano.

**Capítulo II.** En la organización, el perfil político ha sobresalido degradando la eficacia en la administración pública federal y restado poder a la Ciencia para reducir y controlar las enfermedades crónicas. Se confirmó que en la era de la posmodernidad para generar el cambio gerencial se requiere de la profesionalización del servidor público, la ciudadanía formada desde la anhelada Gerencia Social y del concepto empresarial para proporcionar certidumbre a las políticas de Estado con visión social.

**Capítulo III.** El andamiaje normativo de la red de instituciones del Estado, con la actuación de los grupos de la élite política que degradan la institucionalidad (Del Palacio, 2006, p.p.40-41). Han sido la relación inintencionada que ha protegido la relación viciosa institución-debilidad-institucionalidad, su efecto ha impedido la fusión en la estructura social. Como ejemplo, se tiene a las estériles recomendaciones realizadas por la limitada función de los órganos de control, que no han podido establecer el orden y seguridad porque el artículo 79 Constitucional prescribe toda posibilidad de atender las recomendaciones en sólo 120 días y corregir procedimientos, para hacer eficaz el desempeño en la Clínica como en el Instituto.

**Capítulo IV.** La Clínica se encuentra distante de las recomendaciones emitidas por la “OCDE” al Instituto, y el personal capacitado pero no certificado se resiste a la utilización de las TIC. Pero también, los sistemas informáticos de la Clínica son incompatibles entre si, que impiden mejorar los resultados de producción, productividad, control y registros médicos en la gestión administrativa. Son situaciones poco competitivas, incongruentes al proceso de la globalización y que son señales débiles no contabilizadas en el escenario de riesgo.

Otros riesgos a las finanzas públicas de la Clínica e Instituto que requieren de un esfuerzo vinculado en la estructura interinstitucional, como de una medida

compensatoria para controlar los efectos de la problemática, son: el estilo de vida, sobrepeso y obesidad, que el mercado globalizado les ha transformado, factores demográficos, el sistema de pensión con esquema de beneficio definido, y los casos de enfermedades crónicas.

**Capítulo V.** Con el método de Rentería (2015) y Serbolov, Y. (2015) se ilustró la Planeación Prospectiva Estratégica como propuesta para ser desarrollada en la Clínica e Instituto y con el análisis FODA se colocó en perspectiva el programa presupuestal E044 “Atención a la Salud” como el desempeño de la Clínica para obtener argumentos científicos prospectivos y contemplar a través del diseño de construcción de un protocolo de escenarios por el que pueden transitar las estrategias que, con el método Delphi o grupo de expertos capacitados apoyarán a la toma de decisiones para eficientar el gasto y cumplir con calidad los objetivos, y metas preestablecidas de las políticas públicas. Finalizando el trabajo con las conclusiones generales.

## **Capítulo I.- La organización en la democracia dentro del ámbito del cuidado de la salud (La parte técnica no puede ser objeto de la voz del pueblo)**

### **1.1.- Estado, Gobierno y Administración Pública**

La preocupante forma del dispendio público en relación con las Enfermedades crónicas, es por apoyar la idea de reconocer la necesaria existencia del organismo estatal para regular conductas sociales y armonizar acciones entre la esfera pública y privada. Pero sin llegar al extremo, del uso legítimo de la fuerza pública porque la racionalidad del individuo es su impronta. Aunque, hay variadas formas de Estado que se pueden adoptar como íntegras, y no vistas como un solo componente con la estructura de sus órganos soberanos relacionados con el pueblo y territorio; sino con la “división de competencias [dicho de otra manera] a la estructura total y general de la organización política de un país” (Serra 1998, p.578).

El Estado, es un organismo conformado por el supremo Poder de la Federación, dividido en el Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, y el Poder Judicial, aunque son interdependientes y están relacionados con el pueblo y Territorio. Por el principio de División de poderes, ninguno de estos poderes podrá estar en un individuo o grupo, y su legislatura nunca estará guiada por un individuo. Los tres poderes públicos integran la soberanía que dimana del pueblo y a la voluntad generalizada del pueblo se le nombra poder político, que es otro elemento del Estado (Heller, p.349). El órgano constitucional que muestra la unidad de funciones del Estado es el jefe de Estado que es la institución presidencial (para mayor detalle de las obligaciones y facultades ver artículo 89 constitucional), y con base en el término de jefe de Estado del diccionario universal de términos parlamentarios, fracción II, en su actuación prevalecen las *reglas de corrección*. Las aportaciones de Heller, Kelsen y Jellinek al fundamental concepto del Estado de derecho y del entendimiento de *orden* por Weber citado por Fariñas, Dulce J. M., como “conjunto de máximas, que pueden orientar subjetivamente la conducta real de los individuos. Partiendo de esto, Weber caracteriza al “orden jurídico” como un orden legítimo” (p.126).

La Constitución es la base del ordenamiento del Estado, es decir la legitimidad dentro del espacio geográfico denominado territorio. El Estado a través de sus órganos e instituciones lidera la normatividad y administra, tanto externamente entre Estados, como internamente para brindar el objetivo de progreso, bienestar y oportunidades a sus individuos. Dejando a cada individuo se asocie y pueda cumplir su deseo en la libertad que se le concede como al conjunto llamado población, plenamente identificados por su lengua, cultura e historia, con su nación, sin desequilibrar el orden social. Fuente: Kelsen, H. (1990), Dalla Vía, A. R. (enero-junio 2006) y Heller, H. (1971, 1986 y s/f).

Cada entidad de la federación es libre y soberana, algo similar a lo acontecido en la Grecia Clásica, “comunidad autárquica, sinónimo de independiente y autosuficiente” (De la Cueva, 1996, p.20), y que está marcado en cada una de las constituciones de los estados que integran el pacto federal.

Kelsen (1990) reconoció que “el orden jurídico es un sistema de objetivos o un tipo ideal de acción racional, que bien puede ser aplicado como esquema interpretativo” (p.270). A lo que Weber citado por Kelsen (1990) reconoció que:

“La exclusividad de la validez de un ordenamiento está dada sólo en sentido específicamente jurídico, esto significa en sentido normativo, mientras que la eficacia, [...] es posible simultáneamente en dos graduaciones [...] el problema de competencias [...] desde el punto de vista normativo, y en la esfera del conocimiento del ser aparece secundario y totalmente desnaturalizado” (p.281).

Sí, la convicción de la obligatoriedad reposa en la positividad del Derecho y si, con la esencia de la subjetividad se construye el orden jurídico, entonces, lo material del derecho subjetivo es concebido como un poder de voluntad reconocido por el objetivo del orden jurídico. Hoy, la voluntad tiene gran reconocimiento por uno de los emblemas de la era, *los derechos humanos*, por lo tanto la Teoría del interés de Ihering tiene mayor espectro. Frente a este panorama, la parte medular de la presente tesis se suma a la postura intermedia de Jellinek, que parte, de que no sólo debe existir la llana voluntad, sino que todo acto de voluntad requiere de un contenido concreto y que es atendible desde la perspectiva psicológica (Dalla Vía, A. R., 2006, p.340).

A partir de la idea, sobre la conducta humana como inicio de todo conocimiento histórico-social que ventiló lo espiritual, como un medio para obtener el poder político y gobernar la mente de la humanidad (Doctrina de poder). Por tal motivo, se considera que la espiritualidad ha sido un mal necesario para evitar que las masas lleguen a la anarquía, y evitar su autodestrucción (Heller, 1971, p.4).

Jellinek, desde la perspectiva descriptiva del Estado consideró al mismo como una persona moral, que su articulación física por la coexistencia entre los elementos del territorio como material, su población como sustancial y el gobierno o poder como formal, conformaran la siguiente: entre el territorio y poder resultará la forma de Estado y entre la población y poder resultará en la forma de gobierno (Dalla Vía, A. R., 2006, p.341). El gobierno lo conforman las autoridades de los órganos e instituciones que

dan dirección a la administración pública y manifiestan la orientación política del Estado, imponen la Ley, toman decisiones consensuadas y tienen el uso legítimo de la fuerza; son funciones que coinciden con las funciones del Estado y que el poder ejecutivo las manifiesta (SIL). Entonces, no sólo “el gobierno gobierna (dirige, conduce, coordina, controla, supervisa, comunica)” (Aguilar, 2013, p.28) a la población, sino al conjunto de organizaciones administrativas del Estado que materializan la soberanía.

Espinas (1876) citado por Melón, Fernández S. (1963, p.210) determinó que una sociedad es un conjunto de individuos (seres humanos) vivos con conciencia de ideas diferentes entre ellos, diferenciados al resto de los seres vivos. Donde los seres tienen la posibilidad de intercambiar ideas existe la sociedad e inversamente, cuando se origina una sociedad, es posible decir que hay cambio de representaciones.

Una definición con mayor realidad fue mencionada por Thomas Paine (1776) citado por Bobbio (2002):

La sociedad es producto de nuestras necesidades y el gobierno de nuestra maldad; la primera promueve nuestra felicidad *positivamente* uniendo al mismo tiempo nuestros afectos, el segundo *negativamente* teniendo a raya nuestros vicios. Una alienta las relaciones, el otro crea las distinciones. La primera protege, el segundo castiga. La sociedad, es bajo cualquier condición, una bendición; el gobierno, aún bajo su mejor forma, no es más que un mal necesario, en la peor es insoportable (p.22).

La coincidencia del desarrollo progresivo de la libertad de la sociedad -o lo *democráticamente tolerable* que bloquea la solución intra-sistemática dejando opción a alguna solución extra-sistemática (Maldonado, Muñoz M., abril 2016, VI.3)- en conexión a los poderes públicos se presenta en la esfera de lo espiritual y en la esfera de lo económico o material (Bobbio, 2002, p.23). Para el Estado monárquico fue factible por la estrecha relación con la Iglesia, pero para el Estado social laico del Siglo XXI, ha sido un enorme reto que sólo podrá enfrentar con andamiaje científico y afectando las finanzas de la sociedad.

La subordinación en la sociedad política de Bobbio, puede reducir el gradiente tanto en lo económico con el mercado, como en lo político-social con la democracia y gobernanza (Cely, Ochoa G. E. 2015, p.p.146-147). La mala gobernanza estaría alineada a los usuarios de la Clínica que buscan sólo su medicación, pero la *buena gobernanza*<sup>8</sup> estaría con el respaldo de la sociedad civil velando por los intereses del colectivo. Intereses promovidos por el tratamiento no farmacológico, la psicoterapia y la racionalidad en la medicación.

También para hacer material el concepto de Estado interviene en la ejecución de acciones de Gobierno la administración pública. Con la utilización de las instituciones y organismos estatales, la organización como estructura jerárquica del recurso humano denominado burocracia y el recurso material, que tiene como objetivo común asegurar la ejecución de las leyes y proveer con acciones de cooperación los servicios públicos a la población. Las funciones por cumplir de la entidad administrativa son determinadas “estatutariamente su estructura de autoridad y división de trabajo, se señalan y ordenan las atribuciones, facultades, responsabilidades de sus dirigentes y/o la composición de los eventuales órganos colegiados de dirección” (Aguilar, 2013, p. 36).

La administración pública es un constructo histórico-social que no inició con los cameralistas, sino que por los hechos históricos se remonta a las antiguas civilizaciones en diversas latitudes. Con perspectivas de pensadores de diversas ciencias sociales se ha venido enriqueciendo su estudio en las dos vertientes: 1) como sujeto con el propósito de administrar los asuntos públicos; y 2) de objeto, como área de investigación intelectual. Porque es una *Ciencia* social, como la describió Juan Bonnin, en 1808, en su obra *Principios de administración pública*. En dicha obra, Bonnin, citado por Sánchez (1999) definió a la administración pública como “una potencia que arregla, corrige y mejora todo cuanto existe, y da una dirección más conveniente a los seres organizados y a las cosas” (p.121). Lorenzo von Stein, aportó en 1865, con su obra *La teoría de la administración*, el objeto de estudio de la

---

<sup>8</sup> La buena gobernanza, es un término que empleo Aguilar, Villanueva L. F. (2013) al proponer los Principios de la gobernanza de las entidades administrativas.

administración y la actividad de administración del Estado (Sánchez, 1999, p.120). Con la obra *El estudio de la administración* de 1887, se le otorga a W. Wilson, el crédito del origen de la administración pública en la era moderna, porque estableció su objetivo específico de estudio y su integración como ciencia. En él, Wilson estableció la clara separación entre política y administración (Sánchez, G. J. J., 1999, p.113 y 121).

Sánchez (1999), definió de manera general el concepto de administración “como las actividades de grupos que cooperan para alcanzar objetivos comunes” (p.116). La administración pública, con el auxilio de lo que Sánchez, G., determinó “nudos históricos”, las ciencias multidisciplinarias, epistemología, jurídico, científico, político y administrativo (Sánchez, p.114), es fundamento para el desarrollo económico de la nación, y para obtener mayor productividad en los bienes y servicios públicos.

Así, como H. Fayol estableció cinco elementos del proceso administrativo, también Gulick, L. y Urwick, L., citado por Sánchez (1999) establecieron los elementos de la administración “planificación, organización, administración de personal o *staffing*, dirección, coordinación, preparación de informes o *reporting* y presupuestos o *budgeting*” (p.122). Por su parte, Aguilar, V. L. F. (2013) para recuperar la lógica del mando propuso los elementos que deben contener los procesos de la dirección administrativa en los “Principios de la gobernanza/la buena gobernanza de las entidades administrativas públicas [...] que deben incluir los Códigos de Dirección de las corporaciones públicas [...] son: las normas, los procedimientos, las características organizativas, los órganos de gobierno y la comunicación” (p.19). Por nuestra parte y considerando que la Psicología ofrece principios a la administración pública para mejorar las relaciones humanas, se agregaría el enunciado de Sánchez (1999) en las habilidades que debe contar no sólo la dirección, sino todo servidor público en la “ejecución de la función pública, para lo que utiliza la toma de decisiones, liderazgo, autoridad y motivación” (p.127).

En la era de la globalización, las sociedades internacionales influyen en las directrices que se plantean en los planes de desarrollo de los Estado-nación, a continuación se detalla:



I.- **Sociedades internacionales.** Se dedican a la investigación o estudios sistemáticos de situaciones económicas, financieras, políticas, culturales, comerciales, de los Estados miembros del organismo. Mediante políticas y normativas apegadas a sus objetivos e intereses y pueden inferir en ciertas conductas con el fin de eficientar el desarrollo de alguna de estas actividades en el panorama mundial o regional.

II.- **Coordinación** de los programas de desarrollo. Mediante el intercambio de experiencias y conocimientos en el territorio sustantivo, en materia de organización y administración. Con personal especializado exclusivo y capaz de mantener líneas de contacto entre oficinas involucradas. La coordinación también se presenta en cada uno de los siguientes tres elementos.

II.1.- **Planeación.** Requisito indispensable para realizar responsablemente todo proyecto que se quiere tener un buen desarrollo. Su función es realizar el recuento de recursos existentes, estimar las necesidades actuales y determinar uno o varios de los programas ya existentes por desarrollarse.

II.2.- **Organización.** Es la parte medular de la función pública en todo proceso productivo de la corporación gubernamental mediante la Administración Pública.

II.3.- **Ejecución.-** Se puede emprender con organismos existentes de los Estados o bien con la creación de dependencias de los gobiernos para lograr el fin. Fuente: Mancera, Ortiz R., 1956, p.p. 495-496.

Como sujeto de estudio no es posible desvincular la política de la administración pública, pero qué costo del acto político debe ser tolerado por las finanzas públicas, si el objetivo común es mejorar el resultado en el desempeño institucional en la dimensión de calidad del servicio, eficacia y del bienestar social.

## 1.2.- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Con base en la opinión pública<sup>9</sup> referida en la Ley de Planeación (D.O.F., 2012) del Sistema Nacional de Planeación, con la premisa del desarrollo humano sustentable para la ampliación de derechos, oportunidades y capacidades de la persona, que se

---

<sup>9</sup> Cfr. El Capítulo Tercero, artículo 20 párrafo I y 20 bis de la Ley de Planeación, establecen la participación de los integrantes del Sistema Nacional de Planeación Democrática para expresar su opinión con el objeto de elaborar, actualizar y ejecutar el PND.

traduciría en la transformación del desarrollo presente sin comprometer las futuras generaciones, satisfaciendo las necesidades públicas entre ellas la salud.

El jefe del Ejecutivo Federal<sup>10</sup> elaboró<sup>11</sup> democráticamente la orden racional con acciones sistemáticas<sup>12</sup> plasmadas en la planificación del desarrollo de la nación remitido al H. Congreso de la Unión como Decreto en cumplimiento al artículo 5° de la Ley de Planeación. Resaltando la existencia del requisito indispensable del compromiso y colaboración de toda la población incluyendo los pueblos y comunidades indígenas<sup>13</sup>, dependencias de la Administración Pública Federal, entidades paraestatales, así como por el convenio<sup>14</sup> del Derecho Público<sup>15</sup> con los órganos constitucionales autónomos y entidades federativas que conforman el Sistema Nacional de Planeación Democrática<sup>16</sup> para que los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, fueran realizados. La Secretaría de la Contraloría de la Federación, hoy Secretaría de la Función Pública (SFP), tuvo el deber de aportar elementos de juicio por las disposiciones aplicables al control interno y evaluaciones a las instituciones de la administración pública federal en el cumplimiento de los objetivos y prioridades del Plan y los programas<sup>17</sup>. Por su parte, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) ha venido contando con una serie de atribuciones y funciones contenidas en los artículos 14 y 15 de la Ley de Planeación para dar seguimiento al cumplimiento de la coordinación de la ejecución.

---

<sup>10</sup> El jefe del Ejecutivo Federal en el período 2006-2012 fue el Lic. Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, abogado por la Escuela Libre de Derecho y militante del Partido Acción Nacional. Dicho partido dentro del Sistema de Partidos obtuvo por libre elección, en forma consecutiva la segunda representación presidencial derrotando la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional.

<sup>11</sup> Cfr. Artículo 5° párrafo I y II de la Ley de Planeación.

<sup>12</sup> Cfr. Artículo 3° párrafo I de la Ley de Planeación.

<sup>13</sup> Cfr. Artículo I fracción V, que incluye a los representantes de los pueblos indígenas para la participación en la elaboración del Plan y el artículo 4° de la Ley de Planeación establece la conducción del Plan Nacional de Desarrollo por el Ejecutivo Federal con la participación democrática de la sociedad.

<sup>14</sup> El Capítulo Quinto, artículos 33 al 36 de la Ley de Planeación establece la coordinación entre los órganos constitucionales autónomos y entidades federativas para cerrar el círculo de los tres órdenes de gobierno bajo las formalidades que se suscriban mediante convenios para coadyuvar a la realización del Plan y para este caso el Plan 2007-2012.

<sup>15</sup> Los contratos y convenios que se celebren conforme al capítulo Sexto, Concertación e inducción, de la Ley de Planeación artículo 39 son considerados del Derecho Público.

<sup>16</sup> Cfr. Las funciones de cada integrante del Sistema Nacional de Planeación Democrática están establecidas en el Capítulo Segundo de la Ley de Planeación, exceptuando las de la Participación Social y sus representantes que aparecen en el Capítulo Tercero.

<sup>17</sup> Cfr. Artículo 18 de la Ley de Planeación.

Los integrantes del Sistema Nacional de Planeación Democrática intervinieron en foros, consultas, mesas y debates, siguiendo la normatividad consideraron entre la igualdad de oportunidades, el principio de la salud como derecho de la humanidad reconocido por la Constitución, donde el Estado mexicano está obligado a respetar, promover y garantizar<sup>18</sup>. Dichas acciones sirvieron para asentar las bases de integración, diseño y el desempeño de actividades del Plan, con los siguientes ejes rectores:

- 1) Estado de derecho y seguridad.
- 2) Economía competitiva y generadora de empleos.
- 3) Igualdad de oportunidades.
- 4) Sustentabilidad ambiental.
- 5) Democracia efectiva y política exterior responsable.

El programa del Instituto que debe sujetarse a “las previsiones contenidas en el Plan y en el programa sectorial”<sup>19</sup>, ambos programas estuvieron coordinados de origen, atendiendo el artículo 17 párrafos II y V de la Ley de Planeación, pero sin tener conexión del todo con el mismo Plan. Esta situación dejó expuesta la actuación del jefe del Poder Ejecutivo y Cámara de Diputados, debido a que, en el artículo 7° de la misma Ley, el Presidente de la República envía e informa el contenido general de las iniciativas de Ley de Ingresos y del Proyecto de Egresos de la Federación que deben estar vinculados con el Plan y sus programas. Además, que en el artículo 6° párrafo I y II de la Ley de Planeación, el mismo Presidente de la República debe informar sobre las acciones y resultados del Plan y Programa Sectorial para su análisis al Congreso de la Unión.

Si bien, la democracia existente en el Estado mexicano con un sistema presidencial no es perfecta o cercana a la democracia de cualquier otro Estado parlamentario e industrializado, sí, se puede asegurar que hoy, la situación se encuentra en un espacio más avanzado en el proceso democrático. Con mayor participación ciudadana, la Ley exige la rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información. Por otro lado,

---

<sup>18</sup> Cfr. Artículo 1° fracción IV de la Ley de Planeación.

<sup>19</sup> Cfr. Artículo 24 de la Ley de Planeación.

también se puede asegurar que, aún existe un largo tramo por recorrer dentro del proceso democratizador. En lo personal y en perspectiva al caso del Estado mexicano, hay una inclusión a las ideas de pensadores que vienen desde Platón, sobre lo aborrecible que es la democracia, debido a que, el diseño de la legislación que tiene su origen en lo político, pierde no sólo la estética sino su funcionalidad sobre todo al enfrentarse al gran reto de la implementación, las *politics* están sobre las *policies*.

La importancia de propiciar un *Estado de derecho y un ambiente de seguridad*, como principio para la generación de empleos que elevarían los niveles del estado de bienestar, un bienestar que no ha podido ser logrado y que la seguridad social en México está ligada al empleo. En el tercer eje de la política pública del Plan denominado *Igualdad de oportunidades*, se presentó la fórmula para atender la salud en toda la población, como un punto vertebral para que toda la población en edad pudiese participar en las actividades productivas.

Para los trabajadores en activo que cotizaron al Instituto y con base en la Ley del ISSSTE del 27 de diciembre de 1983, teniendo su última reforma el 2 de enero de 2006 y abrogada el 31 de marzo de 2007, se tuvieron las siguientes tres formas de pensión:

Tipo de seguro de pensión	Edad cumplida	Años de servicio y cotizados	Porcentajes
Jubilación <sup>20</sup>	Trabajadores 30 años	30	100%
	Trabajadoras 28 años	28	
Retiro por edad y tiempo de servicio <sup>21</sup>	55 años	15	50% y por cada año se incrementa en 2.5% hasta alcanzar el 95% a los 29 años. <sup>22</sup>
Cesantía en edad avanzada <sup>23</sup>	60 años	10	40% y por cada año se incrementa en 2%, logrando el 50% a los 65 y más. <sup>24</sup>

**Tabla 1.** Elaboración Propia con información de los artículos señalados al pie de página de la Ley del ISSSTE abrogada 31-03-2007. Fuente: D.O.F. (02 de enero de 2006) Ley del ISSSTE. México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado el 01 de mayo de 2019, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/LISSSTE\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/LISSSTE_abro.pdf)

<sup>20</sup> Cfr. Artículo 60 de la Ley del ISSSTE.

<sup>21</sup> Cfr. Artículo 61 de la Ley del ISSSTE.

<sup>22</sup> Cfr. Artículo 63 de la Ley del ISSSTE.

<sup>23</sup> Cfr. Artículo 82 de la Ley del ISSSTE.

<sup>24</sup> Cfr. Artículo 83 de la Ley del ISSSTE.

Para los pensionados de la Secretaría de Educación Pública se tuvo un tratamiento diferenciado que ha tenido graves consecuencias en la Administración Pública Federal.

Las edades como las pensiones han tenido importancia en la consideración determinante de la política laboral con respecto a la oferta y demanda de la mano de obra, tan importantes son en la macroeconomía, como los importes de inversiones, el nivel de ingreso y escolaridad, índices de natalidad y mortalidad, el aprovechamiento de los avances tecnológicos, migraciones, empleos formales y la productividad. El Plan tuvo una visión de futuro al 2030, donde la población pudiera ejercer sus derechos sociales y para tal efecto se proponía el cumplimiento de sus objetivos nacionales. El espectro etario de la Población Económicamente Activa<sup>25</sup> (INEGI) tuvo que ser incrementado, pero esto sucedería unos meses después con la Ley del ISSSTE reformada el 31 de marzo de 2007, para tratar de aprovechar el bono demográfico que se daría entre 2012 y 2033<sup>26</sup> (Partida, 2008, p.13).

### **1.3.- Objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**

Los cinco ejes rectores de la política pública del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 marcaron el amplio rumbo a seguir sobre el sexenio, observando una serie de objetivos con sus estrategias que con la transversalidad se pretendió lograr el anhelado *“Desarrollo Humano Sustentable”* (Calderón, 2007, p.3). Haciendo un alto para hacer notar el término anterior y presentado como la primicia rectora del Plan, ya que, si bien, el colectivo humano se podría ver como un recurso natural renovable, también se podría ver al ser humano en lo individual, como el recurso natural no renovable y que

---

<sup>25</sup> La Población Económicamente Activa (PEA), está definida como la integración de todas las personas de 12 años y más que realizaron algún tipo de actividad económica, que son la población ocupada, o que activamente buscaron hacerlo, lo que es la población desocupada abierta, en los dos meses anteriores a la semana de levantamiento, la PEA se clasifica en población ocupada y población desocupada abierta o desocupados activos.

<sup>26</sup> El bono demográfico se caracteriza por las condiciones demográficas que permiten una abundante mano de obra en edad activa y que pudiéndose aprovechar de manera racional y adecuada, se podría elevar el crecimiento económico.

debe de ser preservada su salud e integridad, para ser colocado en la sociedad como protagonista del desarrollo. Retomando el tema, se tuvo que el *Estado de derecho y seguridad*, fue presentado como, tarea de todos aquellos integrantes del sistema democrático mexicano, entre ellas las autoridades administrativas al tratar de implementar la Ley, como en este caso la Ley del ISSSTE, para regular las conductas en materia de salud de las y los mexicanos. La misma Ley del ISSSTE, abrogada el 31 de marzo de 2007, fue centro del objetivo “Generalizar la confianza de los habitantes en las instituciones públicas”; con su estrategia “impulsar la vigencia de leyes modernas, suficientes, claras y sencillas en todos los ámbitos de la actividad nacional”. La nueva Ley del ISSSTE del 2007, fue oxígeno para la Institución en el Sistema de Pensiones, surgiendo la *Cuenta individual* integrada “por las Subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, del Fondo de la Vivienda, de ahorro solidario, de aportaciones complementarias de retiro, de aportaciones voluntarias y de ahorro a largo plazo”<sup>27</sup>, ha sido operada por PENSIONISSSTE<sup>28</sup> o bien, por cualquier otra administradora elegida libremente por el trabajador. Para los trabajadores o pensionados por el sistema de cuentas individuales su seguro de retiro tendrá la siguiente modalidad según sea el caso:

Tipo de seguro de pensión	Edad cumplida	Años de servicio y cotizados	Derecho
<b>Vejez</b> <sup>29</sup>	65 años	25	1) Pensión en función a su cuenta individual; y 2) Seguro de salud en término del Capítulo II <sup>30</sup>
<b>Cesantía en edad avanzada</b> <sup>31</sup>	65 años	25	1) Pensión en función a su cuenta individual; y 2) Seguro de salud en término del Capítulo II <sup>32</sup>

**Tabla 2.** Elaboración Propia con información de los artículos señalados de la Ley del ISSSTE 31-03-2007. Fuente: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (22/06/2018). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México D.O.F. Recuperado el 05 de noviembre de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE\\_220618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_220618.pdf)

<sup>27</sup> Cfr. Artículo 76 de la Ley del ISSSTE.

<sup>28</sup> El Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado denominado PENSIONISSSTE, es un órgano público desconcentrado del ISSSTE. Cfr. Sección VIII artículo 103 al 113 Ley del ISSSTE.

<sup>29</sup> Cfr. Artículo 89 de la Ley del ISSSTE (31-03-2007).

<sup>30</sup> Cfr. Artículo 88 de la Ley del ISSSTE (31-03-2007).

<sup>31</sup> Cfr. Artículo 84 de la Ley del ISSSTE (31-03-2007).

<sup>32</sup> Cfr. Artículo 85 de la Ley del ISSSTE (31-03-2007).

En contraste, la tabla 1 basada en la Ley del ISSSTE en un régimen estatista comparado con la tabla 2 derivada de la misma Ley, pero con influencia del sistema neoliberal, se aprecia una amplia diferencia en sustancia que desfavorece al trabajador o pensionado que tendrá que cubrir su tasa de remplazo proveniente de su AFORE con auxilio de otras rentas, como, mayor tiempo laboral. Pero el Instituto obtendrá el beneficio de no salir perjudicado por el pago de pensiones. La Administración Pública Federal no podrá decir lo mismo, al momento de incrementar los apoyos a Adultos Mayores en los programas sociales. Dicha acción fue contraria a la estrategia del Plan que priorizó la atención a grupos vulnerables.<sup>33</sup>

Hablar de la transparencia y rendición de cuentas en México, ha sido un tema rentable para la política mexicana en los últimos sexenios, realizar estrategias verticales y horizontales coordinadas. Para acercarse a su implementación ha sido un reto para el buen ejercicio de los recursos federales, que no sólo es competencia de la Administración Pública Federal. Por lo que, la instrumentación institucional fue incorporada en el Plan. Estrategia 9.6 “Coordinar y establecer mecanismos para la transparencia y la rendición de cuentas de los gobiernos estatales y municipales en el ejercicio de los recursos federales” (Calderón, 2007, p.20).

De manera directa, se fortaleció la promoción de la participación ciudadana y la cultura para evitar malos manejos. Sí bien, en la Clínica no se ha denunciado un acto de mal manejo, pero muy frecuentemente, el sentido humanista se ha operado con discrecionalidad ubicándolo por encima de la legalidad. Cómo la práctica de estudios de gabinete o estudios de laboratorio a no derechohabientes, surtir recetas de medicamentos provenientes de otras unidades médicas y extemporáneas, etc.

Para evitar esos actos que en la mayoría de las veces son forzados y deben de reunir los requisitos de validez y presunción de legitimidad en su ejecutoriedad o de cualquier otro acto administrativo quedó muy ad hoc la estrategia que pretendió

---

<sup>33</sup> Cfr. Estrategia 12.3 del Plan Nacional de Desarrollo.

“consolidar el esquema de trabajo de los órganos internos de control”<sup>34</sup>. Fernández, Ruiz (2016) definió al acto administrativo como:

El concepto del acto administrativo tiene dos criterios: 1) Orgánico, conocido como subjetivo o formal. Únicamente los órganos administrativos pueden producirlos; y 2) Material, conocido como objetivo o sustancial, donde su producción no es exclusiva del órgano administrativo, sino también del legislativo y jurisdiccional. Al excluir los actos contractuales y generales, sinónimo de contratos y reglamentos, entonces, la doctrina admitiría la siguiente definición del acto administrativo en sentido restringido: la singular declaración de voluntad de un órgano del poder público en el ejercicio de la función administrativa, con efectos jurídicos dirigidos a casos individuales específicos (p.132).

El capital humano también requiere de control en su estilo de vida para evitar ser depreciado por los golpes de las Enfermedades, elevar sus capacidades y aprovechar las virtudes de las nuevas tecnologías que han elevado los avances médicos, como en la multitud de disciplinas del conocimiento humano. En una “*Economía competitiva y generadora de empleos*” no sólo del mercado interno, sino en, la geopolítica de la región de Norteamérica, que compite con las del resto del mundo. En el mercado interno, la actuación del personal médico de la Clínica se ha opuesto en los hechos a la inserción tecnológica como estrategia vanguardista del Plan (Calderón, 2007, p.9). Hasta, hoy, en la Clínica no se ha aprovechado el uso del equipo de cómputo asignado, ni siquiera para elaborar la prescripción. También, se tuvo como estrategia para promover la adhesión y el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación<sup>35</sup>, en la Administración Pública de los tres niveles de gobierno. El aprovechamiento de los avances tecnológicos es fundamental para generar cambios estructurales que favorezcan al desarrollo de círculos virtuosos.

Otra amenaza a la que tuvo que enfrentarse la Administración Pública Federal para ser más competitiva, incluyendo el desempeño del Instituto, como de la Clínica, fue “consolidar un sistema nacional de pensiones”<sup>36</sup> establecido como objetivo, por

---

<sup>34</sup> Cfr. Estrategia 10.4 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>35</sup> Cfr. Estrategia 14.1 y 14.2 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>36</sup> Cfr. Objetivo 3 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.



infortunio su estrategia de “Reforzar el Sistema de Ahorro para el Retiro”<sup>37</sup>, sólo favorecería al sistema financiero que dejaría en situación de vulnerabilidad a los adultos mayores con cuentas individuales y desarticularía cualquier incentivo por incrementar la tasa de ocupación del sector formal, presentes en el objetivo “Promover las políticas de Estado y generar las condiciones en el mercado laboral que incentiven la creación de empleos de alta calidad en el sector formal.”<sup>38</sup> Con su estrategia “Promover las políticas de Estado que fomenten la productividad en las relaciones laborales y la competitividad de la economía nacional, a fin de atraer inversiones y generar empleos formales y de calidad.”<sup>39</sup>

Teniendo que, la población mexicana merece aliviar el rezago transgeneracional que ha impedido la “*Igualdad de oportunidades*” en su formación y como un medio de realización, que le permitiría de inicio el acceso a los derechos sociales como columna vertebral para combatir las múltiples dimensiones de la pobreza y permitir el micro y macro desarrollo económico. La salud y la educación no han sido variables, sino constantes desestimadas en la ecuación del desarrollo económico. Pero este Plan pretendió situar en alto relieve a la educación de calidad y salud, como una condicionante para destacar el desarrollo individual y una vida individual profesional plena de satisfacciones. Reducir los índices de ambas variables permite elevar la productividad y por consecuencia lograr el bienestar social.

El bienestar social no sólo es una expresión que involucra exclusivamente al ser humano, sino que está en armonía con su entorno. Por lo que, la raza humana tiene la responsabilidad de detener el ecocidio y evitar el sobrecalentamiento global al aprovechar los recursos naturales. Estas acciones de la estrategia para preservar la “Sustentabilidad ambiental”, son parte integral del desarrollo humano. También, el Plan propuso que la ciudadanía mexicana participara y se involucrara en la vida pública, considerada una cultura democrática vivencial, hecho que no permeó en la Clínica con el autocuidado de la salud. La actitud hacia el fenómeno migratorio considerado en ese

---

<sup>37</sup> Cfr. Estrategia 3.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>38</sup> Cfr. Objetivo 4 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>39</sup> Cfr. Estrategia 4.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

momento como el nuevo tema en la agenda pública, siendo corresponsable con la política exterior mexicana para posicionar al Estado mexicano como un verdadero promotor del desarrollo humano y defensor de sus derechos, independiente del estatus migratorio dentro del Territorio, como en el contexto internacional, en el proceso de la globalización. Teniendo así, una *“Democracia efectiva y política exterior responsable”*, que promueve la paz entre los Estados-nación.

#### **1.4.- Meta “la Salud” del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**

La amenaza número uno para el desarrollo humano en las últimas décadas ha sido el conjunto de complicaciones de las Enfermedades no transmisibles, son enfermedades evitables, no curables y altamente costosas en su tratamiento, su causa está intrínsecamente relacionadas al envejecimiento y sobre todo al estilo de vida poco saludable, como la mala nutrición y el sedentarismo. El conjunto de muertes ocasionadas por estas enfermedades y las lesiones por accidente o violencia representan el 85% de las defunciones en el país, el 15% restante es asociada a la pobreza, como desnutrición, infecciones y aquellas relacionadas a la reproducción. La desigualdad social impacta a la salud, su presencia es notoria entre individuos, como entre entidades del Territorio mexicano.

En la Clínica, la mayoría de su población de derechohabientes cotizantes tuvieron percepciones por encima de la línea del bienestar, aun así, en 2007 se registraron 4.5<sup>40</sup> afiliaciones de individuos en promedio, hayan sido familiares de los trabajadores, pensionados o familiares de pensionados, por cada trabajador cotizante, representando una amenaza que de continuar podría desajustar sus finanzas.

Cuando hablamos de salud pública, es relevante considerar la transición demográfica, cuando la tendencia apunta al incremento de la esperanza de vida en la población, generando más adultos mayores como bloque social que mayor atención médica demanda. El incremento asimétrico con la población infantil, debido a que, la

---

<sup>40</sup> Para mayor información ver Tabla 4.

tasa de fecundidad se ha venido reduciendo y se espera que llegue a 1.71 en 2050, con una esperanza de vida de 83.4 años en promedio al nacer (Solís, 2018, p.12). También se debe considerar el incremento de la base de trabajadores de la salud para brindar un mejor servicio de calidad a la comunidad, como señal de justicia social y equidad en el desarrollo humano.

Un factor a favor de la Clínica, es que no se encuentra en un municipio marginado como otros, donde las posibilidades de enfermarse son mayores, 1.7 hombres y 1.5 mujeres (Calderón, 2007, p.64).

Ante el panorama que ha debilitado la salud de la población, el objetivo “Mejorar las condiciones de salud de la población”<sup>41</sup> (Calderón, 2007, p.64), se trató de implementar acciones certeras “para fomentar los programas de protección contra riesgos sanitarios”<sup>42</sup> (Calderón, 2007, p.64), para la población de derechohabientes de la Clínica y de las unidades médicas y administrativas pertenecientes a la Delegación Zacatecas del Instituto. Con una clara distinción de riesgos a la salud generados de forma involuntaria, como el contacto con medios insalubres, tecnologías o situaciones impropias; y de los riesgos a la salud ocasionados de manera voluntaria, como estilos de vida insanos.

Las Enfermedades no transmisibles han vulnerado a un amplio porcentaje de la población mexicana, como del mundo entero, por lo que su tratamiento requirió que el sector público de salud en México, incluyendo el Instituto formaran equipos multidisciplinarios. También en algunas situaciones de la siguiente estrategia quedó plasmada con tinta en el Plan y en otras ocasiones sí se cumplió, promover la construcción de una base social con la participación y compromiso de la sociedad organizada, industrial, municipal y comunitaria para mejorar la salud de los mexicanos. Se elaboraron guías metodológicas, normas y lineamientos para la capacitación que integraría de manera sectorial las acciones preventivas contra las Enfermedades no transmisibles<sup>43</sup> (Calderón, 2007, p.65). *La hora de activación física laboral y las pausas*

---

<sup>41</sup> Objetivo 4 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>42</sup> Estrategia 4.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

<sup>43</sup> Estrategia 4.2 y 4.3 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

*para la salud*, fueron estrategias ideales que tuvieron gran trascendencia permeando en las instituciones de los tres órdenes de gobierno.

Fueron acciones demasiado prometedoras para combatir las Enfermedades del caso y sus complicaciones, donde las instituciones cedían tiempo para que los trabajadores y clientes guiados por un promotor siguieran las indicaciones en la activación física, que iba de 30 minutos a una hora de duración en el caso de la *hora de activación física laboral* y de 10 a 15 minutos para el tema de la *pausa para la salud*.

Las tensiones generadas en la Administración Pública Federal, porque ni la producción, ni la productividad, como el crecimiento económico daban los números prometidos en campaña por el titular del Poder Ejecutivo, además de la creciente ola de violencia en Territorio mexicano y los efectos exógenos, provocados por la crisis financiera mundial de 2008-2009, se fue viciando y debilitando la estrategia, para detener el creciente número de casos de Enfermedades. En la Clínica, no se pudo llevar a cabo al 100% dicha estrategia de promover la participación social para mejorar la salud de su población de usuarios y sería hasta el siguiente sexenio cuando se vería un avance significativo.

La población de usuarios de la Clínica ha preferido minimizar las recomendaciones y regímenes propuestos por su médico para evitar y tratar las Enfermedades en cuestión, de manera racional, económica y le ha apostado a correr el riesgo a padecer una o más de las enfermedades mencionadas, que la mayoría de las veces termina adquiriéndolas y viviendo en la queja de exigir medicamentos sustentado en el derecho constitucional a la salud.

### **1.5.- El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**

Le correspondió elaborar la directriz de la programación y presupuestación de la Administración Pública Federal, incluyendo la Ley de Ingresos de la Federación y el Proyecto de Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación en el ámbito de

desarrollo económico en el Territorio nacional, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, al Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, con base en el cumplimiento de lo establecido por el artículo 26 constitucional, donde todos los programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales tuvieron en letra, el compromiso legal de actuar en congruencia y subordinados al Plan, cumpliendo la Ley de Planeación. La incongruencia institucional de planeación del sexenio anterior continuó.

La ciudadanía tuvo la oportunidad de reflexionar sobre las líneas fundamentales de acción en que se buscó el crecimiento y desarrollo económico nacional para elevar el nivel de calidad de vida de la población mexicana. Con la particularidad, que el Ejecutivo pudo promover en la agenda política para aprobar las reformas estructurales y donde todos los agentes económicos tuvieron el compromiso de contribuir para el cumplimiento de las siguientes metas nacionales.

- 1) “Un México en paz”.
- 2) “Un México incluyente.”
- 3) “Un México con educación de calidad.”
- 4) “Un México próspero.”
- 5) “Un México con responsabilidad global”.

En México, el fortalecimiento institucional ha sido una tarea constante, es por ello que en este Plan no se pudo omitir el esfuerzo de avanzar con el proceso democrático que diera legitimidad al Estado incluyente, para ser más eficiente y productivo con el manejo de las políticas. A través de la corresponsabilidad de la actuación política y utilizando una comunicación eficaz, se coordinaría la relación entre Poderes para construir acuerdos necesarios que llevarían a cabo la aprobación de las reformas de primer orden, exceptuando la de salud. Con el objeto de fortalecer el federalismo y redistribuir funciones que atiendan de mejor manera a la población que permita un desarrollo regional balanceado se pretendió mejorar la transparencia y rendición de cuentas entre niveles de gobierno.

Proveer de seguridad a la población que ha estado amenazada en las últimas décadas por el crimen organizado, como un medio necesario para permitir el

crecimiento económico y fortalecer el tejido social con la procuración e impartición de justicia.

Al Estado, le concernió la apertura de canales que condujeron brindar los derechos sociales, como base para tener una sociedad con igualdad de oportunidades que permitiría el desarrollo pleno de los individuos. Todos y cada uno de los ejes no pudieron siquiera intentar su logro por si solos, por ello se complementaron con la transversalidad de estrategias. Con la gobernabilidad democrática se pretendió promover el evitar la violación a los derechos humanos, conseguir el acceso a los servicios de salud, y a una vivienda digna. Es decir, se pretendió la construcción de *un México incluyente*, retomando lo trascendental de la Constitución de 1917, la justicia social, como impulsor de la productividad en México, que redituaria en el crecimiento económico esperado.

México, insertado en el mundo globalizado que ha estado demandado capital humano con amplias capacidades para coadyuvar en el progreso, como parte medular de la economía de hoy, como lo es la productividad. Por lo tanto, *un México con educación de calidad* trato de aportar una solución viable y con oportunidades de acceso a la cultura se pretendió el complemento a la formación integral de la población. Con personal capacitado se pretendió “promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud, se propuso fomentar que la mayoría de la población tenga acceso a la práctica de actividades físicas y deportivas en instalaciones adecuadas” (Peña, 2013, p.37). La inversión en actividades físicas se traduce a un ahorro en el área de la salud. Con base en, estudios del “Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, cada peso que se invierte en actividades físicas se traduce en un ahorro de 3.20 pesos de gasto médico en el futuro” (Peña, p.34). En contraste, en la actualidad, las Enfermedades no transmisibles nos abaten por presupuestos austeros, pero Peña informó que en el período 1970-1982, el crecimiento sustancial se presentó en materia de salud y educación (p.4). La educación ha sido un vínculo con las necesidades sociales y económicas que bien fueron diagnosticadas en el Plan.

La desigualdad de oportunidades ha tenido presencia constante en la vida de la nación mexicana, el Plan pretendió reducir la brecha en diversas áreas para lograr *un México próspero*. Condición necesaria para el desarrollo humano y social. Con un marco regulatorio se pretendió establecer el Estado de derecho que permitiría crear un ambiente ideal para garantizar el flujo económico con el desarrollo de empresas productivas que en la mayoría de casos no han tenido acceso a los servicios financieros, de energía y telecomunicaciones.

En el Plan se manifestó la importancia de una Reforma en Telecomunicaciones para garantizar la cobertura universal y calidad de los servicios entre ellos los datos a precios competitivos, como un prerequisite para el aprovechamiento potencial de la Tecnología de Información y Comunicación en el desarrollo (Peña, 2013, p.50).

En el entorno internacional, México, se ha mantenido integrado en la geopolítica de la región con sus socios comerciales del Norte con la vigorosa política exterior para obtener un beneficio productivo mutuo entre naciones que van más allá del crecimiento económico y desarrollo comercial, sino también, en la promoción de la democracia, los derechos humanos con perspectiva de género hacia los migrantes y el cuidado del medio ambiente (Peña, 2013, p.52). Con participaciones activas en la Organización de las Naciones Unidas, *un México con responsabilidad global* jugó su rol en el ámbito multilateral.

El proceso de globalización ha creado la interdependencia económica, que por un lado abrió la puerta a la oportunidad, donde México, podría llegar a ser líder dentro de las economías emergentes, pero por otro lado, el abatir los costos fijos como reto para permitir el crecimiento del comercio exterior, ha generado una amplia brecha de desigualdad económica y social. Se ha producido una revolución científico-tecnológica, los economistas suelen llamarle *cuarta revolución industrial*, que incrementa la capacidad de procesar y utilizar la información, como herramienta para impulsar la productividad. En 2016 el director del Foro Económico Mundial (Schwab citado por Perasso 2016) denominó a la cuarta revolución industrial como "la transición hacia nuevos sistemas que están contruidos sobre la infraestructura de la revolución digital (anterior)". La población mexicana ha enfrentado la oportunidad de adaptarse e

incorporarse al mundo de manera exitosa mediante estrategias transversales en la red institucional fortalecida (Peña, 2013, p.53).

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, instruyó a los Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales, como a las dependencias de la administración pública, su alineación con las siguientes tres estrategias transversales: 1) Democratizar la productividad; 2) Gobierno cercano y moderno; y 3) Perspectiva de género.

### **1.6.- La meta “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**

#### **Diagnóstico**

Los servicios del Sistema Nacional de Salud son limitados y requieren una planeación interinstitucional a largo plazo, mejorar la administración de riesgos y se mencionó una particularidad relevante, que sólo podría ser concretada de manera racional, con, “solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales” (Peña, 2013, p. 24). Peña, también reconoció que el gasto público en salud se incrementó 19.2% entre 2000 y 2010, en términos del PIB fue del 2.6% al 3.1% y en 2013 se elevó al 6.2%. Forde lan (2016) declaró que siguió siendo bajo en comparación con el 8.89% del promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (p.12). El nivel del recurso financiero es importante, pero no fue visto como lo único para avanzar en materia de calidad y alcance en los servicios de salud. Un enunciado Toral es que “Para mejorar el Sistema de Salud también se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos” (Peña, 2013, p.24).

Otros factores que fueron considerados y que pondrán en riesgo la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud son los datos demográficos y epidemiológicos. La población de adultos mayores pasará de 6.2% en 2010 a 10.5% en 2030. Los factores de riesgo que atentan contra la salud siguieron siendo los mismos considerados en el Plan 2008-2012, derivados de accidentes, los relacionados



con la pobreza en menor escala y los que tienen que ver con los estilos de vida y riesgo. Por ejemplo: la falta de activación física y entre otros factores que repercuten de forma significativa en la salud de la población es la inadecuada nutrición. “Estos factores explican, en gran medida, la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos” (Peña, 2013, p.26).

La obesidad fue motivo de estudio en 2008 por la Universidad Nacional Autónoma de México, estimando su costo anual en 67 mil millones de pesos (Peña, 2013, p. 26). De no actuar hoy con políticas efectivas, en el futuro se amplificará la problemática que pondrá en alto riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en general, incluyendo la Clínica. Este factor ocasionará un problema doble en el futuro, el primero afectará a la creciente población de adultos mayores que han venido presentando las Enfermedades no transmisibles, consideradas enfermedades de la vejez; y en la población escolar que por varios años, México ha mantenido el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil. Por lo que la juventud está en riesgo de adquirir la diabetes mellitus. La “obesidad aumenta la demanda por servicios de salud y afecta el desarrollo económico y social de la población” (Peña).

### **Sistema de seguridad social.**

En 2010, el Estado mexicano atendió al 40% de la población, con el 84.4% aportado a protección social, por la estrecha relación al mercado laboral mexicano del sector formal y de éste valor el 11.4% se destinó al elevado gasto operativo administrativo comparado con el 3.9% del promedio de los países miembros de la “OCDE” (Peña, 2013, pp.26-27). Este dato confirma la ineficiencia e ineficacia del uso de recursos en el sistema público de salud mexicano. También, Peña, mencionó que la Ley del ISSSTE en 2007, contribuyó a sanear temporalmente las finanzas del Instituto, pero la composición de su población tiene fuertes implicaciones de tiempo, costo y tratamiento recurrente que obliga al fortalecimiento del Instituto para garantizar su sostenimiento financiero.

## **Plan de acción.**

Se trató de integrar la *sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades*. La política social giró en torno al ciudadano protagonista, como agente de cambio y participación activa.

1) Se pretendió hacer efectivo los derechos sociales. *Un México sin hambre* fue diseñado para asegurar la alimentación y nutrición suficiente a la población vulnerable.

2) Pretendió *transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente*, con el principal interés de atender a la niñez y propiciar el desarrollo humano integral del adulto mayor para lograr un merecido nivel de vida sustentable. (Peña, 2013, p.29)

Respecto a asegurar el acceso a los servicios de salud, se propuso fortalecer el mando de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. Se planteó “reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles” (Peña, 2013, p.29) y se pretendió plantear la seguridad social incluyente fundamental para el desarrollo humano y un México productivo. De existir la coordinación entre acciones, estrategias y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con los programas sectoriales y del Instituto que debieron atender la problemática, el resultado tomaría un giro favorable.

### **1.7.- Objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**

En principio, la transversalidad debió de haber otorgado cohesión al Plan, siendo los objetivos de “un México incluyente” y “un México con educación de calidad” impulsores del bienestar social. No sólo por las estrategias con mayor número de acciones relevantes para nuestro caso, sino por la interdependencia con otras estrategias. Por el contenido distinguido de conocimiento en las acciones preventivas, como la implementación de programas de activación física y deportes, y acciones

corresponsables con la cultura de la salud en el individuo y sociedad participativa. Con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad causadas por las Enfermedades no transmisibles, principalmente hipertensión y diabetes, prevenir o controlar el sobrepeso y obesidad como fuente de enfermedades, además de la detección temprana de algunos cánceres.

Fueron acciones que pretendieron incidir en el área de la calidad, el insumo, homologar la técnica interpersonal y la formación del personal; fomentar la planeación estratégica y; considerar la fragilidad de perder la sostenibilidad del Sistema de seguridad social que también ha sido amenazado por las necesidades generadas en las diferentes etapas de la vida de los individuos y por las epidemias. La administración pública ha venido dejando pendientes por el rezago tecnológico. En la estrategia *Gobierno cercano y moderno* del objetivo *un México incluyente*, para promover la identidad biográfica y biométrica de la población y evitar duplicidad de beneficiarios en los programas sociales (Peña, 2013, p.30).

Por los avances en innovación tecnológica, hoy se puede apreciar que los objetivos del Plan y estrategias colocaron en una mejor posición al territorio nacional, con mejor conectividad que antes y mayores opciones con la banda ancha para que más individuos utilizaran el internet a bajo costo y se aprovecharan las oportunidades de la globalización. Con la Tecnología de la Información y Comunicación se pretendió la modernización de la Administración Pública Federal que coadyuvaría a *un México próspero* para racionalizar y optimizar el gasto presupuestario, manteniendo la macroeconomía estable. Tanto la educación con calidad y la salud fueron considerados como condición prioritaria de bienestar para poder potencializar el desarrollo humano y social. Que contribuyera a incrementar la productividad, donde se esperaba un beneficio compartido entre empleados y empleadores, es decir se democratizaría la productividad.

En lo personal, se percibe una luz roja en el campo de las pensiones con el objetivo “Ampliar el acceso a la seguridad social”<sup>44</sup>; la estrategia protección de afecciones del

---

<sup>44</sup> Cfr. Objetivo 2.4 del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

ejercicio pleno de los derechos sociales ante eventualidades; y con la acción, “Promover la inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida” (Peña, 2013, p.73). El problema de las pensiones ha representado un enorme riesgo que se incrementa cada día y el sistema de pensiones debe reconfigurarse para evitar que el mercado de los seguros sea la mejor alternativa para su administración. Esto quedará como un tema que muy pronto deberá ser discutido en el Poder Legislativo.

Otras estrategias trataron de contribuir al fortalecimiento institucional desde el diálogo y la edificación de acuerdos con diferentes actores políticos y sociales, nacionales y extranjeros; en el discurso fomentaron la participación ciudadana; respaldaron los derechos humanos y trataron de desaparecer la violencia de género; en letra promovieron el combate a los indebidos manejos de recursos y la rendición de cuentas. Para una mejor interpretación de los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y su interrelación al caso de estudio se puede ver el esquema en el anexo 7.

### **1.8.- Los resultados de la política que afectan a la Clínica de Medicina Familiar de Guadalupe e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

El grupo político en el poder ha intervenido en la nominación de los mandos medios y superiores de la estructura burocrática pública del Instituto y en 2007, refrendó los puestos al maestro Ramón Navarro Munguía delegado federal del Instituto en Zacatecas y la maestra Clara Verónica Delgado Vanegas subdelegada de prestaciones sociales, ambos pertenecientes al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, sección 34. Sus personalidades fueron incompatibles con el desempeño médico tradicional, pero su intervención dentro del régimen panista ayudó a tener las instalaciones que hoy albergan la Clínica.

Estos personajes en 2012, vieron la oportunidad de permanecer otro sexenio más conviviendo con la administración de extracción priista. El objetivo estaba en el funcionamiento eficiente de los programas preventivos principalmente “PrevenISSSTE cerca de ti”, pero el jefe del Poder Ejecutivo tenía la decisión de debilitar la presencia magisterial en su administración.

Pese al breve período de los maestros como autoridad en la Delegación durante el sexenio de Enrique Peña Nieto, su autoritarismo, el estrecho vínculo con la Secretaría de Educación y Cultura del Estado Libre y Soberano de Zacatecas y su gran interés individual de permanencia, apuntaba al deseo de llevar el Programa “PrevenISSSTE cerca de ti” de la manera más efectiva y masiva. Con el respaldado del numeroso grupo de maestros zacatecanos y los vínculos interinstitucionales que habían formado en el curso de su carrera política, con el objeto de sobresalir en el ámbito nacional, pero favoreciendo la calidad del modelo del servicio médico preventivo y la optimización del gasto. Es pertinente mencionar sus vínculos institucionales con la Escuela de Educación Física del estado, dependencias federales en la entidad y el Instituto de Cultura Física y Deporte del Estado de Zacatecas (INCUFIDEZ)<sup>45</sup>.

-En conformidad con el mandato de la H. LIX Legislatura del Estado de Zacatecas (23/09/2009) en la Ley de Cultura Física y Deporte para el Estado de Zacatecas. En el artículo 16, el “Instituto tiene por objeto coordinar, normar, evaluar y vigilar todas las actividades referentes a la promoción, fomento, investigación, enseñanza, difusión y práctica de la cultura física y del deporte en el Estado”. Su competencia está expresada en las siguientes fracciones del artículo 17. Fracción IV, “Promover mecanismos de coordinación y concertación para fomentar, promover y estimular el desarrollo de la cultura física y el deporte”; fracción IX “Promover el deporte como un medio para prevenir la violencia, delincuencia, obesidad y demás problemas de salud, así como para proteger, conservar y aprovechar de manera sustentable al medio ambiente” y fracción XVII “Promover el desarrollo de actividades de capacitación,

---

<sup>45</sup> El INCUFIDEZ es el organismo público descentralizado del Estado de Zacatecas, expresado en el artículo 15 de la Ley de Cultura Física y Deporte para el Estado de Zacatecas.

profesionalización, actualización y certificación constante de los recursos humanos y del personal técnico de la cultura física y deporte” -

Con el cambio de administración del Gobierno federal, no se dio el suficiente apoyo al modelo de atención médica y durante el primer semestre de 2013, sólo se mantuvo la inercia para implementar los programas preventivos. El escaso interés se fue desvaneciendo sólo hasta cumplir los requisitos mínimos en los reportes a las autoridades del Instituto.

Desde la perspectiva de la eficacia y omitiendo el interés individual de la autoridad, el problema público de salud del control de las Enfermedades crónicas debe ser atendido con la vinculación intergubernamental, es decir con la estructura jerárquica de los tres niveles de gobierno e interinstitucional, junto con los demás actores político-económicos para obtener resultados positivos y contundentes.

Si bien, el problema público derivado del sistema de pensiones sale del contexto, sólo se dedicará unas líneas porque será un problema que agravará los ingresos no sólo de la Clínica, o del mismo Instituto, o de las instituciones del Gobierno, sino del total de la población mexicana, como también lo es el pago del servicio por la deuda pública.

El modelo de *pensión de contribución definida* estipula que cada individuo es auto responsable de su retiro. En el contexto nacional del 2021, se espera la primera ola generacional de trabajadores que obtendrá una pensión proveniente de su AFORE equivalente al 26% de su último salario cotizado. Obviamente será un recurso insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de la canasta alimentaria en su vejez que tendrá un impacto negativo en su salud (González, 2018).

Se tendría que esperar a los resultados que provoque la Reforma Administrativa de las Afores en 2019, para mejorar los efectos de la decisión anterior. El modelo de *pensión de contribución definida* fue una política que si bien, liberó presión al sistema de pensiones, pero en el largo plazo heredó un gran problema público a la sociedad en general. Porque lo más seguro, es que termine afectando los recursos de los

programas sociales en el gasto de la Administración Pública Federal, como a la población de adultos mayores y familiares.

La gestión interinstitucional de la Delegación del Instituto en Zacatecas por algún motivo, no ha recuperado las cuotas obligatorias retiradas establecidas en el artículo 12 de la Ley del ISSSTE 2007 a los trabajadores de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Las aportaciones y cuotas tienen legalidad por el artículo 42 y son exigibles por los artículos 21 al 25 respectivamente de la mencionada Ley. Con base en las declaraciones de Torres Cardona<sup>46</sup> citado por Castro, Juan (2019) “la Universidad Autónoma de Zacatecas mantiene una deuda de 827 millones de pesos con este organismo, más intereses y demás” hasta diciembre de 2018. También señaló que “el ISSSTE atiende alrededor de ocho mil trabajadores de la UAZ, pero ellos dicen ser dos mil menos”. Torres, agregó que “Anteriormente se hizo una dación en pago de inmuebles”, pero para el 2019 no se podrá infringir la Ley con esta práctica.

El incremento legislativo, institucional y promoción en medios, referente al entorno de los derechos sociales ha creado un dilema, ¿en verdad se está avanzando en la cultura democrática con respeto a los derechos humanos, cómo el acceso a los servicios de salud? O ¿Estamos observando conductas destructivas y autodestructivas de una población anárquica, que no quiere saber de micro externalidades o responsabilidades ciudadanas? Donde el pensamiento político podría decir que, la debilidad institucional no ha podido armonizar el conflicto de salud pública debido al nuevo orden social que el Leviatán de Hobbes ha administrado.

- “la poco menos que controvertible idea de que el recurso metódico del contrato social es una forma de abonar el terreno para la institución” (Hobbes citado por Plata 2006); y “¿no es acaso el Leviatán la personificación del nuevo orden social que estructura el caos y busca acabar con el estado de guerra perpetua? (Hobbes citado por Retamozo 2009)”-

---

<sup>46</sup> Torres Cardona Javier Alberto, Delegado Regional del ISSSTE en Zacatecas, en el período del 8 de diciembre de 2017 al 31 de mayo de 2019.

Pero la investigación del caso apunta a que el problema de las Enfermedades crónicas en parte es resultado de la difusión en la Representación Mediática con el fin de justificar el alto costo administrativo. Cuando se habla de representación mediática de un objeto, el concepto de representación aportado por Žižek citado por Retamozo, (2009, p.80) dice que, “la representación significativa es una mala representación que, aunque imperceptiblemente, siempre desplaza o distorsiona al sujeto”.

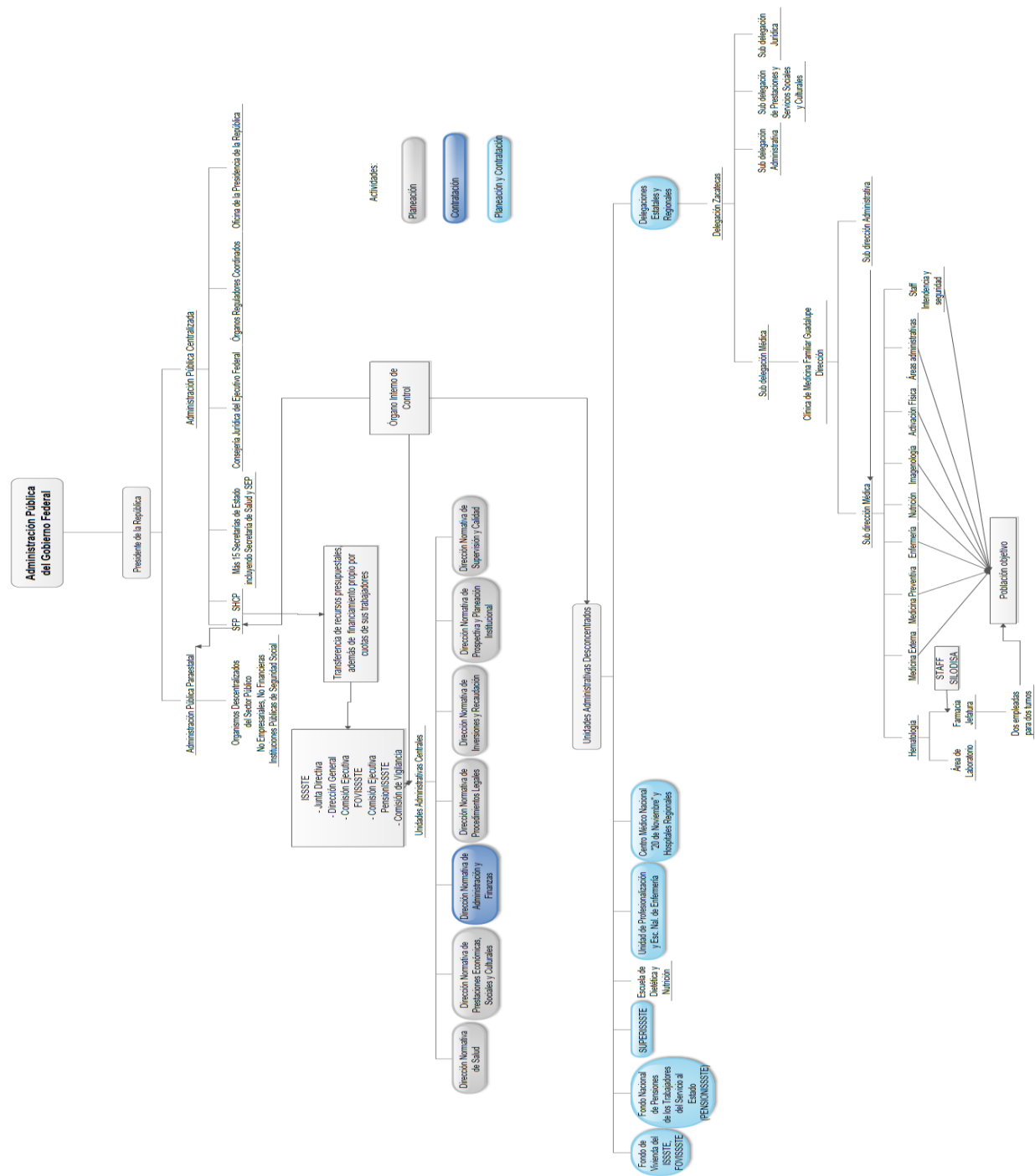
Pretender respetar los derechos humanos en un terreno de injusticia ha formado un cerco tan alto que ha impedido elevar el índice de desarrollo humano entre la población del Territorio nacional. Por lo que, además de requerir de nuevas ideologías para regular la conducta de las mexicanas y mexicanos sin violar los derechos humanos inscritos en el sistema jurídico mexicano, se requiere del Estado de derecho.

Las Naciones Unidas a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2019) propusieron los siguientes tres factores que determinan el Índice de Desarrollo Humano: 1) El Ingreso Nacional Bruto per cápita en poder de paridad de compra expresado en dólares americanos; 2) el nivel educativo, expresado en la escolaridad esperada en menores a 25 años y los años de escolaridad promedio para personas mayores; y 3) la esperanza de vida que está estrechamente ligada al nivel de acceso a los servicios de salud.

Las repetidas curvas de aprendizaje sexenal sin sentido porque el país no cuenta con planes de desarrollo a largo plazo, que se agravan porque no se ha construido una administración pública profesional, democrática apartidista, fuerte y sólida, con altos perfiles que puedan soportar los cambios políticos proveniente de los más altos puestos de la estructura jerárquica que provocan el alto costo administrativo que se incrementa cada sexenio por el corporativismo y la prebenda.



# 1.9.- Estructura institucional dentro del Estado



**Gráfico 1.** Elaboración personal con información de: Gómez Pablo. (2012) ISSSTE. México. Recuperado el 30 de septiembre de 2018, de <https://prezi.com/j6yo40mg9hed/issste/> Junta Directiva del ISSSTE (1/02/2019) Estatuto Orgánico del ISSSTE. México. D.O.F. Recuperado el 9 de agosto de 2019, de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5549464&fecha=01/02/2019](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5549464&fecha=01/02/2019) OCDE. (2013) Estudio sobre la contratación pública del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México: Aspectos Clave. P. 19. SHCP. (s/f). Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal. México, *Subsecretaría de Egresos. Unidad de Contabilidad Gubernamental*. Recuperado el 20 de mayo de 2019, de [http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/ContabilidadGubernamental/SCG\\_2013/manual%20\\_SPF/doc/capituloiii/mp3a01.pdf](http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/ContabilidadGubernamental/SCG_2013/manual%20_SPF/doc/capituloiii/mp3a01.pdf)

El Instituto centra su actividad principal en el servicio médico por medio de casi 1,200 unidades médicas distribuidas en sus 35 delegaciones regionales (OCDE, 2013).

Estudios recientes de la investigación empírica y el análisis teórico, se han interesado sobre la estructura y funcionamiento de la organización, pero no se puede realizar estudios del macrosistema sin considerar el conjunto de las unidades administrativas en la Administración Pública y sin dejar la visión de la dimensión analítica. Debido a que, todas esas unidades administrativas tienen estructura similar al macrosistema (Mayntz, 1985, p.95).

El tratamiento de la Administración Pública como lo denominó Mayntz (1985) *macrosistema organizativo* se enfoca en metas y objetivos muy específicos y el centro de la red *focal organization*. Desafortunadamente en la praxis, el concepto no puede ser concretado debido a cierta autonomía que gozan las direcciones y a la falta de coordinación entre unidades organizacionales para conformar la integración (pp.94-95). Ejemplo, el resultado de los Planes y programas en nuestro caso. El estudio de cada unidad organizacional tiene relevancia en lo analítico, debido a que está integrada por un segmento de la sociedad que es parte de la organización focal.

La estructura jerárquica del macrosistema organizativo tiene diferenciaciones en la división del trabajo entre lo horizontal, las funciones marcan la división entre organizaciones, como lo es la Secretaría de Salud entre las Secretarías de Estado y vertical en diferentes estratos de la organización, como aquellas organizaciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Existen tres vertientes en cada organización, en este caso del Instituto y la Clínica, los dos niveles superiores que son asignados por cuestiones políticas, encargados de operar la parte técnica y el nivel inferior que realiza la parte ejecutoria de los programas.

Esa división de funciones y su distribución vertical también se proyecta en niveles superiores como los Estados locales. Sólo que los programas diseñados para atender los problemas públicos más complejos con la suma de *micro externalidades*

*negativas*<sup>47</sup> o “prolongadas series causales” (Mayntz, 1985, p.98) de la manera más común en nuestro país, como en otros, son centralizados políticamente que conduce a la internalización de las externalidades por el gobierno federal (Mayntz, p.99). En perspectiva personal y utilizando el argumento de (Hobbes citado por Plata, 2006), las acciones gubernamentales centran su atención en satisfacer el **placer** buscado por la derechohabencia con la ministración del medicamento que resulta en **felicidad** (en Poder civil, párrafo 9), dejando de lado lo molesto de cambiar los estilos de vida insalubres; desde el punto de vista de B. Arditi Karkik citado por Retamozo (2009) “todo es politizable, [...]” (en pie de página 80).

O bien, que se replique la acción en niveles inferiores como municipios y gobiernos locales que son autónomos en la ejecución de la atención de los problemas sociales, y con la opción de servirse del poder de la unidad intergubernamental. La autoadministración municipal tiene mucho que ver con la capacidad financiera (Mayntz, 1985, p.110), de allí que el poder no la tienen los gobiernos del primer nivel que en México son 2,458; sino la federación que se encarga de la recaudación fiscal por el pacto signado y representado en la ley de Coordinación fiscal.

Con base en, Pontifes (2002) las Relaciones Intergubernamentales son una negociación, que inicia con el marco normativo, la concertación y coordinación, respetando competencias emanadas de la jurisprudencia, programas, obligaciones derivadas de los convenios y los instrumentos de defensa, protección legal y administrativa, ya que cada vez, son más los gobiernos locales y municipales que dependen mayormente de los fondos federales por el Sistema de Coordinación Fiscal, por lo que la autoadministración comunal es cuestionada (p.52). El rol del municipio ante la intervención de los programas y administración del gobierno federal, es ser, el centro de inversiones federales y cliente de los recursos de la banca de desarrollo para ejecutar programas de desarrollo descentralizado y beneficiario de programas

---

<sup>47</sup> Asociado al término *externalidad*, empleado en el deterioro del medio ambiente y de manera personal se atribuye el término *micro externalidad negativa*, a aquellos factores que propician un estilo de vida sedentario como mala alimentación, poca actividad física o nulo ejercicio físico, y falta de responsabilidad para prevenir y controlar las Enfermedades crónicas con sus complicaciones. Teniendo como resultado que la población sólo desea disfrutar del beneficio del derecho constitucional sobre la salud sin cumplir la obligación de participar en su tratamiento prescrito por los médicos.

asistenciales, así como los de protección civil, entre otros. El rol del municipio ante la intervención de los programas administrados por el gobierno estatal o Land, es de corresponsabilidad, ejecutor solidario de los compromisos pactados, valida los programas de desarrollo comunitario, contratista de servicios de la administración estatal y destinatario de programas de seguridad pública, protección del medio ambiente y asentamientos poblacionales, estos son ejemplo de sistemas organizacionales que provocan la coexistencia de competencias, coincidencias y cooperación de esfuerzos. En el sistema de salud estatal que trabaja con el Seguro Popular, cuenta con la limitante de que sus usuarios no son asalariados y esto ocasiona dificultad para llevar el control de sus Enfermedades crónicas, porque estos usuarios sólo se presentan en el momento que se les presentan crisis.

La categoría analítica horizontal y vertical, se replica en la Clínica. La Dirección con la acción del poder central y se degrada hasta los niveles inferiores de la organización que sería el personal de confianza o peor aún el personal con relación contractual que son los que implementan los programas con mayor dedicación y no tienen el soporte del grupo de afiliación como los de base sindical, es decir, el costo de mano de obra es más barato. El personal staff de SILODISA<sup>48</sup>, realiza inventarios diarios para evitar el desabasto de medicamentos.

La parte intermedia de la estructura burocrática de la Clínica, jefes de áreas, tienen una compleja función mediadora entre extremos verticales que utilizan el control de rendimiento cuantitativo que registran en sus informes fuera de línea, es decir, con el programa Excel. Es importante para la Institución medir el número de servicios realizados. Una analogía sería que, las leyes generales han sido un auxiliar funcional donde las limitaciones políticas y constitucionales de los gobiernos no han podido concertar la cooperación, ni la coordinación entre actores, sería como decir que, son interface interinstitucional. Las acciones realizadas por los sistemas organizacionales en las diferentes categorías tienen que ser controladas para asegurar el logro de metas y objetivos, que más tarde, sólo los indicadores idóneos podrían revelar la realidad.

---

<sup>48</sup> SILODISA, es la empresa contratada bajo licitación, para administrar el insumo de la Demanda Programada Nacional. La programación del insumo farmacológico o medicamentos del cuadro básico se realiza anualmente con base en estadísticas para no sufrir desabasto.

## 1.10.- Objetivos, estrategias y líneas de acción de los Programas institucionales

Un nuevo paradigma se presentó en el Instituto durante la administración del Presidente Calderón, el acceso a los servicios de salud con calidad, calidez, capacidad resolutive y eficacia derivado del *Acuerdo Nacional por la Prevención*, con tres ejes rectores como: el control de sobrepeso y obesidad, prevención contra las adicciones y combate de la farmacodependencia, así como el cuidado y atención de las Enfermedades crónicas. Tal acuerdo coadyuvó a revertir la tendencia al incremento de casos de las enfermedades en cuestión. En la fórmula, la participación de la derechohabiente en el autocuidado de la salud, que tiene sustento jurídico en la fracción IV del artículo 2° de la Ley General de Salud que menciona, “La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”, tiene un valor agregado, por lo que en 2010, se transformó el modelo de acceso a la atención a la salud. Con estrategias de promoción y autocuidado de la salud, y desde entonces se ha venido proporcionado información para empoderar al usuario. Un riesgo evidente, es que, la *sociedad de masas*<sup>49</sup> (Mancera, 2007, p.p.1-57) a través de la opinión pública, como lo definió (Baumhauer, 1976, p.11, citado en Monzón, 1990, p.136) “La opinión pública es el producto del proceso transformativo de información introducida en el sistema abierto de clima de opinión”.

Con lo anterior, y colocado en el contexto democrático, se dirigió para mal, el trazo ordenado por el Jefe del Poder Ejecutivo, porque no permeó en letra al Programa institucional, acto que es relevante y se verá cuando sea abordado el sub tema Actores del control externo. Pero sí sería conveniente que la opinión mediática de la sociedad civil organizada llegara a contribuir en corregir el rumbo por medio de la evaluación a

---

<sup>49</sup> Nota.- El término de *sociedad de masas* fue establecido a finales del S. XIX, donde las personas se afilian para sentirse mejor y más fuertes, aún sin tener algo que ver entre ellos, perdiendo su identidad individual, pero con rasgos característicos en su visión pesimista del contexto social. Con base en la Teoría de la sociedad de masas elaborada en el período de entre guerras y el resto del S. XX, que ha sufrido configuraciones desde la Revolución industrial, donde los ciudadanos transitan de la opinión pública crítica y deben dejar de ser considerados como seres racionales, “sino por el contrario es una masa irracional que quiere acceder al poder y destruir al orden social” (Mancera, 2007, p. 56). Pero no es que se les permita llegar al poder, sino es lo que se pretende hacer creer a la sociedad poseedora de la opinión pública mediática.

los programas. En 2010, el Director General del Instituto, Jesús Villalobos López, señaló que:

El paciente debe ser un agente colaborador activo del proceso de su enfermedad. En México la atención en salud se ha dado en un sentido paternalista, donde el paciente se ha limitado a seguir indicaciones y prescripciones sin intervenir en la toma de decisiones terapéuticas con el personal de salud. Por ello tenemos que cambiar el modelo de atención, integrando equipos médicos multidisciplinarios para prevenir las enfermedades, ser más eficientes en el diagnóstico, evitando que se presenten las enfermedades, dilatándolas lo más posible o controlándolas si es inevitable que se presenten (Leal, G. F., 2011).

Cabe señalar que la estrategia “Impulsar una política farmacéutica que garantice la seguridad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria”<sup>50</sup>, se desprende del primer objetivo sectorial 2006-2012 “Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.” Su mención es en relación a que, se está dando por sentado que, la calidad del medicamento es 100% efectiva, pero por razones que parecieran ser ingenuas, no se podría permitir un mínimo de incertidumbre sobre su eficacia. Porque la calidad del medicamento merece ser evaluada y controlada, por tratarse de un bien sensible, que en el mejor de los casos podría coadyuvar en el tratamiento, pero también podría ser placebo y no hacer prácticamente nada, pero también cabría la posibilidad de dañar la salud del ser humano.

Implementar demasiados programas preventivos en la Clínica con una línea operativa reducida incluyendo el grupo multidisciplinario y prácticamente sin recurso financiero, no es conveniente si se desea obtener el mejor resultado, pero como es una unidad de medicina de primer nivel y la gestión de recursos no se procura. No se ve otra alternativa, que priorizar la cultura del autocuidado por encima de la curación.

---

<sup>50</sup> Estrategia 1.6 del Programa institucional 2008-2012

Durante el período 2008-2012, existió una situación contradictoria, que el cuerpo médico de la Clínica en atención a la estrategia “Cobertura de la atención médica curativa” y líneas de acción de los programas presupuestarios con clasificación “E009”, “E010” y “E018” del Programa institucional, se enfocó más a la atención curativa para sólo administrar las Enfermedades crónicas y disminuyó la atención médica preventiva.

La Ley Federal de Entidades Paraestatales artículo 47, dice:

Las entidades paraestatales, para su desarrollo y operación, deberán sujetarse a la Ley de Planeación, al Plan Nacional de Desarrollo, a los programas sectoriales que se deriven del mismo y a las asignaciones de gasto y financiamiento autorizadas. Dentro de tales directrices las entidades formularán sus programas institucionales a corto, mediano y largo plazos. El Reglamento de la presente Ley establecerá los criterios para definir la duración de los plazos (Cámara de diputados, 2019).

PND 2006- 2012	Programa Sectorial	Programa Institucional		
		Objetivos	Estrategias	Líneas de Acción
III. Igualdad de oportunidad es.  3.2. Salud	4. “Mejorar las condiciones de salud de la población.”	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población derechohabiente mediante programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica integral.  Mejorar las condiciones de salud de la población de los derechohabientes (Si calidad)	1. Detección oportuna de enfermedades	E003. Aumentar la esperanza de vida al nacer; <b>reducir la mortalidad de enfermedades del corazón; reducir la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus</b> ; disminuir la prevalencia de consumo por primera vez de drogas ilegales; <b>incrementar la detección de cáncer de mama por mastografía; reducir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino</b> ; y reducir las muertes por accidente de tránsito.  <b>Reducción del sobrepeso y obesidad, triglicéridos, colesterol, glucosa en sangre y presión arterial, en la población.</b>
	5. “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.”		3. Cobertura de la atención médica preventiva. Implementación del programa PrevenISSSTE cerca de ti, MIDE y PPRESyO.	
	6. “Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.”			
	7. “Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.”		4. Cobertura de la atención médica curativa.	
	8. “Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.”			E009 (Consulta externa general). Recuperar el estado de salud de la población, a través de actividades de diagnóstico y tratamiento realizadas por médicos generales y/o familiares en instalaciones propias, subrogadas y en las visitas domiciliarias.  E010 (Consulta externa especializada). Recuperar el estado de salud de la población, a través del diagnóstico y tratamiento de padecimientos de mediana y alta complejidad, que requieren de la intervención de los médicos especialistas.  E011 Hospitalización General; E012 Hospitalización Especializada; y E013 Atención de Urgencias

5. Otros servicios de salud	E018 (Suministros de claves de medicamentos). Mantener el nivel de abasto nacional de medicamentos recetados a los usuarios de los servicios médicos, que mejore su percepción respecto a su satisfacción en la atención recibida.
-----------------------------	---

**Tabla 3.** Se resalta en negritas lo más relevante para el caso. Elaboración personal con la información tomada de: ISSSTE. (2009) Avance físico enero-diciembre de indicadores aprobados en el PEF 2009. México. Recuperado el 25 de mayo de 2019, de [http://www.apartados.hacienda.gob.mx/metas\\_indicadores/2009/51/r51\\_gyn\\_ifaiafipae\\_trim.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/metas_indicadores/2009/51/r51_gyn_ifaiafipae_trim.pdf); y Secretaría de Salud (17/01/2008) D.O.F. (17/01/2008) Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>.

PND 2013- 2018	Programa Sectorial	Institucional 2014-2018		
		Objetivos	Estrategias	Líneas de Acción
Meta: II. México Incluyente	<b>“1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.”</b>	Objetivo 2. “Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.”	<b>2.1. “Ajustar modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.”</b>	<b>“2.1.1 Fortalecer programas de prevención de salud y detección temprana de enfermedades.”</b> 2.1.2 Definir programas de atención especializada a grupos prioritarios.”
Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.		2.2. “Impulsar el otorgamiento de servicios de salud a la población derechohabiente con calidad y calidez.”	<b>2.2.2. “Eficientar procesos operativos para aumentar la productividad de los centros de salud.”</b>
Estrategias 2.3.1 a 2.3.4.	<b>5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</b>		<b>2.3. “Fortalecer y expandir capacidades de infraestructura y de recursos humanos del Instituto.”</b>	<b>2.3.4. “Redefinir procesos actuales de atención para mejorar la calidad, los tiempos y la productividad del personal de salud.”</b> 2.3.5. “Optimizar la plantilla de personal en Unidades Médicas.” 2.3.6. “Fomentar el cambio de hábitos en los trabajadores para hacer más eficiente y satisfactorio el desarrollo de la jornada laboral.”
-----	6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.”			
II. México Incluyente			<b>2.4. “Supervisar la calidad clínica.”</b>	<b>2.4.1. “Crear sistemas de interacción para monitorear principales resultados y riesgos en la atención.”</b> 2.4.3. “Actualizar y definir, en su caso, nuevos protocolos de atención para tratamientos clínicos.” <b>2.4.4. “Crear mecanismos para monitorear apego a tratamientos.”</b>
Objetivo 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad				



<p>social.</p> <p>Estrategia 2.4.3</p>	<p>2.5. “Mejorar la experiencia del derechohabiente.”</p>	<p>2.5.1. “Fortalecer mecanismos para monitorear regularmente la satisfacción del derechohabiente.”</p> <p>2.5.3. “Simplificar procesos que involucren atención al derechohabiente para incrementar eficiencia en la atención.”</p> <p>2.5.4. “Optimizar la productividad y el desempeño en las Unidades Médicas de los tres niveles.”</p> <p>2.5.5. “Mejorar los procesos de adquisición, abasto, distribución y control de uso de medicamentos.”</p> <p><b>2.5.6. Consolidar las plataformas tecnológicas para eficientar procesos.</b></p> <hr/> <p>2.6 Preparar al ISSSTE para un esquema de universalización de servicios.</p>
<p>II. México Incluyente. Objetivo 2.2</p> <p>Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente</p>	<p>Objetivo 3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes</p>	<p><b>3.1. “Articular políticas que atiendan cada etapa del ciclo de vida de la población.”</b></p> <p><b>3.1.2. “Diseñar programas de orientación y capacitación para el autocuidado, la alimentación nutritiva y hábitos saludables.”</b></p> <p><b>3.1.4. “Crear programas sociales orientados a mantener activo y saludable al adulto mayor.”</b></p>
<p>II. México Incluyente. Objetivo 2.4.</p> <p>Ampliar el acceso a la seguridad social.</p>	<p><b>Objetivo 5</b></p> <p><b>“Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del Instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes.”</b></p>	<p><b>5.1. “Mejorar la transparencia y rendición de cuentas mediante el acceso a la información, la participación ciudadana y las TIC.”</b></p> <p><b>5.1.1. “Establecer sistemas y procesos que permitan un mejor control de los recursos en cuanto a presupuestación, ejercicio y fiscalización del gasto.”</b></p> <p>5.1.2. “Consolidar y alinear la arquitectura tecnológica e interoperabilidad de los sistemas con la estrategia de mejora en la atención.”</p> <p><b>5.1.4. “Establecer y fortalecer mecanismos de consulta e intercambio de información con el sector privado y con Organismos de la Sociedad Civil (OSC) en el ámbito de la política de seguridad social.”</b></p> <p>5.1.7. “Instaurar una cultura organizacional enfocada en la consecución y evaluación de resultados y a la rendición de cuentas.”</p> <hr/> <p><b>5.2. “Incrementar la eficiencia operativa del Instituto.”</b></p> <p><b>5.2.1. “Racionalizar y reducir los gastos en la compra de insumos y de operación administrativa.”</b></p> <hr/> <p><b>5.3. “Crear incentivos para gestionar el</b></p> <p><b>5.3.1. “Establecer mecanismos de planeación, monitoreo y evaluación de acuerdo al modelo de Presupuesto Basado en</b></p>

desempeño.”	Resultados.”
5.4. “Reorientar el modelo operativo y la estrategia de comercialización relacionada con el abasto de mercancías de consumo y medicamentos hacia su misión social.”	5.4.1. “Ajustar la estrategia comercial y la imagen del órgano desconcentrado que lleva a cabo el abasto social de bienes y medicinas.”
5.5. “Evaluar, rediseñar e implementar la agenda digital del Instituto.”	5.5.2. “Facilitar la convergencia de sistemas en áreas internas del Instituto y con otras instituciones del sector de la seguridad social.” 5.5.5. “Consolidar el expediente clínico electrónico y la sistematización de otros servicios al derechohabiente.”

**Tabla 4.** Se resalta en negritas lo más relevante para el caso. Elaboración personal con información de: Junta Directiva del ISSSTE. (30/04/2014) Programa Institucional del ISSSTE 2014-2018. México, *D.O.F.* Recuperado el 17 de mayo de 2019, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5342874&fecha=30/04/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342874&fecha=30/04/2014)

Con los recursos disponibles se integró en octubre de 2012, una nutrióloga y un activador físico al equipo multidisciplinario de la Clínica, quedando pendiente un Psicólogo y desde entonces han servido como eje, tanto para los programas curativos, como preventivos. La población que ha acudido a los programas preventivos es casi la misma, no es mayor a 100 el número de usuarios que alimentan de forma repetitiva los indicadores, ocasionando un freno para la difusión de los programas preventivos. Es un acto que no ayuda a vincular las instituciones del deporte municipal y estatal, con la integración de un Sistema Nacional de Salud, y extender la red de “Grupos de Ayuda Mutua”. También se puede decir que, no concuerda con la legislación<sup>51</sup> que aparece en pie de página elaborado por Cámara de Diputado (2019), ni con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)<sup>52</sup> (Cámara de Diputado 2020). La SHCP, es el

<sup>51</sup> Cfr. Artículos 46, 48 y 49, de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.

<sup>52</sup> Cfr. Artículos 50 al 55 Ley Federal de Entidades Paraestatales, los presupuestos, erogaciones y programas financieros se tendrán que sujetar a los lineamientos generales que establezca la SHCP. Confluye con las cuestiones técnicas que para su funcionamiento las manejará de manera coordinada con la SHCP, Artículo 50 LOAPE.

conducto establecido por el artículo 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para el manejo del gasto, financiamiento y congruencia global entre la administración pública Paraestatal y el Sistema Nacional de Planeación.

### **1.11.- Indicadores institucionales**

Entendiendo que, los indicadores son conceptos específicos por provenir de un proceso segmentado de conceptos generales y abstractos que no son operativizables. “Un concepto operativizado siempre será un concepto empobrecido en su significado” (Bartolini, 1994, p.53) por sus características. Los indicadores de desempeño son base de funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Con base en la métrica del modelo de Donabedian (1984), citado por Fernández, (2018), estableció que la calidad de la atención se analiza por lo siguiente:

- ❖ A partir de la definición de los recursos disponibles, involucra saber ¿Con qué? se realizará la atención.
- ❖ Valorar la disponibilidad con que cuenta la organización para asegurar el cumplimiento de su actividad primaria. Lo que el personal hace por los derechohabientes, implica saber ¿Cómo se lleva a cabo la atención?
- ❖ Saber de los resultados obtenidos o el impacto por las actividades desarrolladas y que los usuarios perciben cambios en su salud, sean positivos o negativos y pueden ser atribuibles a la atención. Responde a ¿Para qué se ejecutaron las acciones? (p.9).

Las metas predeterminadas son el referente métrico de los efectos observados en los diferentes programas que en su proceso han sido monitoreados y evaluados. La información obtenida sirve para que la toma de decisiones permita modificar las estrategias y lograr dichas metas.

Del Programa Institucional 2014-2018, la Junta Directiva (2014) informó lo siguiente:

“Los sistemas de control interno y de evaluación del desempeño mostraron limitaciones, ante la imposibilidad de aportar criterios de medición y seguimiento consistentes y sistematizados. Se detectó un proceso poco eficiente de diseño y agregación de indicadores, sin una visión integral y con deficiencias de formulación” (p.17).



**Gráficos 2.** Indicadores y principales requisitos de la trilogía: “información-evaluación-mejora de la calidad” (Fernández, 2018, p.10) Fernández, Cantón Sonia B. (Diciembre 2018) Sistema de indicadores sobre la calidad en salud. Proyectos actuales de medición en salud. México. *CONAMED-OPS; Secretaría de Salud*. 4(21)10 Recuperado el 11 de julio de 2019, de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin21/indicadores.pdf>

Los indicadores institucionales que debiesen tener un gran reservado a la prevención, tratamiento y control de las Enfermedades crónicas como gran demandante de los recursos del Instituto, que en declaración del Director del Instituto Reyes, Baeza José citado por Reyes J. C. (2016) “el ISSSTE destina 50 mil millones de pesos para el gasto del área médica, solamente seis o siete enfermedades se consumen alrededor de 20% de esos recursos”. Se presenta un área de oportunidad para evaluar las acciones que deben atender esta situación. Se requiere de Programas con estructura que los vincule, dimensione y atienda la raíz del problema que está disminuyendo la capacidad de recursos. Existe una lista de indicadores<sup>53</sup> más comunes

<sup>53</sup> Los indicadores más comunes son: 1) de impacto, como la tasa de mortalidad, años de vida, etc.; 2) cobertura, como el porcentaje de la población con acceso a los servicios de salud, porcentaje de infantes menores de cinco años con esquemas completos de vacunación, etc.; 3) de eficiencia, como consultas por hora, intervenciones quirúrgicas por día, etc.; 4) de calidad, como porcentaje de derechohabientes satisfechos, promedio mensual de

recuperados de (Fernández, 2018, p.9), que se aprecian al pie de página. Bajo este esquema, se piensa que de manera cuantitativa el número de diabéticos, hipertensos y demás enfermos crónicos se pueden ubicar en un programa en los niveles de impacto, cobertura y de recursos, además lo cualitativo de la atención se puede establecer en el indicador de calidad. A continuación se presentan los indicadores obtenidos del Programa Institucional 2014-2018, que coincide con la afirmación “no hay ningún indicador útil para dimensionar y controlar las Enfermedades crónicas” del Sub director Dr. Flores, del Campo J. G. (comunicación personal, 31/05/2019).

- 1) Posición promedio en la industria de las cuatro Siefres del PENSIONISSSTE.
- 2) Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos al Instituto.
- 3) Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más.
- 4) Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo.
- 5) Porcentaje de atención a la demanda de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.
- 6) Contribución acumulada del ISSSTE a la reducción del déficit habitacional de adquisición de vivienda nacional.
- 7) Porcentaje de trabajadores que recibieron un préstamo personal por primera vez.
- 8) Déficit en seguro de salud.

Como en la Clínica se trabaja con los programas presupuestales sectoriales (Pp), existe confusión sobre cuáles son los indicadores institucionales. Con base en la Secretaría de Salud (2016) los indicadores que se reportan al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que genera información cuatrimestral, su utilidad fue diseñada para proporcionar información al Sector y mejorar la toma de decisiones tanto en la Clínica, como en las unidades del Sistema Nacional de Salud y se pueden observar en el Anexo 4.

Se presenta una consecución de actos, empezando porque no hay bases para evaluar las acciones que lleva a cabo la Clínica e Instituto, porque no existe un objetivo o meta de un programa que esté vinculado con la problemática que exponemos, hecho que no viola el artículo 48 de “LFEP” que dice “[...] La programación institucional de la

---

enfermedades nosocomiales, etc.; 5) de recursos, como habitantes por médico, estudios por equipo, etc.; entre muchos más.

entidad, en consecuencia deberá contener la fijación de objetivos y metas, los resultados económicos y financieros esperados así como las bases para evaluar las acciones que lleve a cabo [...]” (Cámara de Diputados, 2019).

En el Anexo 5, se presentan los indicadores sectoriales que proporcionó el epidemiólogo de la Clínica Dr. J. Ramírez, (comunicación personal, 03/06/2019) y que la Clínica atiende en la mayor parte de los servicios. Su presencia está sujeta a la disponibilidad del recurso financiero establecido en el Presupuesto de Egresos de la Federación y a la inclinación del Plan Nacional de Desarrollo. Es decir, sí un programa resulta no prioritario para el Poder Ejecutivo pese a la realidad, el programa quedará suspendido, excepto, aquellos fijados por el artículo 3° de la Ley General de Salud.

De la información del Anexo 5, se tiene que, el programa de la columna IV “evaluación específica de medición del nivel de satisfacción de los derechohabientes sobre los servicios de salud que proporciona el ISSSTE”, alberga dos Programas sectoriales, el 1) E043 “Prevención y Control de Enfermedades”, cuenta con dos indicadores de Propósito entre diversas características. De estos indicadores, resulta interesante el primero a nivel Instituto: “Proporción de pacientes con diabetes controlados” cuya frecuencia es semestral, con resultado de 40.22%, excediendo la meta prevista del 35% en 2017-2018, “refleja un incremento importante de pacientes controlados en proporción a los pacientes que son atendidos en el Módulo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE). Con lo anterior resulta interesante saber. ¿Cuál es el valor total de donde se tomó esa proporción?

Del conjunto de plataformas<sup>54</sup> con que opera la Clínica se ha querido utilizar para elaborar un padrón patológico, que sería un baluarte para dimensionar la magnitud real del problema que pudieran auxiliar a implementar nuevas estrategias para lograr mejores resultados.

---

<sup>54</sup> La Clínica cuenta con diversas plataformas, pero existe una particularidad en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF), que opera en el laboratorio de la Clínica y bien se podría utilizar como auxiliar para contabilizar la población de diabéticos. Es un sistema que registra la información a nivel nominal de medicina curativa, por lo que tomaría demasiado tiempo, porque se tendría que analizar la información de paciente en paciente por cada año, para determinar quiénes están dentro del rango diabético.

En la Estadía Práctica realizada en la farmacia de la Clínica, se detectó el error en el procedimiento para obtener el indicador de surtimiento de medicamento, que reporta el 100% de surtimiento, con derechohabientes 100% satisfechos y con seguridad esta labor se ha reproducido a nivel nacional, cuando la farmacia ocupa el segundo sitio en insatisfacciones. Esta situación también fue detectada en la evaluación de CONEVAL (2017-2018a) “Suministro de Claves de Medicamento”, ocasionando un gran sesgo por la información recolectada por el propio personal del Instituto.

A pesar de que los indicadores de Fin y Propósito, muestran resultados favorables al sobrepasar las metas programadas, es de resaltar que en la evaluación complementaria de 2016, la farmacia fue el segundo servicio de más baja satisfacción con un valor del 76.0% a nivel nacional, lo que muestra una diferencia significativa respecto a los resultados del Pp y esto puede deberse a que las encuestas de satisfacción son realizadas por el personal que labora en las unidades médicas por lo que posiblemente existe algún tipo de sesgo [...] (CONEVAL 2017-2018).

Si, la dependencia de los Programas sectoriales está en función del Ejecutivo y sus indicadores no han tenido un nivel de continuidad que nos represente seguridad y confianza en la información compartida al Instituto para el diseño de un padrón patológico. Si, los indicadores institucionales sólo nos reportan lo elemental para el desempeño en la Clínica, como en otras unidades del Instituto y el Sistema de Información en Medicina Preventiva (SIEMP) “no es un sistema de información nominal” (CONEVAL, 2017-2018a), que nos proporcione información sobre los alcances de los programas por derechohabiente. Una de las debilidades encontradas en la Ficha de Evaluación expuesta por CONEVAL:

Tiene el Sistema de Información en Medicina Preventiva (SIEMP) sin embargo no es un sistema de información nominal, por lo cual no permite identificar el alcance de las acciones del programa por derechohabiente [y una de las amenazas] Dos de los indicadores de Fin no son responsabilidad del programa sino de la Secretaría de Salud por lo que no se cuenta con información disponible para monitorearlos CONEVAL (2017-2018a).

Entonces, ¿cómo conocer en dónde se encuentra ubicada la calidad del desempeño del Instituto o Clínica? para tomar decisiones y corregir el rumbo hacia el objetivo de ser eficientes y proporcionar un servicio de calidad que controle o disminuya las Enfermedades crónicas, que se supone daña el presupuesto.

Lo más relevante en la investigación y que plantea problemas es la correcta y amplia formulación de la relación entre la trilogía “concepto-indicador-operativización” (Bartolini, 1994, p. 53). Para evitar la reducción de validez de los indicadores. De la relación, anterior se propone como indicador: atención de calidad para reducir los casos de enfermedades crónicas-número de población enferma, considerando mortalidad por las enfermedades y nuevas detecciones-determinar quién operativizará los indicadores. Para evitar lo que está sucediendo en la Clínica, donde varios trabajadores operan las detecciones, debido a que, con esa información no se ha llegado a dimensionar, ni tomar decisiones para disminuir la problemática. Que es débil por tratarse de enfermedades evitables, pero es fuerte por la magnitud que ha adquirido. Como una medida de valorar la calidad del Instituto en general se consideró el resultado de la encuesta realizada en la Clínica (tabla 5), para valorar situaciones conexas ver Anexo 8.

**¿Cómo califica los servicios médicos del Instituto?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy buenos	9	18.0	18.0	18.0
	Buenos	27	54.0	54.0	72.0
	Regular	10	20.0	20.0	92.0
	Malo	3	6.0	6.0	98.0
	Muy malo	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**¿Qué tiempo cree suficiente para la consulta?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 minutos	28	56.0	56.0	56.0



15 minutos	19	38.0	38.0	94.0
10 minutos	3	6.0	6.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

**¿Cómo evalúa los servicios del Instituto en general?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	9	18.0	18.0	18.0
	Bueno	27	54.0	54.0	72.0
	Regular	13	26.0	26.0	98.0
	Muy malo	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**¿Cómo considera de eficaz el medicamento que le proporciona el Instituto?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	6	12.0	12.0	12.0
	Bueno	33	66.0	66.0	78.0
	Regular	10	20.0	20.0	98.0
	Muy malo	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Tabla cruzada Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?\*Cómo califica los servicios médicos del Instituto?**

		Cómo califica los servicios médicos del Instituto?					Total	
		Muy buenos	Buenos	Regular	Malo	Muy malo		
Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	No	Recuento	3	16	3	1	1	24
		Recuento esperado	4.3	13.0	4.8	1.4	.5	24.0
	Sí	Recuento	6	11	7	2	0	26
		Recuento esperado	4.7	14.0	5.2	1.6	.5	26.0
Total	Recuento	9	27	10	3	1	50	
	Recuento esperado	9.0	27.0	10.0	3.0	1.0	50.0	

**Tabla 5.** Elaboración personal, con los resultados obtenidos de la encuesta que se encuentra en el anexo 1 y que se aplicó en la Clínica a 50 usuarios.

La interpretación de la tabla 5, nos indica que la calidad del Instituto y Clínica son aceptables, pero no son buenos. Porque existe el 46% de la población amparada en el municipio de Guadalupe que es derechohabiente y no se sabe el motivo por el que no se ha registrado en la Clínica (Gobierno de México, 2018). Por lo tanto, existe una gran área de oportunidad para mejorar los servicios y seguro médico.

### **1.12.- Evaluaciones del desempeño institucional**

Tanto los indicadores que permiten realizar un seguimiento a las acciones y estrategias emprendidas para lograr los objetivos y metas de los programas en el corto y mediano plazo, como el desempeño de los servidores públicos y el monitoreo, son insumo de las evaluaciones. Rist y Zall (2004) definieron al monitoreo, como:

Un proceso continuo que usa la recolección sistemática de información sobre indicadores específicos para advertir a los tomadores de decisión y hacedores de política pública sobre el grado de avance y logro de los objetivos planteados y de la utilización de los recursos asignados. [También definieron a la evaluación, como] una valoración sistemática y objetiva de un programa, proyecto o política finalizada o en curso, que incluye el análisis del diseño, la implementación y los resultados obtenidos. Su objetivo es determinar la relevancia y el cumplimiento de los objetivos planteados, la eficiencia de la implementación, su efectividad, impacto y sostenibilidad (Rist y Zall 2004, citado en Cárdenas et al., 2014, p.6).

Con base en la definición de desempeño de Bonneyfoy (2006) y de proceso de (Zarur, A. J. L., 2004, p.7), se entiende desempeño de la salud, como:

La conjunción interrelacionada de funciones públicas que se realizan con ciertos criterios o estándares entre profesionales de la salud y pacientes para lograr resultados establecidos en la supuesta planeación. Para tener juicio de la calidad con dicho enfoque, se puede realizar mediante la supervisión con observación directa o a través de la información registrada.

El resultado, según (Zarur, 2004) puede entenderse como:

Todo cambio en el tiempo *a posteriori* de la atención médica, producido en la esfera de lo biológico, social y psicológico, incluyendo la satisfacción, el conocimiento y conducta del paciente en relación a la salud. En paralelo se evalúan las políticas y sus efectos (p.7).

Para evaluar las políticas y el desempeño en la salud, Doll (1974) citado por Zarur, (2004, p.8) propuso tres aspectos: 1) Eficacia médica; 2) aceptabilidad social; y 3) eficiencia económica. Cada uno puede ser monitoreado por el logro de resultados por lo que se concluyó que el desempeño es parte de la estructura. Teniendo que, la estructura está conformada por los siguientes elementos: la relativa estabilidad de los perfiles de los servidores públicos encargados de proveer la atención en el seguro de la salud, los instrumentos y los recursos organizacionales necesarios para proporcionar la atención médica, gráfico 3. También, (Freeborn y Greenlick, 1973, citados por Zarur, 2004), propusieron otra manera de evaluar al desempeño en el primer nivel de atención: 1) evaluación de la efectividad, con dos vertientes, técnica y psicosocial; y 2) evaluación de la eficiencia (p.8).



**Gráfico 3.** Elaboración personal con información de Zarur. A. J. L. (2004) Control Total de Calidad y Satisfacción del Paciente en el Primer Nivel de Atención del ISSSTE. México. UNAM. Tesis para obtener grado de Maestro de la Atención Médica y de Hospitales. P. 7 Recuperado el 25 de agosto de 2019, de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5UXA8FGBVPCE523URBVP7QMCSGRX56E4JTCBLMDJX42YJSDYR9-17923?func=full-set-set&set\\_number=006454&set\\_entry=000004&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5UXA8FGBVPCE523URBVP7QMCSGRX56E4JTCBLMDJX42YJSDYR9-17923?func=full-set-set&set_number=006454&set_entry=000004&format=999)

Modular la conducta y el conocimiento de los individuos determinado por el ambiente y la cultura, entonces se estaría hablando del currículo, como forma de actuación responsable y reflexiva con un cúmulo de valores que pretenden facilitar la

autoformación de los individuos (Cristancho, 2014, p.3). El término currículo ha tenido una evolución que depende del autor y la historicidad. Taba (1962) citado por Cristancho, estableció que todo currículo está compuesto por elementos, como: objetivos y metas, selección y contenido organizado, patrón de enseñanza-aprendizaje y evaluación de resultados mediante un programa, en función a la formación de individuos como miembros productivos en su cultura (p.4).

Contemplando la efectividad psicosocial que conduce a la transformación conductual y del conocimiento del usuario, por consecución, se estaría abordando acciones de prevención de enfermedades, sean transmisibles o no transmisibles, promoción de la Salud y salud mental. En la actualidad, por el resultado del desempeño del equipo multidisciplinario de salud en la Clínica está operando con números rojos, por la falta del Psicólogo que puede tratar de manera profesional los temas antes mencionados desde la construcción complementaria del ámbito pedagógico en la educación del usuario, es decir, la teoría como del hecho práctico. (Comenio, citado por Cristancho, 2014, p.3). “Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud” como lo establece el numeral 5.2.8 de la NOM-008-SSA3-2010, “Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad” (Secretaría de Salud, 2010).

De poder implementar lo anterior, se tendría un resultado que se podría evaluar cuantitativamente de forma inmediata, pero tendría que pasar algunos meses para valorar el impacto del desempeño en el aspecto cualitativo. Mantener con calidad la productividad en la Clínica abre un gran signo de interrogación que se ha encubierto por la eficiencia del enfoque cuantitativo y ocupado el interés de los criterios metodológicos, restando importancia al desempeño eficaz.

El Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) ha buscado la valoración del desempeño en los programas, a través de indicadores estratégicos y de gestión con el

fin de saber el resultado del ejercicio del gasto público con seguimiento en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (Cárdenas et al, 2014, p. 9).

Se tiene que tener presente que, el desempeño de los servidores públicos está sujeto a responsabilidades, sea por omisiones o actos realizados en su función. Pueden ser del tipo penal<sup>55</sup>; administrativas<sup>56</sup> que implican obligaciones<sup>57</sup> y sanciones, pudiendo ser de apercibimiento o amonestaciones públicas o privadas, suspensión, destitución, económica y la inhabilitación temporal; responsabilidad civil, considerando que el servidor público está obligado a indemnizar por los daños y perjuicios que ocasionó; y responsabilidad política<sup>58</sup> que sólo se le aplica al Director del Instituto. El artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades del Servicio Público, establece que:

Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales.

El Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud, estará comprendido de forma paritaria por representantes de diversas Direcciones Normativas y representantes de las organizaciones con mayor representación de trabajadores al servicio del Estado (Junta Directiva del ISSSTE, 1 de febrero de 2019, artículo 78). Las Comisiones Mixtas están conformadas por partes iguales de representantes tanto

---

<sup>55</sup> La responsabilidad penal está sujeta al artículo 25 LFRSP cuando exista querrela o denuncia ante el ministerio pública contra actores establecidos en el artículo 111 primer párrafo de la CPEUM (Reformado mediante el Decreto publicado en el D.O.F. el 29 de enero de 2016). Entre otros actores se podrá proceder contra los secretarios de despacho por haber cometido un delito durante su encargo, la Cámara de Diputados por mayoría absoluta de sus miembros presentes en sesión declarará si proceden o no, contra el inculpaado.

<sup>56</sup> Cfr. Artículo 2° de LFRSP con el objeto de identificar a los sujetos que se refiere el artículo 46 de la misma Ley sobre las responsabilidades administrativas.

<sup>57</sup> Cfr. LFRSP. Artículo 47.- Las sanciones a que se refiere éste artículo se pueden observar en el artículo 53, los mecanismos en el artículo 49 y los criterios establecidos en el artículo 54 de la misma Ley.

<sup>58</sup> El juicio político se establece en el artículo 110 CPEUM y que para el caso sólo aplicaría al Director General del Instituto.

sindicales como del Instituto, su integración y función tienen fundamento en el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Instituto.

La interpretación de los resultados de las funciones de los Comités de evaluación y seguimiento generada por los Estatutos Orgánicos del Instituto<sup>59</sup>, como las comisiones mixtas,<sup>60</sup> producto de las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto, nos conduce a la proyección de un círculo vicioso, entre el costo-beneficio, que ha impedido implementar nuevas estrategias y realizar acciones de mejora en atención a las recomendaciones que las instancias evaluadoras han realizado recurrentemente al Instituto.

La situación resulta complicada para evaluar al Instituto, con el sistema de información poco confiable, u oportuno en la metodología de la evaluación. Para ejemplificar lo anterior, se tomó como referencia la Ficha de Monitoreo y Evaluación E-018 “Suministro de claves de medicamento”, que realizó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social “CONEVAL”, que a continuación se detalla. El nivel de consumo de medicamento en los Enfermos crónicos va en ascenso, ya sea por el nivel de dosis o múltiples insumos o porque requieren de un medicamento de mayor valor monetario, resultando en desabasto en la farmacia de la Clínica.

I.- Con base en la *opinión de la dependencia* en la mencionada ficha de 2015-2016, del párrafo II, comentarios específicos, se cita la contestación siguiente:

Con respecto al cumplimiento de metas de los indicadores de Fin y Propósito de la MIR del Programa Presupuestario, la medición del nivel de surtimiento de recetas al 100% se encuentra apegado a los criterios metodológicos establecidos por la Secretaría de Salud desde el año 2003, [...] Al cierre del primer semestre de 2016 los 10 indicadores

---

<sup>59</sup> Cfr. Artículo 78 del Estatuto Orgánico del ISSSTE. Título Quinto, Capítulo Segundo. y las atribuciones de los Comités se encuentran en el artículo 93 del mismo Estatuto.

<sup>60</sup> Con base en el Estatuto Orgánico del ISSSTE. Las Comisiones Mixtas están conformadas por partes iguales de representantes tanto sindicales como del Instituto, su integración y función tienen fundamento en el artículo 114 y sus respectivos reglamentos. Para información sobre la Planeación de Recursos Humanos, Cfr. Artículo 115. Para información sobre la Capacitación y Desarrollo Laboral, Cfr. Artículo 118. Para información sobre la Evaluación al Desempeño y Productividad, Cfr. Artículo 122. Y para obtener mayor información sobre las comisiones de Modernidad, Cfr. Artículo 123.

del programa muestran cumplimiento satisfactorio de conformidad con las metas esperadas. (CONEVAL, 2015-2016a, p.3).

II.- CONEVAL, realizó el reporte del mismo programa presupuestario E018 en 2016-2017, que contradice la opinión del Instituto de la siguiente manera:

[...] de los indicadores de Fin y Propósito de la MIR del Programa Presupuestario (Pp), se observan inconsistencias importantes [...] en la medición del nivel de surtimiento de recetas al 100%; en la evaluación se menciona que de acuerdo a los resultados de ENSANUT 2012, éste ha ido disminuyendo [...] al pasar de un 85.3% en 2006 a un 68.7% en 2012. [...] los resultados de la encuesta con diseño aleatorio realizada durante la evaluación, muestra un 77% de recetas surtidas al 100%, mientras que [...] de 2012 al 2015 se ha mantenido entre el 97% y 99%, lo que pone de manifiesto posibles deficiencias en el mecanismo de levantamiento de información utilizado por el programa, dado que no sigue un diseño muestral y es realizado por el personal de las unidades médicas, generando sesgos en las estimaciones (CONEVAL, 2015-2016b).

El Delegado del Instituto en Zacatecas en 2011, exdirigente de la sección 34 del “SNTE”, maestro Ramón Navarro Munguía, declaró que, el Instituto en Zacatecas tiene hasta un 15% de desabasto de medicamento (Central Virtual, 2011).

Por otra parte y abonando a lo mismo, en la Estadía Práctica realizada en la farmacia de la Clínica. Se pudo detectar que personal de la Clínica incurrió en el error de capturar de recetas médicas con entrega al 100%, para elaborar el reporte del “Indicador de Surtimiento de Medicamento”. El Pp se ha operado de tal manera, por dos razones: 1) Entrando en el terreno de la especulación, posiblemente esta persona actuó así, como inercia del pasado que justificaba la imagen de pertinencia del Programa “Abasto de Medicamento Express”<sup>61</sup>; y 2) Con base en el dictamen de aprobación y comentarios generales. El programa E018 “Suministro de Claves de Medicamento”, “no está sujeto al proceso de aprobación de indicadores” (CONEVAL-Dirección Adjunta de Coordinación, 2015).

---

<sup>61</sup> El programa “Abasto de Medicamento Express” que operó entre 2009-2014, tuvo como objetivo otorgar a través de vales, el medicamento que no se encontraba en las farmacias del Instituto.

En el análisis de la cobertura, CONEVAL (2015-2016b) se reportó que atendieron en el Instituto a nivel nacional a 5,320,235 hombres y 3,120,726 mujeres, es un dato que no cuenta con punto de referencia, es dudoso debido que, la mujer se ocupa más por su salud que el hombre. Motivo por el que desde 2018, el Instituto implementó un programa denominado “Febrero, mes de la salud del hombre”. Por ejemplificar y con información tomada de la tabla 7, que se encuentra en el subtema “Perfil del derechohabiente”. En la Clínica, en 2015, se atendió a 24,039 hombres y 38,597 mujeres, y en 2016, se atendieron a 24,717 hombres y 40,726 mujeres.

III.- Por parte de la Ficha de Monitoreo y Evaluación, pero de 2017-2018, del mismo programa presupuestario E018. El CONEVAL, nuevamente contradijo la opinión del Instituto de la siguiente manera:

El programa cuenta sólo con una evaluación estratégica de costo-efectividad en 2013. En 2016 se realizó una evaluación complementaria [...] un atributo que se evaluó fue el abasto de medicamentos. Mide sus resultados a través de dos indicadores de Fin, uno sectorial: “Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas”, que tuvo un resultado de 69.22% en 2016, por debajo de la meta esperada de 90.0% para 2018 [...] es de resaltar que en la evaluación complementaria de 2016, la farmacia fue el segundo servicio de más baja satisfacción con un valor del 76.0% a nivel nacional” CONEVAL (2017-2018a).

Una parte fundamental de los lineamientos en el otorgamiento del seguro de salud está comprendida dentro del Reglamento de servicios médicos del Instituto, entendiéndose que diversos aspectos de la atención médica son contemplados en la Clínica. Pero con interés particular en la medicina curativa y en menor grado la medicina preventiva, debiendo ser lo inverso, “75% preventiva y 25% curativa” Dr. Marco A. García, R. (comunicación personal, 28/06/2019).

Reforzando el comentario del Dr. García, con el Programa institucional 2006-2012, de forma contradictoria a la función de la Clínica se apoyó la estrategia 4. Cobertura de la atención médica curativa, de la línea de acción “E009 (Consulta externa general).



Recuperar el estado de salud de la población, a través de actividades de diagnóstico y tratamiento realizadas por médicos generales”.

### Programa Presupuestal “Suministro de Medicamento”

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto del programa (m.d.p)	9,696.99*	8,641.29*	11,513.34*	15,395.97*	12,927.59*	12,605.75*	9,777.65**	12,401.38**

**Tabla 6.** Fuente: \* CONEVAL (2013) Fichas de Monitoreo 2013. Suministro de Claves de Medicamento. ISSSTE. Recuperado el 24 de junio de 2020, de [https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha\\_Monitoreo\\_Evaluacion\\_2013/ISSSTE/51\\_E018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/ISSSTE/51_E018.pdf)

\*\* CONEVAL. (2015-2016b) Ficha de Monitoreo y Evaluación 2015-2016. “Suministro de Claves de Medicamento”. ISSSTE. México. Recuperado el 20 de abril de 2019, de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2015\\_2016/ISSSTE/E018\\_FMyE.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2015_2016/ISSSTE/E018_FMyE.pdf)

Sin descuidar el entorno nacional, el ex Presidente Felipe Calderón reconoció que respetó un previo pacto político con la lideresa del SNTE, Elba Esther Gordillo, por haber apoyado su candidatura a la elección presidencial del 2006-2012. Miguel Ángel Yunes L. fue el mediador del encuentro y quien ocupó en el período 2006-2010, la dirección del Instituto, *Excélsior* (7/07/2011). Entre junio 2009 y mayo 2014 se operó el programa adicional denominado “Abasto de Medicamento Express”, que fue promovido por el Director del Instituto, motivo por el que se incrementaron los presupuestos del programa y no se entrará a mayor detalle porque es entrar en terrenos viciosos. Los recursos que se destinaron al programa presupuestario “Surtimiento de claves de medicamentos”, se detallan en la tabla 3.

Con base en el Programa Anual de Evaluaciones (PAE) 2017, de la De la Cuenta Pública del mismo año. El programa que tuvo mayor proximidad a la problemática del caso en estudio fue el Programa Presupuestal E044 “Atención a la Salud”, inició operaciones en 2016, proveniente de la fusión de 11 programas. El problema que atendió fue “los trabajadores al servicio del Estado, pensionados y sus familiares, padecen enfermedades tratables no controladas [su propósito] en la población

derechohabiente disminuir los casos de enfermedades tratables no controladas y la mortalidad asociada a las mismas” (SHCP, 2017, p.43).

Aunque, tuvo alineación con la meta del Plan Nacional de Desarrollo, México incluyente, objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud; y con el objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades del Programa sectorial. Pero en el diagnóstico, que pretendió revertir el problema, no definió el plazo para su revisión ni actualización. Su justificación careció de fundamentos teóricos para respaldar su intervención, como tampoco contó con evidencias nacionales o internacionales que le permitieran cumplir los objetivos y metas, de mejor manera a otras alternativas. Por tal motivo, no fue suficiente para cumplir su meta del objetivo 1 del programa sectorial. De la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), se puede decir que su propósito es una consecuencia esperada a que ocurran los resultados de los componentes, como de los supuestos establecidos. Su objetivo del fin fue superior al que puede contribuir el Programa Presupuestario E044. Obtuvo recomendaciones, como: complementar su diagnóstico con justificaciones sólidas; integrar la problemática con su árbol del problema; incluir en su población objetivo a los no derechohabientes; y revisión de la metodología que ocupa el programa para definir sus metas. Fuente: (SHCP, 2017, p.p.43-44).

El programa presupuestal E043 “Prevención y control de enfermedades”, tuvo similares recomendaciones como producto de la definición del plazo de actualización del diagnóstico y revisión del problema; valoración de pertenencia para agregar o desagregar actividades específicas en cada uno de los componentes de la MIR; definir sus gastos operativos con el fin de cuantificar sus gastos unitarios. La recomendación que despertó interés fue, “Promover la actualización del Sistema Médico Financiero para contar con un censo nominal de pacientes de la población usuaria de los servicios de salud preventiva” (SHCP, 2017, p.43).

Ésta última recomendación tiene lógica para determinar la magnitud del problema y de allí partir para el diseño estructural de un programa para lograr objetivos y metas

coordinadas con el programa sectorial y Plan. Como asegurar que sus actividades sean pertinentes a sus componentes.

De manera personal y con la colaboración de la responsable del laboratorio de la Clínica Q.F.B. Alicia E. Muro, se elaboró un censo de diabéticos con la información obtenida del Sistema Médico Financiero, del 1 de enero al 27 de noviembre de 2017. El resultado se encuentra asentado en el subtema “perfil del derechohabiente” y la información fue compartida con el Dr. Juan G. Flores, que desde noviembre de 2019, viene realizando funciones de Director de la Clínica, sin saber el fin que se le dio.

Hasta 2020, se implementará el Sistema Médico Financiero (SIMEF) que es un programa electrónico nominal, que presenta iguales o diferentes dificultades a ISSSTEMED y no cumple del todo con la norma del expediente clínico electrónico “NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.” Por tal motivo, no se podrá obtener un censo patológico que contribuya a dimensionar la problemática de las Enfermedades crónicas.

### **Incentivos a los trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Más allá de la razón de pensar que las intenciones se pueden transformar en acciones por el simple hecho de que son legales, aceptadas por un contrato laboral y para bien de la existencia relacional trabajador-patrón, o como usuario-Institución, se tiene que entender que el ser humano como otros seres domesticados requiere de un incentivo para modificar su actuación.

Esther Duflo<sup>62</sup>, realizó experimentos para elevar el índice de inmunización en los campos de vacunación de poblaciones de Udaipur, Rajasthan, India. Se realizaron con el incentivo de una bolsa de un kilogramo de lentejas a la población objetivo para que se dejara vacunar y el resultado fue sorprendente, los centros de vacunación

---

<sup>62</sup> Esther Duflo, es una de las tres personas que ganaron el premio Nobel de economía en 2019.

estuvieron completamente llenos para recibir el servicio preventivo. Del 2 por ciento de población vacunada que se tenía en el pasado en los campos y un costo por inmunización de 50 dólares. Se elevó al 17 por ciento, pero con incentivo se incrementó al 38 por ciento de vacunación y sólo costó 27 dólares por persona. Con otro experimento en Kenia demostró que la tela-mosquitero fue utilizada en alto porcentaje por mayor tiempo que los que la obtuvieron de forma gratuita y descubrió tres situaciones: 1) sí la gente paga por objetos como tela-mosquitero, ellos las comprarán en el futuro; 2) sí, le regalan los objetos, ellos las usaran; pero 3) sí, se regalaban los objetos, esto distorsiona el mercado.

Duflo, percibió que, es un principio que se puede utilizar en las políticas públicas. De manera personal se piensa que, con los impuestos generales se podría otorgar la seguridad social y de los mismos impuestos o del Boucher de Milton Friedman se puede obtener el incentivo para modificar conductas. El concepto es cooperación voluntaria para coexistir en la vida pública.

El personal de base cuenta con ciertos incentivos a lo que debe ser obligatorio y sólo en teoría promueven la calidad de atención en su desempeño, como, *notas buenas*. Si se logran obtener representan un ingreso adicional aproximado de \$1,100 mensuales y son calificadas por: 1) puntualidad; 2) asistencia, hoy, la permanencia en el centro de trabajo que es una obligación que está debajo de la lente; y 3) desempeño, que está en función a la normatividad que rige la plaza en el profesiograma.

Con el *mérito relevante* se otorgan ± 2,000 pesos trimestrales a quienes cubran las calificaciones de los mismos conceptos de las *notas buenas* en el período. En la Clínica hubo un consenso para recibir el estímulo del *Trabajador del mes*, establecieron una lista de trabajadores para recibir 2,500 pesos según la prelación. De ésta forma democrática evitan la disputa para obtener el incentivo.

Los 3 días económicos mensuales, es un derecho laboral que puede convertirse en peculio, si estos no son utilizados se les reembolsa vía nómina cada semestre como

permisos no gozados, sub director administrativo J.L. López (comunicación personal, 16/08/2019).

### **Acuerdo de Gestión**

En 2003, se diseñó un sistema de estímulos a la eficiencia y calidad en la atención médica llamada *Acuerdo de Gestión*, como la herramienta para mejorar el desempeño de las unidades prestadoras de servicios de salud. Es un mecanismo médico-financiero que la Unidad Administrativa Desconcentrada a través de convenios voluntarios formaliza compromisos de gestión de riesgos compartidos mediante la suscripción ligada a su cumplimiento. El proceso es evaluado por un sistema de seguimiento de la función financiera y se obtiene la oportunidad de adquirir recursos presupuestales agregados para el fondo médico.

Con lo anterior, el presupuesto histórico de las Unidades Administrativas Desconcentradas deja de ser inercial proveniente de la Unidad Central. La asignación de recursos se basa conforme al resultado del trabajo de equipo, capacidad de gestión en los compromisos contraídos. El concepto es promover la competencia entre unidades desconcentradas de un mismo grupo. Fuente: ISSSTE (2011).

Aunque se pueda conseguir un beneficio colectivo que contribuya a ofertar un mejor servicio en la Clínica a través de éste mecanismo. En la praxis, si la unidad administrativa desconcentrada obtiene el veredicto a su favor, no es garantía que obtenga la adjudicación del incentivo. Debido a que es la autoridad delegacional que distribuye el incentivo y antepone las prioridades de la región, puede que la unidad administrativa retenga un porcentaje. Por otra parte, el servidor público no recibe un beneficio económico personal. La combinación de ambos escenarios no despierta interés al servidor para comprometerse en el convenio.

## **Estandarización**

La Secretaría de Economía (2015), expresó que la estandarización es un proceso que permite generar referentes como, las Normas Oficiales Mexicanas, con técnicas especializadas para establecer las características más representativas que deben reunir los bienes y servicios, con costes reducidos siendo válidos en diversos mercados del mundo.

Así, como en la Clínica, el instrumental puede proporcionar malos datos por no estar calibrado y en pésimas condiciones, el desempeño del servidor público no estandarizado puede ocasionar prácticas inintencionadas, como malas mediciones del diámetro abdominal, estatura, dextrosis o toma rápida de glucosa capilar y tensión arterial. Ambos factores son resultado de administración de recursos, focalizado en el área de somatometría, como también en las unidades de segundo nivel. Esta área es el filtro para la detección de casos de diabetes e hipertensión, con información incorrecta se pueden sumar casos a las Enfermedades crónicas o también se puede elevar el costo de la medicación.

La observación de las Normas Oficiales Mexicanas por los servidores públicos reduce la discrecionalidad y otorga certidumbre en la ejecutoriedad de los programas impactando de manera positiva en los costes administrativos, con el criterio de calidad válido en diversas partes del planeta facilita introducir el concepto empresarial a la vida pública, incrementa la productividad y otorga confianza en la generación de información

Apoyando la argumentación, se tiene que, Grupo Funcional de Desarrollo (2011) determinó lo siguiente:

[...] en México existen limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de los pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias, situación que se debe principalmente al abasto inadecuado de medicamentos para la atención de este tipo de padecimientos; la carencia y mala calibración del equipo médico; la falta de personal capacitado; las deficiencias que presentan los sistemas de referencia y contrarreferencia [...] (p. 3).

## Conclusión del capítulo I

Primeramente se reconoce lo complejo y difícil que debe ser conducir la administración pública federal desde la más elevada posición jerárquica, que tiene una doble función jefe de Estado y Jefe de Gobierno, en un ambiente frágil que no ha servido del todo para construir una red de planeación con proyección a largo plazo que le permita desplazarse sobre bases sólidas para conducir de mejor manera las funciones en su encargo.

Los Planes Nacionales de Desarrollo 2007-2012 y 2013-2018, fueron el mejor diagnóstico de la problemática que se está tratando. No se debe desestimar su valor informativo, pero se debe tener en consideración que los planes no estuvieron del todo articulados con los programas sectoriales en materia de salud. Sobre todo que, en los programas no existieron objetivos ni metas que atendieran específicamente el tema de control de las Enfermedades crónicas. Los Planes tampoco fueron congruentes con los programas institucionales, pero entre programas sectoriales e institucionales existió algo de entendimiento. Se piensa que, más por ser grupos afines, el compromiso de cumplir sus responsabilidades, se da por el entendimiento del incentivo, es decir, el recurso financiero.

El grupo de funcionarios responsables de diseñar los programas institucionales y de los programas sectoriales en materia de salud, como de los jefes del Poder Ejecutivo encargados del diseño de los planes, son miembros de la administración pública federal con nombres y apellidos, no se está hablando de una abstracción.

Es decir, este grupo de funcionarios se han comunicado con la narrativa de la *politics* y no desde el Poder de ejecutar o administrar los bienes y recursos de la nación con eficacia. El grupo demuestra reconocimiento del sitio en que se encuentra la problemática en la nación y debe tener en cuenta los limitados recursos disponibles para desarrollar los planes y programas que deben llevar a la ciudadanía a un mejor espacio del que se encontraba.

Es complicado para el titular del Ejecutivo y funcionarios de primer nivel experimentar innovaciones cada sexenio sin un plan transexenal coordinador de estrategias proyectado a largo plazo y al que se le diera seguimiento mediante monitoreo y evaluaciones útiles para corregir la trayectoria hasta lograr o aproximarse a sus objetivos y metas.

El triángulo Institución-debilidad-institucionalidad, se presentó nuevamente en los sexenios 2006-2012 y 2013-2018, pero en la perspectiva cronológica del presupuesto de medicamentos en el Instituto y en el contexto democrático de la alternancia de Gobierno. Se ve una profunda crisis de gobernabilidad que está representada por la Ley del ISSSTE 2007 y el programa “Abasto de Medicamento Express”, instrumentos utilizados de manera regresiva al grupo mayoritario de usuarios en la seguridad social del Instituto. Por el apoyo político que se dio en la campaña electoral de Calderón y que él mismo reconoce, el acuerdo pactado con la lideresa de la SNTE. Hace falta un incentivo que genere contrapeso con nombres y apellidos, no la abstracción de la soberanía nacional para nivelar el desequilibrio del triángulo de debilidad.

El costo político ha sido superior al costo financiero y la importancia de atender la salud de los usuarios enfermos crónicos quedo en segundo plano. Se politizó el seguro médico en el Instituto y sus finanzas están en riesgo de colapsar, como también lo ha sido el servicio de salud en el fragmentado SNS.

La descentralización no está funcionando, se tendría que pensar en la centralización, pero no se habla de funciones, sino del monitoreo a las acciones, estrategias para que se cumplan los objetivos y metas de los programas y planes de desarrollo. Se requiere de las TIC para monitorear, evaluar y controlar desde el sitio central, la SHCP, en que se concentra el recurso financiero producto de la Ley de Coordinación Fiscal y que se distribuye de acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación.

Los resultados de las constantes evaluaciones realizadas al Instituto y que tienen proyección en la Clínica, no han servido para la balanza del costo-beneficio en que la SHCP, mediante el recurso financiero como un incentivo intervenga en la corrección de



acciones tanto de los servidores públicos como del desempeño institucional. Por parte de las autoridades de la Clínica e Instituto no han gestionado lo suficiente para obtener recursos adicionales y mejorar con certificaciones la capacidad de los servidores públicos, el equipo médico e instalaciones. La finalidad es construir una Clínica e Instituto eficiente, como eficaz y otorgar un servicio con calidad siendo congruente con los recursos, pero que los usuarios con actitudes solidarias y responsables queden satisfechos y mejore su salud o se controle el proceso degenerativo que causan las Enfermedades crónicas.

## **Capítulo II.- Perfiles en la administración pública del ISSSTE**

### **2.1.- Estructura jerárquica del Instituto**

La edificación de la estructura de la **Junta Directiva** del Instituto, tiene sustento legal en el artículo 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mostrada en la gráfica 1; artículos 7 al 18 del Estatuto Orgánico de la Ley del Instituto; artículos 5, 15, 17, 18, 20 y 58 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; artículos 2, 14 y 15 del Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y para la estructura del **Órgano de Gobierno** 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22, en su operación artículos 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 del mismo Reglamento; artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. La estructura de los órganos de Gobierno se soporta de los artículos 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218 y 3° transitorio, de la Ley del Instituto. Las funciones de la Secretaría de la Junta Directiva se sustentan en el artículo 17 del Estatuto Orgánico de la Ley del Instituto.

La Junta Directiva, conformada entre cinco y quince miembros que no podrán ser trabajadores de confianza, a excepción del Director,<sup>63</sup> su permanencia será hasta que

---

<sup>63</sup> Con base al Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, pero el artículo 8 del Estatuto Orgánico de la Ley del ISSSTE, concuerda con el artículo 210 de la Ley del ISSSTE, que establece “la Junta Directiva se compondrá de diecinueve miembros”. Precedida por el Director del Instituto, Titular y dos Sub secretarios de SHCP,

termine su designación y sólo serán revocados por quien los designó. Sesionará una vez cada tres meses y con posibilidad de celebraciones extraordinarias<sup>64</sup>. Para analizar sus múltiples funciones se sugiere confrontar la legislación enunciada. Existen varias situaciones que acaparan la atención en las XX fracciones del artículo 214 de la Ley del Instituto (31 de marzo de 2007), como: 1) La excepción de aprobar políticas referentes al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada, vejez y referente al programa de Reservas actuariales y financieras que deban constituirse para garantizar el otorgamiento de seguros, servicios y prestaciones que marca la Ley del Instituto<sup>65</sup>; 2) el análisis y autorización de los planes y programas que les presenta la Dirección General y del presupuesto de gastos del Instituto<sup>66</sup>; 3) a propuesta del Director se puede nombrar o remover al personal de confianza del primer nivel de atención<sup>67</sup>; 4) aprobar los mecanismos legales para la operación del Instituto<sup>68</sup> y 5) proponer al Ejecutivo Federal los proyectos de modificación a la Ley del Instituto<sup>69</sup>.

Por parte de la Ley de Entidades Paraestatales, la Junta Directiva tiene autoridad para la creación de comités de apoyo<sup>70</sup>. Del artículo 7° del Estatuto Orgánico del Instituto menciona que:

Tiene a su cargo las tareas de planeación estratégica, de definición de prioridades y de normatividad de los programas, estructuras y funciones institucionales, así como de evaluación, control y supervisión de las actividades de los demás Órganos de Gobierno y Unidades Administrativas del propio Instituto (ISSSTE, 2016).

El género ha contado, cuatro de los cinco Directores de la Clínica han sido mujeres y el hombre sólo permaneció cuatro meses en la Dirección. En el puesto titular de la Delegación sólo ha habido hombres. Tomando en cuenta la escasa oferta laboral de la

---

Titulares de la SS, Desarrollo Social, STyPS, Medio Ambiente, SFP, Director del IMSS y nueve representantes de las organizaciones de Trabajadores. Cada miembro de la Junta nombrará un suplente.

<sup>64</sup> Cfr. Artículo 212 y artículo 215 de la Ley del ISSSTE

<sup>65</sup> Cfr. Fracción IV del artículo 215 de la Ley del ISSSTE

<sup>66</sup> Cfr. Fracción II y III del artículo 215 de la Ley del ISSSTE.

<sup>67</sup> Cfr. Fracción XII artículo 215 de la Ley del ISSSTE.

<sup>68</sup> Cfr. Fracción VI artículo 215 de la Ley del ISSSTE.

<sup>69</sup> Cfr. Fracción XV artículo 215 de la Ley del ISSSTE.

<sup>70</sup> Cfr. Fracción X del artículo 58 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.

entidad el corporativismo trasciende hasta niveles inferiores y lo mencionó Omar Guerrero, la actuación del funcionario mexicano tiene que ver con “*la cultura gerencial* todavía está orientada a cumplir con los requerimientos del cargo y las instrucciones de los niveles superiores, sin tener en cuenta los resultados” (Guerrero, 2007, p.48). Por tal motivo, el enfoque bottom up no existe en la Clínica y no ocurre la retroalimentación o lo que Easton (1969) denominó *feedback loop* “[...] se aprovecha lo sucedido procurando modificar en consecuencia la conducta futura” (p.228).

## **2.2.- La débil estructura de la Administración del Instituto**

Con base en una de las recomendaciones hechas por CONEVAL, “analizar los procesos administrativos que están causando la desorganización en la distribución de personal en las unidades médicas ya que influye en la atención de los pacientes a fin de llevar un mejor control” CONEVAL (2017-2018b). Considerando que: 1) la asignación del Director General no es representativa, sino por el titular del Poder Ejecutivo Federal<sup>71</sup> (Cámara de Diputados, 11/08/2014); 2) La asignación del Delegado Regional es nombrada por la Junta Directiva propuesta por el Director General<sup>72</sup> (Normateca Electrónica Institucional, 2015). Esto proyecta que la administración del Instituto es producto de acuerdos derivados del sistema presidencialista y por su naturaleza, no es posible soportar cualquier cambio importante en los mandos superiores sin que repercuta en la base de la organización, debido a que cada Director General trae a su equipo de trabajo que ocupa las Direcciones alternas, e incluso llega a suceder en las jefaturas de área en las Delegaciones Regionales.

El movimiento en los mandos superiores y el inexistente Servicio Profesional de Carrera desalientan el mérito de los servidores públicos que han hecho carrera en las unidades administrativas del Instituto. Aunado a la poca frecuencia con que se reúnen los miembros de los órganos de Gobierno y la ausencia de una planeación prospectiva.

---

<sup>71</sup> Cfr. Artículo 21 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

<sup>72</sup> Cfr. Artículo 80 del Estatuto Orgánico del ISSSTE y artículo 12 del Reglamento Orgánico de las Delegaciones Estatales y Regionales del ISSSTE.

Se obtiene como resultado la ineficacia de implementación de los programas preventivos institucionales. Por parte de la Clínica, el recurso humano es el mismo número de 48 trabajadores desde hace 17 años, con base en entrevista al Sub director administrativo de la Clínica J.L. López (comunicación personal, 16/08/2019), cuando la población ha incrementado 151%, en tabla 4 se puede observar la relación de la población de usuarios con los ingresos de la Clínica e Instituto. En declaración del Director de Normatividad, Administración y Finanzas del Instituto, éste enfrenta una crisis financiera con un pasivo de casi 19 mil mdp, (Zenteno, S. P., citado por Animal Político, 23/04/2019). También se debe de tomar en cuenta los tiempos de publicación del Plan Nacional de Desarrollo y programas sectoriales e institucionales que reducen el período de implementación en los sexenios.<sup>73</sup>

Anuario del presupuesto de ingresos ejercidos en el ISSSTE (miles de pesos) y población en personas.									
Año	Ingresos totales	Transferencias Ramo XIX Pago Pensiones		% de las Transferencias en relación a los Ingresos Totales	Cuotas trabajadores	Población General/ ***Población de la Clínica	Trabajadores	Pensionistas	Total de Familiares de trabajadores y de pensionistas
<b>2007</b>	111,178,545.7	65,977,304.7		59.34	15,500,745.6	10,980,931	2,490,497	610,270	7,880,164
Clínica			68.51**			13,866	2,592	1,273	10,001
<b>2008</b>	124,050,122.3	75,940,194.8		61.22	16,548,665.8	11,300,744	2,542,307	666,654	8,091,783
	<b>11.58*</b>	<b>15.10*</b>	63.35**	<b>3.17*</b>	<b>6.76*</b>				
Clínica						14,808	2,646	1,552	10,610
<b>2009</b>	150,619,602.5	89,612,459.0		59.50	15,915,117.7	11,589,483	2,582,439	729,506	8,277,538
	<b>21.42*</b>	<b>18.00*</b>	68.79**	<b>14.97*</b>	<b>-3.83*</b>				
Clínica						15,797	2,687	1,869	11,241
<b>2010</b>	176,505,231.4	120,746,881.1		68.41	18,624,587.0	11,993,354	2,644,359	806,781	8,542,214
	<b>17.19*</b>	<b>34.74*</b>	46.18**	<b>-3.13*</b>	<b>17.02*</b>				
Clínica						16,718	2,752	2,123	11,843
<b>2011</b>	189,093,476.4	125,321,612.6		66.27	19,282,192.2	12,206,730	2,680,403	842,489	8,683,838
	<b>7.13*</b>	<b>3.79*</b>	50.89**	<b>5.27*</b>	<b>3.53*</b>				
Clínica						17,195	2,790	2,248	12,157
<b>2012</b>	205,756,722.8	143,537,116.7		69.76	20,511,923.4	12,449,609	2,725,635	874,428	8,849,546

<sup>73</sup> El Plan Nacional de Desarrollo tiene fecha límite de entrega el 30 de abril, y las dependencias y entidades federativas tienen hasta seis meses para la publicación de los programas sectoriales (artículo 30 de la Ley de Planeación), más la frecuencia en que se reúne la Junta Directiva, cuatro veces al año, para analizarlo, elaborar y aprobar el programa institucional. Es por tal motivo que las acciones, estrategias para cumplir objetivos y metas, se implementan entre 12 y 18 meses después de la toma de protesta presidencial, casi el mismo tiempo en que terminan de reunirse los colaboradores de las nuevas administraciones. Se puede decir, que se trabaja sobre el programa institucional entre 3.5 o 4 años durante el sexenio. En lo que menos se piensa es en la implementación asertiva de los programas preventivos y en proporcionar el insumo para el diseño de una política eficaz que controle y reduzca los casos de las Enfermedades crónicas.

	8.81*	14.53*	43.35**	0.702*	6.38*				
Clínica						17,706	2,837	2,371	12,498
2013	218,011,826.0	153,159,166.4		70.25	22,013,933.7	12,630,569	2,770,372	908,596	8,951,601
	5.96*	6.70*	42.34**	-1.1245*	7.32*				
Clínica						18,035	2,853	2,501	12,681
2014	233,745,779.4	162,358,150.3		69.46	23,448,663.6	12,803,817	2,797,654	962,075	9,044,088
	7.22*	6.00*	43.96**	2.69*	6.52*				
Clínica						18,514	2,884	2,679	12,951
2015	254,914,141.74	181,842,039.23		71.33	25,180,787.74	12,973,731	2,831,304	1,018,871	9,123,556
	9.06*	12.00*	40.18**	2.16*	7.39*				
Clínica						19,017	2,903	2,887	13,227
2016	272,270,535.98	198,403,620.03		72.87	24,522,969.46	13,113,158	2,857,365	1,073,494	9,182,299
	6.80*	9.11*	37.23**	0.021*	-2.61*				
Clínica						19,973	3,137	3,070	13,766
2017	289,954,947.04	211,728,273.64		73.02	25,849,730.36	13,256,582	2,891,562	1,122,406	9,242,614
	6.50*	6.72*	36.95**	0.0206*	5.41*				
Clínica						20,871	3,378	3,229	14,264
2018	319,017,419.16	236,361,972.20		74.09	27,987,640.89	13,347,389	2,917,997	1,167,408	9,261,984
	10.02*	11.63*	34.97**	0.0146*	8.27*				
Clínica						20,962	3,284	3,414	14,264

\* Porcentaje del diferencial entre valores del año representado con referencia al año anterior. Los montos pueden no coincidir debido al redondeo.  
 \*\*Porcentaje de la transferencia con respecto al ingreso.  
 \*\*\* Población registrada en la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, No es la población amparada en el municipio de Guadalupe.  
**Tabla 7.** Elaboración personal con información de los Anuarios Estadísticos 2007-2018 del ISSSTE. Fuente: Gobierno de México. (2018) Anuarios Estadísticos. México. ISSSTE. [En línea] consultado el (08/02/2019) recuperado de <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

### 2.3.- La tradicional estructura administrativa del estado versus Servicio Profesional de Carrera

Existen dos vías para ingresar al Instituto, por medio del sindicato con la recomendación de un familiar, o por medio de la autoridad. Después de seis meses más un día se puede concursar para obtener una de las contadas bases sindicalizadas que autoriza la "SHCP", se otorgan en acuerdo entre autoridades y sindicato.

De manera frecuente las plazas de base están en los municipios semiurbanos, pero mediante un oficio de comisión, la autoridad puede solicitar que un trabajador preste sus servicios en alguna unidad administrativa ubicada en los centros urbanos, hasta que pueda quedar en el lugar deseado. La plaza no deseada podrá ser cubierta por un suplente, itinerante o una confianza, generando un gasto adicional al Instituto.

Los ascensos se realizan sin evaluaciones, se consideran cursos académicos y la antigüedad no se considerada del todo. El título y cédula de licenciaturas de enfermería son requisito, como lo serían las especialidades para el área destino. Las maestrías y doctorados no son significativas, con base en información del Licenciado en Enfermería V. Juárez, (comunicación personal, 19/09/2019).

El panorama en la base del área administrativa, no es muy diferente, sólo que es un crisol de múltiples profesiones y la movilidad laboral tiene un ritmo muy lento. Ya se mencionó que, en los estratos superiores de la estructura jerárquica las cuestiones políticas han sido indivisibles que han debilitado al máximo la función de consultoría por parte del Consejo Asesor Científico y Médico,<sup>74</sup> para estudiar y atender los seguros, prestaciones y servicios del sistema de seguridad social a través de modelos de atención integral que la legislación establece. (Dirección Jurídica del ISSSTE, 31/12/2008). Por otra parte, concretar la implementación del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal ha quedado en el olvido.

Klingner, D. (octubre, 2003) estableció cuatro cambios claves en la administración del recurso humano que son provocados por el entorno internacional. Resulta de interés el primero, que considera los cambios claves ambientales, como: el ambiente de la organización, las tendencias demográficas y los valores que surgen del mercado frente a los del Servicio Profesional de Carrera (p.1).

En el Objetivo 1.B del Acuerdo del Programa para el Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, se estipuló que sólo sería marco de referencia para las entidades paraestatales, como lo es el Instituto. Pero marcó el carácter obligatorio para las dependencias y organismos administrativos desconcentrados suscritos en la Ley del Servicio Profesional de Carrera. En el Objetivo 1.C establece la dependencia del sistema del jefe del Poder Ejecutivo, dirigido por la SFP y los titulares de las dependencias y organismos desconcentrados como responsables de la operación (SFP, 30 de julio de 2012).

---

<sup>74</sup> Cfr. Artículo 91. La función del Consejo Asesor Científico y Médico, se encuentra en el Título Quinto De Otros Órganos Institucionales, Capítulo Primero, del Consejo Asesor Científico y Médico, del Estatuto Orgánico del ISSSTE.

En teoría, la Ley del Servicio Profesional de Carrera se funda en la consideración de: publicación de las convocatorias, libre acceso respetando requisitos, perfiles, transparencia, especialización técnica y cualificación profesional, elección del mejor candidato, garantía de honestidad, capacidades cognoscitivas, entre otros, con el fin de demostrar éxito y consolidación en la función pública, además de los ejes rectores de la Carta que a continuación se menciona. En México, su implementación no ha prosperado debido a factores políticos y no técnicos.

*Carta Iberoamericana de la Función Pública (CIFP)*, sostiene el término de profesionalización de la función pública como:

La garantía de posesión de los servidores públicos de una serie de atributos como el mérito, la capacidad, la vocación de servicio, la eficacia en el desempeño de su función, la responsabilidad, la honestidad y la adhesión a los principios y valores a la democracia (Bonifacio, 2003, p.12-13).

Un dato relevante del Servicio Profesional de Carrera, es que se evalúa al servidor público con la finalidad de mantener actualizadas sus capacidades y competencias; además de coadyuvar al desarrollo personal, otorgándole seguridad y garantías laborales, los premios y sanciones están en relación a sus responsabilidades y resultados de gestión; así como la salud democrática organizacional con práctica de rendición de cuentas.

En México, se han presentado los siguientes obstáculos para su debida implementación del Servicio Profesional de Carrera:

i. Ha sufrido ajustes que beneficia a un pequeño grupo de funcionarios<sup>75</sup>, excluye al resto de los servidores públicos en funciones y para todo aquel que con mérito y evaluado quiera participar por un puesto en los niveles inferiores de la Administración Pública. El Servicio Profesional Docente, es un mal ejemplo, porque las evaluaciones son causa de inconformidad que ha llegado a modificar la legislación.

---

<sup>75</sup> Director General, Director de área, Sub director de área, jefes de departamento y enlace. Cfr. Artículo 5 Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

ii. La falta de regulación en las siguientes acciones: “entrada-salida, asignación de funciones con derechos y obligaciones, movilidad interna y remuneraciones” (Guerrero, 2000, p. 2).



**Gráfico**

4. Elaboración personal con la referencia del artículo 13 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, Cámara de Diputados (09/01/2006) Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. México. *D.O.F.* Recuperado el 21 de agosto de 2018, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/260.pdf>. Referencia: Guerrero (2000) y Moreno (2002).

iii. En algunos casos se restan derechos, en otros se incrementan obligaciones, resultado “desestímulos para la eficiencia de la burocracia” (Guerrero, 2000, p.7).

iv. Otras características que afectan el desarrollo del Servicio Profesional de Carrera, son: 1) las plazas son establecidas de manera central y por escalafón; 2) las remuneraciones son en relación a la jerarquía; 3) las plazas superiores se obtienen por promoción; 4) ofrece contratos permanentes y sin incentivos laborales económicos que promuevan la productividad; 5) el ingreso es limitado; 6) los funcionarios no son libres de participar en política, ni en otras acciones; y 7) sólo se practica en administraciones autónomas. Fuente: (Guerrero A. J. P., 2000, p.151 y 152).



## **2.4.- Perfiles de la Administración Pública en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Médicos y en la Dirección administradores**

Klingner (octubre, 2003) definió desde cuatro perspectivas a la administración del recurso humano: 1) las *funciones*, necesarias en las agencias públicas; 2) el *proceso*, por el cual son asignadas las plazas; 3) la interacción de los *valores* sociales ocasionados por la asignación de plazas; y 4) los sistemas del personal, sistema jurídico inherente, organización y los procedimientos empleados para el cumplimiento del desarrollo de las funciones de la administración del recurso humano (p.1).

La Secretaría de Salud citada por Frenk, M. J. (2005), definió perfil como: el conjunto de características y cualidades, basado en conocimientos, destrezas, aptitudes y valores, que permiten a una persona obtener actitudes y competencias requeridas en una responsabilidad específica. Independiente a la profesión existen dos vertientes: 1) de egreso, establecido por el proceso de formación planeado en una institución académica; y 2) laboral, son características descritas por el mercado laboral como respuesta a los requerimientos organizacionales (p.5).

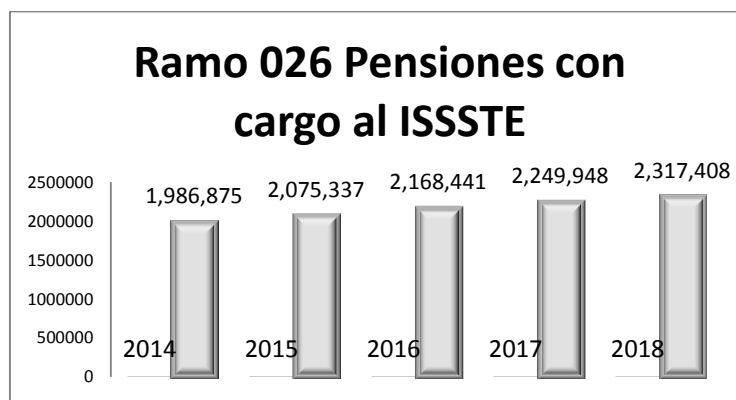
### **Perfil institucional**

Es una institución de seguridad social, fundada el 30 de diciembre de 1959, otorga 21 seguros, prestaciones y servicios de seguridad social a través de los siguientes seguros: 1) salud; 2) riesgos del trabajo; 3) retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y 4) invalidez y vida, a 13,347,389 derechohabientes, conformados por trabajadores del Estado, pensionados y familiares. Se rige por el apartado "B" del artículo 123 Constitucional, y Grupo Funcional de Desarrollo (2011, P.4) agregó que: "su funcionamiento y operación se financia con las cuotas de los trabajadores, las aportaciones del Gobierno Federal y las de los gobiernos de las entidades federativas en las que tiene presencia".

“Su **misión** es contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los [...] derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, [...], con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores [...] de honestidad, legalidad y transparencia.”<sup>76</sup>

Su **visión** es posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, [...] de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar [...] la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.<sup>77</sup>

Limitado uso de las TIC, con plataformas electrónicas segmentadas y conectividad deficiente. Al borde del colapso financiero, alto gasto administrativo en salud 8.9% (Forde, 2016, p. 12), presupuesto basado en necesidades más que en resultados, 80% de los ingresos del Instituto se destina al pago de pensiones, y la infraestructura promedio sobrepasa los 26 años.



**Gráfico 5.** Elaboración personal con información de los Anuarios estadísticos del ISSSTE 2014-2018. Fuente: ISSSTE. (05/09/2019) Anuarios Estadísticos. México. Recuperado el 2 de noviembre de 2019, de <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

<sup>76</sup> Nota: Referencia en Google 1

<sup>77</sup> Nota: Referencia en Google 1

En los programas institucionales no ha tenido dentro de sus objetivos la reducción y control de las Enfermedades crónicas y carece de gerencia social, Excepto el Programa Presupuestal E044 “Atención a la Salud” que ya se había mencionado en el sub tema 1.11 evaluaciones del desempeño institucional, que tuvo una estructura deficiente en la metodología desde el diagnóstico, justificación de su pertinencia, como la definición de su población objetivo y metas (SHCP, 2017, p.43).

### Perfil de directores y delegados regionales del Instituto en Zacatecas

Período	Puesto en el Instituto/Nombre	Perfil
1/12/2018-Actual	Director/ <b>Luis Antonio Ramírez Pineda</b>	Miembro del <b>Partido de la Revolución Institucional</b> , Maestro en Planeación Política Social, Licenciado en Economía. Diputado Plurinominal Local del Congreso de Oaxaca, noviembre 2015-noviembre 2018. Diputado Plurinominal del Congreso de la Unión, septiembre 2003-agosto 2006. Sub director de Finanzas de FOVISSSTE y Director de Finanzas del ISSSTE. Fuente PRI (2017).
14/02/2018-30/11/2018	Director <b>Florentino Castro López</b>	<b>Miembro del Partido Revolucionario Institucional</b> , Licenciado en Derecho. Diputado por representación proporcional de LVIII Legislatura, agosto 2000-agosto 2003. Diputado federal LVI Legislatura, 1994-1997. Múltiples puestos públicos desde 1965, académico, escritor y trabajó un período breve para la iniciativa privada. Fuente: Secretaría de Gobernación. (s/f).
27/08/2015-27/01/2018	Director/ <b>José Reyes Baeza</b>	Miembro del <b>Partido Revolucionario Institucional</b> , Licenciado en Derecho. Presidente Municipal de Cd. Chihuahua, Gobernador de Chihuahua, Diputado federal LVIII Legislatura entre otros cargos. Fuente: Reyes, J. (s/f).
08/12/2017-30/05/2019	Delegado Regional Zacatecas/ <b>Javier Torres Cardona</b>	Director de gobernación del municipio de Ciudad Juárez. Sin registro
25/09/2014-08/12/2017	Delegado Regional Zacatecas/ <b>Humberto Javier Romero Gudiño</b>	Licenciado en Derecho y posgrado en Administración Pública. Catedrático, en 1974 inició su servicio en la administración pública y Delegado de la Región Oriente en la Cd. México. Fuente: DireccionesZac.net (s/f)
03/04/2013-25/09/2014	Delegado Regional Zacatecas/ <b>Carlos de la Torre Tosca</b>	Médico Cirujano con especialidad en Neurocirugía. Excepción, fue designado por el Gobernador de Zacatecas Miguel Alonso Reyes. Delegado sección 37 ISSSTE. Fuente: Valadez, A. (26/08/2014).
2001-03/04/2013	Delegado Regional Zacatecas/ <b>Ramón Navarro Munguía</b>	Militó en el <b>Partido Revolucionario Institucional</b> . Formación magisterial. Diputado local, dirigente de la sección 34 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, incluso, ya como Delegado tuvo control del líder sindical de la misma sección, y entre otros cargos Delegado especial en la SEP del estado de Zacatecas. Fuente: : Catalán, M. (07/junio/2017)

**Tabla 8.** Elaboración personal con referencia de cada una de las fuentes que aparecen en las filas.

## Perfil de la Clínica

La Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, es del primer nivel de atención médica, gran parte de su operación depende de los programas sectoriales, fue inaugurada en 2002, con 48 trabajadores, que hasta 2019, conserva el mismo número y las consultas de medicina externa son de 15 minutos. Aproximadamente se brindan 217 consultas diarias en los dos turnos. Cinco médicos han estado a cargo de la Dirección y más de cinco médicos en la Sub dirección médica. En la Sub dirección administrativa han estado contadores públicos titulados.

Con información de 2018, la Clínica tuvo una población amparada de 38,790 derechohabientes, pero sólo el 54% o 20,962 Gobierno de México (2018) han hecho uso de los servicios. En 2013, "MIDE" fue certificado, 2010-2016 se mantuvo la acreditación de "Si, calidad", con dos "Grupos de Ayuda Mutua", se obtuvieron dos acreditaciones entre 2014 y 2017, dos reacreditaciones y dos reacreditaciones por excelencia. Cabe señalar que todas estas certificaciones y acreditaciones fueron realizadas por personal del mismo Instituto. En 2019, se han venido incrementando los tiempos de espera, tanto para la consulta, como por el desabasto del medicamento, ver tabla 9.

Meses de 2019	junio	julio	agosto	septiembre
Descripción				
Surtimiento de medicamento	80.83%	87.27%	85.63%	66.33%
Tiempo de espera	30.27 min.	26.00 min.	40.54 min.	49.50 min.

**Tabla 9.** Elaboración personal con muestreo de 44 derechohabientes tomados en un día al azar en los meses señalados de 2019.

Con base en la información compartida por el responsable del Programa "PrevenISSSTE cerca de ti", Dr. Efraín Muñoz (comunicación personal 10/06/2019), en su estudio realizado entre 2017-2019, el 67 por ciento del personal de la Clínica se

encuentra dentro del índice de masa corporal de sobrepeso u obesidad. Es un dato que apoya la idea de que, no sólo el conocimiento empoderará y logrará cambiar las conductas de los usuarios, por lo que se requerirá de psicoterapia para ello.

### **Perfil del área de laboratorio**

En Laboratorio trabajan 4 Q.F.B. con base de técnicos y un responsable que sí tiene base con el nombramiento de Q.F.B., trabajan 45 órdenes diarias con diferimiento de 45 días. Responsable del laboratorio de la Clínica Q.F.B., A. Muro, (comunicación personal, 26/03/2019).

### **Perfil del área de administración**

En esta área existen dos vertientes: 1) Las autoridades que tienen una plaza de confianza con estrecha relación con lo político, con “*insuficiente formación gerencial* y la ausencia de estándares de medición” (Guerrero, 2007, p. 48). Cuentan con sobresueldo que eleva el costo administrativo; y 2) La conforman los servidores públicos de niveles inferiores con estudios que van desde secundaria los de mayor antigüedad hasta Licenciatura. Doce tienen base, 3 son trabajadores de confianza y 2 suplentes. El salario promedio entre las autoridades de la Clínica y los servidores de nivel inferior es de 22,000 pesos mensuales.

### **Perfil de enfermería**

Una de las seis enfermeras con contrato de base cuenta con el nivel técnico, suficiente para su desempeño en el área de somatometría, medicina preventiva y curaciones. El resto, cuatro enfermeras y un enfermero cuenta con la Licenciatura de Enfermería más una especialidad, pero sólo una de esas plazas cuenta con

nombramiento de Licenciatura. El salario promedio mensual oscila entre 32,000 pesos por una jornada de 8 horas de lunes a viernes. Los servicios se auxilian con personal contratado para suplencias con un sueldo promedio mensual que no llega a dos Unidades de Medida y Actualización “U.M.A.”, V. Juárez, (comunicación personal, 19/09/2019). Un U.M.A. en 2019 tuvo un valor de \$ 2,568.50 Fuente: I.N.E.G.I.<sup>78</sup>

### **Perfil médico**

Los 11 médicos que otorgan consulta externa tienen un gran sentido humano y generoso, 8 tienen base y 3 son suplentes, han sido los facilitadores del medicamento a los usuarios, cuentan con cédula profesional de médico general y tienen la especialidad en medicina familiar, sólo 3 de ellos han realizado un diplomado en diabetología. De los once médicos uno tiene jornada de 8 horas y uno de 9 horas, el resto es de 6.5 horas, en ese orden y en teoría su productividad es de 30, 34 y 22 pacientes diarios. De este personal se tiene que siete cuenta con un segundo empleo y tres de ellos además otorga consulta privada. El salario promedio es de 28,000 pesos mensuales.

Por otra parte, Epidemiología ha sufrido cambios constantes que no ha habido médico que se haga responsable de los Grupos “GAM” donde se atienden supuestamente de manera integral los casos de Enfermedades crónicas. Con base en una encuesta personal, realizada para la “Evaluación del sistema operativo”, se descubrió que 10 médicos cuentan con equipo de cómputo, 4 no tienen conectividad a Internet, 4 tienen acceso a ISSSTEMED pero sólo 2 tienen clave de acceso los otros 7 desconocen su funcionamiento. De los cuatro que cuentan con la plataforma, coinciden en que la aplicación requiere de mayor velocidad en el servicio del Internet. Existe una decisión dividida, sobre sí, el sistema de trabajo le permite realizar su función de calidad, 6 respondieron que sí y 5 que no, pero hubo un consenso sobre el tiempo de consulta que debe ser de 20 minutos para realizar su función con calidad. Una relación

---

<sup>78</sup> [3] Referencias en hipertextos.

que no es contundente, ya que 8 concuerdan en que la calidad del servicio que otorga la Institución es un factor, entre otros, que explica el incremento de los casos de Enfermedades crónicas. Así como, 10 médicos coinciden en que su origen se debe más a factores psicológico-conductual que a la carga genética.

### **Perfil del Módulo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE)**

Uno de los 11 médicos de la Clínica se destina a esta área que consulta entre 8 y 12 pacientes diarios, cuenta sólo con un censo de 430 diabéticos descontrolados, se desconoce el número de diabéticos en la Clínica, y se auxilia para su servicio de una enfermera y Trabajadora Social.

### **Perfil de Psicología**

Se manifiesta que no existe este actor en el equipo multidisciplinario de la Clínica. Con base en la definición que aporta la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la “U.N.A.M.”

La Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano. La participación del profesional en psicología es fundamental en la identificación e intervención de las necesidades sociales, con el objetivo de propiciar una interacción sana y lograr un bienestar integral para optimizar la comunicación, establecer relaciones armónicas y solucionar problemas cotidianos de la vida personal, familiar y social (FESI, s/f).

Una precisión relevante para el caso, porque fue mencionada por el doctor en psiquiatría Carlos Origel, que tiene que ver con el funcionamiento del cerebro. Todo ser humano prefiere el placer a otro sentimiento. Además, cualquier sustancia que incida en el sistema límbico produciendo placer tendrá predominio para ser sustancia adictiva, inclusive alimentos (Origel, C., julio 2019).

## Perfil del derechohabiente

En 2018, la población amparada por el Instituto en el municipio de Guadalupe, fue de 38,790; de la cual sólo 20,962 se tuvo registró en la Clínica, es decir, el 46% restante acude a otra institución de seguridad social o al sector privado.

Con base en el estudio realizado en la Clínica, se detectó que el mayor rango de edades de la derechohabiencia está entre 47 y 72 años, con un despunte en la quinta década, ver gráfica 8.

De los usuarios que acuden a consulta el 40% son trabajadores, 22% pensionados y 38% familiares; el 76% de los usuarios son mujeres y 24% hombres. Del número de trabajadores el 50% provienen de la Secretaría de Educación, el 14% de la Universidad Autónoma de Zacatecas, 14% de los Servicios de Salud, el restante de otras instituciones, es un dato que se aproxima con la población amparada por organismos y que se puede encontrar en los anuarios del Instituto.

Sólo como un dato para ver a quién se dirigen las políticas sociales y lo difícil de satisfacer sus expectativas que tiene la clase media. Majluf, P. (13/11/2019). Algo que es relevante porque impacta en las finanzas del Instituto y que fue descubierto en la Estadía práctica, porque se auxilió en la entrega de los talones de pensión. Es que la pensión que reciben los ex trabajadores de SEDUZAC, oscila entre 19,000 y 26,000 pesos mensuales, es mucho mayor a los ingresos que recibían en funciones. Considerando que sus estudios académicos del nivel secundaria pasaron a la Normal y que por su juventud en el ingreso laboral, se jubilaron a los 45 años de edad. Algunos en su último año de servicio obtuvieron una segunda plaza para incrementar el monto de la pensión. Esta situación ya quedó solucionada y reciben sólo de una plaza. Continuando con el estudio, el 4% tiene estudios de maestría, 50% de licenciatura, 18% preparatoria, 16% secundaria y 12% primaria. Con el nivel de estudios y el lugar de trabajo se puede decir que más del 50% de los trabajadores del Estado obtiene ingresos superiores al promedio nacional (11,549 pesos mensuales) El Universal (30/04/2019).



El 32% acude a consulta mensual, 68% tiene sobrepeso u obesidad, 52% son Enfermos crónicos, 36% padece Hipertensión y 16% Diabetes tipo 2. Este último dato se elevó por el 4.32 por ciento del resultado 12.32% de otra investigación personal que se realizó con información obtenida en el período 1 de enero al 27 de noviembre de 2019, en el laboratorio de la Clínica con el Sistema implementado por “Tecnología y Desarrollo en Informática”<sup>79</sup> sobre la detección de concentración de glucosa sérica (en sangre) y en ayunas. Dicha información proporcionada por la responsable del laboratorio de la Clínica se digitalizó para que la unidad tenga una base sólida de datos para coadyuvar a conformar el censo diabético Q.F.B. A. E. Muro (comunicación personal, 27/11/2019). De los 3,405 casos de la muestra 2,582 obtuvieron la concentración de glucosa superior a 101 mg/dl; de este número 453 son trabajadores. Considerando la población amparada por unidad en 2018, de 20,962 se tiene una relación del 12.32 por ciento de derechohabientes que son diabéticos.

Continuando con los resultados de la encuesta, en el parámetro del estilo de vida, en la variable alimentación no se obtuvo nada concluyente. El 44% practica ejercicio físico más de 150 minutos semanales, cabría la pregunta ¿Realizarán el ejercicio físico idóneo para el control del peso?

La evaluación de la calidad del servicio del Instituto, según los encuestados es, 18% muy bueno, 54% bueno, 26% regular y sólo el 2% muy malo. Un dato muy importante encontrado en la investigación, es que, todas las consultas de Enfermos crónicos son consideradas como subsecuentes, el inconveniente es que no hay forma de distinguir quién es Enfermo crónico y de manera parcial bloquean el acceso al servicio de atención médica a otros derechohabientes. Ver información en tabla 10. El enfoque cualitativo de la investigación sólo confirmó que la única relación de variables fue: Enfermedad crónica con frecuencia que se asiste a consulta en el año.

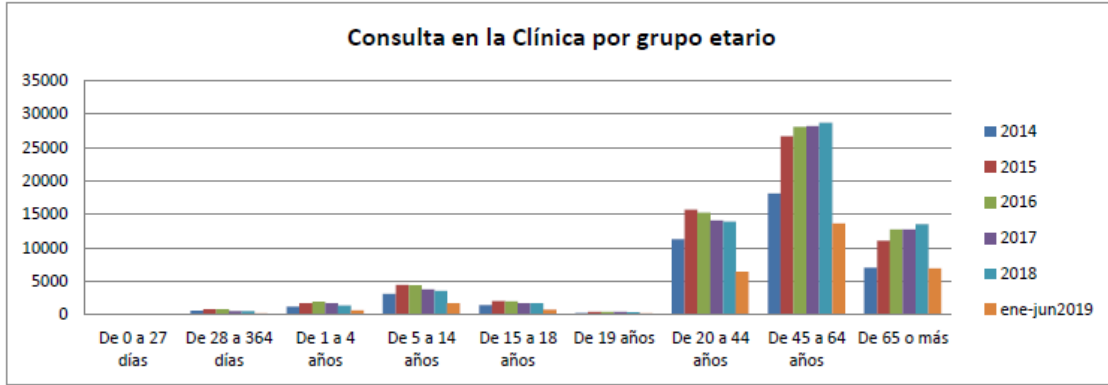
---

<sup>79</sup> “Tecnología y Desarrollo en Informática” (TDI), es una empresa que instaló un software de compatibilidad en varios servidores en el área de laboratorio para compartir información, pero la información no se puede manipular de manera virtual por la primacía de confidencialidad de la información del usuario.

Consulta en la Clínica por tipo de derechohabiente																
Descripción	Trabajador	Trabajadora	Esposa	Concubina	Esposo	Concubino	Padre	Madre	Hijo	Hija	Pensionado	Pensionada	Otros	Total	1a. Vez %	Subsecuente %
2014	5308	7663	6869	252	1561	71	1283	2909	3573	4002	4204	5073	55	42823	37.38	62.62
2015	8128	11360	9391	417	2275	149	1957	4300	5013	5614	6517	7515	158	62794	38.38	61.62
2016	8110	11557	9313	461	2121	251	2122	4748	4966	5763	7147	8884	183	65626	39.60	60.40
2017	7500	11526	9268	432	2236	255	2039	4624	4305	5079	7118	8506	165	63053	36.49	63.51
2018	7950	11471	9148	457	2360	230	2114	4634	4046	4494	7443	8995	146	63488	33.51	66.49
Ene-jun 2019	3714	5767	4225	183	1019	120	1082	2262	1796	2031	3603	4322	77	30201	32.93	67.07

**Tabla 10.** Elaboración personal, fuente: Sistema de estadística de medicina curativa, hospitalaria y preventiva. Reporte del análisis de la consulta, proporcionado por estadista de la Clínica (L.A. Delgado C. comunicación personal, 27/06/2019).

Con base en información de la partida presupuestal 253010000, recibida en farmacia de la Clínica el 26 de diciembre de 2018, Nota.- No todas las claves de medicamentos se encontraron en la remisión, por lo que no se pudo cuantificar el 100 por ciento de las recetas muestra- y la muestra de 34 de 35 derechohabientes con sus recetas surtidas el 21 de diciembre de 2018. Se determinó en las gráficas 7a y 7b, el costo de medicamentos surtidos a pacientes en general con la siguiente conformación: el 17.65 por ciento son enfermos no crónicos, 50 por ciento son Hipertensos, 11.76 por ciento son Diabéticos y 20.59 por ciento presentan otra enfermedad crónica, como asma o artritis. El costo sería mayor de haberse surtido el 100% del medicamento, pero en la gráfica 7c, se tiene el costo de medicamento surtido completo a los Enfermos crónicos en el estudio. El costo de medicación del 30 por ciento de los Enfermos crónicos está en el rango de los 104 y 360 pesos, pero el 70 por ciento restante se encuentra por debajo de los 47 pesos.



**Gráfica 6.** Fuente: Sistema de estadística de medicina curativa, hospitalaria y preventiva. Reporte del análisis de la consulta, proporcionado por estadista de la Clínica L.A. Delgado C. (comunicación personal, 27/06/2019).

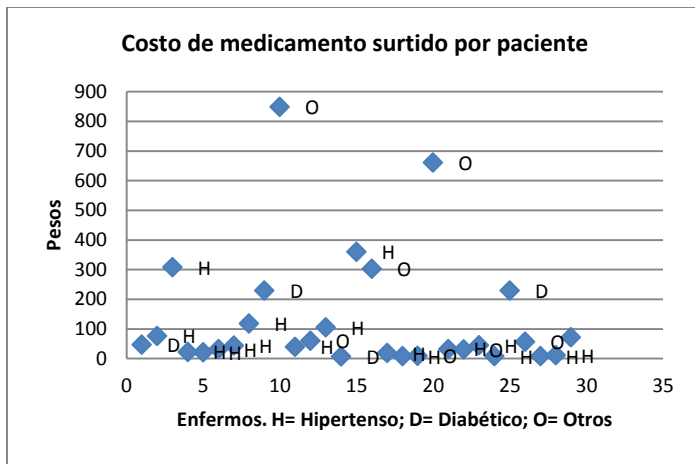


Gráfico 7a.

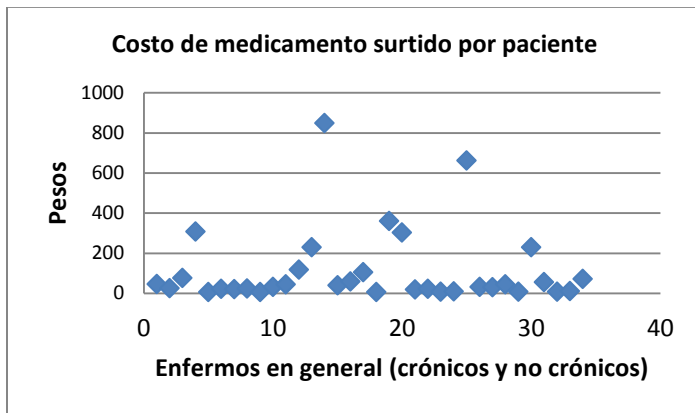


Gráfico 7b.

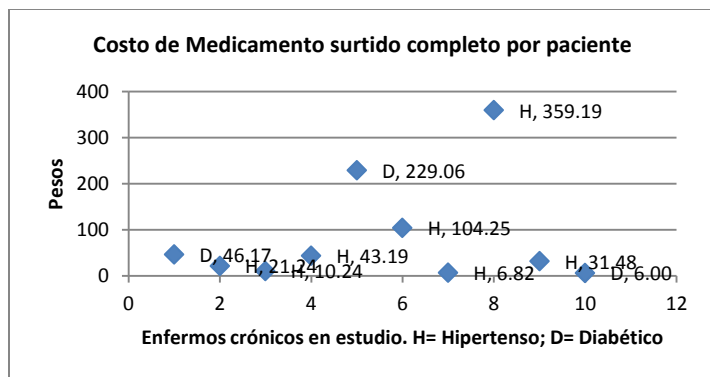


Gráfico 7c.

Gráficas 7a, 7b y 7c fueron de elaboración personal, con información de la partida presupuestal 253010000 proporcionada por el personal staff de SILODISA M.I. García (comunicación personal 03/01/2019).

### Perfil del derechohabiente inscrito al Programa de Activación física y perteneciente al “Grupo de Ayuda Mutua”

Mediante un sondeo se determinó el perfil del derechohabiente auto responsable, activo físicamente y miembro del programa “Grupo de Ayuda Mutua” en la Clínica, edad entre 55 y 74 años, es más optimista, ha incrementado su auto estima en su proceso del tratamiento, más social que antes, tiene mayor movilidad, cero caídas porque ha recuperado parte de su fuerza muscular perdida, su nivel de glucosa y presión arterial se ha mantenido bajo control, consume menos fármacos, su peso corporal no ha disminuido pero se ha mantenido bajo control y disminuyeron otras afecciones físicas que obtuvo en su vida laboral.

### 2.5.- El Trabajo Social versus Gerencia Social y los programas preventivos de salud

La Licenciatura de Trabajo Social provee al egresado de una formación teórica social que le permite con técnica promover la participación de los individuos a los proyectos de desarrollo social e implementar las políticas en diversos espacios

organizacionales; metodología en la planeación y programación; y epistemológica, con fundamentos conceptuales de Filosofía, que le permite interpretar la realidad con conocimiento democrático, para que desarrolle sus habilidades y actitudes con perfil humanista. El Trabajador Social podrá desarrollar proyectos, estudios e interpretación de enfoques cuantitativos y cualitativos.

Las habilidades aprendidas le permiten satisfacer las necesidades de la población con la oferta institucional de los tres niveles de gobierno. Mediante el análisis y evaluación de la realidad le permite el diseño de estrategias y acciones en diversos escenarios sociales que podrían ser requeridos por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y personajes de la sociedad civil. Sobre políticas públicas, puede participar en el diseño, propuesta e implementación. Así, como puede intervenir en instancias no judiciales, también puede intervenir en el ámbito judicial con la realización de peritajes de oficio, mandatorio, de parte o como consultor. Puede realizar funciones dentro de la academia, como docente y en proyectos de investigación. Fuente: Escuela Nacional de Trabajo Social (s/f).

La Gerencia Social sin gran estructura burocrática se mueve en la conceptualización descentralizada, se desarrolla desde su interior de la Administración Pública, coordinando, vinculando programas sociales e interactuando con dependencias de los tres niveles de gobierno, sector privado, Organizaciones No Gubernamentales y con Gobernanza desde las comunidades en grupos vulnerables denominados clientes o usuarios, a quienes organiza y persuade para ejercer sus derechos y responsabilidades. Es decir, con inclusión y cohesión social construye ciudadanía para coadyuvar el desarrollo del acto político y conseguir el bienestar social. La utilidad de la Gerencia Social en la Administración Pública, como lo comparte Uvalle, B. (1993) es “considerada como un método de gobierno abierto” (p.143) se encuentra en el objeto de participar en la evaluación, formulación y ejecución de políticas públicas para proyectos de alto impacto masivo, administrando con eficiencia y eficacia los recursos materiales, financieros y humanos, de los programas sociales con el deseo de generar óptimos resultados que atiendan las causas, efectos y

manifestaciones de la incidencia de la pobreza en los grupos vulnerables mediante planes y estrategias. Es decir, la capacidad de gestión de la Gerencia Social diseña e implementa los programas sociales y busca nuevas estrategias metodológicas en la gestión acorde a las nuevas expectativas que se vayan presentando sobre la brecha de necesidades y las asignaciones de recursos en la población objetivo. Uvalle, también agregó “los resultados tienen su base en el desarrollo de una gestión racional, heurística y democrática” (p.144).

La Clínica opera con recurso escaso y para desarrollar los programas preventivos, el recurso es menor o simplemente se destina el mismo recurso humano que atiende los cinco programas preventivos al mismo tiempo. La mayoría de los trabajadores que cotizan al Instituto no son considerados población vulnerable, sólo algunos afiliados del grupo de pensionados o familiares de ambos o por la edad, sí podrían ser considerados grupo vulnerable. Pero no al grado de requerir atención prioritaria, aunque la idea de inclusión y cohesión social es fundamental. El interés de la intervención del Gerente Social está en función a dos aspectos: 1) evitar los riesgos de la población objetivo y reducir la tasa de morbilidad de las Enfermedades crónicas. Elevando la capacidad de convocar, coordinar y comunicar los mensajes precisos a la participación social; y 2) que sea asistencial.

## **2.6.- La Gerencia Pública en el ISSSTE**

Para el paradigma posburocrático existe un nuevo concepto empresarial que canaliza el incremento de racionalidad en las decisiones de la función central de la dirección como nuevo modelo de gestión pública (Guerrero, 2001, Concepto de nueva gestión pública en Francia, párr. 4), o como tecnología para ser aplicadas en “el trabajo socialmente útil” (Barzelay, 2000, p.188), orientada al cliente por inspiración de la gestión privada. Con la finalidad de generar un cambio favorable en el desempeño del servidor público de la Clínica, como bien vendría en toda la Administración Pública.

El control correctivo es útil para mejorar la gestión en la estructura jerárquica mediante estrategias como: “capacitación, remuneración y relaciones laborales” (Rosales, 2004, p.82). La capacitación, entendida como el medio para mantener el perfil equilibrado acorde a las necesidades actuales del mercado, es decir, la estandarización. El incremento de remuneraciones sólo bajo un esquema de incentivos que promueva la productividad y reduzca la inestabilidad e incertidumbre en las relaciones laborales a través de la consolidación institucional. Es decir, con creatividad innovadora, democracia se considera el recurso humano existente y aleja al que se incrusta por compromisos políticos que perjudica tanto a la racionalidad y a los componentes del “ciclo gerencial”. Que Sanin (1999) enumeró: 1. Evaluación de Resultados; 2. Control de Procesos; 3. Control de Proyectos; 4. Evaluación ex post; y 5. Evaluación estratégica global (p.8). El fin es eficientar la capacidad de respuesta en los programas preventivos que exigen ser conducidos por las normas de salud y con el fin de optimizar el desempeño de los servidores públicos en la Clínica.

De manera alterna, y utilizando los términos de Barzelay (2000), la interacción de las nuevas tecnologías gerenciales desarrolla un amplio espectro de competencia como uno de los elementos en el paradigma posburocrático que conlleva a la interrelación de conceptos como: cliente, calidad, servicio, valor, incentivos, innovación, autorización, flexibilidad” (p.173), y Sanin (1999) agregó la eficiencia en el subsistema interno, mediante el Control de Procesos (p.12).

La evaluación ex post tiene gran relevancia como insumo de la planeación estratégica para lograr objetivos y metas, junto con la evaluación de resultados. La globalización y el mercado están poniendo a prueba a la organización burocrática por su desempeño y resultados. Mostrados por la aceptación o rechazo del cliente.

En la Clínica, el presupuesto proveniente del presupuesto de egresos de la federación que en la clasificación funcional se basa más a las necesidades que en los resultados, donde una de las estrategia primordiales es el gasto de operación con el pago de materiales centrado en el abasto de medicamento. Teniendo que el Enfermo crónico descontrolado que no se le brinda el tratamiento no farmacológico dispara

abruptamente la necesidad. Con la utilización de las nuevas tecnologías, el presupuesto con Control de gastos se estaría implementando a fondo el concepto de pertenencia o como lo describe Osborne (1992), de “misión” y el de propiedad (p.31). El ser más eficiente con los recursos y funciones como si fuese uno el empresario.

La relación del subsistema interno está en relación al resultado eficaz su producto, determinado por lo externo, la satisfacción de la expectativa del cliente sobre la calidad del servicio y evaluado por la intervención gerencial, denominada Evaluación de Resultados (Sanin, 1999, p.12). Feigenbaum, V. citado por Zarur, (2004), estableció que, la calidad es un trabajo de todo el subsistema interno y con el fin de evitar que la responsabilidad pudiese ser delegada en nadie, estuviera preservada por la función gerencial. Feigenbaum, V. citado por Zarur, definió al Control de Calidad Total<sup>80</sup>, como:

Un conjunto de esfuerzos efectivos de los diferentes grupos de una organización para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad de un producto, con el fin de hacer posibles fabricación y servicio, a satisfacción completa del consumidor y al nivel más económico. También agregó que, la finalidad es considerar la calidad en todo el proceso, al que llamó, *ciclo industrial* y está dividido en tres etapas: 1) Control de nuevos diseños; 2) control de materiales de insumo; y 3) control de producto o del proceso (p. 4).

Con la finalidad de mejorar resultados a través de una necesaria implementación de planes estratégicos. La creación de alianzas interinstitucionales, intergubernamentales e inclusive con la sociedad civil organizada, como parte de la herramienta tecnológica y generadora de sinergias para efficientar el uso de recursos, procesos administrativos y el diseño de políticas. El esquema que Rosales (2004), nos recomienda la triangulación: *finés, recursos y restricciones*, en la utilización de recursos y restricciones son enteramente humanos, por lo que sería cuestión de definir los objetivos y trazar las estrategias para incrementar la capacidad de evaluar el proceso y ex post para percibir el medio (p.126).

---

<sup>80</sup> Hipertexto [2]



Si, la internacionalización ha modificado la conformación de los Estados, con la flexibilidad, es otro concepto que repercute en la estructura político-social-económico que no se elabora desde lo más elevado del sistema, sino de “quienes desean obtener el mayor beneficio” (Barzelay, 2000, pp.174-175), es decir, niveles inferiores y derechohabencia se podrá modificar las instituciones del Estado. La parte cualitativa del concepto también requiere de la participación burocrática con capacidad técnica para manejar la información y hacer efectiva la ejecución de políticas con respeto a las normas oficiales. Las ideas y acciones que pudieran ser aportadas por la derechohabencia o grupo organizado son útiles, como generador del cambio exógeno y contrapeso en las decisiones gerenciales para crear un mejor producto.

La clave para que el cambio sea exitoso está en revolucionar el comportamiento gerencial; para responder a esa complejidad la gerencia debe de cambiar su modo de razonar. En lugar de tratar de cumplir pasando a una mayor especialización, debe responder a la complejidad desarrollando sencillez en las estructuras y en los procesos” (Rosales, 2004, p.125).

La “política pública” es lo que ocurre, no lo que se dice en la legislación” (Guy, 2000, p.357). Por lo general, las políticas en México, son voluminosas, poco prácticas en su implementación por lo que es un grave error pensar que se puede ser eficiente y eficaz con diseño de políticas impropias o improcedentes. En el caso de los políticos y políticas, el tablero de Control Gerencial (Sanin, 1999, p.8) recorre el ciclo gerencial anteriormente citado y es un tamiz en la metaevaluación, que Sanin definió, como: “encargada de evaluar políticas, estrategias, planes y programas de carácter global” (p.12); como para la evaluación a la burocracia y detener que suceda tal atrocidad es la mesoevaluación, también mencionó que ésta “se mueve en el espacio institucional” (p.12).

## Conclusión capítulo II

Con lo anterior se concluye que en la cultura política mexicana se pretende llevar demasiadas acciones a nivel constitucional para otorgarles mayor realce, pero con enorme dificultad para ser modificables, como la estructura de la Junta Directiva del Instituto. Los miembros de la Junta Directiva como parte del acuerdo político de prebenda con candados para su revocación. Sostienen una atribución en particular que es de llamar la atención, cuentan con la excepción de aprobar políticas referentes al seguro de retiro.

En perspectiva, el Instituto muestra el problema de las pensiones, como, una preconstrucción con ataduras para beneficiar de manera prolongada la masa clientelar más importante en número. Las pensiones derivadas del X Transitorio, por su gran volumen han reducido la capacidad institucional para satisfacer las necesidades de salud pública. En la región de Zacatecas, el mayor grupo sería los trabajadores de SEDUZAC, que perciben ingresos superiores como pensionados que cuando se encontraban en funciones. En menor escala se podría incluir al grupo de trabajadores de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

En la era de la informática que facilita y controla el trabajo, la escasa frecuencia con que se reúne la Junta Directiva, vuelve frágil la comunicación en la estructura sin dar oportunidad a que el enfoque *bottom up* se lleve a cabo. Esto no representa el mejor de los escenarios para aprovechar las bondades de la experiencia acumulada entre los servidores públicos de menor nivel y que como la derechohabientes pueden aportar información e ideas valiosas que pueden mejorar la realidad. Lo anterior y aunado al deficiente control y sin corregir los procesos, es el escenario que sirve como ejemplo para justificar la requerida implementación de la planeación estratégica establecida en los Estatutos y poder conducir las estrategias que mejoren la trayectoria para atender la población de derechohabientes y sanear las finanzas del Instituto.

La debilidad institucional causa desorganización en la distribución del personal no sólo en la Clínica, sino en el Instituto. Este permanente modelo politizado, leal a los mandos superiores de la estructura volátil de la burocracia pública, sin ser resolutivo,

no cuenta con la profesionalización del servidor público porque el Instituto es empresa paraestatal y así lo establece la Ley del Servicio Profesional de Carrera por lo tanto, no se otorga reconocimiento al mérito. En México, será una tarea complicada la implementación del Servicio Civil de Carrera porque se sujeta a la mencionada relación viciosa institución-debilidad-institucionalidad.

Una consecuencia importante, entre otras, es que, sin la profesionalización del servicio público se hace difícil implementar el concepto empresarial o de gobierno empresario que conlleva a cerrar otro círculo vicioso por la ausencia de competencia en el sector salud. Sin la profesionalización, la calidad del servicio estará sujeta a personal no cualificado en la administración y como su población de trabajadores del Estado obtiene ingresos medio su expectativa sobre la calidad del servicio es alta, sin importar las remuneraciones al personal. Como tampoco se evalúa la salida en la actualidad, como resultado se obtiene a servidores con extraordinario tiempo laboral sin ser pensionados o que las pensiones sean enormes. Esto genera que jóvenes recién egresados de las universidades no encuentren lugar para desempeñarse y que las nuevas generaciones carguen sobre su tributación fiscal una carga excesiva para cubrir las pensiones.

Las acreditaciones, re acreditaciones o certificaciones que ha conseguido la Clínica no son significativas porque han sido otorgadas por la misma Institución. Esto sucede por falta de competencia dentro del Instituto, es un fenómeno que sucede en cualquier institución del sector público, ocasionado por el monopolio proteccionista del Estado. Por otra parte, y sólo como un dato para demostrar que el empoderamiento sólo con información no es suficiente. Los servidores de la Clínica no son el mejor ejemplo de un estilo de vida sano, debido a que el 67% presenta un I.M.C. de sobrepeso u obesidad.

El estudio en la Clínica descubrió los siguientes focos rojos que requieren especial atención:

1. Falta capacitación para mejorar los estándares de medición y procedimientos.

2. El instrumental médico en la Clínica es obsoleto y no proporciona información certera, ocasionando que se sumen casos falsos a los números de Enfermos crónicos, o su medicación se incremente.
3. Para elevar la productividad en las relaciones laborales hace falta el incentivo a la remuneración y que esta sea acorde a las responsabilidades.
4. Los indicadores de salud de la población entre 20 y 44 años son los mismos del bloque de entre 45 y 64 años que es el mayor grupo de derechohabientes que solicita consulta. Su interpretación es que, los programas preventivos no se encuentran funcionando como deberían.
5. Considerando la baja productividad del Módulo Integral de Diabetes por Etapas, se recomienda su eliminación y su médico responsable pase a formar parte del frente de la consulta externa con el fin de incrementar la productividad.
6. El tiempo de 15 minutos en la consulta a Enfermos crónicos no es suficiente para evaluar su seguimiento e insistir en el imperante cambio conductual adherido al tratamiento no farmacológico. Con el fin de mejorar lo anterior, se sugiere incrementar el tiempo de consulta a 20 minutos.
7. Para modificar la parte psicoconductual tratando los trastornos psicósomáticos que dañan la salud de la derechohabencia, se sugiere la introducción de la Psicología en el grupo multidisciplinario. Es un área que se encuentra dentro de la normatividad.
8. Las TIC en la Clínica e Instituto no cumplen con la Norma Oficial Mexicana y éstas no se están utilizando de manera óptima para el registro médico, siendo un acto que erosiona la calidad y credibilidad en la función de la atención médica.
9. El cambio constante del responsable del área de epidemiología impide la elaboración de estadísticas confiables en los casos de diabetes e hipertensión, y tampoco se puede integrar su servicio a los "Grupos de Ayuda Mutua".
10. Se requiere gestionar recursos adicionales para mejorar las instalaciones en general, equipo médico y el equipo odontológico.

Por parte del censo nominal de diabéticos realizado con información del Laboratorio, se descubrió que sólo 2,582 casos igual al 12.32% de la población de la Clínica resultó con glucemia mayor a 101 mg/dl, que es aproximado al 11.76% que se obtuvo con auxilio de las muestras de recetas médicas. Con estas mismas muestras de recetas se obtuvo que su costo por medicación mensual de diabéticos e hipertensos es: el 30 por ciento está en el rango de los 104 y 360 pesos, pero el 70 por ciento es inferior a los 47 pesos. Aunque se advierte que esta información cuenta con una debilidad por el número de meses de las muestras tomadas, y se descartó la información de uno de los meses porque se presentaron las enfermedades estacionales ocasionadas por el frío y relacionadas a las vías respiratorias, que elevó sustancialmente el costo de la medicación per cápita.

Con la información anterior no es correcto concluir si es elevado el costo por la atención que se otorga a los Enfermos crónicos, o no. Pero sí, se puede confirmar que estos enfermos en control resulta más económica su atención. Por lo que se insiste en complementar su atención médica con el apoyo de la psicoterapia para persuadir al enfermo crónico a que también se responsabilice por conservar su estado de salud.

### **Capítulo III.- Sistemas de control en la administración pública**

#### **3.1.- El control como parte del proceso de la administración pública de calidad**

La supervisión y control del desempeño de la Administración Pública se presenta en el interior como del exterior; desde el exterior se realiza mediante los órganos jurisdiccionales, Legislativo, de fiscalización que para el caso es la Auditoría Superior de la Federación y del *ombudsman*; y desde el interior, por parte de la Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, además de los Órganos Internos de Control de cada una de las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal (Fernández, 2016, p.264).

El Principio de Legalidad estrechamente ligado al Derecho Administrativo pretende someter a la Administración Pública para otorgar certeza jurídica a los administrados. Es por ello, el surgimiento indispensable del sistema integral y continuo de control, para verificar que el desempeño de los servidores públicos cumpla con la normatividad, en el Instituto existen 268 registros.<sup>81</sup> (INAI, S/f). En teoría, los resultados del desempeño de un cierto período deben ser medidos, analizados y evaluados, con ello se pretende tomar decisión sobre la aplicación de medidas correctivas (Béjar y Orrico, 2013, p.25).

Koontz, definió el control, como “la medición y corrección del desempeño a fin de garantizar que se han cumplido los objetivos de la empresa y los planes ideados para alcanzarlos” (Koontz y Weihrich, 2004, p.640 citado por Sánchez, V. D., Parra, C. Y. y Naranjo, T.Y., 2014).

De los elementos del control administrativo: sujeto, objeto, forma y finalidad (Lanz, C. citado por Bejar y Orrico, 2013, p.26-27). El sujeto en el Instituto es un ente insertado en la autoridad controlada, aparece en la estructura orgánica de la Institución, pero reporta sus atribuciones a la Secretaría de la Función Pública. De los resultados de sus evaluaciones sólo se han obteniendo recomendaciones J.L. López, (comunicación personal, 16/08/2019). Entonces, pierde sentido cuál es el sentido del control de oportunidad. Si, el control de oportunidad, consiste en la concordancia del acto controlado con la circunstancia de tiempo, modo y lugar en función al Plan Nacional de Desarrollo y Programas. El objeto del control cuenta con la relación del control de legalidad, control de oportunidad y control de gestión (Vázquez, A. citado por Bejar y Orrico, 2013, p.27).

Por otra parte, existe un exceso de buena fe del personal médico en la Clínica sobre el tratamiento farmacológico que impacta de manera negativa en las finanzas y en la eficacia para controlar las Enfermedades crónicas. Este principio de buena fe, se encuentra en el artículo 13 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Título Tercero A, que establece los “principios de economía, celeridad, eficacia, legalidad, publicidad y buena fe”, y está en los procedimientos que procuran que las acciones

---

<sup>81</sup> En el Portal de Transparencia se puede obtener mayor información del Marco Normativo que limita la función en la institución y se reportan 268 registros entre Acuerdo, Lineamiento, Manual, etc.

cumplan las normas y reduzcan las fallas humanas, entre otros objetivos y como parte del elemento, finalidad, para eficientar la relación entre los órganos de la Administración Pública y los gobernados (Bejar y Orrico, 2013, p. 28).

Con base en los comentarios del Sub director administrativo de la Clínica J.L. López, (comunicación personal, 16/08/2019) y los conceptos utilizados por Márquez, Gómez citado por Bejar y Orrico (2013), en la clasificación del control administrativo, desde la perspectiva del órgano interno de control. Aunque, con las evaluaciones que pretende la corrección de actos en la Clínica se ha enfatizado en el criterio de la recomendación más que de vigilar el cumplimiento de la norma. Sin que el objetivo del control sea a posteriori, es decir, que se formalice la corrección de cualquier acto que haya cometido perjuicio detectado en los resultados del control. La frecuencia periódica con que se han realizado estas evaluaciones ha sido sintética. Es decir, por revisiones superficiales a las operaciones a controlar, sin haber llegado al análisis profundo o analítico (p.p.28-30), y que puede conducir a dilucidar la causa-raíz que ha generado el gasto médico en atención a las Enfermedades crónicas sin ser eficaz en los resultados.

### **3.2.- La administración pública y su control externo**

El régimen de control tiene el propósito de acotar el ejercicio del Poder y racionalizar el ejercicio de la administración pública con la finalidad de mantener el orden constitucional. En el control externo de la administración pública participan el sujeto activo o controlador y pasivo o controlado. El sujeto activo está personificado por los órganos jurisdiccionales, Legislativo, de fiscalización superior y el *ombudsman* (Fernández, 2016, p.p. 264-265).

Entonces, el control externo es útil para eficientar la estructura administrativa y la formulación de políticas públicas, además de especializar la actividad de auditoría en auditoría pública (García, 2010, p.2). Con esto se puede reducir el nivel de discrecionalidad que tiene el Poder Ejecutivo al ejercer el gasto público (Santiso, C. y

García, B. A., citado en García, 2010, p.3). Pero, como nos comenta García (2010) sobre las experiencias internacionales, que:

La pluralidad en los modelos de control del gobierno, pueden tener efectos contrarios: las decisiones de qué, cómo, cuándo y a quién auditar pueden ser utilizadas para informar al ciudadano, pero también para ocultar decisiones [...] En países de corte presidencial, donde el ejecutivo domina el proceso presupuestal y las legislaturas sólo actúan como testigos leales. La duda de quién vigila a los vigilantes es casi esquizofrénica.

Por eso, en las democracias vigentes, los nuevos diseños institucionales optaron por garantizar que las auditorías públicas sean externas (p.3).

Con lo anterior, se puede decir que se está utilizando la información de los casos de Enfermos crónicos, sin censo patológico en la Clínica que estime la problemática, pero las autoridades insisten en que se están incrementando los casos. A esta situación y de manera particular con los 2,582 casos de diabéticos detectados con información obtenida del laboratorio y el costo promedio de la medicación que se realizó con la muestra de recetas de la Clínica. Deja la sospecha de que el argumento es sólo para justificar presupuestos y la ineficacia del desempeño institucional, pero ¿quién audita esa información sino se encuentra como objetivo del programa institucional? y no hay datos registrados en el “Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la Información y Protección de Datos Personales” (INAI).

## **A.- Actores del control externo**

**1. El órgano Legislativo** a través de la **Auditoría Superior de la Federación**, como órgano autónomo, técnico, profesional y especializado, de control externo que fiscaliza los recursos públicos, acciones relacionadas a los tres Poderes de la Unión, o



sus similares en las entidades federativas (Fernández, 2016, p.p.265-266). En el capítulo 5.3 se ha reservado un espacio para analizar el rol que tiene esta institución.

**2. El ombudsman**, estructurado en dos ámbitos: nacional y entidades federativas que constituyen el Sistema Nacional de *Ombudsman* destinados a la protección de los Derechos Humanos. Las quejas por actos u omisiones contra servidores públicos federales de índole administrativa excepto aquellos pertenecientes al Poder Judicial de la Federación son atendidos por una instancia única a cargo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (Fernández, 2016, p.267).

**3. Órganos jurisdiccionales**, tienen las siguientes características: a) son independientes de la administración pública; b) su control trata sobre la posible inconstitucionalidad o ilegalidad del acto impugnado de la administración pública; c) actúan derivado de una acción procesal ejercida por un demandante, sea autoridad o administrado; y d) sus resoluciones pueden anular el acto administrativo viciado. Los controles de los órganos jurisdiccionales pueden ser de dos clases: constitucionales o de legalidad; pueden ser de las siguientes modalidades: 1) controversia constitucional; 2) amparo administrativo; y 3) contencioso administrativo. Los dos primeros son del ámbito federal y el último pertenece al ámbito federal y local (Fernández, 2016, p.267).

#### **4. Jurisdicción administrativa**

“[...] Consiste en tribunales o juzgados independientes del Poder judicial y de la administración pública –sin la independencia del Ejecutivo no podría hablarse de jurisdicción- a la que se atribuye el conocimiento o decisión de las pretensiones fundadas en Derecho administrativo” (González. P. J. y Vázquez, A. citados por Fernández, 2016, p.p.273-274). Fernández, agregó que en la función jurisdiccional “se resuelve la controversia planteada entre dos partes contrapuestas, y genera consecuencias jurídicas concretas y personales, en aras de preservar el orden jurídico” (p.273). Y Fernández, también mencionó que la jurisdicción administrativa se le atribuye a Francia por “el principio de separación de poderes y a la desconfianza de los revolucionarios franceses de fines del siglo XVIII hacia los tribunales judiciales” (p.274).

## **B.- La separación de poderes**

La separación de Poderes tiene fundamento en el artículo 49 constitucional, salvo las excepciones establecidas en los artículos 29 y 131 constitucional. El Poder Legislativo está depositado en el Congreso de la Unión y para las entidades federativas en el Congreso local, artículo 50 constitucional; el Poder Ejecutivo está depositado en el Presidente de la República Mexicana y para las entidades federativas en los Gobernadores, artículo 80 constitucional; y el ejercicio del Poder Judicial para las entidades federativas la estructura orgánica se establece en cada Constitución estatal teniendo como órgano superior a los Supremos Tribunales de Justicia de los Estados, que “funciona como tribunal de segunda instancia, y por los juzgados de primera instancia y de mínima cuantía” (Ovalle, p. 222) y en la Federación se deposita en una “Suprema Corte de Justicia de la Nación, en un Tribunal Electoral, en Tribunales Colegiados y Unitarios de Circuito y en Juzgados de Distrito” párrafo I artículo 94 constitucional.

Un aspecto que está dañando al erario es la concentración de poder en grupos políticos que han penetrado en la estructura de la administración pública federal como brazo del Poder Ejecutivo, con la prebenda, corporativismo y se ha extendido hasta el Poder legislativo, como lo reportado en la Cámara de Diputados “seis exdirigentes del SNTE y su ala disidente, la CNTE, forman parte de la Comisión de Educación” Roldán, N. (20/09/2019) modificando leyes para mejorar su gremio o base de representación. Pero el conflicto de interés está presente sin que haya oposición, para ser más explícito se habla de altos sueldos a funcionarios y del pago a las pensiones en la Secretaría de Educación Pública. Esta práctica ha debilitado la institucionalidad.

El poder ejecutivo ha sido la cara del sistema político mexicano, en el siglo pasado tuvo amplio poder constitucional y metaconstitucional que se ha venido desvaneciendo con la democracia y alternancia de Gobiernos, se está en el proceso transformador. Pero han hecho falta fuertes contrapesos para eficientar el desempeño de la administración pública.

### **3.3.- El control interno de la administración pública**

El desarrollo del Instituto y el control interno se enmarcan en el Título Cuarto Capítulo primero del “Estatuto del ISSSTE”, con base en el artículo 87, se determina que la Unidad de Desarrollo Institucional transformará y mejorará constantemente los sistemas, estructuras y procesos internos. Aplicando los procesos de planeación y evaluación para medir la calidad y prestación oportuna de los servicios. Tiene la responsabilidad de coordinar, supervisar y asesorar a las unidades administrativas para prevenir y corregir las deficiencias operativas, evitando el desvío y dispendio de recursos. El artículo 88 del mismo Estatuto enumera la enorme lista de atribuciones del titular de la Unidad de Desarrollo Institucional. Por su parte la Dirección Normativa de Administración y Finanzas tiene como objetivo la coordinación de la administración entre las unidades administrativas de recursos humanos y materiales, adquisición, contratación y distribución de bienes y servicios. Entre varias funciones se resalta la coordinación y control de las estructuras orgánicas de las unidades administrativas del Instituto conforme a las disposiciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> La Secretaría de la Función Pública es el órgano fiscalizador encomendado por el artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal para ejercer el control con diversas variables. Con el fin de transparentar y eficientar el desempeño de los servidores públicos, auditar el gasto y contrataciones federales mediante normas, instrumentos de gestión, como acuerdos, circulares, oficios y normas de soft law o derecho flexible, y políticas de adquisición, fue fundada la Secretaría de la Función Pública como coordinadora de sus subalternos los Órganos Internos de Control de las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal. Con la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 27 de mayo de 2015, y en el restablecimiento de la Secretaría de la Función Pública, se retiró la atribución de autonomía entre controlado y controlador y la función rectora del Control interno artículo 50, quedó a cargo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en conformidad con las fracciones XXI a XXXIII del artículo 31. El artículo 44 de la misma Ley configura la función de auditoría a los Órganos Interno de Control de la Administración Pública Federal, prevista en la fracción XXIV del artículo 37 de la misma Ley y junto con la función de auditoría de la Secretaría de la Función Pública integran parte del Sistema Nacional de Fiscalización. Fuente: Gobierno de México (s/f).

Ámbito gerencial	Objeto	Tipo de control
Alta dirección	Objetivos estratégicos	1) Evaluación de resultados; y 2) Evaluación ex post. Dentro del ámbito institucional verifica el impacto en los procesos, a posteriori retroalimenta los procesos y proyectos; en el ámbito sectorial y nacional, verifica el impacto de los programas de máximo alcance y rediseño de políticas. 3) Evaluación estratégica global, converge en la unión del resultado institucional y su contribución efectiva, sectorial y de los logros e impacto de los planes y programas del Plan Nacional de Desarrollo.
Gerencias de área	Procesos	4) Control de procesos.
Gerencia de proyectos	Proyectos	5) Control de proyectos.

**Tabla 11.** Elaboración personal con información de la tabla tomada de Sanin, H. (1999, p.p.10-15). Control de gestión y evaluación de resultados en la Gerencia Pública. (Metaevaluación-Mesoevaluación). Santiago de Chile. *Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES.*, p.p.7-20.

En la tabla 11, se muestra que en los tres subsistemas de tipo de control atienden la operación, encauzados a la eficiencia con refuerzo del segundo subsistema que está enfocado a la gerencia institucional. El primer subsistema enfocado a la eficacia y a la ocupación del ámbito de la intervención gerencial, con el refuerzo del segundo subsistema enfocado a la globalidad y el espacio institucional en ambos sentidos de la línea vertical (Sanin, 1999, p.p.10-15).

## A.- Entorno del control interno

Una de las actividades gubernamentales es la contratación pública que en 2017, el gasto público total en salud representó el 2.8% del P.I.B. Por su compleja relación entre el sector público y privado, y por el volumen del flujo financiero, es una actividad expuesta a dilapidar y a cometer actos ilícitos. En este orden, la buena gobernanza se requiere para incrementar el valor del recurso financiero, la credibilidad y confianza de la población en la capacidad del sector salud en ofertar servicios certeros y eficaces (OCDE, 2013, p.23).

La reforma del 4 de septiembre de 2000, del Reglamento Interior de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, provocada por la aparición de la Ley de

Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, como resultado de los cambios tecnológicos, establecieron que la Secretaría de la Función Pública se encargara de conducir el Sistema Electrónico de Contrataciones Gubernamentales (COMPRANET). Por acuerdo presidencial del 4 de diciembre de 2000, se creó la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción en la Administración Pública y su Secretaría Ejecutiva quedó a cargo de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, hoy Secretaría de la Función Pública.

Todo esto ha sido necesario, pero no suficiente para mejorar los resultados de la contratación pública (OCDE, 2013, p.23).

Las normas de control interno en la Administración Pública Federal se establecieron con la publicación del Acuerdo de Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno en 1992, y desde entonces se ha venido formalizando el modelo internacional Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO I) D.O.F. (3711/2016) que ha venido evolucionando hasta el actual y vigente COSO III, que ha derogado las dos versiones anteriores. Con base en la definición realizada por Villoro, T. M. (1998) citado por Fernández (2016), se tiene que los Acuerdos son: “Normas sobre materia particular. [...] Normas reglamentarias (reglamentos, decretos, órdenes y acuerdos, emitidos por el Poder Ejecutivo y, en su caso, por las Secretarías de Estado)” (p.31).

## **B.- Sistema del control interno institucional**

El anterior Acuerdo mencionado se estableció como, Acuerdo del control interno institucional, definido, como: El proceso de mecanismos generados por titulares de las dependencias, entidades, y Fiscalía General de la República, así como por el conjunto de servidores públicos en la esfera de sus competencias, con la comunicación e información generada sea la óptima para la mejor toma de decisiones con la intención de cumplir con los objetivos y metas institucionales, mediante acciones eficaces y eficientes; la obtención oportuna de información; y cumplir con la normatividad

aplicable a las mismas. En el gráfico 1, se puede apreciar de mejor manera la ubicación del órgano interno de control en la estructura institucional (Serrano, 2016, p.p.64-65).

Con base en información del mismo Acuerdo, Serrano (2016) mencionó los siguientes objetivos del Control interno:

- ❖ Promover la eficiencia, eficacia y economía, en la operación, proyectos y programas.
- ❖ Medir la eficacia en función del cumplimiento de los objetivos institucionales. Promover que la obtención y utilización de recursos tenga criterios de transparencia, economía y eficiencia.
- ❖ Obtener información veraz, oportuna y confiable de las finanzas y del presupuesto.
- ❖ Propiciar el cumplimiento del marco jurídico aplicable a las dependencias, entidades y Fiscalía General de la República.
- ❖ Proteger, mantener y disponer de los recursos públicos para los fines establecidos con integridad y transparencia (p.65).

Con lo anterior, Serrano también distinguió las siguientes tres dimensiones:

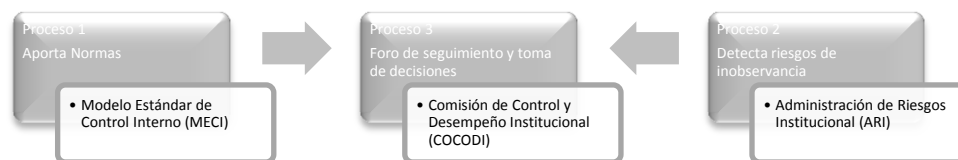
1. Respecto al aprovechamiento de recursos.
2. Características del desempeño en la organización.
3. El logro de objetivos institucionales (p.65).

Serrano, concluyó que los objetivos del control se han focalizado en el aprovechamiento de los recursos y el desempeño institucional, dejando a un lado los objetivos de la institución (p.65).

El Acuerdo indica privilegiar el uso de la información por parte de los órganos de control interno de la Administración Pública Federal. La transparencia de la información es fundamental para que no sólo los usuarios de la Clínica e Institución, sino la población pueda determinar si, el uso de recursos se está utilizando de manera eficiente y si, se están cumpliendo con los planes estratégicos y operativos en los

términos acordados<sup>83</sup> (Serrano, 2016, p.p.58-68). Aunque, por parte del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) la información se detiene hasta el número de auditorías y recomendaciones proporcionadas sin proporcionar detalles.

### Componentes del Control interno institucional



**Gráfico 8.** El término de “Comisión” en el proceso 3, sustituyó a “Comité” por la utilización en el Instituto. Fuente: Serrano, Sánchez J. A. (2016). El Control Interno de la Administración Pública. México ¿Elemento de estancamiento o de desarrollo organizacional? UEC, INAP, Cámara de Diputados LXIII Legislatura, p.67 Recuperado el 30 de marzo de 2019, de [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf)

Interpretando el gráfico 8, tomado del Acuerdo, se tiene que las acciones de control se distribuyen por medio de tres procesos: 1) Modelo Estándar de Control Interno (MECI) que aporta las normas de control; 2) Administración de Riesgos Institucional (ARI) que detecta los riesgos de inobservancia; y 3) Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), como foro de seguimiento y toma de decisiones. Se privilegia la información que pueden generar para mejorar la toma de decisiones y lograr los objetivos y metas institucionales.

<sup>83</sup> Para un mayor detalle de la información puede ver fuente.

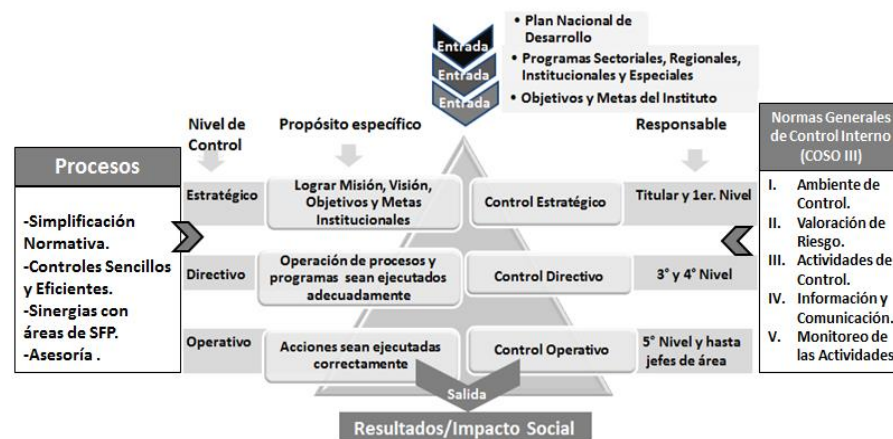
## B.1.- Modelo estándar del Control Interno

La implementación del sistema estándar de control interno prevista en el Acuerdo se compone de tres elementos que, para lograr el control interactúan entre sí: 1) Objetivos; 2) Componentes, identificados por el Acuerdo como Normas Generales del control interno; y 3) Unidades y actividades, identificados como niveles del control interno.

El proceso está enfocado en la planeación, programación, presupuestación, implementación, sistemas de información, evaluación y al control. El cumplimiento de metas y objetivos se audita en cuatro ejes:

- I. Operación eficiente y eficaz en los programas y proyectos.
- II. Información veraz y confiable de la operación financiera y presupuestal.
- III. Cumplimiento al marco legal inherente a las instituciones.
- IV. Proteger la integridad, transparencia y disponer de los recursos públicos para los fines establecidos.

### Modelo Estándar de Control Interno



**Gráfico 9.** Fuente: Elaboración personal con información de las gráficas de (Serrano, 2016, p.67 y 69) Serrano, Sánchez Jesús Antonio. (2016). El Control Interno de la Administración Pública. México ¿Elemento de estancamiento o de desarrollo organizacional? UEC, INAP, Cámara de Diputados LXIII Legislatura. [En línea] consultado el (30/03/2019) recuperado de [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf)



En el gráfico 9, se aprecian tres fases, Entradas, Procesos y Salidas. Sí bien, en la fase de Entrada que considera los insumos que de ellas emanan iniciativas de tipo político que sólo aquellas mediante políticas públicas descenderán hasta los niveles operativos. Serrano (2016), resaltó esta relación o interface que con frecuencia no se edifica, pero sí, se improvisan procesos administrativos que generan programas, se cumplen metas, pero no crean impacto (p.68). Tal y como sucede con los programas preventivos y detecciones de enfermedades no transmisibles en el Instituto, que los instrumentos de atención a los objetivos y los mismos, no cuentan con experiencia suficiente para comprender el problema de salud.

La fase de Procesos de Control Interno institucional exige que el Modelo Estándar de Control Interno recurra a delegar responsabilidades que es donde se auditan los objetivos y metas entre los tres niveles jerárquicos para cumplir los propósitos específicos.

## **B.2.- Administración de Riesgos del Instituto**

En este proceso se da seguimiento a las estrategias y acciones interrelacionadas al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y se incluye también un reporte del análisis anual de comportamientos de riesgos. La función se realiza mediante las siguientes cinco etapas: 1) Evaluación de riesgos; 2) Evaluación de controles; 3) Valoración final de riesgos respecto controles; 4) Mapa de riesgos institucionales; y 5) Definición de estrategias y acciones para su implementación (Serrano, 2016, p.p. 72-73).

La administración como parte del diseño del control interno bajo diferentes enfoques será quien valore los costos-beneficios de la implementación. El éxito del diseño e implementación de los controles internos se verá en la medida que se interrelacionen los controles internos con los procesos operativos y los responsables de los procesos operativos obtendrán retroalimentación del nivel de eficacia de su operación que ayudan a reducir los riesgos que impiden que se cumplan los objetivos institucionales y

estos se pueden agrupar en una o más de las siguientes categorías: operación, información, cumplimiento y específicos (ASF y SFP, 2014, p.16).

El modelo de control interno cuenta con la flexibilidad de ser adaptado a la realidad operativa y situaciones específicas de la Institución, acatando los puntos de interés que se pueden observar en la referencia (ASF y SFP, 2014, p.p.21-29). La flexibilidad de adaptación, como la inexistencia de objetivos estratégicos específicos institucionales con indicadores para medir la reducción de casos de Enfermos crónicos es lo que apunta a que no exista desde este enfoque un control interno que evalúe el desempeño institucional y uso de recursos del Instituto.

### **B.3.- Comisión de Control y Desempeño Institucional**

La Comisión de control tiene la finalidad de perseguir el cumplimiento de objetivos y metas institucionales, constituido por un cuerpo colegiado interno a la Institución se proyecta en un foro que apoya la toma de decisiones del Titular, como del órgano de Gobierno en materia de control interno y desempeño (Serrano, 2016, p.74). El proceso es menos formal que los procesos anteriores, Modelo Estándar de Control Interno y Administración de Riesgos del Instituto. Los objetivos de la Comisión de control y desempeño institucional, se consideran un modelo de gestión enfocado a resultados como insumo del aprendizaje, estos son:

- I. Cumplir de manera eficaz los objetivos y metas institucionales.
- II. Establecer la actualización del Sistema de Control Interno Institucional.
- III. Priorizar los riesgos de atención inmediata a través del análisis y seguimiento de las estrategias y acciones.
- IV. Promover con la prevención que se materialicen los riesgos y atendiendo las causas se evite la recurrencia.
- V. Promover el cumplimiento de la transversalidad y programas de la Secretaría de la Función Pública.
- VI. Aportar valor a la gestión institucional. Fuente: (Serrano, 2016, p.74).

A pesar de que la Secretaría de la Función Pública y la Auditoría Superior de la Federación han tenido avances en tratar de medir la correlación entre el desempeño institucional y el control interno en función de los objetivos y metas institucionales, es necesario un sistema informático confiable apropiado para dicho análisis. La relación control-disminución de riesgo es el antagonismo de la discrecionalidad, donde el control imprime valor agregado a los resultados obtenidos. Considerando que los individuos realizan lo controlado a diferencia de lo indicado (Serrano, 2016, p.75). Entonces, el orden del control se dirige primero al controlado y en segundo sitio al proceso.

Aún con lo que representa el esquema de control interno y con los cambios en 2013, sobre las medidas de evaluación del riesgo que considera el riesgo contra el fraude, en la Secretaría de Economía, como en el mismo Instituto<sup>84</sup> se pudo operar la llamada *Estafa Maestra* (ASF, 2019, p. 94).

### **Tolerancia al riesgo**

El nivel de aceptabilidad y consistencia entre el cumplimiento estricto y expectativas del objetivo relacionado a la realidad lograda, es llamado, tolerancia al riesgo, que debe ser definido por las instituciones desde el momento en que se fijan los objetivos, asegurando que el grado de variación para las reglas, normas de desempeño y conducta, e indicadores de desempeño sean adecuados para el diseño del control interno. La tolerancia al riesgo será medible y específica, pudiendo ser expresadas en: 1) Objetivos de operación; 2) Objetivos de información no financiera; 3) Objetivos de información financiera; y 4) Objetivos de cumplimiento (ASF y SFP, 2014, p. 31).

---

<sup>84</sup> En 2014, en la misma entramada de la “Estafa Maestra”, el Instituto se involucró con la Universidad Tecnológica de Tulancingo con el Contrato número AD-CS-DA-SRMS-306/2014, por 93.58 millones de pesos, la ASF presentó la denuncia DN18001, porque la universidad no presentó pruebas fidedignas del cumplimiento del contrato por tal motivo se generó lo siguiente: “dos recomendaciones, dos promociones del ejercicio de la facultad de comprobación fiscal, tres promociones de Responsabilidad Administrativa Sancionatoria y dos pliegos de observaciones.” Fuente en referencia.

Un riesgo financiero que no se ha tomado en consideración en la administración de la Clínica, pero que fue detectado en la Estadía práctica es el medio de identificación denominado Carnet. Es un cartón que su costo no excederá de tres pesos, ni se requiere de alta tecnología para ser clonado porque es fotocopiable. Aunque, es la llave de entrada para obtener múltiples servicios y seguros en la Clínica e Instituto. Que pueden ir desde una consulta médica, hasta intervenciones quirúrgicas o tratamientos oncológicos, pero muy escasamente se le requiere al usuario. Con la utilización de un sistema informático confiable se pueden controlar los procedimientos operativos y se puede controlar la discrecionalidad del usuario, que están afectando las finanzas de la Clínica e Instituto.

La flexibilidad de adaptación y la inexistencia de objetivos para controlar las Enfermedades crónicas han permitido que en la Clínica se incumplan algunos puntos de las Normas Oficiales, que son relevantes para sistematizar los tratamientos no farmacológicos, como también, la calibración del equipo médico y la utilización de la aplicación electrónica ISSSTEMED.

### **Normas Oficiales Mexicanas**

La aplicación de la normatividad sirve para la estandarización de los servicios y ha tenido poca difusión en la Clínica, a excepción de Medicina Preventiva (epidemiológica y curaciones), porque están expuestos en campo y por supervisión aleatoria de otros organismos.

La Secretaría de Salud (2010a) establece en la NOM-008-SSA3-2010, “Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad”<sup>85</sup>, como para el control de la Diabetes e Hipertensión, se requiere de la psicoterapia para obtener un mejor resultado en la modificación de las conductas alimentarias perjudiciales a la salud. Incluir a todo paciente que se encuentre en estos grupos patológicos a los programas preventivos de

---

<sup>85</sup> Cfr. Numeral 5.1; 5.2.2; 5.2.8; 9.1.1; y 9.1.2 de la NOM-008-SSA3-2010. “Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad.”

activación y ejercicio físico individualizados que conforman el Grupo de Ayuda Mutua de la Clínica. Estos grupos de autoayuda para ajustar su tratamiento y con base en las recomendaciones de la Secretaría de Salud (2010b), son útiles para estimular la adopción de estilos de vida saludable conforme a lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010, “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”<sup>86</sup> y cumplir objetivos del tratamiento supervisados por personal de la Institución.

La primera de tres intervenciones, como a lo largo del padecimiento diabético debe imperar el tratamiento no farmacológico, acompañado de información educativa que promocióne el estilo de vida sano y la prescripción de uso racional de fármacos –por razones obvias no se analizará la prescripción.- Con programas permanentes de detección<sup>87</sup> y una vez detectada la Diabetes se debe de implementar la acción secundaria, donde el grupo multidisciplinario en conjunto debería atender la reducción y control de peso con activación física y dietas recomendadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, “Servicios básicos de salud. Promoción y educación básica para la salud en materia alimentaria.”<sup>88</sup> Los 15 minutos de consulta en la Clínica resultan insuficientes para que el médico pueda realizar la labor de seguimiento, analizar factores que impiden la adherencia al tratamiento, exploración física, elaborar notas clínicas y extender recetas médicas. En todos estos casos ha faltado lo que la Secretaría de Salud (30/11/2012) refiere sobre la utilización del Expediente Clínico Electrónico<sup>89</sup>, establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012,

---

<sup>86</sup> Cfr. Numerales 11.5.5.6 “Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados.” Y del 11.7 al 11.8.3.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010, “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.”

<sup>87</sup> Cfr. Numeral 9.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.”

<sup>88</sup> Cfr. Numeral 8.1.5.1.2.2.1. al 8.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.”

<sup>89</sup> Numeral 3.21 de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, “Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.” **Expediente Clínico Electrónico.**- Conjunto de información almacenada en medios electrónicos centrada en el paciente que documenta la atención médica prestada por profesionales de la salud con arreglo a las disposiciones sanitarias, dentro de un establecimiento de salud. El sistema por el que se administra un Expediente Clínico Electrónico es un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud.

“Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.”<sup>90</sup>, y la presencia del área psicológica<sup>91</sup> para lograr mejores resultados en la adhesión al tratamiento, pero también hace falta la supervisión permanente o un control interno que vigile la implementación de la normatividad.

Un factor relevante que se ha descuidado para fomentar la práctica de la activación física, ejercicio físico y deporte, es la participación de la sociedad mediante acciones coordinadas con organizaciones públicas y privadas de la disciplina en la comunidad.<sup>92</sup> La activación física es un elemento fundamental para el tratamiento no farmacológico a largo plazo, aunque esta acción sea recomendada y este normada<sup>93</sup>, es difícil implementarla en la Clínica, debido a que su actividad primaria es la atención de la salud. Su implementación no sólo es útil para tratar y prevenir las Enfermedades crónicas, sino para fortalecer y mantener por mayor tiempo saludable el cuerpo humano. Una herramienta que puede ayudar al tránsito del estadio sedentario al activo, son los “Grupos de Ayuda Mutua”.

En la Estadía Práctica, se observó que el instrumental de medición no se encontraba en buenas condiciones y por su tiempo de servicio requieren ser calibrados o que deben ser de cierta manufactura como lo indica la Norma Oficial Mexicana y a continuación se detalla.

Tanto para indicar el peso y talla se cuenta con la báscula con estadímetro<sup>94</sup> (D.O.F., 20/01/2017); la presión arterial se realiza con esfigmomanómetro anerode que requiere ser calibrado dos veces al año (Secretaría de Salud, 31/05/2010c),<sup>95</sup> el más

---

<sup>90</sup> Cfr. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, “Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.”

<sup>91</sup> Cfr. Numeral 8.9.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.”

<sup>92</sup> Cfr. Numerales 8.7; 8.7.1; y 8.7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.

<sup>93</sup> Cfr. Numeral 11.4.5; 11.5; y 11.5.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.

<sup>94</sup> Apéndice A Normativo. Equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 “Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.”

<sup>95</sup> Del numeral 8.3.2, de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial.” “Preferentemente, se utilizará un

recomendado de mercurio porque no requiere ser calibrado y no se cuenta con ninguno, quizá por cuestiones de sustentabilidad, y estetoscopio biauricular; y el glucómetro para medir la glucosa capilar, que éstos son reemplazados frecuentemente por su fragilidad, aunque, es mejor práctica la hemoglobina Glucosilada por el nivel de filtros en laboratorio clínico. La Secretaría de Salud (22/01/2013) establece que para medir el perímetro abdominal<sup>96</sup> se realiza con técnica apropiada y con la cinta métrica de fibra de vidrio que no se cuenta con ninguna. Una situación en la administración de recursos materiales es que el instrumental se encuentre físicamente, pero otra, es que se encuentre funcionando lo más preciso para indicar la medición correcta y conocer si una persona es diabética, hipertensa o con sobrepeso u obesidad. La información veraz que se pueda obtener de las mediciones es importante para no etiquetar a los derechohabientes con patologías que no presentan o de lo contrario, podrían vivir el resto de sus vidas consumiendo medicamento.

En la Estadía Práctica se pudo observar en el Módulo de Medicina Preventiva que una persona presentaba tensión arterial de 140/90 y a los cinco minutos fue con el doctor del programa “PrevenISSSTE cerca de ti”, quien rara vez utiliza su esfigmomanómetro o baumanómetro aneroide y la presión arterial del paciente fue de 124/76, rango normal. Pudo haber significado dos situaciones 1) que el baumanómetro de medicina preventiva proporcionó una mala cifra por el tiempo de servicio; o, 2) que la enfermera no supo tomar de manera correcta la lectura, esto se deduce por los

---

esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro aneroide calibrado. Estos equipos se calibrarán dos veces al año. Se pueden emplear esfigmomanómetros electrónicos que registren sobre la arteria humeral y que ya hayan sido aprobados por organismos reguladores internacionales. No se recomiendan los que se aplican sobre la muñeca o de dedal.” Y del numeral 8.4 “El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.” La misma norma pero de 1999, Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, “Para la prevención, detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial”, iba un poco más allá y mencionaba en el numeral 8.3.2 que la calibración de los esfigmomanómetro aneroides se “calibrarán dos veces al año, por personal capacitado o por algún establecimiento acreditado.”

<sup>96</sup> Tomado del numeral 3.15, NOM-043-SSA2-2012, “Servicios básicos de salud Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación”. “Circunferencia o perímetro de cintura o abdominal: al mínimo perímetro de la cintura, se hace identificando el punto medio entre la costilla inferior y la cresta iliaca, en personas con sobrepeso se debe medir en la parte más amplia del abdomen. Tiene como objetivo estimar la grasa abdominal o visceral. Circunferencia abdominal saludable hasta menor a 80 cm en mujeres y menor a 90 cm en hombres.”

números redondeados 140/90. ¿Cuántos malos diagnósticos se habrán reportado y cuántos pacientes se estarán suministrando medicamento para el supuesto mal? Indiscutiblemente que no se ha cuantificado el mínimo costo que representaría el tener instrumental en óptimas condiciones contra el enorme beneficio de tener menos pacientes con Enfermedades crónicas.

Dos últimas observaciones efectuadas en la Estadía práctica, 1) sobre la recomendación alimenticia que se hace sobre la ingesta de frutas en las colaciones a los usuarios que viven con diabetes. Siendo que estas contienen fructosa que influye en los niveles de insulina<sup>97</sup> y alta densidad calórica. En vez de recomendar “verduras, equivalentes de cereales integrales y derivados lácteos descremados”.<sup>98</sup> 2) Se detienen en la Clínica pacientes que deben ser referidos al segundo nivel de atención.<sup>99</sup>

Algunas prestaciones del Estado se vinculan al elemento de coerción, “es decir, no sólo se presta un servicio al destinatario, sino que al mismo tiempo se intenta dirigir su conducta” (Mayntz, 1985, p.251), como en el caso de la Clínica. Pero puede ocurrir que el Instituto o prestador de servicios persuada al usuario para regular su conducta. También puede suceder que el derechohabiente simule para aprovechar los beneficios de los programas preventivos de la Clínica. En otras circunstancias, donde la relación entre órganos administrativos destinatarios de la norma y autoridad, pueda suceder que no se aplique la norma regulatoria, este resultado fue denominado, como, *agency capture*<sup>100</sup> (Mayntz, p.251).

La interacción del cliente y los órganos de servicio está marcado “como un proceso de adquisición de influencia y de ejercicio de poder” (Mayntz, 1985, p.249). Ante esta interacción resaltan los siguientes factores: 1) práctica real de medios de poder; 2)

---

<sup>97</sup> Cfr. Numeral 3.2.9 y 11.5.5.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.”

<sup>98</sup> Cfr. Numeral 11.5.5.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.

<sup>99</sup> Cfr. Numeral 12 al 12.1.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.

<sup>100</sup> *Agency capture*, es “la conquista de los órganos administrativos por sus clientes. Berstein lo califica como un proceso natural de descomposición del poder regulativo de los órganos administrativos, mientras otros autores apuntan muy acertadamente que la *agency capture* es el resultado de circunstancias especiales, como se dan, por ejemplo, si el órgano carece de normas legales coactivas, de suficientes recursos personales o técnicos, o del apoyo de un grupo social suficientemente fuerte que esté interesado en la realización del programa regulativo.”



conocimiento e información general de la estructura y procedimientos administrativos; y  
3) actitudes generales, expectativas y percepciones de ambas partes.

### **Corrección de deficiencias**

Es la ventana de oportunidad para corregir las deficiencias y problemas informados, detectados y evaluados por el control interno. En razón de la naturaleza de la deficiencia, le corresponde al Órgano de Gobierno, Titular de la Institución o Administración, en éste caso Delegación regional, la oportuna implementación de acciones correctivas, delegando responsabilidad y autoridad en el nivel conveniente de la estructura organizacional (ASF y SFP, 2014, p.50).

En el terreno de los seguros de gastos médicos, un co pago, es una pequeña cantidad monetaria adicional a una prima, que se paga por la utilización de un servicio de atención médica. Dicho lo anterior y situado en nuestro caso, las cuotas de los trabajadores del Estado al Instituto vendrían siendo las primas y el co pago sería una propuesta. Esta propuesta como medida compensatoria si bien, puede ser vista como una amenaza al derecho a la salud, también puede ser presentada como un mecanismo de justicia y auxiliar a la sostenibilidad financiera del Instituto. Es de justicia, porque aportaría económicamente un poco más el que utilice más el servicio médico y de esa manera contribuye a evitar el desajuste financiero. Pero al mismo tiempo sería un incentivo para que el usuario controle sus enfermedades. La universalización de los servicios de salud puede ser utilizada como medida de presión para que sea aceptada la propuesta del co pago, y los servicios, seguros y prestaciones del Instituto, sigan siendo uso exclusivo de los trabajadores del Estado y todos aquellos que se encuentren en el artículo 1 de la Ley del Instituto.

### Conclusión del capítulo III

Con lo anterior, se concluye que, considerando los resultados del objeto de control administrativo al Instituto y Clínica, no ha sido constitutivo, como tampoco muy claro y efectivo en la finalidad. Porque ha sido demasiado flexible que no ha logrado cometer la corrección de aquellos resultados reportados en las múltiples evaluaciones que apuntan en dirección al cumplimiento de la norma, con respecto a la legalidad y oportunidad. Lo más lejos que ha llegado a realizar la actuación del sistema integral y continuo de control, tanto el tipo interno con la espontaneidad, como el externo con la obligatoriedad, han sido sólo recomendaciones de la opinión técnica por el control de actos públicos.

Actos que no han podido manifestarse en estrategias institucionales que concreten el cumplimiento de puntos que son relevantes de la norma, que contienen el uso de la psicoterapia, expediente clínico electrónico, el control y reducción de peso, la nutrición, activación física y participación de la sociedad a través de organizaciones, el buen estado del equipo médico, tratamiento no farmacológico, uso racional del fármaco y evite el *agency capture*. Porque como se mencionó en el capítulo II, no se encuentra un programa sectorial que vincule los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo con el Programa institucional.

En el resultado de esta situación se aprecia las siguientes dos vertientes que ocultan información a la opinión pública, que dentro de esa información se encuentra la realidad de casos de Enfermos crónicos. Por falta de justicia y de contrapesos no se ha podido acotar el ejercicio del poder del ejecutivo en la relación del uso racional del gasto público con el desempeño institucional y se ha colocado en tela de juicio el modelo internacional de control COSO para hacer cumplir el marco jurídico.

1) A priori, la responsabilidad y función de los decisores del ente fiscalizado o Instituto, no han mostrado indicios de haber monitoreado las actividades que son de riesgo y pueden aportar información al análisis del costo-beneficio para edificar una interface que haga descender alguna política institucional de nuevo diseño con alto impacto

social que coadyuve en la operación de la Clínica al control de casos de las Enfermedades crónicas, pero también al uso adecuado de los recursos. Ya que estos pueden sumar más casos. Y a posteriori, haciendo más eficaz y eficiente la estructura para corregir deficiencias en aquellos resultados de las múltiples evaluaciones de control que han emitido omisiones operacionales y estratégicas recurrentes, como las relacionadas al orden gerencial y la no alineación del programa institucional y sectorial con el Plan Nacional de Desarrollo. Omisiones que no pueden ser revocadas por el Instituto, porque contienen el beneficio que otorga el derecho a la salud.

2) La actuación, tanto de los órganos internos de control por su pertenencia a la administración pública federal “parecería que sólo pueden responder del cumplimiento de protocolos y fórmulas pero no sobre el resultado del gobierno” (Serrano, 2016, p.107), o su propia flexibilidad de adaptación. Como, también agregó Serrano, “es compartido por agentes externos” y que de manera personal se interpretó como, los órganos externos que comparten y salvaguardan con lealtad la integridad del sistema político mexicano. Ambos controles no han podido ejercer actos correctivos al Instituto que respondan no sólo a los reportes que elabora el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de las categorías específicas y de cumplimiento en la administración de riesgos; sino también de las variables cualitativas en los informes no financieros, como, la calidad de salud del usuario, el alcance de los programas preventivos, etc. En el que, el cumplimiento de la normatividad que está íntimamente ligado al control del logro de objetivos y desempeño institucional no se ha logrado del todo.

Un fuerte contrapeso en el nivel estratégico de la estructura interna del Instituto que podría revertir los resultados obtenidos en las evaluaciones y auditorías hasta el momento por los órganos de control, además del cuerpo colegiado de la Comisión de Control. Y no sólo como contrapeso sino aplicando la realidad del siglo XXI, nos referimos a un sistema poco impenetrable de control en los niveles operativo, directivo y estratégico, como lo es un sistema informático. Es la solución óptima para que se realice no sólo el control del riesgo, sino que se ejecute lo indicado y evite la

discrecionalidad. Es decir, hace falta voluntad política para controlar la problemática en cuestión, el desequilibrio financiero del Instituto y el poder del gobernado que esgrime el orden y la Ley.

Como medida de control al usuario y se establezca el déficit financiero del Instituto, sería la propuesta de tener una medida compensatoria como el co pago. Que al mismo tiempo es un incentivo, para que pague menos, aquel que solicite menos los servicios, es decir, controle sus indicadores de salud.

#### **Capítulo IV.- La Clínica de Medicina Familiar Guadalupe, en el entorno nacional e internacional**

##### **4.1.- Expresiones de la modernidad que impactan en la administración pública federal**

La sociedad democrática mexicana, sufre de inseguridad multifactorial, violencia de género, alta concentración demográfica en las urbes, migraciones internas y externas, ecocidio, la sustentabilidad como un reto, 52% de la Población Económicamente Activa trabaja en la informalidad como efecto del avance tecnológico, desempleo, desequilibrios socio-económicos, baja productividad, bajo crecimiento económico, baja recaudación fiscal, alto costo financiero por el pago del servicio de la deuda soberana y pensiones; son factores que reducen el Presupuesto de Egresos de la Federación. El presupuesto de la Clínica e Instituto está estrechamente vinculado con el nivel de recaudación tributaria. El estrés de la acelerada vida cotidiana y desencadenante de múltiples enfermedades. Entre más problemas de salud pública se enfrenten y mayor sea la población de familiares y pensionados por atender, sin elevar el monto de las aportaciones de los trabajadores, mayor debilitamiento en los fondos públicos, necesarios para satisfacer obligaciones como el cuidado y atención a la salud.

Con base en la declaración de Zenteno, Santaella director de Normatividad, Administración y Finanzas del Instituto en la comparecencia del 22 de abril de 2019,

ante la Comisión de Salud del Senado. La situación financiera actual del Instituto es insostenible, “está en quiebra” (Animal Político, 23/04/2019), y por consecuencia la Clínica. Pero en tiempos contradictorios donde la exigencia al respeto de los derechos sociales y humanos puede llegar a presentarse como una difícil forma de otorgar los limitados servicios de salud a la derechohabiente y estos de forma pasiva de ejercer violencia minimizando los esfuerzos de la población entera del Estado mexicano, sin aceptar participar en su tratamiento no farmacológico, como sinónimo de actitud individualista sobre los intereses colectivos del Estado mexicano.

El Estado a través de sus instituciones tiene cierta capacidad humana y financiera para transformar acciones, en la incipiente democracia de la nación, está la sociedad victimizada como objetivo del mercado. Entre extremos se ha iniciado la gobernanza, como leve réplica de Estados líderes en la democracia, pero con menor grado de demostración en la localidad de Guadalupe.

Ante este panorama surge la duda de, si ¿la actitud de la Clínica tiene que seguir pasiva como lo ha venido siendo, o tiene que jugar una posición más enérgica? con perspectiva en el corto y mediano plazo para posicionar la Prevención de enfermedades y Promoción de la salud, ante las acciones amenazantes del mercado en la salud de la población. El artículo 25 constitucional señala que le “corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional” y se reconoce que para ello se requiere de sólidas instituciones. Por lo tanto el rol de la Clínica debe ser orientado a la proactividad, generar vínculos institucionales para facilitar la implementación de los programas preventivos, la promoción de la salud y prevención. Además, de favorecer la participación de los usuarios a integrar los Grupos de Ayuda Mutua como uno de los mecanismos para compartir con el mercado mexicano insertado en la globalización, la competencia de la prevención y promoción de la salud.

## La industria alimentaria y el excesivo consumo de azúcar

La globalización ha modificado la forma de alimentar alrededor del planeta y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1961) propuso el consumo de calorías como métrica para indicar sólo el nivel de uno de los aspectos de la nutrición, y la Secretaría de Salud (2006) sobre el valor nutritivo propuso la comprensión y práctica del “Plato del Bien Comer”<sup>101</sup>. La Secretaría de Salud en 2010, mediante el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria promovió la autorregulación en el sector privado, además del enfoque multisectorial sin obtener resultados positivos esperados y que fue réplica de lo sucedido en países europeos. (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS y OMS], 2015, p.16). El 23 de agosto del mismo año fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación los lineamientos generales para el “expendio o distribución de alimentos y bebidas, en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica” (OPS y OMS, 2015, p.16), Se estableció la nueva normatividad sobre el etiquetado del contenido en golosinas y alimentos procesados, además se reguló la publicidad de bebidas y alimentos dirigida al público infantil. Como un dato extra, pero es importante, el etiquetado en las cajetillas de cigarrillos con imágenes grotescas no ha provocado la disminución de su consumo.

Un tema bastante documentado sobre la azúcar como sustancia adictiva, en principio porque, la glucosa es el combustible del cerebro y corazón, también contribuye a la segregación de serotonina “hormona de la felicidad”, generando la elevación del índice glicémico, que provoca que el Páncreas segregue Insulina, resultando en una hipoglucemia, desencadenando un círculo vicioso. La fructosa, una de tantos tipos de azúcares, no provoca que el cerebro identifique cuando ha saciado su necesidad de consumo, a diferencia de la glucosa que reprime la función cerebral que nos da ganas de comer. Fuente: BBC (22/04/2013)

---

<sup>101</sup> “El Plato del Bien Comer” representa las mejores opciones racionales de combinación de nutrientes con respaldo científico que se encuentran en los tres grupos de alimentos: 1) verduras y frutas; 2) cereales y tubérculos; y 3) leguminosas y alimentos de tipo animal; para cubrir las necesidades de una alimentación correcta basada en las necesidades y posibilidades de cada individuo.

Pero ninguna de las políticas será útil mientras los alimentos procesados y golosinas sigan estimulando al Sistema Límbico. Olds y Milner (1954) citado por Ulloque, R. A. (1999) describieron al Sistema Límbico como “la existencia de un circuito neuronal que sería el substrato anatómico y neurobioquímico del placer [...] este sistema tiene más importancia que los factores psicológicos o sociales” (p. 322). Por la parte de la legalidad, el artículo 5 constitucional permite ejercer todo negocio lícito y el artículo 17 bis de la Ley General de Salud, establece que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, le corresponde ejercer las atribuciones conferidas del control, regulación y fomento sanitario para proponer al secretario de salud la política nacional de protección de riesgos sanitarios, así como la instrumentación del contenido en los alimentos y bebidas, entre otros.

Como consecuencia de la dinámica de la vida cotidiana, sectores de la población urbana y rural han visto disminuir sus ingresos, su convivencia familiar y el valor nutricional de la comida tradicional en el hogar. Estos factores se han exacerbado en la población vulnerable con patrones alimenticios que han sufrido transformaciones perjudiciales por el contenido hipercalórico de grasa y azúcares, además de los productos hipersódicos (Guerra, Ch. J., 2011, p.258) y las presentaciones de los productos con contenido de porciones mayores a las recomendadas, que son una invitación a ingerirlos en exceso. Como resultado, se obtiene altos niveles de sobrepeso y obesidad en la población mexicana.

La Organización Mundial de la Salud, advirtió que la obesidad se evita con el fomento de políticas que generen la activación física y deporte, sobre todo el deporte social incluyente. Lamentable situación para el foco de las políticas de deporte en México, centradas en la administración del deporte de rendimiento y alto rendimiento, que cede un tratamiento marginal en la administración al deporte social. Fuente: Corzo, O. O., (29/04/2018)

## **El fenómeno migratorio**

Los migrantes mexicanos han incrementado el envío de remesas de manera sustancial, como ejemplo se tiene que, en el período de enero a julio de 2019, fueron 20,524.86 mdd. El incremento fue del 7.45% con respecto al mismo período de 2018. Fuente: Banxico (2019).

Con base en el estudio de Flores, Vega E. (2018), la mayoría de las remesas se utiliza para comida, vestido, salud o para pagar deudas por motivos de educación o adquisición de una propiedad. Es decir, con estos recursos se incentiva el comercio interno generando impuestos que más tarde serán distribuidos con el Presupuesto de Egresos de la Federación, que es donde la Clínica obtiene su mayor fuente de ingreso.

## **Los derechos humanos y la realidad**

Los derechos humanos que tienen todos los individuos en Territorio nacional se encuentran desarticulados con la forma de gobernar del Estado coercitivo. Que simula la protección del derecho humano del individuo suscrito en la Constitución, pero en forma simultánea se violan los mismos derechos del colectivo. Es decir, se rompe

“el principio fundamental del Estado liberal como Estado limitado:

El objetivo de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescindibles del hombre (art. 2 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789” (Bobbio, 2002, p.13).

La manera de implementar el respeto a los derechos humanos y sociales, en México, ha conducido a tolerar el desorden o como lo expresó Maldonado (2016) lo *democráticamente tolerable*, y ha entorpecido la reducción de los problemas sociales.



Crozier, Huntington, Watanuki, (1975) citado por Serrano (2016) expusieron que “los gobiernos democráticos encaran el desafío de quedar rebasados por las crecientes demandas sociales de bienestar, lo que fue previsto como desafío de ingobernabilidad” (p.105).

Bobbio (2002) expresó que es una contrariedad de los Estados contemporáneos, satisfacer la demanda de distribuir el poder político, y por otro lado de limitar el poder (p.8). Constant refiriéndose a los Estados y citado por Bobbio, declaró que:

“El fin de los modernos es la seguridad en los goces privados: ellos llaman libertad a las garantías acordadas por las instituciones para estos goces. [...] las decisiones colectivas terminan por someter al individuo a la autoridad del conjunto y a no hacerlo libre como persona; mientras hoy el ciudadano pide al poder público la libertad como individuo” (p.8).

Voltaire citado por Arendt, H. (2005) definió al *poder* de la siguiente manera: “consiste en hacer que otros actúen como yo decida” (p.50) y Passerin, d’Entrèves citado por Arendt, H., lo definió como “el poder es una fuerza “calificada” o “institucionalizada”” (p.52) y agregó que debe existir una diferenciación entre poder político y uso legítimo de la fuerza o violencia (p.51). También, Arendt, aseveró que “la violencia no es sino la más flagrante manifestación de poder. “Toda la política es una lucha por el poder; el último género del poder es la violencia”” (p.48). Con lo anterior se debe tener cuidado de no caer en el error del Estado weberiano, porque al distribuir el poder político se estaría distribuyendo el uso legítimo de la violencia, que de allí se desprende el aborrecimiento personal por la democracia. El Estado de derecho es el factor fundamental para resolver esta contrariedad.

Por el otro lado y con base en el concepto que proporciona la Comisión Nacional de Derechos Humanos México (CNDH México, 2018), sobre el derecho a la vida que se sujeta a: “a) Como una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones:

b) Como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra.” La CNDH México, también declaró sobre el Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación:

“Todas las personas tienen derecho a gozar y disfrutar de la misma manera los derechos reconocidos por la Constitución, los tratados internacionales y las leyes.

“Se prohíbe toda exclusión o trato diferenciado motivado por razones del origen étnico o [...] condiciones de salud, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas [...]”

Entre otras declaraciones se encuentra, el Derecho a la integridad y seguridad personal. “Toda persona tiene el derecho a que el Estado respete su integridad física, moral y psíquica” (CNDH México, 2018). Entre los derechos se encuentra el Derecho de las personas adultas mayores, pero la atención específica de este grupo, en la mayoría de ocasiones se requiere de recursos adicionales para realizar modificaciones pertinentes en la infraestructura.

Todo lo público tiene un costo con cargo al erario que es finito. El sector público no manufactura el gran volumen de fármacos industrializados que se distribuye en el Sistema Nacional de Salud, sino que, el sector privado ha acechado lo que es de su interés. Por la parte del mercado de la justicia, la Ley suprema con un conjunto de artículos señalan el principio de igualdad, limitando la arbitrariedad y discrecionalidad del Ejecutivo que debe de reconocer el cumplimiento efectivo de los derechos humanos.

La calidad en la atención de la salud es el tema central y del que poco se ha tratado para unificar los servicios de salud en México. Sucede algo parecido a la Reforma Educativa, se habló de la administración, de lo laboral, pero poco o nada se habló del contenido en los programas educativos que recibirían los beneficiarios. Hoy, para otorgar el servicio de salud en cualquier unidad médica se ha requerido de la adquisición de nuevas competencias con cursos que imparte la CNDH para poder garantizar los derechos constitucionales a los usuarios. Pero sigue quedando en la ambigüedad cómo incidir en su cambio conductual y controlar al mismo tiempo, lo que

de manera personal se percibe, como violencia<sup>102</sup> pasiva que devasta los derechos de la comunidad. En la violencia, el sujeto pasivo también resulta ser agresor. La atribución de la Clínica como parte de las instituciones del Estado coercitivo tiene legalidad para implementar mecanismos de control, como la psicoterapia, establecida en las normas oficiales para corregir conductas, a las que de manera personal las identifiqué como conductas autodestructivas. Dicha implementación sería un plus en la calidad del servicio de la Clínica permitiendo insertar en la consciencia del derechohabiente el autocuidado de su salud y la óptima utilización de los recursos públicos para el bienestar de la comunidad.

En la Clínica, el derechohabiente tiene el derecho de aceptar o no el tratamiento sea farmacológico o no, pero en teoría al aceptarlo se somete a seguir las recomendaciones médicas, regímenes, medicación, etc. En palabras de Bobbio (2002):

Atribuir a alguien un derecho significa que él tiene la *facultad* de hacer o no hacer lo que le plazca, y al mismo tiempo el *poder* de resistir, recurriendo en última instancia a la fuerza propia o de los demás, contra el agresor eventual, quien en consecuencia tiene el *deber* (o la *obligación*) de abstenerse de cualquier acto que pueda interferir con la facultad de hacer o no hacer. “Derecho” y “deber” son dos nociones que pertenecen al lenguaje prescriptivo, y en cuanto tales presuponen la existencia de una norma o regla de conducta [...] (p.p.11-12).

Entonces, el desempeño institucional también se relaciona con la variable de los derechos humanos, gráfico 10.

---

<sup>102</sup> Nota.- En el tema de violencia intrafamiliar se origina en la familia como primer contacto de educación y base social. Es un fenómeno social y jurídico, no es exclusivo del ámbito privado, debido a lo establecido por el artículo 4o constitucional. Los daños emocionales no se detienen en la relación agresor-víctima, sino que repercuten en la sociedad con manifestaciones de desintegración de valores sociales e individuales.

Para ello, es necesario considerar los tres tipos de clasificación de la violencia emitida por la OMS citada por la fuente: 1) autoinfligida; 2) interpersonal; y 3) colectiva. La colectiva se presenta por la élite política al politizar la problemática con manifestaciones económicas sobre el surtimiento del medicamento. En particular se puede decir que, el Enfermo crónico toma una actitud autoinfligida porque daña sus propios órganos. Pero también es interpersonal porque al requerir mayor cantidad de medicamento y número de consultas para controlar su padecimiento, limita el acceso a los servicios de salud del resto de la comunidad. Fuente: Figueroa, Perea A. (s/f).

La incorporación de medidas democráticas sanas, como el cúmulo de oportunidades con igualdad en la vida cotidiana del país, facilitaría el resultado de una mejor distribución del trabajo, riqueza, consumo<sup>103</sup> y por consecuencia mayor recaudación fiscal.

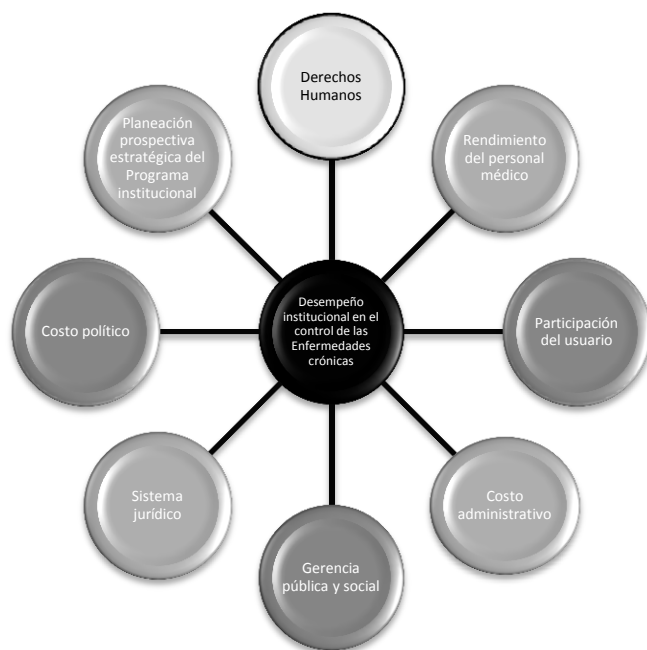


Gráfico 10. Elaboración personal.

## Situación laboral

Zacatecas cuenta con 47,161 servidores públicos<sup>104</sup>, La Jornada Zacatecas (28 de octubre de 2017), de los cuales el porcentaje del personal es 51.1 mujeres y 48.9

<sup>103</sup> El consumo es un indicador relevante en la macroeconomía, además de otros elementos presentes en la ecuación keynesiana que provocan el resultado de la demanda global. El modelo matemático de John Maynard Keynes, en la Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero, es:  $Dg = C + I + G + Ex$ ; donde  $Dg$  representa la Demanda global;  $C$  representa los bienes de consumo de las familias;  $I$  representa los bienes de inversión de las empresas;  $G$  representa el gasto público y  $Ex$  representa las exportaciones.

<sup>104</sup> Zacatecas es la entidad número 12 con más personas que trabajan en una institución pública. Cuarenta y nueve organismos, 18 centralizados y 31 paraestatales, reunieron a 47,161 servidores públicos en 2017, En cuanto al ingreso, del total de mujeres el 61.5% ganó entre 10,001 y 20,000 pesos, y el 18.5% más de 20,000 pesos; por su parte el 55.9% de los hombres ganaron entre 10,001 y 20,000 pesos y el 21.7% superior a los 20,000 pesos; el restante de mujeres y hombres obtuvieron ingresos inferiores a los 10,000 pesos en 2016.

hombres y de los titulares es 31.3 mujeres y 68.8 hombres (INEGI, 2018, p.5). Además, INEGI, agregó que más del 80 por ciento de estos servidores obtienen ingresos superiores a 10,000 pesos (p.8). Son ingresos superiores a la media y promedio general del país, sobre todo considerando que Zacatecas aportó el 1% al P.I.B. nacional en 2016 (INEGI, 2016). Lo anterior fundamenta que no es el nivel de ingreso o académico quienes determinan una buena o mala nutrición, mientras la población con mayor ingreso paga más por kilocaloría que la población con menor ingreso, pero eso no determina la calidad de nutrientes en el alimento. Ya se había mencionado que la seguridad social mexicana está relacionada al mercado laboral del sector formal. Con base en la declaración que hizo Ollaquindia, R. (14 de febrero de 2018), seis de cada 10 empleos son del sector informal en Zacatecas.

Lo anterior ayuda a explicar dos situaciones: 1) Porque se atiende sólo a la mitad de la población adscrita a la Clínica, es decir, el derechohabiente es registrada o registrado en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, por su pareja; y 2) Por qué se tiene la población más longeva entre instituciones de salud, es decir, el derechohabiente registra a sus padres y abuelos porque carecen de seguridad social.

Atender estas dos situaciones sin dejar de considerar la esperanza de vida del mexicano amerita que se reconfigure la Ley Federal de Trabajo, con la finalidad de otorgar sostenibilidad financiera a las instituciones de salud pública.

### **Diagnóstico y recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**

Con base en los estudios de análisis a los probables motivos de falla en el Sistema Nacional de Salud en México que realizó Forde, I. (2016) la “OCDE”, determinó lo siguiente: “indicadores clave sugieren que el Sistema de Salud mexicano no está trabajando de la forma más eficaz o eficiente como podría hacerlo” (p.7); ya se había mencionado que en 2016, el gasto administrativo en salud fue del 8.9% del presupuesto nacional de salud (p.12); y Forde, también consideró, el indicativo de

ineficacia en el sistema fragmentado que ha venido impactando en el alto gasto de bolsillo que “constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares” (p.13).

Entre 2000 y 2013, la esperanza de vida sólo se incrementó 1.3 años en México, mientras que en el promedio de los países miembros de la OCDE fue de 4 años y en algunas naciones llegó hasta 6 años. La tasa de obesidad y sobrepeso se ha incrementado en el mismo período, tanto en la población adulta como infantil. Como consecuencia, más del 15.9% de la población adulta mexicana tiene Diabetes que es más del 6.9% promedio de los países miembros de la OCDE (OCDE, 2016, p.7). El estudio realizado en la Clínica confirma que la población adulta que tiene diabetes y es atendida en consulta representa el 16% de la población de la Clínica, pero al generar la base de datos con la información permitida por la responsable del laboratorio en la Clínica, resultó que el 12.32 por ciento de los derechohabientes son diabéticos.

Personal médico	Unidades	Años	OCDE (2016)	México	Clínica
Médicos	Por cada mil habitantes	2000-2013 (o año más cercano, 2016)	3.3	2.2	0.48
Enfermeras practicantes	Por cada mil habitantes	2000-2013 (o el año más cercano, 2016)	9.1	2.6	0.48*
Enfermeras sobre número de médicos	---	2013 (o el año más cercano, 2016)	2.8	1.2	1
Consultas estimadas por doctor	Consultas anuales	2013 (o el año más cercano, 2016)	2,277	1,294	4,622

Nota: \* Sólo 10 practicantes de enfermería se presentan por cuatro meses divididos en dos períodos al año.

**Tabla 12.** Fuente: Vargas, Flores A. (2017) Situación de la diabetes en México, en Perspectivas del desarrollo a 2030. Comp. Cordera, C. R. y Provencio, D. E. México. *U.N.A.M.*, p.p. 113 Recuperado el 22 de abril de 2019, de [http://132.248.170.14/publicaciones/34/Perspectivas\\_2030.pdf](http://132.248.170.14/publicaciones/34/Perspectivas_2030.pdf); Gobierno de México (2016) Anuario Estadístico 2016, Población amparada por municipio en el estado de Zacatecas. México, ISSSTE, Recuperado el 30 de septiembre de 2019, de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2016.html>; y personal de la Clínica L.E.E. G, Raudry, (comunicación personal, 10/06/2019).

Las recomendaciones que hace la OCDE (2016) son: se requiere estandarizar tanto la atención, como los precios en servicios de alto costo, en materia de sostenibilidad. En específico “México debería seguir la experiencia internacional en la definición y fijación de precios de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes” (p.8); Se requiere que el sistema de salud este unificado. “Muchas de las innovaciones de las políticas públicas de México se estudian y se emulan en todo el mundo, especialmente en el campo de la prevención” (p.3). En cuanto a la distribución del personal recomendado por la OCDE puede ser visto en el anexo 6 y en la tabla 12.

### **Certificación para la competitividad**

En el libre mercado para obtener el reconocimiento de competencia, la certificación es un instrumento útil y necesario que le otorga un valor agregado a la operación que se acredita, comparada con criterios esperados o metas como estándar de calidad nacional o internacional, mediante monitoreo y evaluaciones constantes de los procesos para asegura la calidad en los bienes y servicios que otorgan confianza. La mayoría de las organizaciones acuden a las certificaciones por diversas razones, pero se resaltan las dos siguientes: 1) Más que imagen es para ser competitivos, es decir, mantenerse y posicionarse en el mercado, con la confianza generada hacia los clientes; y 2) necesidad de mejorar los resultado financieros, expresados en eficacia y eficiencia de las operaciones organizacionales con la finalidad de incrementar su productividad (ISOTOOLS 2018).

En el Instituto no es común la certificación de funciones a excepción del área de Prestaciones sociales que se encuentra en las instalaciones de la Delegación regional del Instituto en Zacatecas, pero sería una excelente recomendación para homologar criterios en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana inherente a nuestro caso de estudio y demás legislación, que coadyuve al control y reducción de casos de Enfermedades crónicas.

Así como los servicios de salud en la Clínica requieren de ser certificados para su homologación y brindar los servicios respetando la norma, los sistemas de información electrónica para la salud en el Instituto requieren de aplicaciones electrónicas actualizadas y certificadas para favorecer al buen desempeño y cumplan la normatividad.

### **Las Tecnologías de la Información y Comunicación**

La percepción del mundo en prospectiva es poco imaginable sin las innovaciones tecnológicas que se han generado en las últimas décadas para facilitar el trabajo y que podrían ser utilizadas como un coadyuvante en la ideología del cambio de estilo de vida, aplicaciones gratis que se pueden encontrar en Internet y sólo se mencionarán algunas.

- ❖ Google Fit, aparte de ser podómetro, cuenta el consumo y gasto de kilocalorías, en relación a nuestro objetivo y salud.
- ❖ Podómetro, cuenta lo pasos, distancia recorrida, tiempo de activación y las kilocalorías consumidas.
- ❖ Runtastic step, cuenta pasos y grafica planes personalizados de ejercitación física y para perder peso. Fuente: González, C. (2019).
- ❖ El Internet, facilita videos para realizar ejercicio físico en varios niveles y divertidas actividades.

Es bien claro que México, es un país que no invierte lo suficiente en la investigación y el desarrollo tecnológico (I+D), pero lo contradictorio es la no utilización de las innovaciones tecnológicas en el Instituto, que hasta bien empleadas se podría diseñar todo un mecanismo que podría detectar la identidad del usuario.

La función pública a diferencia de las organizaciones globalizadas, ha venido esgrimiendo el beneficio producido por el uso de la innovación tecnológica. El Instituto no ha gestionado lo suficiente para obtener un servicio óptimo de la plataforma



electrónica ISSSTEMED, Telemedicina y mejorar el nivel de velocidad en la conectividad.

El sistema electrónico ISSSTEMED, fue diseñado en 2010, según ISSSTE (2010), cumplió con los requisitos de la NOM-168-SSA1-1998, “del Expediente clínico” y atendió la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, así como la adecuación de los lineamientos internos. La velocidad de conectividad y la eficacia de la plataforma son pieza fundamental para la interoperabilidad basada en estándares clave para el intercambio de información institucional. Con base en el sondeo realizado al personal médico de la Clínica, se puede decir que, el equipo de cómputo es un estorbo en los consultorios médicos, debido que sólo 2 de 11 médicos cuentan con clave para acceder a ISSSTEMED, pero como la conectividad es deficiente estos dos médicos casi no utilizan la plataforma porque les representa pérdida de tiempo en su consulta. Esto se traduce en el incremento de costos por administración y baja calidad en el servicio por no extender recetas médicas legibles y no optimizar los 15 minutos de consulta.

Con información de la Secretaría de Salud (08/09/2010) Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, “Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud”. El sistema electrónico debe ofrecer la oportunidad de mejorar la calidad de atención, seguridad y estandarizar el registro integral en la atención médica que recibe el derechohabiente y el cambio de patrones de trabajo. Se conecta a la red con unidades participantes para reducir tiempos y espacios de la información, enfocadas al expediente individual del derechohabiente, con la intención de generar estadísticas al instituto, para mejorar la toma de decisiones hasta el diseño de políticas públicas de salud. El sistema ofrece beneficios para el médico, como la disponibilidad de la información confidencial del derechohabiente, simplificar el proceso administrativo, coordinar y comunicar a las áreas involucradas en el sistema y simplificar los registros administrativos.

En la investigación no se pudo detectar el punto medular que impide se implemente la utilización del sistema electrónico ISSSTEMED, debido a que ningún actor involucrado en la Clínica, como en la Delegación regional de Zacatecas, asume su

responsabilidad, aunque reconocen la indiscutible utilidad del sistema. Pero recientemente se descubrió que las autoridades en la Delegación Regional determinaron que el Sistema Médico Financiero (SIMEF) que es un sistema nominal sustituirá a ISSSTEMED, aunque no cumple con todas las características de la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, “Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud”.

#### **4.2.- El neoliberalismo en la salud**

La “corriente de pensamiento económico que se opone a la intervención del Estado en la Economía, se le conoce como neoliberalismo económico” (Méndez, p.66).

La economía emergente mexicana y dependiente al extremo de la inversión extranjera, el gobierno federal firmó cartas de intención con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial comprometiéndose a seguir una política económica del corte neoliberal y otorgar concesiones al capital extranjero (Méndez, p.67). El contexto internacional ha sido preocupante debido a la gran crisis de 2008-2009, que dejó al descubierto el poder de las grandes economías y el escaso crecimiento que se está presentando de manera generalizada.

La geopolítica de la región ha brindado oportunidades como amenazas a la nación mexicana con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte incluido en la firma de los 12 Tratados de Libre Comercio con 46 países, 32 Acuerdos para la Promoción y Protección Recíproca de las Inversiones con 33 países, y 9 Acuerdos de Complementación Económica y Acuerdos de Alcance Parcial en el marco de la Asociación Latinoamericana de Integración (Secretaría de Economía, 2018). Pero con todo ello, el índice del Producto Interno Bruto (P.I.B.) nacional no ha podido alcanzar cifras del 6.5% de la época del *milagro mexicano*, el nivel de crecimiento económico incide con el nivel de recaudación tributaria.

Por exigencias del Fondo Monetario Internacional, el Estado mexicano ha mantenido equilibrada las finanzas públicas en las últimas décadas incluyendo 2019. Con la política económica neoliberal que vino a sustituir la política progresista y

nacionalista. Se han privatizado cerca de 1000 empresas paraestatales y también servicios. Como el servicio de administración del medicamento con la empresa SILODISA, que ha impactado en las finanzas del Instituto. Con base en la declaración del Director de Normatividad, Administración y Finanzas del Instituto, Zenteno, S.P. citado por Animal Político (23/04/2019) esta empresa “le cuesta al Instituto 13 mil 370 millones de pesos al año [...]”.

Se ha reducido al mínimo las actividades del Estado y su política favorece el *laissez fair, laissez passer*, según Adam Smith el Estado debe de 1) Administrar la justicia; 2) Mantener las instituciones públicas; y 3) Realizar obras de infraestructura que no sean de interés a la iniciativa privada por no ser de lucro (Méndez, p.65). En el Instituto se replica la estrategia de reducción del Estado, se ha operado con presupuestos austeros y se han fusionado programas. Se tiene como ejemplo, el Programa presupuestario E043 “Prevención y Control de Enfermedades” que “inició operaciones en 2016, derivado de la fusión de cuatro programas operados por el Instituto hasta 2015” (CONEVAL, 2016-2017a), el programa no tuvo evaluaciones de impacto; entre otros, el Programa presupuestario E044 “Atención a la Salud”, que “fue creado en 2016, como resultado de la fusión de 11 programas presupuestarios” (CONEVAL, 2016-2017b).

Los sistemas de salud en los países escandinavos, como Noruega y Suecia, son más eficientes que el de Estados Unidos, porque obtienen mayores asignaciones en el gasto público. Las empresas prestadoras de servicios médicos sin afán de lucro negocian su percepción de ingreso con el gobierno mediante un pago per cápita y el usuario tiene la libertad de elección. Es difícil entender que con poco recurso se pueda esperar a recibir un servicio o bien de valor supremo en costo, calidad y rendimiento.

Por ejemplo: Con base en Business Finland (14/06/2019) Finlandia ha creado un novedoso paradigma en el cuidado de las enfermedades incluyendo las crónicas, por medio de soluciones digitales asequibles a pacientes y proveedores. Business Finland,

combina sus dos componentes: Salud personalizada y vida inteligente, en inglés “Personalized Health” y “Smart Life”, dirige el cuidado de la salud con indicadores como: predecir, prevenir personalizar y participar. La integración del programa va más allá de predecir las enfermedades con estudios genéticos, identificar los efectos individuales con la finalidad de tener la habilidad de tratar al paciente con el medicamento preciso y la dosis apropiada. Finlandia canaliza el medicamento a la prevención, más que a la curación. Esto no ha sido gratis, ni se le puede adjudicar todo el valor al sistema tributario, sino que también se debe resaltar el mérito a la participación de su población.

En la actualidad, con el apoyo de los derechos humanos y la democracia, el gobernado persigue ser el gobernante. El usuario de la Clínica no desea pagar el precio de las *micro externalidades* negativas, tal y como ha sucedido con la industria que no costea las externalidades negativas que impactan el entorno, salarios, etc. Esta acción impide que el usuario participe de manera proactiva en favor a la adherencia del tratamiento, y mejore su bienestar de salud. De ser este un objetivo logrado, entonces, se podría estar hablando de un modelo de presupuesto basado en resultados.

El modelo de atención médica con el que ha estado operando la Clínica, parece más un encuentro político, donde, el usuario en descontrol negocia la cantidad del medicamento que requiere, debido que no se ha contado con el personal profesional necesario de atención psicológica que ayude a modificar la conducta del usuario. Entonces, se ha venido propiciando el modelo de negocio ideal para que 14 de las 15 principales industrias farmacéuticas internacionales, entre otras, se hayan instalado en el Territorio mexicano hasta 2017, (Pérez, 2013, p.13). Y hayan venido operando con grandes escalas de ventas que se incrementan día a día por la tendencia sociodemográfica y epidemiológica en México.

### **La Industria Farmacéutica en México**

La industria farmacéutica al procurar que la salud cumpla con la doble articulación tanto del ámbito económico como social. Para la mayoría de la población será un factor

determinante de bienestar, por tal motivo, contribuye a mejorar su productividad y competitividad.

La Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es la autoridad que regula a la industria farmacéutica y autorizó en 2012, la venta de 190 genéricos para el tratamiento de las Enfermedades crónicas. Reformó el artículo 170<sup>105</sup> del Reglamento de Insumos para la Salud (Pérez, 2013, p.19) y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2012, Medicamentos biotecnológicos y sus biofármacos. El total del marco normativo a la industria farmacéutica puede consultarse en el portal de COFEPRIS.

La clasificación de los fármacos lo realizan las compañías farmacéuticas, con base en los derechos de explotación, a) genéricos, que fueron elaborados a partir de su formulación, una vez expirada la patente; y b) patente, que por su innovación cuentan con la marca registrada y el derecho exclusivo de producción por 15 años, desde el día en que fue autorizado para compensar los gastos de Investigación y Desarrollo (I+D). El Instituto opera con fármacos patentados y genéricos intercambiables.

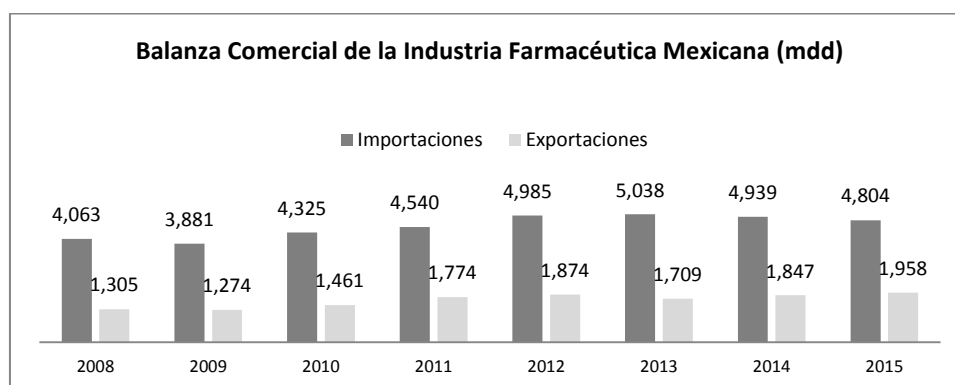
La industria farmacéutica una de las más grandes y redituables a nivel mundial pertenece al sector secundario o manufacturero que representa el 7.2% del P.I.B. manufacturero mexicano y en promedio el 1.2% del P.I.B. nacional (CANIFARMA, 2019), con un crecimiento inorgánico fincado en fusiones y adquisiciones. Entre 2005 y 2015 se tuvo un impulso acumulado por 3,516 mdd (PROMÉXICO, s/f), proveniente de las inversiones extranjeras directas, debido a la competitividad que representa la Megalópolis de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). México, representa el segundo mercado más grande de Latinoamérica (CANIFARMA, 2019). En la industria farmacéutica se genera un impacto directo en 161 de las 259 ramas de la actividad económica nacional y se encuentra entre los primeros 15 países de la lista mundial (FECyT, 2018, p.19).

---

<sup>105</sup> La reforma del artículo 170 del Reglamento de insumos para la salud, consistió en sustituir el “certificado de libre venta expedido por una autoridad del país de origen [...] por estudios clínicos que cuenten con la participación de la población mexicana y que demuestren la seguridad, calidad y eficacia del producto”

Los Tratados comerciales han construido bloques regionales que han permitido a la industria farmacéutica mexicana gozar de la eliminación o reducción notable de aranceles, pero el foco de desarrollo está en el mercado interno. El consumo de fármacos en México 2012, fue de 13,663 mdd (Pérez, 2013, p.14) y el director de la Asociación Mexicana de Laboratorios Farmacéuticos, Ricardo Romay (2019) citado por Pérez, (2013) declaró que el valor aproximado anual del mercado mexicano está cuantificado por 14,500 mdd, debido a tres factores: 1) población más longeva; 2) incremento del gasto público en el sector salud y mayor acceso a servicios de salud; y 3) incremento de la clase media (p.5). En el gráfico 11 se puede ver las cifras de la balanza comercial de la industria farmacéutica. Su resultado negativo ha tenido una repercusión relativa en el tipo de cambio y fortalece la idea, de que, el mayor consumo de la industria farmacéutica mexicana se encuentra en el mercado interno.

No obstante a lo anterior, las compañías farmacéuticas están promoviendo el uso de la insulina sobre cualquier otro hipoglucemiante. El contraste es abismal porque para el Instituto el costo de un frasco de insulina Glargina son 111.8 pesos contra 6 pesos de una caja de Metformina. Para un poco de mayor visión de los costos del medicamento para el Instituto, dirigirse al Anexo 9.



**Gráfico 11.** Elaboración personal con información de: PROMÉXICO (s/f) Diagnóstico Sectorial. Farmacéutico. México. *Secretaría de Economía*. Recuperado el 11 de agosto de 2019, de <https://promexico.mx/documentos/diagnosticos-sectoriales/farmaceutico.pdf>

La tendencia internacional de que los gobiernos son los principales responsables del gasto en salud reduciendo el gasto en bolsillo, es clara y promovida por la “OCDE” (Martínez, E., Ferreyra, J.C., y Cano, C., 2016, p.52). Lo anterior llevaría al reconocimiento de Platón en la *República* que el ser humano se enfoca más al remedio que a la salud.

El nivel de consumo de fármacos en México, fue causa de interés previsto por empresas extranjeras, entre ellas Walgreens que decidió participar en el mercado nacional adquiriendo el 100 por ciento de Alliance Boots, que hoy tiene control de Farmacias Benavides, la tercera cadena más grande en México.

Dada la conformación de la industria farmacéutica mexicana que se puede ver en el gráfico 12 y las nuevas legislaciones que reducirán la oferta de medicamentos similares y la conjunción de intereses entre empresas trasnacionales, nacionales y las políticas gubernamentales se obtendría la introducción de medicamentos a precios accesibles al mercado nacional explotando el gran potencial del segmento de medicamentos genéricos, sujeto a la renovación de las patentes existentes (CANIFARMA, 2019). Lo anterior es un acto que levanta sospecha porque beneficiará a la Industria Farmacéutica y desprotegerá al consumidor que no podrá adquirir los medicamentos a precios rebajados.



**Gráfico 12.** Fuente: CANIFARMA (2019) Noticias de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica. México. Recuperado el 8 de octubre de 2019, de <https://www.canifarma.org.mx/Noticias/Economía/Notas/inversiones.php>

## Participación del Sistema Nacional de Salud en prospectiva

La estrategia del Instituto de conseguir los bienes y servicios al precio más bajo (OCDE, 2013, p.55) ha representado deterioro a la calidad de los servicios que otorga y está obligado a acudir a nuevas estrategias que contribuyan a equilibrar sus finanzas, como la mejora continua y ser más eficaz en su desempeño. La estrategia que se ha presentado en varios sexenios para eficientar no sólo al Instituto, sino a los servicios del Sistema Nacional de Salud ha sido la compra consolidada de insumos. Al parecer, es inminente la universalización de los servicios de salud, con ello se pretende eficientar el servicio, ser progresivo, igualitario, incluyente y reducir el volumen del Estado sin omitir su responsabilidad de atender los derechos humanos.

Por otra parte, el costo que representaría otorgar la compra consolidada a la sociedad mexicana, sería otorgar de mayor poder a un monopolio que es anticonstitucional o un oligopolio, con la capacidad económica y logística. Entonces, por el cierre de empresas de los proveedores derrotados, se profundizaría aún más la brecha de desigualdad en el Territorio mexicano, que estaría a merced de los intereses del proveedor triunfador y los problemas de gobernabilidad se podrían acentuar.

### 4.3.- La gobernabilidad y las instituciones mexicanas

Con base en, la expresión de Guerrero, O. (1995), se tiene como causas estructurales en los niveles superiores de la organización del Instituto: **carencia de legitimidad** por ser nombrados por decisiones políticas que ocasiona un **desorden de estabilidad** entre los servidores públicos que han estado esperando una oportunidad de superación por su mérito que resulta en **detrimento del orden jurídico**, que va desde lo laboral hasta la normatividad inherente a las Enfermedades crónicas. Por el lado de las causas coyunturales, se tiene **sobrecarga de demandas sociales**, mencionando sólo las siguientes: 1) **fallas de implementación en las políticas públicas**, o como se descubrió en el subcapítulo de los indicadores institucionales que,



no existían políticas públicas para el control o reducción de casos de Enfermedades crónicas en el Instituto; 2) el corporativismo sexenal que ha incrementado el número de afiliados al Instituto; y 3) sin duda, el combate contra un problema no cuantificado como son los casos de Enfermos crónicos, es algo fuera de **racionalidad**, que conlleva a un **déficit fiscal** que **desarticula a la administración pública federal**, -por querer atacar la problemática con atención médica curativa desde el primer nivel de atención- **de la economía**, porque existe **crisis de salida** al no existir recursos suficientes para surtir medicamento y no tener para invertir en infraestructura y equipo (Guerrero, enero 1995, p.p.1-12).

Querer describir el valor agregado de la función continua del Gobierno, conlleva al significado de gobernabilidad como “el conjunto de mecanismos que aseguran un desempeño superior de la dirección y la autodirección de la sociedad; es decir, un Gobierno que no sólo ofrece orden y estabilidad, sino también calidad de servicio y bienestar social general” (Guerrero, enero 1995, p.1). Guerrero, también nos ha conducido al polo opuesto, la ingobernabilidad, es decir, imposibilidad de causar bienestar social por la pérdida sensible del orden y estabilidad. Expresado de otra manera, la pérdida de los fundamentos de Gobierno operados en esquemas conservadores (p.p.1-2). Con seguridad y como él mismo estableció el concepto de *grado de Gobierno* o nivel de civilidad que mide el matiz entre gobernabilidad e ingobernabilidad. Las tres vertientes estructurales de la ingobernabilidad que no son de carácter general, sino estricto y coyuntural, mencionados por Guerrero Orozco (enero 1995) y aplicables al Instituto, son:

1) “**Decadencia del Estado**”, tanto *politic*, con la encomienda que dio Enrique Peña Nieto al restar poder político al pequeño grupo magisterial dentro de la élite del Instituto y la democracia como forma difícil de gobierno, como la *policy* con la falta de implementación de la normatividad en el Instituto.

2) “**Autoclausura de los procesos de dirección**”, valorando los resultados de las repetidas curvas que no han llegado a producir aprendizaje que forme cultura eficaz en la cúpula del gobierno para llegar a ser el buen gobierno. Quizá por las reuniones distantes que tiene la Junta directiva para evaluar los resultados de

las estrategias emprendidas y objetivos del programa institucional, sólo con un mínimo de cuatro reuniones al año. Son acciones poco comprometidas con el desempeño del Instituto, como con el combate a las Enfermedades crónicas que desgastan el presupuesto. Este tipo de acción se replica en la Delegación regional de Zacatecas, pero contrasta con las reuniones diarias que tiene Bill Gates en su empresa mundialmente conocida Microsoft.

3) “**Explosión de complejidad**”, la complejidad del ser humano, el Instituto que no comprende la necesidad de implementar los avances tecnológicos que convergen con el resultado del número creciente de casos de las Enfermedades crónicas multifactoriales y el desequilibrio fiscal (p.p.7-10).

### **Auditoría Superior de la Federación**

La información generada por la “SHCP” en 2017, sobre el desempeño de los programas y políticas públicas a través del Presupuesto basado en Resultados y Sistema de Evaluación al Desempeño (PbR-SED) de “CONEVAL”, en opinión de la Auditoría Superior de la Federación, no existió indicio de que se haya utilizado en todas las fases del ciclo programático presupuestario. Como ejemplo se tiene que:

En la evaluación 1586, realizada por la Auditoría Superior de la Federación en 2017, denominada “Evaluación de la política pública de atención a las principales enfermedades crónicas no transmisibles”, no demostró que las atribuciones de las instituciones involucradas, sobre todo de la Secretaría de Salud como eje rector en el “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, y en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD)”, no se desarrollaron con cabalidad por falta de acompañamiento de reformas normativas, institucionales y presupuestales, por no haber habido reconfiguración en el gasto. Las imprecisiones del diseño de la política tuvieron como resultado descoordinación sectorial y mala implementación. Estas

deficiencias de ejecución se centraron en suficiencia y calidad. Fuente: (ASF, 2019, p.50). El resultado de la evaluación fue el siguiente:

- ❖ Su tendencia de atención fue en ascenso pero su confiabilidad fue limitada.
- ❖ No se realizó el diagnóstico de la suficiencia en la infraestructura, del recurso humano y de estrategias para el suministro de medicamentos en las instituciones del sistema nacional de salud.
- ❖ Las instituciones del SNS no alcanzaron el estándar para aplicar pruebas de detecciones al 33% de su población en riesgo de padecer las Enfermedades crónicas.
- ❖ Como consecuencia se obtuvo una disminución en las tasas de incidencia, pero la imputabilidad fue limitada por el bajo porcentaje de pruebas y se dejaron de identificar nuevos casos.
- ❖ Se careció de información para cuantificar la eficacia de las instituciones en el tratamiento de las Enfermedades crónicas, por no completarse las series históricas en la mayoría de los casos y no se tuvo información homologada sobre la prevalencia de las enfermedades. Fuente: (ASF, 2019, p.51)

Como efecto de la política pública respecto a la sostenibilidad financiera del Instituto en el período de “2012 a 2017, se incrementó en 307 por ciento, al pasar de 3,011.2 mdp a 12,256.0 mdp” (ASF, 2019, p.51).

Como ejemplo se tiene que, en la Clínica la falta de un censo de diabéticos, el personal asegura que el 90 por ciento de la consulta externa es de diabéticos y las detecciones de casos se están incrementando, pero no se ha elaborado información confiable para demostrarlo, porque los sistemas electrónicos están fragmentados. Epidemióloga de la Clínica Dra. Suhey, Fernández (comunicación personal, 6/11/2019). Además, de la atención descoordinada entre módulos de la misma Clínica

Con la “metodología sustentada en un análisis cualitativo de datos duros derivados de la fiscalización” (ASF, 2019, p.111) que emplea la ASF con diversos enfoques de revisión para la identificación de riesgos en términos generales, se prioriza “la

dimensión preventiva en las aportaciones institucionales, con el objeto de contribuir a la reducción de la comisión de irregularidades y [...]” (ASF, p.111)

Los principales problemas relacionados a la causa-raíz detectados durante el proceso de fiscalización de las auditorías referidas a la Cuenta Pública 2017, fueron:

En un primer análisis se encontró que el 51 por ciento de los casos de las irregularidades detectadas se atribuyeron al contexto institucional, el 11 por ciento a las decisiones exclusivas de los servidores públicos y el 38 por ciento a la combinación del contexto institucional con las decisiones de los servidores públicos (ASF, 2019, p.116).

En un segundo nivel de análisis, se revisó con detalle los elementos que conformaron el contexto institucional, obteniendo los siguientes datos en la Tabla 13.

Los auditores que seleccionaron la vinculación directa de los servidores públicos, lo atribuyeron a la elusión o discrecionalidad en la interpretación de la norma con 76 por ciento o al desconocimiento del marco regulatorio con 24 por ciento.

Causa-raíz vinculada con el contexto institucional.	Porcentaje
<b>Contexto institucional.</b>	<b>57</b>
Procesos inadecuados de planeación de las actividades relevantes del ente auditado	22
Controles administrativos inadecuados	20
Fallas en el diseño de la normatividad aplicable	9
Coordinación interinstitucional inadecuada con otras dependencias involucradas en la implementación de fondos, programas o políticas públicas	4
Recursos insuficientes	2
<b>Contexto institucional y decisiones individuales.</b>	<b>43</b>
Controles administrativos inadecuados	21
Procesos inadecuados de planeación de las actividades relevantes del ente auditado	16
Coordinación interinstitucional inadecuada con otras dependencias involucradas en la implementación de fondos, programas o políticas públicas	3
Fallas en el diseño de la normativa aplicable	2
Recursos insuficientes	1
<b>Total</b>	<b>100</b>

**Tabla 13.** Fuente: Auditoría Superior de la Federación (2019) Informe general ejecutivo cuenta pública 2017. México, Cámara de Diputados. pp 117-118. Recuperado el 5 de noviembre de 2019, de [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegeneral/Informe\\_feb2019\\_CP.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegeneral/Informe_feb2019_CP.pdf)

En la aplicación de un tercer análisis realizado a los controles administrativos inadecuados se detectaron en orden de importancia las siguientes incidencias:

- 1) Falta de vigilancia o monitoreo incluyendo la labor de auditoría interna, 65%.
- 2) Documentación / registro o sistematización de la información inapropiada, 16%.
- 3) Falla en el diseño de la asignación de responsabilidades, 13%.
- 4) Falta de perfil profesional, experiencia, capacidades técnicas del personal responsable de la operación, 6%. Fuente: (ASF, 2019, p.118).

Con base en las declaraciones del grupo de auditores superiores y en los ejercicios anteriores de la Cuenta Pública, de los principales problemas identificados entre el 45.9 y 53.7 por ciento de los casos ya se habían vinculado en el pasado, excepto la subutilización de bienes o servicios adquiridos con 27.3 por ciento y es muy probable que su recurrencia se presente en el futuro (ASF, 2019, p.119).

La expresión de la ASF (2019) fue que “los beneficios de la labor fiscalizadora no pueden limitarse al impacto mediático que se deriva de la presentación de los informes de auditoría ante la Cámara de Diputados” (p.115). Por otra parte y referente a la parte mediática de dichas recomendaciones que han permitido la recurrencia de actos en la Institución tuvieron sustento en el párrafo IV, fracción II del artículo 79 de la Constitución, que dice:

La Auditoría Superior de la Federación deberá pronunciarse en un plazo de 120 días hábiles sobre las respuestas emitidas por las entidades fiscalizadas, en caso de no hacerlo, se tendrán por atendidas las recomendaciones y acciones promovidas.

En el caso de las recomendaciones, las entidades fiscalizadas deberán precisar ante la Auditoría Superior de la Federación las mejoras realizadas, las acciones emprendidas o, en su caso, justificar su improcedencia.<sup>106</sup> Fuente: Cámara de Diputados (18/06/2020).

---

<sup>106</sup> Cfr. Fracción II. Párrafo IV. Artículo 79 constitucional modificado el 27 de mayo de 2015 y que permaneció hasta su última modificación el 8 de mayo de 2020.

## **Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)**

Hoy en el proceso de la globalización no sólo tienen injerencia en la vida de la población mexicana las instituciones de los tres órdenes de gobiernos, sino también, las organizaciones del sector privado y organismos internacionales, como la OMS que tiene convenido alcanzar para 2030, sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas. La mayoría de los ODS circundan el tema de la salud, indirecta o de forma directa, como en el Objetivo número 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (OMS, 2019a). El organismo también determinó que las carencias institucionales y de instrucción son un reto para alcanzar el tercer ODS, por lo que se requiere de mayor número de trabajadores cualificados, esto incluye profesores con formación profesional, médicos y enfermería.

La OMS también se ha pronunciado en favor de promover la activación física como forma sana de controlar el sobrepeso y la obesidad. De manera personal se advierte que el incremento de toda actividad física tendrá que ser de manera paulatina y progresiva. La recomendación de la OMS, es acumular el total de 150 minutos semanales, pudiendo llegar a los 300 minutos semanales, con la siguiente aclaración:

El concepto de acumulación se refiere a la meta de dedicar en total cada semana 150 minutos a realizar alguna actividad, incluida la posibilidad de dedicar a esas actividades intervalos más breves, al menos de 10 minutos cada uno, espaciados a lo largo de la semana, y sumar luego esos intervalos: por ejemplo 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana OMS (2019b).

El término de “intervalos” puede caer en ambigüedad, sí, se maneja como posibilidad y no de facto, y sobre “intensidad moderada” se profundizará el tema de Activación Física en el apartado de recomendaciones para aclarar de forma numérica y el concepto resulte productivo.

Por parte de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2019), determinó que:

La relación entre los resultados de escolaridad y la obesidad depende del grado de desarrollo económico de los países y de la prevalencia general de la obesidad. En los países de bajos ingresos con escasa prevalencia de la obesidad, las mujeres más instruidas es más probable que sean obesas, mientras que, en los países de ingreso altos, la enseñanza superior está vinculada a una probabilidad menor.

Pero también determinó que la educación que reciben los niños de sus padres influye en la obesidad. Esto se puede interpretarse de la siguiente manera, el desarrollo económico de los países debe ser sostenido en el largo plazo, pero también, la creación de consciencia sobre cómo prevenir la obesidad, es fundamental. El hecho de que más miembros de una familia se sumen a las Enfermedades crónicas sigue siendo una acción que ha elevado el gasto corriente en los últimos años poniendo en apuros a la recaudación tributaria.

### **Sistema de Administración Tributaria**

Con la utilización de las innovaciones tecnológicas que son una herramienta útil para controlar acciones, incrementar tanto la calidad de los bienes como la producción y productividad. En 2017, México elevó la recaudación tributaria, a 16.2% del P.I.B., que sigue siendo baja respecto al promedio de los países miembros de la OCDE 34.2% del P.I.B. (OCDE, 2019a, p.1). Existen países industrializados, como Francia, Dinamarca e Islandia, que hoy sus ingresos fiscales totales obtenidos superan el 45% del P.I.B. (OCDE, 2019b, p.3). Con todo y que el gobierno mexicano ha implementado en repetidas ocasiones el terrorismo fiscal con el fin de incrementar la recaudación, la nación aún sigue siendo un paraíso fiscal. La secretaria ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Alicia Bárcenas citada por Arellano, R. (2/02/2011), declaró que “por su baja recaudación, alta evasión y gran cantidad de exenciones fiscales, México es, de facto, un paraíso fiscal.”

La política fiscal, la elasticidad y regresividad del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) al consumo en aquellos productos que dañan la salud

como, alimentos hipercalóricos, jugos y bebidas endulzadas embotelladas permitió incrementar el 51.1% de la recaudación fiscal que en 2014 fue 124,016 millones de pesos (OPS y OMS, 2015, p.96), pero sólo quedó como un ejemplo de querer combatir la problemática con la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, impulsada en octubre de 2013.

Los resultados preliminares de un estudio realizado en 2014, por el Centro de población de la Universidad de Carolina del Norte y el Instituto Nacional de Salud Pública sobre el efecto de la política fiscal implementada mostró una reducción del 6 por ciento, pero se registró un incremento alrededor del 7 por ciento de compras sin impuestos, como: bebidas con edulcorantes artificiales, jugos y leches sin azúcar adicionada, etc. (OPS y OMS, 2015, p. 18). Hasta hoy, México ocupa el primer lugar de consumo de refresco en el mundo con 163 litros per cápita al año (OPS y OMS, p. 12).

La economía informal ha sido una válvula de escape para cualquier eslabón de la cadena de valor de una infinidad de proveedores de bienes y servicios, aunado al escaso 0.9% del PIB de recaudación de los gobiernos locales por limitaciones técnicas y administrativas (Espinosa, S., Martínez, J. y Martel, C., 2018, p.376). Es una situación que contrasta con el promedio del 5.1% del P.I.B. de los países miembros de la OCDE (García, G. A., 2019). Evitar la elusión y evasión fiscal son los principales retos para que el Estado mexicano se haga llegar de recursos fiscales que son necesarios para proveer de seguridad y satisfacer las necesidades de la población, entre ellas, mejorar la infraestructura hospitalaria, incrementar activos necesarios y suficientes para otorgar servicios médicos a los trabajadores y pensionados de las dependencias federales con sus familias y del resto del SNS.

## **Dependencias Federales**

La red de dependencias federales que conforman la administración pública federal emite el producto de una concatenación de acciones, que tienen un valor económico agregado si los servidores públicos se encuentran sanos y son funcionales para



realizar sus funciones. La mayoría de ellos realizan una labor sedentaria que es uno de los principales riesgos para tener al menos una de las Enfermedades crónicas. La Clínica sólo ha proporcionado información que es útil pero sin coordinar esfuerzos con las instituciones para contener dichas enfermedades. Por decisión individual, sólo la mitad de los servidores públicos se ha registrado en la Clínica.

El 3 de agosto del 2008, se implementó la estrategia nacional, “Actívate, vive mejor”. Entre septiembre y diciembre del mismo año se impartieron 250 talleres en las dependencias federales por parte de CONADE. El objetivo, promover la práctica sistemática de la activación física por 30 minutos o más de manera masiva en la mayoría de la población económicamente activa (PEA), dentro y fuera del área de trabajo. La meta incumplida de 2012, era que, todo servidor público realizara 30 minutos de activación física en su horario de trabajo. Fuente: CONADE (2012). El propósito fue apoyado con la Guía de Actividad Física Laboral (CONADE, 2011).

#### **4.4.- Los mayores riesgos que enfrentan las finanzas de la Clínica**

Los riesgos directos o indirectos que han debilitado las finanzas de la Clínica son:

I) Las aportaciones que se retiran a los trabajadores de la Universidad Autónoma de Zacatecas no son enteradas a la Delegación Regional del Instituto en Zacatecas, por motivos administrativos internos. Es recurso que se necesita para operar los servicios y que no puede quedar en la discrecionalidad de las autoridades competentes.

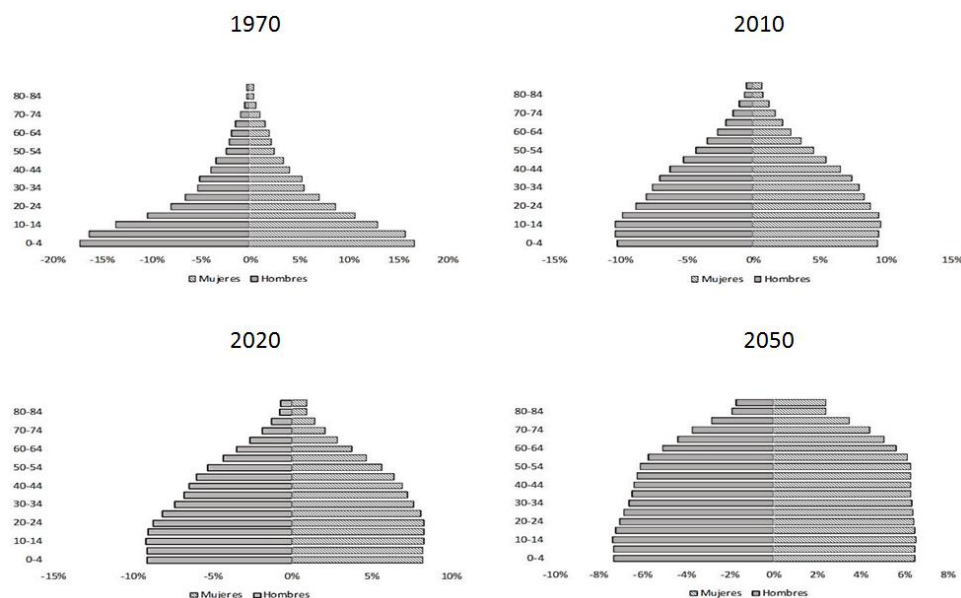
II) Como productos perecederos por su ágil obsolescencia, las innovaciones tecnológicas han generado oportunidades que pueden ser utilizadas como estrategias para mejorar acciones de control, y brindar con calidad el servicio del seguro médico. Pero no sólo en la Clínica, sino en el Instituto no ha sido asimilado que la no utilización de la plataforma tecnológica ISSSTEMED provoca que se eleven los costos de operación. Mantener el patrón organizacional y sin cambio de política alguna que no atienda el aprovechamiento de las innovaciones tecnológicas en la era de la teleinformática y comunicaciones es una oportunidad que se pierde al mundo de la

nanotecnología, biotecnología, globalización, cambio del estadio de vida, etc. conduciendo al fracaso. Los Estados que no se ajustan a los cambios tecnológicos captarán mínima inversión, estarán condenados al bajo crecimiento económico e incurrirán a la insatisfacción poblacional (Pérez, C [RedLALICS-Innovación y desarrollo], 2017). Otros tres riesgos para la Clínica son:

## A.- El movimiento demográfico

La transición demográfica nacional con tendencia a una población envejecida que SEDESOL (2017) estima que para el año 2050, por cada 100 jóvenes menores de 15 años habrá 79 adultos mayores que demandarán mayores servicios de salud y cuidados que modificarán conductas del entorno familiar.

### Proyección de la población 1970-2050



**Gráfica 13.** Fuente: Fielmente tomada de Martínez, Moreno E., Ferreyra, López J. C. y Cano, García C. (2016) Las compras consolidadas de medicamentos ¿Una política de salud eficiente? Comp. Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública. 9(18)50. Recuperado el 17 de octubre de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/450162>

La Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS) (2016), se pronunció sobre la edad de retiro de los mexicanos, que es, a los 68 años y la esperanza de vida al nacer en promedio es de 77.2 años. Si, a este factor se considera que los indicadores de la tabla 14, se han venido presentando a temprana edad en Zacatecas, como lo divulgó el reporte del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) 2016. Entonces, se reafirma el dato tomado de las estadísticas de la Clínica que nuestra mayor población en consulta está en el sector de 47 y 72 años. Motivo por el que ya se está presentando un enorme déficit presupuestario en la Clínica que se refleja en el nivel de desabasto del medicamento. El impacto económico también incide en las dependencias federales debido a los permisos que generar los trabajadores del Estado para acudir a consulta y las licencias médicas.

Enfermedad	Prevalencia Nacional		Prevalencia Zacatecas
	2016	2012	2012
<b>Diabetes Mellitus</b>	9.44	9.17	9.41
<b>Hipertensión</b>	15.29	15.92	15.91
<b>Cáncer de: Mama, Cervicouterino y Próstata</b>	Sin registro	Sin registro	Sin registro
<b>Obesidad</b>	21.64	23.50	20.52
<b>Sobrepeso</b>	27.71	30.29	29.23

**Tabla 14.** Fuente: OMENT (2016) Indicadores por Estado. México, *ENSANUT*. Recuperado el 4 de julio de 2019, de <http://oment.uanl.mx/indicadores-por-estado/>

La relación desproporcionada entre el reducido número de trabajadores del Estado y población de derechohabientes, tanto para la Clínica como para el Instituto ha ocasionado que el gasto corriente en servicios médico sea insuficiente, con disminución progresiva en el surtimiento del medicamento, además de la saturación del servicio de atención médica.

En un sondeo realizado en la Clínica se encontró que algunos de los derechohabientes también reciben el servicio médico por otra institución de salud pública, que de igual manera les provee del fármaco. La legislación y su tiempo de

servicio les ha permitido a un amplio sector de los trabajadores de la educación que se pensionen a temprana edad, entre 45 y 50 años. Es una edad útil que les ha permitido tener otro trabajo formal que para el Estado representa un doble riesgo. En primer lugar, el gasto en seguridad social se incrementa en el mismo sector beneficiario; y en segundo sitio, se reduce la oferta laboral para la población de jóvenes.

## **B.- El Sistema de pensiones**

El antecedente está el 12 de agosto de 1925, cuando se promulgó la Ley General de Pensiones, con ella se creó la Dirección de Pensiones de Retiro, para otorgar los beneficios que estaba obligado el Gobierno. Con las modificaciones a la Ley del Instituto, se estableció primeramente en 1983, las pensiones por el artículo Décimo Transitorio, que parte de los pagos a las pensiones con esquema de *beneficio definido*, que hoy, tienen en apuros a la SHCP como representante del Gobierno federal<sup>107</sup>. En 2007, se desvinculó las pensiones de los ingresos del Instituto y se creó el sistema de “cuentas individuales” con esquema de *contribución definida*. Consiste, en una vez cubierto los requisitos, se otorga una renta vitalicia mensual o retiro programado, como producto del ahorro del trabajador a su Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), hasta que el recurso se extinga. Una vez agotado el recurso, la AFORE “ya no se hará cargo de la pensión” y quien deberá “asumir el costo de la pensión será el Gobierno” (Leal, F. G., abril 2011).

Como se han realizado estimaciones, que dicha pensión representará sólo el 26% del último salario cotizado (González, S., 23/12/2018). Con esto se puede decir que, el recurso se terminará muy pronto, entonces el Gobierno cubrirá las dos formas de pensión e impactará en el Presupuesto de Egreso de la Federación, que es donde la Clínica obtiene su partida importante de ingresos.

Faltó una planeación prospectiva para el Fondo de pensiones de manera financiera actuarial, para evitar que se tenga una amplia población vieja y pobre. José Ángel

---

<sup>107</sup> Cfr. Artículo 9 fracción V de los Estatutos Orgánicos del Instituto.

Gurria sugirió que se incremente tanto la edad de retiro, como “las contribuciones cuando menos al doble (idealmente al triple)” (Gurria, 2019), o su combinación. La responsabilidad del grupo social más grande de México, con el mayor recurso del Presupuesto de Egresos de la Federación, el magisterio de educación básica, se sostiene como el cliente más grande de la Clínica, como del Instituto, razón suficiente para demandar el mayor número de servicios. Es el grupo de trabajadores que más aportaciones hace al Instituto, pero el que proveerá de manera continua un gran número de pensionados y por su función sedentaria poseen un alto riesgo de ser un número más en las estadísticas de casos de Enfermedades crónicas.

### **C.- El magisterio como mayor grupo poblacional de clientes en la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Con base en la encuesta realizada en la Clínica, los trabajadores provenientes de la Secretaría de Educación y Cultura de Zacatecas (SEDUZAC) y sus familiares ocupan el 50% del número de consultas diarias. Es un número congruente si, en la entidad sólo el número de trabajadores de la secretaría mencionada son 19,453 y 1,750 pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública, en relación al total de 53,844 trabajadores registrados en el anuario 2018 del Instituto (Gobierno de México, 2018).

En un análisis somero, más allá de ver al grupo magisterial como un grupo que amenaza las finanzas de la Clínica porque se requiere de enorme presupuesto para su atención médica por su volumen, se puede ver como una oportunidad. Lo importante, es que su función se realiza en los centros escolares de educación básica y medio superior. Son espacios públicos ideales para detonar la participación social, difundiendo información que coadyuvaría de manera prolongada la promoción de la salud, entornos saludables y prevención de enfermedades, con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, “Promoción de la Salud Escolar” Secretaría de Salud (09/12/2013). El objetivo de la norma es fomentar el entorno y la

cultura de la salud en la población del Sistema Educativo Nacional, con la intervención obligatoria del personal de salud.

El tercer grupo importante para el Instituto en la entidad, son los 4,770 trabajadores de la Universidad Autónoma de Zacatecas, ya que el segundo sitio lo ocupan los 6,646 trabajadores de los Servicios de Salud de Zacatecas. Las universidades también forman parte del Sistema Educativo y son campo de aplicación de la mencionada norma. Si a esta acción se suma el programa Equipos Comunitarios en Salud “ECOS”, que involucra al personal del Sistema Nacional de Salud de la entidad, se tendría una sinergia para prevenir enfermedades y promover la generación de entornos saludables, insertar la cultura de Salud. El desarrollo de competencias se apoyaría del contenido en los libros de texto y otros materiales educativos, establecidos en la misma norma.<sup>108</sup>

#### **Conclusión capítulo IV**

Con lo anterior se concluye que, el acelerado ritmo de vida ha transformado las formas de vivir y convivir del ser humano y como resultado se percibe que se ha menospreciado el logro de la Ciencia al ampliar la esperanza de vida. Ese diferencial de vida con las Enfermedades crónicas ha significado ser más caro y complejo de lo que se pudo haber pensado a principios del siglo XX.

Con el neoliberalismo, las fuerzas del mercado han sumado la característica de recurso natural renovable a la sociedad, que en cada una de las fases de la vida del ser humano tiene que incrementar su consumo, por lo tanto el adulto mayor queda en posición vulnerable del consumo de fármacos para incrementar su esperanza de vida.

Por otra parte, aunque se reconoce el avance al respeto de los derechos humanos, la distribución del poder ha ocasionado que en algunos casos, los individuos pierdan

---

<sup>108</sup> Cfr. Numerales 5 y 6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013. Promoción de la salud escolar.

las formas racionales de expresar sus inconformidades con la sociedad. La actitud del individuo en el autocuidado representa un cierto grado de irracionalidad en el bien invaluable, como lo es, la salud, por lo que delega todo compromiso personal consigo mismo y lo deposita en la sociedad. Que en México, de manera mayoritaria es aceptado por las instituciones del Estado.

La ausente rectoría del Estado mexicano ha permitido que la naturaleza del ser se fragilice y se requiera de enormes recursos económicos y financieros para democráticamente tolerar lo que es evitable y que por principio son, las Enfermedades crónicas. La calidad de los servicios que otorga el Instituto ha tenido amplia relación a su estrategia de adquirir todo al precio más bajo. Ahora, se le presenta al Instituto la opción económica de acudir a profesionales del estudio de la mente para reconfigurar la conducta del usuario y presentar formas saludables que deben ser adoptadas para una sana y feliz convivencia. O de lo contrario, el poder del Estado mexicano tendrá que replantear nuevos mecanismos financieros para solventar la demanda de la sociedad por los servicios de salud.

El recurso financiero es importante, pero no lo es todo para otorgar la atención médica de calidad. Para ello, se requiere del uso adecuado de la información proveniente de las evaluaciones de los órganos de control con el fin de corregir acciones que han debilitado la gobernabilidad. Pero no se debe dejar de lado la gestión para obtener los recursos recomendados por organismos internacionales o mínimo los suficientes para eficientar el sistema del seguro médico. La utilización de las TIC ha dejado de ser una opción, hoy es enclave de toda organización para operar de manera eficiente, eficaz y económica. Con mayor razón en las instituciones estatales donde su participación hace más dinámica la interacción de la vida pública con la privada.

Así como, la participación es democracia y la óptima participación del SAT hace posible la vida del Instituto y Clínica, también la materialización de la participación interinstitucional la realiza el usuario en su tratamiento que hace su vida saludable. Con un moderno modelo basado en el conocimiento es posible optimizar el uso de recursos, priorizar al usuario, promover la prevención y autocuidado a la salud, certificar las capacidades y desempeño del servidor público, como de la Clínica e

Instituto. La construcción de este mecanismo sin duda llevaría a un servicio médico de mejor calidad. Porque no se debe dejar de considerar que, no es el estatus académico, ni económico del usuario los que han desarrollado sus enfermedades, sino la cultura y estilos de vida adoptados.

## **Capítulo V.- La planeación prospectiva estratégica como herramienta efectiva para el impulso al desarrollo. (A manera de recomendación hacia la institución)**

### **5.1.- Diseño de la estratégica prospectiva para la sostenibilidad.**

Las acciones que se encaminan al logro de un objetivo es lo que se denomina, estrategia, que involucra, tanto el propósito institucional, como un marco básico conceptual que ambas la transformaran y modularan de acuerdo al cambiante entorno (Rentería, 2015, p.279). Por otra parte, la planificación se fundamenta en la experiencia organizacional que prevé el futuro (Amozurrutia, 2014, p.6) deseable con decisiones desde el presente (Rentería, 2015, p.278), “así como los medios reales para llegar a él” (Amozurrutia, 2014, p.6). O, como lo mencionó Baena, P. Guillermina (2015) planear, es la anticipación a los acontecimientos probables, con medidas que eviten que suceda algo no deseado (Baena, 2015, p.33). Por consecuencia:

La planeación estratégica es el instrumento utilizado para edificar políticas públicas, además sirve para el diagnóstico, análisis, la reflexión y representa la toma de decisiones realizadas por el colectivo organizacional y durante todo el proceso que el entorno demande cambios a la institución para lograr la máxima eficiencia y calidad en sus servicios (Rentería, 2015, p.278). La planeación estratégica camina junto a la administración estratégica. Considerando los factores endógenos y exógenos que pudieran incidir en el diseño lógico de nuestro escenario como visualización o visión alcanzable a largo plazo, es prospectiva.



Serbolov, Y. (2015) distinguió a la planeación estratégica de la planeación prospectiva estratégica porque la primera confunde los diseños estratégico y lógico. El diseño estratégico es la visión de futuro deseable casi sin límites porque proviene de nuestra imaginación y creatividad, que es la planeación participativa. Del diseño lógico, se puede decir que, es el futuro alcanzable, porque tiene presente las restricciones políticas, sociales, económicas y legales, conocido como planeación estratégica. Ambos diseños conforman el diseño mental, todo proyecto se genera dos veces, primero en la mente y después en lo físico (p.p.152-153).

Con lo anterior, se podría construir desde las cuatro visiones que a continuación se detallan (Rentería, 2015, p.280-281) y la planeación de escenarios, el camino que deben seguir las estrategias para concretar el objetivo de hacer más eficiente el gasto.

**I.- Visión endógena**, con que recursos institucionales se cuenta para trabajar en sinergia y cumplir la misión. En la Clínica se cuenta con la organización que cuenta con un grupo multidisciplinario y la normatividad inherente a nuestro caso.

**II.- Visión exógena**, entender y comprender como el Instituto se interrelaciona con otras instituciones de orden superior que son útiles para el desempeño de sus funciones y lograr su visión, un ejemplo sería encontrar los mecanismos para implementar la Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, “Promoción de la Salud Escolar”, vista en el sub tema C. El magisterio como mayor grupo poblacional de clientes de la Clínica y el Programa Equipo Comunitario en Salud (ECOS). A continuación se presentan actores de la localidad que pueden contribuir al cambio cultural de la población:

### **Secretaría de Educación Pública (SEP)**

México, como miembro de Naciones Unidas tiene la doble responsabilidad de cumplir el cometido focalizado en educación con la UNESCO quién en la Declaración

de Incheon 2015, marco la nueva visión educativa a seguir hasta el 2030, y con la Organización Mundial de la Salud en sus 17 ODS.

Para el 2019, los servidores públicos en funciones de la Clínica pretendieron a través del programa “ECOS” la vinculación con servidores públicos de otros gobiernos e instituciones para compartir espacios públicos, entre ellos los de la “SEP” para desarrollar programas preventivos y de promoción a la salud, con la finalidad de reducir los índices de obesidad infantil y sobrepeso en niños y adolescentes. Se pensó en los centros de educación básica por ser punto de encuentro de gran parte de la población, en que se puede promover el cuidado a la salud y la prevención de Enfermedades crónicas. Las acciones del programa “ECOS”, sólo quedaron en pretensiones que no se concretaron.

Tal y como describió Omar Guerrero (1995), “la grandeza del Gobierno está en proporción directa con sus deberes hacia la sociedad” (p.11). La “SEP”, en el “Acuerdo 05/02/19 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Cultura Física y Deporte para el ejercicio fiscal 2019”, publicado el 28 de febrero de 2019 en el Diario Oficial de la Federación, hizo un pronunciamiento prioritario para el Gobierno mexicano sobre la práctica de activación física y deporte. El problema del sedentarismo en la población y la falta de hábitos en la práctica deportiva; “asociado a un porcentaje muy bajo de educación física efectiva en el sistema educativo nacional” (SEP, 2019, 2° párr. intro. p.8). En vista de que, el objetivo principal del programa lo desarrolla la Comisión Nacional del Deporte (CONADE), se tratará en el siguiente sub tema.

Abriendo un paréntesis con el fin de resaltar la importancia de realizar ejercicio físico y por qué se droga la gente. Con base en la declaración de Sánchez, Mora C. y Beyer, María E., (julio, 2020).

La palabra droga significa en su sentido más amplio cualquier sustancia o actividad que modifique el temperamento y cause dependencia física y psíquica [...] las endorfinas son las responsables de que el ejercicio nos procure una sensación de bienestar, euforia y hasta felicidad es quizá una combinación de factores psicológicos y fisiológicos.

## **Comisión Nacional del Deporte (CONADE)**

La “CONADE” ha venido centrando su función en el deporte y con énfasis al de alto rendimiento, descuidando la promoción con igualdad de oportunidades de la participación masiva en actividades físicas, como es su misión. Siendo un órgano desconcentrado que depende de la “SEP”, su jurisdicción es nacional. Dicha Comisión ha dejado pasar la oportunidad de revertir la connotación negativa que se tiene a nivel mundial de la población mexicana de adolescentes con sobrepeso e infantil con obesidad.

El objetivo principal del “Acuerdo 05/02/19 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Cultura Física y Deporte para el ejercicio fiscal 2019” lo implementa la “CONADE” está destinado a beneficiar a la población de 6 y más años dedicados a la cultura física, deporte y alto rendimiento, pero resulta interesante que dentro del numeral 2.2. Objetivos específicos, primer párrafo se fomentará la activación física masiva, actividades deportivas, recreativas y el deporte social, de manera sistemática, es decir el aspecto competitivo no es relevante. De las estrategias de Cultura física operada por la Subdirección de Cultura Física de la “CONADE”, se tiene:

a) Activación física, fomentar actividades físicas que disminuyan el sedentarismo y los factores de riesgo de las Enfermedades crónicas. Con las siguientes líneas de acción:

- 1) “Activación física escolar”, fomentar estilos de vida saludables en las escuelas públicas y privadas de nivel básico.
- 2) “Actividad física laboral”, concientizar a los trabajadores públicos y privados de los beneficios que produce la activación física dentro y fuera del centro de trabajo para que participe en eventos masivos de activación física obteniendo mayor rendimiento laboral.
- 3) “Activación física en tu zona”, promover la activación física en espacios públicos para fomentar el cuidado de la salud y brindar capacitación para el desarrollo de promotores de activación física.

4) “Activación física”, propiciar la práctica masiva regular de activación física en espacios públicos. Fuente: (SEP, 2019, estrategias inciso “A”, p.10).

## La Iglesia

La Iglesia católica mexicana como uno de los líderes en el diseño estructural de la organización e institución con ajuste perfecto al sistema capitalista pero con enfoque de lo que Gómez, P. (2006) declaró “derecha política” (p.64), que ha sido el marco de posturas tanto reaccionarias como del conservadurismo en diversos momentos. Por más tres siglos fue religión de Estado con ideología de la fe con dos vertientes 1) entre el temor a Dios, miedo del fin del mundo y el infierno que prácticamente ha sido agotado; y 2) el amor a Dios. Pero nunca en la dimensión social, incluyendo a uno mismo, ambas vertientes ayudaron a la gobernabilidad.

La gran influencia histórica de la teocracia en la cultura e idiosincrasia del pueblo mexicano, teniendo al pan como parte relevante del misticismo, además del tema de responsabilidad que será juzgada en el terreno celestial, dejando un mar de ambigüedad y esperanza depositada en líderes en el plano terrenal. Tiene a la población como su mayor pasivo, en Zacatecas 2010, fue del 94% y 83% a nivel nacional (INEGI, 2010). La Iglesia ha ejercido el *intransigentismo*, término diseñado por Poulat, E. citado por Gómez, P. (2006), y que éste lo describió como la “oposición a ultranza al cambio” (p.64), y siendo una institución generadora de políticas, hoy tiene que mover el dogma para estar al día, como en su momento lo hizo al aceptar que la Tierra no era el centro del universo.

Como una muestra de intención, se dio a la tarea de hacer un pronunciamiento en favor del medio ambiente, pero de forma integral sobre la ecología humana, expresada en la Carta encíclica *Laudato Si'*. Que abre la puerta de interpretaciones en la parte doctrinal y sus múltiples componentes, incluyendo la evangelizadora porque su centro de atención es la población de la Amazonía. En el texto resulta interesante que de

cierta forma Juan Pablo II, citado por PP Francisco o Bergoglio, Jorge (2015) ya se había pronunciado, sobre el ser humano, que:

Parece “no percibir otros significados de su ambiente natural, sino solamente aquellos que sirven a los fines de un uso inmediato y consumo,” [...]. La destrucción del ambiente humano es algo muy serio, porque Dios no sólo le encomendó el mundo al ser humano, sino que su propia vida es un don que debe ser protegido de diversas formas de degradación. Toda pretensión de cuidar y mejorar el mundo supone cambios profundos en “los estilos de vida, los modelos de producción y de consumo” [...] El auténtico desarrollo humano posee un carácter moral y supone el pleno respeto a la persona humana, pero [...] “tener en cuenta la naturaleza de cada ser y su mutua conexión en un sistema ordenado” (párr. 5).

En cuanto al estilo de vida como producto de la dinámica de la vida cotidiana, que se le dio la siguiente significación: 1) no sólo autodestruye al individuo, sino también al colectivo y su entorno, resultado de una pobre espiritualidad que no necesariamente tiene que estar asociada a la religiosidad, sino a la paz que puede producir la inteligencia intrapersonal y que fue expresado por Bergoglio, J., (2015) “[...] ninguna persona puede madurar en una feliz sobriedad si no está en paz consigo mismo” (párr. 225). Y 2) Romano, Guardini citado por Bergoglio, J., el ser humano “acepta los objetos y las formas de vida, tal como le son impuestos” (párr. 203).

Desde la perspectiva clínica, el tema puede ser abordado por el elemento faltante del grupo multidisciplinario, la Psicología, para poder atender a la familia de usuarios en la Clínica.

## **La familia**

La familia con una cabeza con suprema autoridad, es la base del estado y miembro principal de ella. En donde la cuestión socio-económica hace la diferencia entre estos dos organismos. En la dinámica de la vida, el escaso crecimiento económico mexicano y la profunda brecha de desigualdad han obligado que más miembros de la familia se

incorporen a la población laboral. Nada extraordinario para la *República* de Platón o la *Política* de Aristóteles que expusieron la equidad de género. Como consecuencia, los valores, costumbres y cultura en general, que solía transferirse a los descendientes, se ha transformado y más miembros de la familia o sociedad tienen que contribuir con su cuidado y educación. De manera personal se enunciaría como el hombre primitivo, porque a diferencia de la mayoría de los seres vivos en el planeta, el ser humano en lo individual requiere desde su nacimiento del control para su existencia. Es decir, se requiere de quien lo alimente, proteja, etc., y en cada ciclo de vida se repite el proceso. Por otra parte, y compartiendo lo siguiente, la naturaleza racional del ser humano no sólo tiene que concebirse “a la manera del Derecho Natural racional, [...] sino [...] como una naturaleza que lleva su impronta” (Heller, 1971, p.5). Aunque, el ser humano es racional y Bobbio (2002) señaló que la siguiente hipótesis prescinde de validación empírica, pero se requiere del control como una constante a lo largo de su vida para convivir en sociedad a través de un sistema jurídico derivado del iusnaturalismo que establece los límites del poder (p.12). Para Kant sería la justificación del Estado de derecho en el contrato social, entonces la antítesis sería que, en todo Estado que no esté presente la razón, ni en la responsabilidad individual inherente a la convivencia es donde aparece el Estado coercitivo (Cantillano, 2009, p.3).

La dieta también ha sufrido cambios que no ha sido demasiado benéfica para la salud de los integrantes de la familia. Pero desde la perspectiva económica del Estado, se puede otorgar doble seguridad social para una singular familia que tiene dos miembros laborando y son derechohabientes de diferentes instituciones de salud. Paradójicamente, como lo mencionó la OMS (s/f), con el uso de las TIC y del transporte automotor la población se ha inclinado más al sedentarismo. Entonces, toda política que pretenda persuadir un cambio conductual como en lo educativo o cultural o en contra de adicciones para ser eficaz tendrá que incidir tanto en el núcleo social o “sistema, [descrito como] conjunto de elementos en interacción; es la totalidad coherente, como la familia [pero también como en el] suprasistema, [que describió como] medio que rodea al sistema (amigos, vecindad, familia extensa)” (Origel, C. 25/07/2019). La conducta compleja e incomprensible no sólo del mexicano, porque en su momento pasó en poblaciones de países industrializados, que al acercarse más a

las innovaciones tecnológicas, alta producción, mayor crecimiento, tener mayor ingreso, etc., se eleva, lo que ya se había comentado y dijo Majluf, P. (13/11/2019), su perspectiva de libertad que lo aleja cada instante de su origen natural y por consecuencia de la salud.

**III.- Visión retrospectiva**, con el análisis sobre evaluaciones anteriores, centrar la mirada en los puntos coyunturales que desviaron el rumbo hacia el cumplimiento de los objetivos. Para la Clínica como Instituto se cuenta con los resultados de las evaluaciones realizadas por diversos organismos, que es de resaltar, los de la Cuenta Pública 2017, en SHCP (2017, p.43), por contener el Programa Presupuestal E044 “Atención a la Salud”. Tal programa ya fue mencionado en el sub tema 1.12 Evaluaciones del desempeño institucional porque tiene proximidad con la propuesta del tratamiento no farmacológico, específicamente con la actividad física y nutrición.

**IV.- Visión prospectiva**, Godet (1995) citado por Amozurrutia (2014) estableció que la prospectiva cuenta con visión global, variables cualitativas, cuantificables, conocidas u ocultas, sus relaciones son dinámicas con estructuras evolutivas, el futuro es múltiple e incierto, con métodos de análisis intencionales, modelos cualitativos de impacto cruzado, y con actitud proactiva o pre activa (futuro deseado) (p.6). Por otra parte, Michel Godet, citado por Baena, P. (2015), enumeró la actitud prospectiva en cinco principios:

1. Ver a lo ancho.
2. Ver lejos.
3. Ver profundamente.
4. Pensar en el factor humano.
5. Asumir riesgos.

El mismo Godet, agregó otros tres puntos: 1) Ver diferente (con enfoques colectivos); 2) ver juntos (las decisiones son construcciones grupales); y 3) Tener flexibilidad intelectual (p.38).

Balbi (2007) citado por Rentería (2015) la prospectiva estratégica es el estudio sistemático que prevé posibles condiciones del futuro (p.281), que con acciones prudentes podrían llevar a mejores resultados. Para el Instituto y la Clínica son términos de novedad porque se mantiene en la operación de programas sin visión de futuro y muy difícilmente se alinea a un marco legal como se pudo ver en el sub tema de Normas Oficiales Mexicanas, y ni que decir del marco presupuestal.

Serbolov (2015) estableció que, la Planeación Prospectiva y Estratégica se conforma por las siguientes cinco dimensiones, basta que una de ellas falle para poner en riesgo o arruinar el proyecto:

I.- Visión de futuro.

II.- Gestión de conocimiento.

III.- Diagnóstico.

IV.- Gestión del cambio.

V.- Indicadores y mapas de estratégicos.

### **I.- Visión de Futuro**

Serbolov (2015) enlistó los siguientes requisitos por cumplir para el diseño estratégico o visión de futuro:

1. Ser un sueño muy alto pero relacionado a la naturaleza humana.
2. El sueño no debe violar leyes universales.
3. La visión de futuro debe alinearse a valores y principios como: la verdad, el respeto, lealtad y seguridad entre otros.
4. La visión de futuro debe contener fuertes razones del por qué y para qué nos motivemos a realizarla.

Rentería agregó que, se debe seguir los siguientes mecanismos para construir la visión de futuro: 1) consenso; 2) negociación y síntesis; 3) difusión; 4) transmisión; 5) participación; 6) gestión; y 7) control y evaluación (p.p. 153-156).



Una vez edificada la visión de futuro se compara con el marco formal que es de donde parte la construcción de la Planeación Estratégica, constituido por:

- 1) Marco consensual, nos dice como conseguir acuerdos, convenios, toma de decisiones y quien lo lleva a cabo. Este marco depende del Consejo de Administración, Dirección General, sin excluir niveles inferiores, pero con base en el conocimiento del tema.
- 2) Marco legal, desde un Acta constitutiva, leyes, normas, reglamentos, códigos, etc., que llevan implícitamente un consenso.
- 3) Marco institucional, compuesto por la estructura organizacional, jerarquías, departamentos, manuales de organización y procedimiento, instalaciones y recurso humano.
- 4) Marco Presupuestal, se refiere al recurso económico y financiero. Fuente: (Serbolov, 2015, p.156).

Para materializar la Visión de Futuro se requiere de un modelo de conocimiento.

## II.- Gestión de Conocimiento

### Matriz de inteligencia

S7	Holístico										
S6	Estratégico										
S5	Prospectivo										
S4	Crítico										
S3	Lógico										
S2	Intuitivo		○								
S1	Instintivo										
S0	Irracional										
	N0	N1				N2	N3	N4	N5	N6	N7
		a	b	c	d						
	Ignorancia	Difuso	Mapas	Preciso	Tablero	Medir	Control	Resultado	Know How	Know Why	Holístico

Relación inexistente	Relación vaga, difusa	Relación exacta, precisa	Objetivo óptimo de la organización del conocimiento	Ubicación Instituto	○
----------------------	-----------------------	--------------------------	---	---------------------	---

**Tabla 15.** Fuente: Serbolov, Y. (2012) Matriz de Inteligencia. *Certus Consultores*. Recuperado el 1 de agosto de 2020, de <https://es.slideshare.net/YuriSerbolov/matriz-de-inteligencia>

Con una matriz de inteligencia estructurada por siete niveles de conocimiento y siete niveles de percepción se evalúa el nivel de las dimensiones, Visión de Futuro, Planeación Estratégica, Diagnóstico, Indicadores o Gestión del Cambio. La ubicación del Instituto se ha colocado arbitrariamente en la casilla (N1-Difuso, S2-Intuitivo) porque la operación del Programa presupuestal E044 “Atención a la salud” cuenta con estrategias propias, pero hay diversas acciones que no se han cumplido y que con el diagnóstico a través del análisis FODA se podría apreciar de manera más objetiva.

### **III.- Diagnóstico**

#### **Análisis FODA**

En el análisis de variables preponderantes con el FODA se consideran los aspectos internos competitivos, si son fuertes son los activos y si son débiles son los pasivos, pero dependiendo del enfoque que se le den a los últimos, se pueden transformar como fortalezas o reducir su valor. Los factores exógenos que la organización no puede controlar, pero si sus efectos favorecen al desarrollo del Instituto son oportunidades, y por lo contrario, si son negativos son amenazas (Rentería, p.282).

Con base en los diversos resultados de las evaluaciones y auditorías realizadas al Instituto que se han presentado en diversos capítulos del presente trabajo y que son aplicables a la Clínica. Se advierte que la puntuación se estableció de manera arbitraria considerando la importancia del elemento o número de participantes. Con todo ello se obtiene el siguiente análisis situacional:

<b>Balanza endógena</b>	
<b>Fortaleza preponderante:</b> <b>F1. Institución. (10)</b> <b>F2. Pp E044 “Atención a la salud”. (10)</b> <b>F3. Grupo multidisciplinario profesional (6 integrantes). (6)</b> <b>F4. Espacio, mobiliario y equipo de cómputo. (10)</b> <b>F5. Presupuesto (salarios y gastos de mantenimiento de la unidad). (10)</b> <b>F6. Resultado de evaluaciones por organismos externos. (5)</b>	<b>Debilidad preponderante:</b> <b>D1. Se carece de vinculación institucional. (10)</b> <b>D2. No se cuenta con elementos importantes en la metodología (*Ver Nota al término de la presente tabla). (30)</b> <b>D3. No se cuenta con una/un Psicólogo. (1)</b> <b>D4. No se han elaborado mapas del tipo estratégico, exploración de futuros, prospectivo lineal o matemático. (10)</b> <b>D5. Recurrencia de acciones. No se toma en cuenta resultados de evaluaciones. (10)</b> <b>D6. Capacitación sin objetivo claro. (5)</b> <b>D7. Programa costoso basado en resultados por ciclos estáticos. Sólo se ha atendido a 70-100 usuarios de la población objetivo por 7 años. (30)</b>
<b>Total de fortalezas: 51</b>	<b>Total de debilidades: 96</b>
<b>Total de la balanza endógena: -45</b>	

<b>Balanza exógena</b>	
<b>Oportunidad preponderante:</b> <b>O1. Normatividad inherente y obligatoria que vincula con otras instituciones. (20)</b> <b>O2. Instituciones que se presentaron en la visión exógena (SEP, CONADE, Iglesia y familia). (20)</b> <b>O3. Organizaciones internacionales. (10)</b> <b>O4. Uno de los principales clientes de la Clínica es la UAZ con su unidad de Psicología. (20)</b>	<b>Amenaza preponderante:</b> <b>A1. Estilos de vida en la población y Cultura. (20)</b> <b>A2. Mercado. (20)</b> <b>A3. Reducción de presupuesto. (10)</b> <b>A4. Sistema centralizado del Instituto.(5)</b>
<b>Total de oportunidades: 70</b>	<b>Total de amenazas: 55</b>
<b>Total de la balanza exógena: 15</b>	

**Tabla 16.** Elaboración personal. Fuente: Rentería, L. A. (2015) Planeación prospectiva estratégica: Propuesta metodológica para instituciones de educación superior. *En comp., con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina*. Coordinado por Baena, Paz Guillermina. México, U.N.A.M., F.C.P. y S., p 284. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

\*Nota: Para el control del Pp E044, de entrada el SED encontró que “no está explícito el plazo para su revisión y actualización. [Por parte de los mecanismos de elegibilidad] El Pp no cuenta con una estrategia de cobertura que especifique metas de mediano y de largo plazo. [En su presupuesto] no cuenta con una referencia de sus gastos en capital y unitarios” (SHCP, 2017, p.p.43-44).

#### **IV. Gestión del Cambio**

“La Gestión del Cambio es la dimensión donde ocurren las cosas” (Rentería, 2015, p.160). Implica la reconfiguración de actitudes de los servidores públicos de la Clínica y de la Delegación regional del Instituto con alineamiento a la efectividad personal que Covey, R. Stephen citado por Rentería (2015, p.159) son:

- ❖ Tener un objetivo en mente.
- ❖ Ser proactivos.
- ❖ Anteponer prioridades.
- ❖ Renovarnos física, mental, emocional, social y espiritualmente.

De lograrse la efectividad personal se estaría aproximando a una red de grupos de alto rendimiento con principios de efectividad, como:

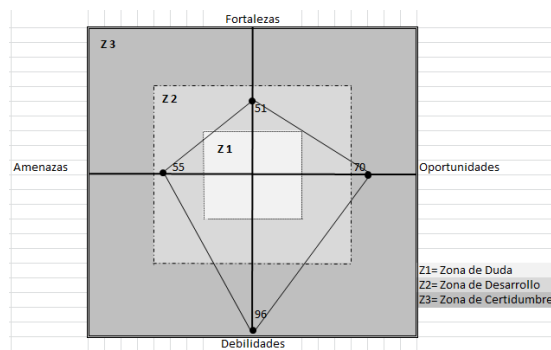
- ❖ Primero escuchar.
- ❖ Establecer relaciones de ganar-ganar.
- ❖ Alcanzar una visión común.
- ❖ Lograr el trabajo en equipo o sinergia.
- ❖ Renovación colectiva. Fuente: (Rentería, 2015, p.160).

Con lo anterior, el paso siguiente es el cambio de cultura organizacional para un acercamiento a la Visión de Futuro, Planeación Estratégica, a variables críticas de éxito, indicadores estratégicos y a los principios de efectividad simple y grupal. Para tal motivo, se requiere de códigos de ética, modelos de liderazgo, mando y control, así como, modelos de tomas de decisión, delegación, negociación, dirección y de evaluación, control y corrección (Rentería, 2015, p.160). No se debe de perder de vista que, con todo esto, se construye de manera simultánea un servicio o bien de calidad.

## V.- Mapas estratégicos

Para asegurar que la Gestión del Cambio está funcionando se requiere de definir los indicadores, variables críticas de éxito y los mapas que son fundamento de la Planeación Estratégica.

Con la información obtenida en el análisis FODA lo llevamos al Mapa Diagnóstico Estimado (Gráfica 14) que de manera visual nos ayudará a comprender la situación. Con la finalidad de construir el Modelo prospectivo lineal simple (MPLS).



**Gráfica 14.** Elaboración personal. Fuente: Rentería, L. A. (2015) Planeación prospectiva estratégica: Propuesta metodológica para instituciones de educación superior. En comp., con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coordinado por Baena, Paz Guillermina. México, U.N.A.M., F.C.P. y S., p. 286. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

La interpretación que se obtiene del Mapa Diagnóstico Estimado, es que el Pp E044 se desarrolla en una zona de desequilibrio, de certidumbre negativa que urge se retire lo más pronto posible de allí. Por crisis estructural que no edifica el aprovechamiento de oportunidades, crisis por incapacidad del grupo multidisciplinario para operar el programa, crisis de resistencia tanto del grupo multidisciplinario para evaluar la operación bajo objetivos y metas en tiempo razonable, como de los usuarios por aceptar ser dados de alta del programa. Es decir que, las oportunidades no han sido aprovechadas por falta de vínculos institucionales y alineamiento a la normatividad. Porque en la franja de debilidad se opera con escasas estrategias que evitan la

transformación de las debilidades a fortalezas, las oportunidades no se han capitalizado y por ello el programa no ha tenido éxito. Fuente: (Rentería, 2015, p.288).

Con lo anterior y de seguir la Clínica operando el Pp E044 “Atención a la salud”, y los programas preventivos, como lo ha venido haciendo, se puede construir el Mapa prospectivo lineal simple, como los siguientes escenarios:

El escenario tendencial apunta al fin de dicho programa por no tener éxito, la población objetivo del mismo programa no se renovará de manera sistemática. Como consecuencia no se reducirán los casos de Enfermedades crónicas, la demanda de medicamento se incrementará para controlar los indicadores de salud de los Enfermos crónicos. Ocasionando mayores daños de los actuales a las finanzas públicas y con ello la calidad del servicio, de manera general se califique como mala.

La parte prospectiva apunta, a que, al transformar la cultura de la población objetivo utilizando los vínculos institucionales para reducir costos de operación se desea alcanzar el objetivo de controlar o reducir la dinámica de aparición del número de casos de dichas enfermedades y la población en general se concientice de adoptar mejores y saludables estilos de vida.

El escenario deseable, es que, el Pp E044 y programas preventivos funcionen de manera exitosa, la aparición de casos de Enfermedades crónicas disminuya, y los ya enfermos controlen sus indicadores de salud. Para ello se requiere de estrategias de vinculación, alineamiento a la normatividad y que el grupo multidisciplinario sea quien conduzca el sistema del Método Delphi. Con acciones como, el responsable de la Delegación del Instituto ejecute la vinculación institucional con la SEP, CONADE, UAZ, DIF local, con dependencias federales presentes en la región. Por su parte el grupo multidisciplinario tenga mayor presencia en las familias de la localidad con los programas preventivos, promoción a la salud y abra diálogo con los líderes espirituales. Toda esta labor proactiva pretende coadyuvar al cambio cultural y se estaría evaluando cada mes. Fuente: (Rentería, 2015, p.p.291-293).

## **5.2.- Prevención de los intangibles como contabilidad anticipada y propuesta metodológica para el diseño de la planeación estratégica prospectiva**

La tendencia del gasto público ha puesto como reto, que el Instituto sea más competitivo, atienda con acciones eficaces y oportunas la transición epidemiológica y demográfica, considere las amenazas del mercado caracterizado por la globalización.

Por su parte, los Planes Nacionales de Desarrollo en las dos últimas administraciones han realizado un buen diagnóstico del punto “A”, donde se han señalado los riesgos que han incrementado el número de casos de las Enfermedades crónicas y diseñado estrategias con acciones para conducir la población al punto “B”, el estado del bienestar en la salud o uno de los elementos en la calidad de vida con repercusión en lo económico. Con el tiempo se fueron desdibujando las estrategias, ya sea porque no se contempló de manera holística la problemática en los objetivos institucionales o porque las amenazas que se fueron presentando día a día, junto con las debilidades del Instituto fueron reduciendo de las estrategias originales la probabilidad de ser eficaces, sin que autoridades y menos los grupos multidisciplinarios se reunieran para modificar estrategias y acciones para cumplir en su totalidad los compromisos institucionales inscritos en la misión y en menor grado alcanzar la visión.

Es por ello que se había propuesto como tema de la presente Tesis, la implementación de la Planeación prospectiva estratégica en el Instituto, pero el tiempo y las circunstancias se anticiparon. Para el presente sexenio 2018-2024, ya existe dentro del Instituto la Dirección Normativa de Prospectiva y Planeación Institucional, que ha diseñado cinco objetivos muy congruentes a la realidad, que pueden ser examinados en <https://programadetrabajo.issste.gob.mx/#>

Es de llamar la atención el primer objetivo, “Seguro de salud con calidad. Otorgar servicios de salud oportunos, accesibles, de calidad y con equidad a lo largo de todo el ciclo de vida de la población derechohabiente, para contribuir al bienestar y garantizar su derecho a la salud física, mental y social, con base en el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I).” Que contiene siete estrategias prioritarias y 67

acciones puntuales y coherentes para enfrentar las deficiencias que otorga el desempeño institucional en el seguro médico. En letra, los mecanismos creados no dejarán de ser un plan, lo interesante es ver con el transcurrir del tiempo, como la visión de los objetivos puestos en el futuro serán intervenidos por acciones en tiempo presente. Y durante el proceso con los muy probables movimientos de estrategias se puedan lograr los objetivos o por lo menos, que su acercamiento logre reducir la problemática expuesta.

Caraballo (2015) denominó a la creación del mecanismo que considere el factor holístico o recursos tangibles e intangibles, tanto los que contribuyen al buen desarrollo de acciones como aquellos que impiden el progreso con acercamiento al objetivo deseado; para visualizar escenarios de manera anticipada que incluyan entre otros, los mercados como ostentadores del poder y las megatendencias (epidemiológicas y demográficas), como *Contabilidad Nacional ampliada* (p.387).

La finalidad es, tener una perspectiva de forma anticipada de los efectos del factor mencionado y sean contrastados con el enfoque matricial a través de una lista o *mapa de riesgos y oportunidades* para realizar los *Sistemas de Alerta Temprana*. Basado en el diseño inteligente de estrategias que mejoren los procesos de gestión interinstitucional, persuasión al derechohabiente y la toma de decisión, construidas por argumentos prospectivos del método Delphi (Caraballo, 2015, p.387). La importancia de inclusión del factor holístico es para el acercamiento al objetivo deseado, que en este caso, es reducir el número de casos de Enfermos crónicos y controlar los indicadores de salud de los ya enfermos, ya que cada región del país contiene



particularidades que pueden ser considerados en el Mapa de la localidad<sup>109</sup> y Mapa del poder<sup>110</sup>, además de un grupo de indicadores por evaluar<sup>111</sup> (Carballo, p.387-388).

La atención por resolver los grandes problemas sociales ha dejado de apreciar *señales débiles* no sólo encontradas en estilos de vida poco o nada saludables, sino en la cultura general. Incluyendo la posibilidad de que la medicina convencional tiene que enfrentarse a una transformación con atención especializada a la Psique, como sucedió en el pasado cuando la medicina convencional vino a sustituir a la Herbolaria, comadronas, curanderos y hasta chamanes. De ser considerada tal transformación podría tener gran influencia en el Sistema Nacional de Salud.

Como bien lo menciona Carballo (2015) “los procesos anárquicos son difíciles de revertir” (p.395). En la localidad se ha exacerbado este proceso y con el estudio se ha confirmado que ni el estatus económico, ni de conocimiento es determinante para evitar las Enfermedades crónicas. Pero situación interesante, con el proceso de globalización en corto tiempo se ha podido cambiar parte de la cultura mexicana. Entonces, con ideología dirigida a promover la prevención y el autocuidado de la salud en la sociedad es posible crear una espiral virtuosa y matizar el proceso anárquico.

Las necesidades más específicas de los actores se configuran en tres tipos de escenarios, *tendencial* con fundamento en los movimientos de las principales variables, demografía y epidemiología. La complementación de estos escenarios con el rol de los actores relacionados a distintas valoraciones se denomina *escenarios alternos*, con la utilidad para el diseño prospectivo. De este tipo de escenarios se selecciona el

---

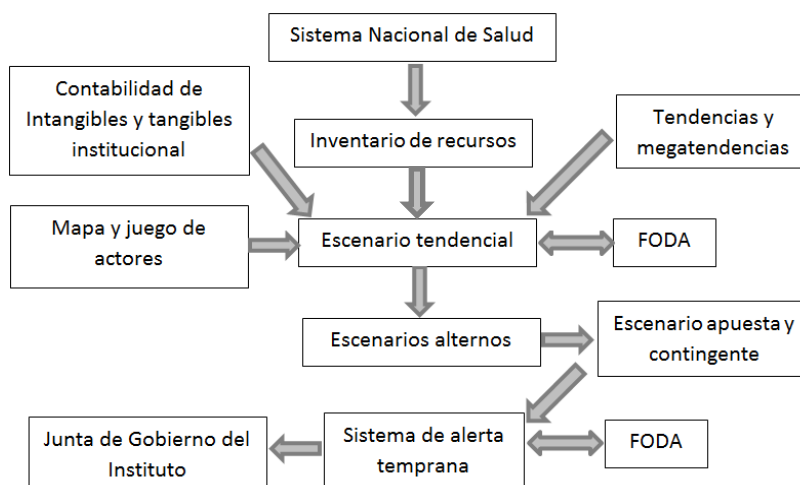
<sup>109</sup> Con una adecuación al caso de manera personal, el Mapa de actores de la localidad está conformado por la relación de creencias arraigadas de los derechohabientes con sus pares migrantes que mayoritariamente profesan la religión Católica, 58 entidades administrativas incluyendo los trabajadores de la Secretaría de Salud del estado, educación básica y superior, sociedad civil, gobierno municipal y estatal con sus respectivas ideologías de gobierno, cultura, clima, perfiles de los principales actores, etc.

<sup>110</sup> El Mapa del poder está conformado por los nuevos actores, como el grupo de adultos mayores, que los integra cada día más por las Enfermedades crónicas, pero que debilitan las finanzas del Instituto, más tres grandes empresas manufactureras en el municipio de Guadalupe.

<sup>111</sup> De la misma manera se hace una adecuación al caso del Grupo de indicadores por evaluar: grupos religiosos, líderes políticos, sindicato de pensionados del magisterio, usuarios de redes sociales e Internet, ligas y clubes deportivos, población rural, su análisis nos proporcionará indicadores de necesidades actuales y futuras, útiles para un FODA complementario.

*escenario de apuesta* que será la base y junto al *escenario contingente* se diseñaran las estrategias anticipadas, que nuevamente pasaran al análisis *FODA* y configurar el *sistema de alertas tempranas*. Lo anterior quedaría representado para el caso en el gráfico 15.

### Propuesta metodológica para el diseño prospectivo del Instituto.



**Gráfica 15.** Fuente: Caraballo, Luis Gilberto (2015) La anticipación de los intangibles, una contabilidad anticipatoria global\*. Venezuela, p.p. 393. En comp. Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coord. Baena, P. G. México, U.N.A.M., F.C.P. y S. Recuperado el 25 de octubre de 2019, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

## Conclusión Capítulo V

Con lo anterior se concluye que, en la Clínica no se ha reconocido el valor obtenido con la experiencia organizacional y lo que en tiempo pasado fue la planificación de los programas preventivos institucionales, la visión de la cultura organizacional con sus acciones emprendidas sin proyección hacia el futuro, finalizó en un plan que condujo a lo no deseado, el incremento del número de casos de las Enfermedades crónicas.

Se comprueba la utilidad de la metodología de la Planeación Estratégica Prospectiva, que desde la construcción de la matriz de inteligencia se descubrieron

pasos que no fueron realizados por el grupo multidisciplinario, que en principio debió adoptar la postura de ser un grupo de especialistas. De manera más explícita explicó los errores cometidos en la conducción del Pp E044 "Atención a la salud", como de los programas preventivos y que de haberse empleado el análisis FODA se pudo haber dado un giro de 180° a la debilidad institucional que devengaría en fortalezas con los mismo integrantes del citado grupo. Ahora, que de contar con una o un Psicólogo se incrementaría la posibilidad de reducir tanto el número de casos de Enfermedades crónicas, como el control de indicadores de salud en la población que ya padece dichas enfermedades, por el hecho de coadyuvar al cambio cultural del mismo grupo especialista, como de la población objetivo.

Si bien, con la *Gestión del Cambio* que pretende generar sinergias, es importante con la división del trabajo valorar la función y experiencia de cada uno de los actores del Instituto. En especial se resalta de aquellos que ya conocen el marco consensual, cuentan con el perfil político y son hábiles para crear con ética y liderazgo acuerdos o convenios requeridos en el ámbito interinstitucional. Que de ser bien dirigida sus acciones con el grupo de actores que se encuentran dentro del Mapa de actores de la localidad, como del Poder, se detendría y muy probablemente se revertiría el escenario tendencial de los casos de Enfermedades crónicas. En principio, es considerar el factor holístico, sin despreciar cualquier señal por débil que sea, que contribuya a la construcción del mapa de riesgos y oportunidades. Para cambiar la cultura organizacional, incrementando la posibilidad de generar una espiral virtuosa con la integración de voluntades, actitudes y pensamientos proactivos, en los individuos (usuarios y servidores públicos) como en los vínculos interinstitucionales y contrarrestar los efectos negativos de los factores exógenos. En principal, el mercado de alimentos procesados y comida chatarra.

Es entendido que, la mayoría de las decisiones y programas presupuestales se toman a nivel central y de la Secretaría de Salud, pero las acciones descentralizadas bien ejecutadas con principio de efectividad, planeadas estratégicamente proporcionan números útiles para justificar el buen desempeño de la Clínica y la permanencia del

programa. Como para crear más y nuevos escenarios favorables a la salud incluyendo el ideal que reduciría considerablemente el gasto público, número de casos de Enfermedades crónicas y los altos niveles en los indicadores de salud de la población con dichas enfermedades.

## **Conclusión General**

Se conoce que, el período de supervivencia del ser humano ha sido mayor sin el medicamento industrializado, que las enfermedades de transmisión han sido y serán la amenaza constante de la vida humana, pero el riesgo de padecer las Enfermedades crónicas antes de la era de la globalización no fue motivo de preocupación. Debido a que, la vida del ser humano había sido más activa y su alimentación más nutritiva de lo que en la actualidad representa. Se sabe que dichas enfermedades y sus complicaciones son evitables o por lo menos su presencia se puede retardar, sólo sí, se tiene un estilo de vida sano con actividad física y su alimentación es suficiente y nutritiva. Las Enfermedades crónicas no son curables y son de largo plazo.

Con todo lo anterior se concluye que, aunque, la investigación proporcionó pruebas de que el costo per cápita de la medicación para el tratamiento farmacológico de los Enfermos crónicos de la Clínica no es elevado, pero tampoco es suficiente prueba para determinar que la hipótesis es válida; se requiere de mayores muestras e incluir diversas unidades médicas para ser concluyente. Pero se pudo corroborar que, los gastos administrativos, como, el tipo de políticas y su forma de implementación están erosionando al erario al no contener las Enfermedades crónicas en los objetivos institucionales, como también sucede con los programas preventivos. La situación por la que no se ha podido corregir lo anterior, desde la perspectiva de la administración pública federal, es debido al factor humano que interviene en la relación Institución-debilidad-Institucionalidad y el principio de la división de poderes no ha limitado las atribuciones del jefe del Poder Ejecutivo, ni obligado a corregir sus decisiones. Debido a que, el diagnóstico y ejes rectores fueron presentados por el Presidente de la

República en su Plan Nacional de Desarrollo y gran parte de la solución de la problemática es decisión de él por ser el jefe de Gobierno y autoridad sanitaria.

Es decir, se privilegia la indisoluble *politics* en la administración pública federal que obstaculiza la función rectora del Estado, y también se encuentra presente en la relación acciones de gobierno y autocuidado de la salud del usuario. Es requisito indispensable del Estado de derecho para no recurrir a la lucha de poderes entre gobernantes y gobernados en el entorno democrático que es terreno fértil para profesionalizar a los servidores públicos para desempeñar su función de manera competitiva y productiva. Con un sistema jurídico como órgano estabilizador para la gobernabilidad, que regula conductas, mercados, respeta derechos humanos, entre ellos, equilibra las demandas y oferta de los servicios de salud.

La implementación de la normatividad inherente al caso, es lo ideal, no sólo para optimizar el uso de recursos con calidad, sino para que las políticas establecidas mejoren sus resultados y se desacelere la tendencia de casos de Enfermedades crónicas.

La calidad del desempeño en los servicios y seguro médico que otorga la Clínica tiene un nivel intermedio con oportunidad de incrementar su factor, si se implementa la normatividad. La calidad de los servicios es tolerable por la derechohabiencia porque en la medida de lo posible se le proporciona su medicamento y porque no se le insiste en su participación activa en el tratamiento no farmacológico. Es decir, el usuario se mantiene en su zona de confort de manera exclusiva con el tratamiento farmacológico.

Se comprobó que el área médica no cuenta con las herramientas suficientes para desempeñar su función utilizando las TIC. Además de que, el sistema informático de la Clínica e Instituto es un sistema fragmentado que no cuenta con interfaces de compatibilidad y no cumple con la norma, situación que justifica el costo político con el

enorme número de servidores públicos contratados en el área administrativa, sin importar el costo financiero ni la calidad del servicio.

Con el análisis del Pp E044 “Atención a la salud” se demostró que se requiere de manera urgente la Planeación Prospectiva Estratégica, no sólo para este programa sino para corregir factores endógenos, aprovechar las oportunidades y reducir el impacto negativo exógeno de la cultura y de los mercados de alimentos procesados y farmacológicos, etc., con estrategias que permitan lograr objetivos deseados en todos los programas que desempeña la Clínica. Se resalta la estrategia propuesta de generar una medida compensatoria (co pago), como incentivo para coadyuvar al control de los indicadores de la salud en los Enfermos crónicos y mejorar las finanzas públicas.

Evitar que los indicadores de los programas en la Clínica los operativice el servidor público de la Clínica para no generar sesgos y que la información proyecte transparencia. Así, como se ha venido presentado el escenario tendencial de las Enfermedades crónicas, se determina que, es resultado de la suma de factores del desempeño del sector público y privado, como estilos de vida de la sociedad que ha formado una estructura sistemática inintencional.

Para la construcción de una estructura que contrarreste los efectos negativos endógenos o exógenos, como lo indica la normatividad, se requiere de la implementación de la psicoterapia en los programas preventivos, como en la atención de los Enfermos crónicos para regular conductas, que dependiendo de su implementación puede reflejar excelente calidad del servicio. También se requiere de incentivar el éxito de los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos. Por la parte institucional, se requiere de la Gerencia social para que se genere ciudadanía, se logre que los objetivos de los programas tengan impacto masivo y realice vinculación interinstitucional, además de negociar con líderes del Mapa de actores de la localidad para conseguir bajar recursos adicionales al presupuesto de la Clínica y desarrollar dichos programas con ideología, como ejemplo, se cuenta con el antecedente de:

*Acuerdo Nacional por la Prevención, pausas de la salud y la hora de activación física laboral.*

Para finalizar, con los resultados del estudio realizado en el Programa “PrevenISSSTE cerca de ti” se demuestra que, si los servidores del área médica que cuentan con la formación e información específica para el cuidado de la salud y sus rentas superan la media nacional, no los exime de perder el control conductual que los conduciría a padecer las Enfermedades crónicas, entonces, qué se puede esperar del resto de la sociedad sin la psicoterapia.

## **Recomendaciones**

Aunque, la investigación descubrió que el costo per cápita del medicamento del enfermo crónico controlado es razonable, se sugiere realizar una investigación con mayor número de muestras y en varios centros de salud, para ser concluyentes de que las Enfermedades crónicas no alcanzarían a deteriorar el gasto público.

Para el Instituto, se sugiere lo siguiente:

Cuantificar el costo de los servicios médico con la finalidad de gestionar su presupuesto.

Reforzar la implementación de los programas preventivos y promoción de la atención a la salud.

Utilizar las TIC, porque ya no es una opción para eficientar la gobernabilidad y el uso de los recursos, para obtener de manera confiable el registro médico para que la información sea un apoyo a las estrategias por implementar en un Plan Prospectivo Estratégico, que también se recomienda al Instituto y lograr que la atención médica sea moderna y de calidad.

Gestionar con las autoridades pertinentes, la actualización de cuotas y que estas contemplen los riesgos de salud de su población, así como, el número de afiliados por trabajador. La implementación de una medida compensatoria simbólica (co pago), por ejemplificar, 20 pesos por consulta. Mejorar salarios de sus trabajadores con un modelo que incentive la calidad y productividad del servicio médico. Contar con un médico más por turno, dos enfermeras por médico y dos psicólogas o psicólogos en las instalaciones de la Clínica. Certificar y estandarizar las funciones de los servidores públicos de la Clínica. Lo anterior para mantener finanzas sanas y mejorar la calidad del seguro médico y sus implicaciones, como, equipo médico en óptimas condiciones, personal médico suficiente, sistemas informáticos modernos y confiables, instalaciones cómodas y funcionales.

Realizar vínculos con las instituciones del deporte en la localidad para coordinar el programa de activación física que debe contar con el principio de individualidad. El programa debe considerar la frecuencia cardiaca máxima ( $FCM = 220 - \text{edad en años}$ ) de cada individuo, ya que se sugiere que inicie su programa con el 50% de su FCM, con tres días alternados a la semana y se incremente de manera paulatina y progresiva hasta lograr cinco días como mínimo y una FCM entre el 60 y 70% como máximo. El ejercicio se debe sujetar a la fase de calentamiento (20% del tiempo de la rutina), fase principal que debe ser aeróbico y también incluir ejercicios de fortalecimiento (60% del tiempo de la rutina) y fase de enfriamiento con ejercicios de estiramiento (20% del tiempo de la rutina). La rutina se inicia con un tiempo de 30 minutos y se incrementa de manera paulatina y progresiva hasta 60 minutos. Nota, la FCM es quien determina el incremento de la intensidad y el tiempo de duración de la rutina.

Realizar vínculos con los actores económicos y políticos de la localidad, con el fin de optimizar los recursos públicos y evitar duplicidad de programas en la región.

Respetar la normatividad inherente para hacer funcionales los programas presupuestales.

Eliminar el programa MIDE y la atención de los diabéticos, como de los demás enfermos crónicos se realice en la consulta externa general. Con la finalidad de



atender con calidad y más frecuente el control de los indicadores de salud de los usuarios.

Referenciar al segundo o tercer nivel de atención médica, los enfermos oncológicos y todos aquellos que requieran atención especializada.

Para el Gobierno Federal se recomienda vigilar la alineación de los programas sectoriales e institucionales con el Plan Nacional de Desarrollo. Es decir, coordinar los servicios de salud con los demás niveles de gobierno e instituciones, para unificar el Sistema Nacional de Salud y optimizar el uso de recursos públicos. Que la Secretaría de Salud supervise que los alimentos procesados no contengan niveles calóricos de grasas y azúcares, sales u otras sustancias que sean nocivas para la salud de la población.

### **Referencia Bibliográfica:**

Abundis, R. M. A. y Morán, N. S. A. (2016). El Derecho humano a la igualdad en la Constitución mexicana, algunas consideraciones. México, Ciencia Jurídica Universidad de Guanajuato, Departamento de Derecho Política y Gobierno, Departamento de Derecho, p. 139. Recuperado el 10 de junio de 2020, de [www.cienciajuridica.ugto.mx/index.php/CJ/article/download/193/186](http://www.cienciajuridica.ugto.mx/index.php/CJ/article/download/193/186)

Aguilar, V. L. F. (2013). El gobierno del gobierno. México, *INAP*, p.p. 26-38. Recuperado el 29 de julio de 2020, de [https://www.inap.mx/portal/images/pdf/book/gobierno\\_delgobierno.pdf](https://www.inap.mx/portal/images/pdf/book/gobierno_delgobierno.pdf)

Álvarez, C. O. (14/11/2019). Que piensa la sociedad de la diabetes. Flores del Campo, J. Genaro. Festejo del Día Mundial de la Diabetes. Conferencia llevada a cabo en el Aula de enseñanza de la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe del ISSSTE, Zacatecas.

Amozurrutia, J. A. (2014). Apuntes para el análisis prospectivo y construcción de escenarios. En comp. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coord. Baena, P. G. México, U.N.A.M. Recuperado el 22 de octubre de 2019, de [http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/amozi/Apuntes\\_Prospectiva.pdf](http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/amozi/Apuntes_Prospectiva.pdf)

Animal Político (23/04/2019). El ISSSTE garantiza su operación hasta julio, ¿cómo aumento su deuda hasta llegar a la quiebra? México. *Animal Político*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de <https://www.animalpolitico.com/2019/04/issste-quiebra-crisis-financiera-deuda/>

Arellano, R. J. (2/02/2011). ¿Es México un paraíso fiscal de facto? México, *Expansión*. Recuperado el 2 de febrero de 2020, de <https://expansion.mx/opinion/2011/02/01/es-mexico-un-paraiso-fiscal-de-facto>

Arendt, H. (2005) *Sobre la violencia*. España, Alianza Editorial, pp. 48- 78.

Aula Esteve de Calidad Asistencial, Seguridad y Adherencia Terapéutica (julio 2014). Disponible en [http://www.universidadpacientes.org/calidad\\_asistencial/info/3.38/](http://www.universidadpacientes.org/calidad_asistencial/info/3.38/)

ASF (2019). Informe General Ejecutivo Cuenta Pública 2017. México Cámara de Diputados. Recuperado el 5 de noviembre de 2019, de [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegeneral/Informe\\_feb2019\\_CP.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegeneral/Informe_feb2019_CP.pdf)

ASF y SFP (2014). Marco integrado de control interno. Auditoría especial de tecnologías de información, comunicaciones y control. México, p.p. 16-31 Recuperado el 10 de septiembre de 2019, de [https://www.asf.gob.mx/uploads/176\\_Marco\\_Integrado\\_de\\_Control/Marco\\_Integrado\\_de\\_Cont\\_Int\\_leyen.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/176_Marco_Integrado_de_Control/Marco_Integrado_de_Cont_Int_leyen.pdf)

Baena, P. G. (2015). El antiazar: La planeación prospectiva estratégica. En compilación con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coord. Baena, P. G. México, *U.N.A.M., F.C.P. y S.*, p.p. 33. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

Banxico (2019). Sistema de Información Económica. México. *Banco de México*. Recuperado el 26 de septiembre de 2019, de <https://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?sector=1&accion=consultarCuadroAnalitico&idCuadro=CA11&locale=es>

Bartolini, S. (1994). Manual de Ciencia Política. Compilación de Gianfranco Pasquino. Madrid. *Alianza Editorial*, p.p. 39-55. Recuperado el 2 de noviembre de 2018, de <https://clasesvirtuales.ucf.edu.cu/pluginfile.php/.../Manual%20Ciencia%20Política.pdf?>

Barzelay, M. (2000) Atravesando la burocracia. México. *Fondo de Cultura Económica*, p.p. 39-52; 173-196. Recuperado el 23 de marzo de 2019, en [https://www.u-cursos.cl/inap/2013/2/ADP301/2/material\\_docente/bajar?id...](https://www.u-cursos.cl/inap/2013/2/ADP301/2/material_docente/bajar?id...)

Baumhauer, O. (1976). Clima de opinión, opinión pública, control social: un acercamiento sistémico-general en R. Rivadeneira, *La opinión pública*, Trillas, México, 1976, p.11

BBC (22/04/2013) ¿Por qué el azúcar es tan adictiva? Recuperado el 18 de noviembre de 2019, de [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/04/130403\\_salud\\_adiccion\\_azucar\\_finde\\_np](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/04/130403_salud_adiccion_azucar_finde_np)

Béjar, R. L. J. y Orrico, G. A. (2013). El Control Administrativo en México. Uruguay. *Revista de Derecho-UM*. Recuperado el 30 de marzo de 2019, de <http://revistaderecho.um.edu.uy/wp-content/uploads/2013/02/Bejar-Rivera-y-Orrico-Galvez-El-Control-Administrativo-en-Mexico.pdf>

Bergoglio, J. M. (2015). Carta Encíclica Laudato Si'. Roma, párrafo 5. Recuperado el 13 de octubre de 2019, de [http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20150524\\_enciclica-laudato-si.html](http://w2.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html)

Bobbio, N. (2002). Liberalismo e democrazia. México, 8ª. Ed. F.C.E., p.p. 7-22

Bonifacio, J. A. (2006) Desafíos y Oportunidades en la Institucionalización de una función pública profesional. México. *Revista Servicio Profesional de Carrera*. 3(6)9-38

Bonnefoy, J. C. (marzo 2006). Indicadores del Desempeño en el Sector Público. República Dominicana, *CEPAL*. Recuperado el 3 de julio de 2019, de <https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/2/23992/Indicadores%20de%20Desempe%C3%B1o.pdf>

Brito, M. R. (s/f). El principio de igualdad en el Derecho constitucional comparado. México, U.N.A.M. p. 139 Recuperado el 09 de junio de 2020, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1968/9.pdf>

Business Finland (14/06/2019). Smart health. Finlandia, *good news FROM FINLAND*. Recuperado el 18 de octubre de 2019, de <https://www.businessfinland.fi/en/do-business-with-finland/explore-finland/health--wellbeing/Wellnesscare/>

Calderón, H. F. J. (2007). Plan Nacional de Desarrollo. México, *Cámara de Diputados LXIV Legislatura*. Recuperado el 23 de abril de 2019, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

Cámara de Diputados (09/01/2006). Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. México. *D.O.F.* Recuperado el 21 de agosto de 2018, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/260.pdf>

----- (11/08/2014). Ley Federal de las Entidades Paraestatales. México. *D.O.F.* Recuperado el 17 de agosto de 2019, de

[http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/MarcoJuridicoGlobal/Leyes/202\\_lfep.pdf](http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/MarcoJuridicoGlobal/Leyes/202_lfep.pdf)

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (22 de junio de 2018). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México *D.O.F.* Recuperado el 5 de noviembre de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE\\_220618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_220618.pdf)

----- (1 de marzo de 2019). Ley Federal de Empresas Paraestatales. México, *D.O.F.* Recuperado el 16 de junio de 2019, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/110\\_010319.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/110_010319.pdf)

----- (22 de enero de 2020). Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. México, *D.O.F.* Recuperado el 23 de junio de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153\\_220120.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_220120.pdf)

----- (18 de junio de 2020). Reformas Constitucionales por artículo. México, *LXIV Legislatura*. Recuperado el 18 de junio de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM\\_ref\\_223\\_27may15.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_223_27may15.pdf)

CANIFARMA (2019). Noticias de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica. México. Recuperado el 8 de octubre de 2019, de <https://www.canifarma.org.mx/Noticias/Economía/Notas/inversiones.php>

Cantillano, H. M. (2009). Aporte de Kant al concepto moderno del “Estado de Derecho”. Portal de revistas académicas, Revista jurídica IUS doctrina. Universidad de Costa Rica. 2(3)3 Recuperado el 4 de mayo de 2017, de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/iusdoctrina/article/view/13569>

Carballo, L. G. (2015). La anticipación de los intangibles, una contabilidad anticipatoria global\*. Venezuela., p.p. 387-393. En comp., con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coord., por Baena, P. G. México, *U.N.A.M., F.C.P.* y S. Recuperado el 25 de octubre de 2019, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

Cárdenas, E. M. R., Cortés, C. F. A., Latapí, E. A., Nahmad, S. S., Scott, A. J. y Teruel, B. G. M. (2014). Experiencia de México en la implementación de la Matriz de Indicadores para Resultados. Hacia la integración de un sistema de indicadores de los programas y acciones sociales. México. CONEVAL. P. 6. Recuperado el 27 de junio de 2019 de [https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/EXPERIENCIA\\_DE\\_MEXICO\\_EN\\_MIR.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/EXPERIENCIA_DE_MEXICO_EN_MIR.pdf)

Castro, J. (27/01/2019). ISSSTE ya no quiere que la UAZ le pague con inmuebles. México, *El Sol de Zacatecas*. Recuperado el 18 de mayo de 2019, de <https://www.elsoldezacatecas.com.mx/finanzas/issste-ya-no-quiere-que-la-uaz-le-pague-con-inmuebles-2981140.html>

Catalán, M. (7 de junio de 2017). Nombran a Ramón Navarro Munguía delegado de la SEP en Zacatecas, México. *La Jornada*. Recuperado el 24 de agosto de 2019, de <http://ljz.mx/2017/06/07/nombran-a-ramon-navarro-munguia-delegado-la-sep-en-zacatecas/>

Cely, O. G. E. (2015) Reseña. Estado, gobierno y sociedad: por una teoría general de la política. Trad. Fernández, J. México, Novum Jus, enero-jun 9(1)145-149. Recuperado el 21 de julio de 2020, de <https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/Juridica/article/download/561/582/>

Central Virtual de Zacatecas (2011). Desabasto de Medicamento del 15% en el ISSSTE-Zacatecas. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de <http://www.cvnzacatecas.com.mx/s/2786>

CNDH México. (2018) ¿Cuáles son los Derechos Humanos? México, CNDH México. Recuperado el 7 de febrero de 2020, de [cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos](http://cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos)

CONADE (2011). Guía de Actividad Física Laboral. Actívate, vive mejor. México, CONADE. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de <http://activate.gob.mx/Documentos/Guia%20Laboral.pdf>

----- (2012). Activación física. México, *Centro Nacional de Información y documentación de cultura física y deporte*. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de <http://activate.gob.mx/>

CONEVAL (2013) Fichas de Monitoreo 2013. Suministro de Claves de Medicamento. *ISSSTE*. Recuperado el 24 de junio de 2020, de [https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha\\_Monitoreo\\_Evaluacion\\_2013/ISSSTE/51\\_E018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/ISSSTE/51_E018.pdf)

CONEVAL-Dirección Adjunta de Coordinación. (2015) Ficha de Valoración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México, *ISSSTE*. Recuperado el 13 de junio de 2019, de [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/fichas\\_valoracion/issste12/ISSSTEE018.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/fichas_valoracion/issste12/ISSSTEE018.pdf)

CONEVAL. (2015-2016a) Ficha de Monitoreo y Evaluación 2015-2016 Opinión de la Dependencia E-018 “Surtimiento de Claves de Medicamento”. México. *Gobierno de la República-ISSSTE*. p.3 Recuperado el 19 de abril de 2019 de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2015\\_2016/ISSSTE/E018\\_OD.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2015_2016/ISSSTE/E018_OD.pdf)

----- (2015-2016b) Ficha de Monitoreo y Evaluación 2015-2016. “Suministro de Claves de Medicamento”. *ISSSTE*. México. Recuperado el 20 de abril de 2019, de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2015\\_2016/ISSSTE/E018\\_FMyE.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2015_2016/ISSSTE/E018_FMyE.pdf)

----- (2016-2017a) Fichas de Monitoreo 2016-2017 Prevención y Control de Enfermedades. México, *ISSSTE*. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2016\\_2017/FMyE\\_51\\_E043.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_51_E043.pdf)

----- (2016-2017b). Fichas de Monitoreo 2016-2017 Atención a la Salud. México, *ISSSTE*. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2016\\_2017/FMyE\\_51\\_E044.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_51_E044.pdf)

----- (2017-2018a). Suministro de Claves de Medicamentos. México, *ISSSTE*. Recuperado el 25 de mayo de 2019, de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2017\\_2018/FMyE\\_51\\_E018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2017_2018/FMyE_51_E018.pdf)

----- (2017-2018b). Ficha de Monitoreo 2017-2018 Atención a la Salud. México, *ISSSTE*. Recuperado el 6 de junio de 2019, de [http://www.issste.gob.mx/transparencia/fichasyposicion\\_2017-2018/FMyE\\_51\\_E044\\_2017.pdf](http://www.issste.gob.mx/transparencia/fichasyposicion_2017-2018/FMyE_51_E044_2017.pdf)

Corzo, O. O. (24/04/2018). Obesidad en México, problema de salud pública grave; urge atenderla. México, *Comunicación social de Cámara de Diputados LXIV Legislatura, Boletín 5417*. Recuperado el 25 de septiembre de 2019, de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2018/Abril/29/5417-Obesidad-en-Mexico-problema-de-salud-publica-grave-urge-atenderla-Corzo-Olan>

Cristancho, J. (noviembre 2014). Caracterización de los aspectos pedagógicos y didácticos establecidos en el proyecto académico educativo del programa de Licenciatura en Ciencia Naturales y Educación Ambiental de la Universidad Pedagógica Tecnológica de Colombia. Buenos Aires, Argentina. *Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación*. pp 3  
Recuperado el 25 de agosto de 2019, de <https://www.oei.es/historico/congreso2014/memoriactei/1539.pdf>

Dalla Vía, A. R. (enero-junio 2006). Reseña de "Consideraciones sobre la teoría general del Estado de Georg Jellinek". México, *U.N.A.M. Cuestiones Constitucionales. Redalyc*. Núm. 014, p.p. 335-343. Recuperado el 18 de junio de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/885/88501416.pdf>

De la Cueva, M. (1996). La idea del Estado. México. *FCE*, p.p. 17-81



Del Palacio, D. A. (2006). *Institucionalidad y Administración*. México, *U.A.M.* p.p. 40-41. Recuperado el 10 de junio de 2020, de [http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/90\\_jul\\_ago\\_2006/casa\\_del\\_tiempo\\_num90-91\\_40\\_47.pdf](http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/90_jul_ago_2006/casa_del_tiempo_num90-91_40_47.pdf)

Diccionario universal de términos parlamentarios (s/f). Jefe de Estado. Fracc. II. [http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/virtual/dip/dicc\\_tparla/j.pdf](http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/virtual/dip/dicc_tparla/j.pdf)

DireccionesZac.net (s/f). ¿Quién es el nuevo Delegado del ISSSTE? México. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de <https://www.direccioneszac.net/quien-es-el-nuevo-delegado-del-issste/>

Dirección General de Información en Salud (2019). Gasto en salud en el sistema nacional de salud. México. Recuperado el 6 de agosto de 2020, de [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1.\\_GFF\\_01\\_2017\\_A\\_CORR\\_O.xlsx](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/1._GFF_01_2017_A_CORR_O.xlsx)

Dirección Jurídica del ISSSTE. (31/12/2008). Estatuto Orgánico del ISSSTE. México. *Normateca Electrónica Institucional*. Recuperado el 17 de agosto de 2019, de <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X17/201008031233491756.pdf?id=074219>

D.O.F. (2 de enero de 2006). Ley del ISSSTE. México, *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*. Recuperado el 01 de mayo de 2019, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/LISSSTE\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/LISSSTE_abro.pdf)

----- (31 de marzo de 2007). Ley del ISSSTE. México, Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 19 de marzo de 2019, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lissste/LISSSTE\\_orig\\_31mar07.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lissste/LISSSTE_orig_31mar07.pdf)

----- (9 de abril de 2012). Ley de Planeación. México, *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*. Recuperado el 2 de mayo de 2019, de [http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo\\_social/docs/marco/Ley\\_Planeacion.pdf](http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_Planeacion.pdf)

----- (31 de octubre de 2016). Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE. México, *Junta Directiva*. Recuperado el 8 de enero de 2019, de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n292.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n292.pdf)

----- (03/11/2016). Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. México. *S.F.P.* Recuperado el 13 de septiembre de 2019, de [http://dof.gob.mx/nota\\_to\\_doc.php%3Fcodnota%3D5459569](http://dof.gob.mx/nota_to_doc.php%3Fcodnota%3D5459569)

----- (20/01/2017). Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 “Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.” México, *Secretaría de Salud*. Recuperado el 19 de junio de 2019, de [www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017)

Duflo, E. (2019). Experimentos sociales para luchar contra la pobreza. *YouTube*. Recuperado el 21 de septiembre de 2019, de <https://www.youtube.com/watch?v=0zvrGiPkVcs>

Easton, D. (1969). Esquema para el análisis político. Buenos Aires. Ed. *Amorrotu, p.p.* 227-228 Recuperado el 17 de agosto de 2019, de <http://webs.ucm.es/info/cpuno/asoc/profesores/lecturas/easton.pdf>

Elizondo M. C. (2007). El derecho a la protección a la salud. México, CIDE, Salud Pública de México. 49(2). Recuperado el 03 de marzo de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010)

El Universal (30/04/2019). Profesionistas en México ganan en promedio 11 mil 549 pesos. México, El Universal. Recuperado el 3 de noviembre de 2019, de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/profesionistas-en-mexico-ganan-en-promedio-11-mil-549-pesos>

Escuela Nacional de Trabajo Social (s/f). Trabajo Social. México. *Guías de Carreras UNAM*. Recuperado el 29 de agosto de 2019, de

<http://www.dgoserver.unam.mx/portaldgose/servicio-social/htmls/ss-carreras/ssc-perfil-profesional/ssc-perfiles-ciencias-sociales/ssc-perfil-trabajo-social.html>

Espinosa, S., Martínez, J. y Martel, C. (2018). ¿Por qué algunos municipios en México son mejores recaudadores de impuesto predial que otros? México, *Scielo*, p.p. 376. Recuperado el 8 de noviembre de 2019, de [scielo.org.mx/pdf/gpp/v27n2/1405-1079-gpp-27-02-375.pdf](https://scielo.org.mx/pdf/gpp/v27n2/1405-1079-gpp-27-02-375.pdf)

Excélsior (7/07/2011). Calderón reconoce que pactó con Elba Esther. México. *Excélsior*. Recuperado el 25 de junio de 2020, de <https://www.excelsior.com.mx/2011/07/07/nacional/751023>

FESI (s/f). Carrera de Psicología. Perfil de ingreso y egreso. México, *FESI, UNAM*. Recuperado el 18 de noviembre de 2019, de [https://psicologia.iztacala.unam.mx/psi\\_perfilneg.php](https://psicologia.iztacala.unam.mx/psi_perfilneg.php)

Fariñas, Dulce J. M. (s/f). Sistemática y conceptualización en la sociología del derecho weberiana, p.p. 126-138. Recuperado el 24 de julio de 2020, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/969/7.pdf>

FECyT. (2018). Análisis de competitividad del sector salud en el Estado de México. Diseño del marco estratégico para la estructuración del Sistema Mexiquense de Innovación y la implementación de la Agenda de Innovación del Estado de México. México. *CamBioTec*. Recuperado el 10 de agosto de 2019, de [http://comecyt.edomex.gob.mx/files/competitividad\\_sector\\_salud.pdf](http://comecyt.edomex.gob.mx/files/competitividad_sector_salud.pdf)

Fernández, C. S. B. (Diciembre 2018). Sistema de indicadores sobre la calidad en salud. Proyectos actuales de medición en salud. México. *CONAMED-OPS*; Secretaría de Salud. 4(21), 8-10. Recuperado el 11 de julio de 2019, de <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin21/indicadores.pdf>

Fernández, R. J. (2016). Derecho Administrativo. México, *SEGOB, SECTUR, INEHRM e Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM*. Recuperado el 31 de marzo de 2019, de <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4455-derecho-administrativo-coleccion-inehrm>

- Figuroa, P. Á. (s/f). Guía para el maestro. Ciencia para chavos. *DGDC, Facultad de Psicología de la U.N.A.M.*, México. Recuperado el 14 de julio de 2020, de <http://ciencia.unam.mx/assets/ciencia-para-chavos/06-ciencia-para-chavos-violencia-guia.pdf>
- Flores, V. E. (2018). Se consolida la importancia de las remesas para México. México, *BBVA*. Recuperado el 3 de julio de 2020, de <https://www.bbva.com/es/consolidacion-importancia-remesas-mexico/>
- Forde, I. (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016. México. *OCDE*. P. 7-12 Recuperado el 8 de agosto de 2019 de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- Frenk, M. J. (2005). Perfiles de Enfermería. México. *Secretaría de Salud y Subsecretaría de Innovación y Calidad*. Recuperado el 22 de agosto de 2019, de [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles_enfermeria.pdf)
- Gante, A. (2015). Las tres esferas del ser humano. Club de ensayos Recuperado el 17 de octubre de 2019, de <https://www.clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Esfera-Que-Conforman-Al-Ser-Humano/2522059.html>
- García, G. A. (2019). Comparativo de recaudación. Principales impuestos. México, *CIEP*. Recuperado el 8 de noviembre de 2019, de <https://ciep.mx/comparativo-de-recaudacion-principales-impuestos/#fnref3>
- García, V. N. (2010). El control externo de la administración pública, un enfoque internacional. México. *Encrucijada, Revista electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública, F.C.P. y S., U.N.A.M.*, p.p. 2-3. Recuperado el 18 de septiembre de 2019, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/encrucijada/article/download/58523/5175>

Gobierno de Chile (2010). Uso racional de medicamentos: una tarea de todos. Chile, División de políticas públicas saludables y promoción, Departamento de políticas farmacéuticas y profesiones médicas, pp. 4-5 Recuperado el 24 de febrero de 2020, de [minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e12993.pdf](http://minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e12993.pdf)

Gobierno de México (2018). Estadísticas Anuarios 2018. México. ISSSTE. Recuperado el 01 de agosto de 2019, de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2018.html#cap1>

Gobierno de México (s/f). Portal de la Secretaría de la Función Pública. México. Recuperado el 10 de septiembre de 2019, de <https://www.gob.mx/sfp/que-hacemos>

Gómez, P. (2012). ISSSTE. México. Recuperado el 30 de septiembre de 2018, de <https://prezi.com/j6yo40mg9hed/issste/>

Gómez, P. H. (2006). La Iglesia católica en México como institución de derecha. México, UNAM, FCPyS. Recuperado el 23 de diciembre de 2019, de [www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/download/42550/38657](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/download/42550/38657)

González, C. (2019). Cuenta pasos: las mejores aplicaciones gratis. Android Ayuda. Recuperado el 12 de octubre de 2019, de <https://androidayuda.com/aplicaciones/listas/contar-pasos/>

González, S. (23 diciembre 2018). La llamada generación 'AFORE' recibirá una pensión insuficiente. México, *La Jornada*. Recuperado el 6 de mayo de 2019, de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2018/12/23/obtendra-la-generacion-afore-una-insuficiente-pension-5380.html>

Grupo Funcional de Desarrollo (2011). ISSSTE. Prevención y control de enfermedades crónico degenerativas. Auditoría de desempeño 11-1-00GYN-07-0444 DS 075. México. A.S.F. 2011-2017, p. 3. Recuperado el 12 de noviembre de 2018, de

[https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo\\_Social/2011\\_0444\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0444_a.pdf)

Guerra, Ch. J. (2011). Dinámica Económica de La Industria Alimentaria y Patrón de Consumo En México. Torres, Torres Felipe (Coordinador). *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 28(109)258. Recuperado el 28 de agosto de 2019, de <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.1997.109.28783>

Guerrero A. J. P. (2000). *Consideraciones sobre la instauración del servicio civil en México*, México: CIDE-Documento de Trabajo, No. 50.

Guerrero, O. O. (enero 1995). Ingovernabilidad: disfunción y quebranto estructural. Caracas, *Revista Reforma y Democracia* pp. 1-12. Recuperado el 11 de octubre de 2019, de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/003-enero-1995/0024400.pdf>

----- (1995). Implementación de políticas públicas como gobernabilidad. México, U.N.A.M., *IAPEM*. (26) Recuperado el 11 de junio de 2020, de <http://omarguerrero.org/articulos/PPgovernabil.pdf>

----- (30/09/2001). Nuevos Modelos de Gestión Pública. *U.N.A.M. Revista Digital Universitaria*. Vol. 2 No. 3 Recuperado el 25 de marzo de 2019, de <http://www.revista.unam.mx/vol.2/num3/art3/index.html>

----- (2007). Profesionalización El servicio profesional de carrera en México y sus problemas de formación de carrera. *Buen Gobierno Para pensar en la democracia*. Revista No.2 pp 48

Gurría, Á. (2019). Presentación del estudio económico México 2019. México. *OCDE*. Recuperado el 8 de agosto de 2019, de <https://www.oecd.org/economy/2019-economic-survey-of-mexico-may-2019-sp.htm>

Guy, P. (2000). La política de la burocracia. México. *Fondo de Cultura Económica*, p.p. 345-366. Recuperado el 21 de mayo de 2019, de

[http://www.academia.edu/7311150/La\\_politica\\_de\\_la\\_burocracia\\_B.\\_GUY\\_PETERS](http://www.academia.edu/7311150/La_politica_de_la_burocracia_B._GUY_PETERS)

Heller, H. (1971). Teoría del Estado. México, *F.C.E.*, p.p.19-27

----- (1986). Teoría del Estado. Capítulo I. Fondo de Cultura Económica.

----- (s/f). La doctrina del Estado de Herman Heller. México, U.N.A.M. Recuperado el 18 de junio de 2016, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/25/dtr/dtr15.pdf>

H. LIX Legislatura del Estado de Zacatecas (23 de septiembre de 2009). Ley de Cultura Física y Deporte para el Estado de Zacatecas. México, *Suplemento del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas*. Recuperado el 17 de mayo de 2019 de <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/InformacionPublica/NormatividadJuridica/Decretos%20PF/Decreto%20335.pdf>

INAI (s/f). Portal de Obligaciones y Transparencia. México. *ISSSTE*. Recuperado el 3 de septiembre de 2019, de [http://portaltransparencia.gob.mx/pot/marcoNormativo/buscar.do?method=buscar&\\_idDependencia=00637#resultados](http://portaltransparencia.gob.mx/pot/marcoNormativo/buscar.do?method=buscar&_idDependencia=00637#resultados)

INEGI. (2010). Diversidad, religión. México, Cuéntame...Información por entidad. Recuperado el 12 de octubre de 2019), de <http://www.cuentame.org.mx/monografias/informacion/zac/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=32>

----- (2016). Aportación al producto interno bruto nacional. México, Cuéntame información por entidad. Recuperado el 21 de mayo de 2019, de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/zac/economia/pib.aspx?tema=me&e=32>

----- (21 de junio de 2018). Comunicado de prensa Núm. 274/18. México, INEGI. Recuperado el 8 de julio de 2019, de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/publica2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/publica2018_Nal.pdf)

----- (s/f). Glosario. México. Recuperado el 5 de mayo de 2019, de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU#letraGloP>

ISOTOOLS. (2018) ¿Por qué es importante obtener el certificado ISO 9001 2015 en su organización? México. *Plataforma tecnológica para la gestión de la excelencia*. Recuperado el 12 de julio de 2019, de <https://www.isotools.org/2018/08/01/porque-es-importante-obtener-el-certificado-iso-9001-2015-en-su-organizacion/>

ISSSTE (2009). Avance físico enero-diciembre de indicadores aprobados en el PEF 2009. México. Recuperado el 25 de mayo de 2019, de [http://www.apartados.hacienda.gob.mx/metas\\_indicadores/2009/51/r51\\_gyn\\_ifai\\_afipae\\_trim.pdf](http://www.apartados.hacienda.gob.mx/metas_indicadores/2009/51/r51_gyn_ifai_afipae_trim.pdf); y Secretaría de Salud (17/01/2008) D.O.F. (17/01/2008) Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf>.

----- (2010). Avances en la implementación del expediente clínico electrónico ISSSTEMED. México, ISSSTE. Recuperado el 29 de diciembre de 2018, de [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/09\\_ISSSTE\\_JorgeAVazquez.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/09_ISSSTE_JorgeAVazquez.pdf)

----- (2011). Acuerdo de Gestión 2011 Versión General. México. Recuperado el 15 de agosto de 2019, de <http://issste-cmn20n.gob.mx/Archivos%20PDF/acgestion2011.pdf>

----- (2016). H. Junta Directiva del ISSSTE. México. *Gobierno de México*. Recuperado el 17 de agosto de 2019, de <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/h-junta-directiva-del-issste>

----- (05/09/2019). Anuarios Estadísticos. México. Recuperado el 2 de noviembre de 2019, de <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

Jácome, R. A. (2008). La historia de los medicamentos. Colombia. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <http://www.med->



informatica.com/OBSERVAMED/PAT/HistoriaMedicamentosAJacomeR\_LIBRO-HX\_MedicamentosANMdecolombia.pdf

Junta Directiva. (2014). Programa Institucional del ISSSTE. México, *ISSSTE*. p. 17. Recuperado el 17 de mayo de 2019, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5342874&fecha=30/04/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342874&fecha=30/04/2014)

----- (1 de febrero de 2019). Estatuto Orgánico del ISSSTE. México. *D.O.F.* Recuperado el 9 de agosto de 2019, de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5549464&fecha=01/02/2019](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5549464&fecha=01/02/2019)

Kelsen, H. (1990). El concepto de Estado, sociológico y jurídico. U.S.A. *La Jornada semanal, Núm. 71-81, procedencia del original Universidad de Texas*. Centro de traducciones de la UAP, traductor Witker, I., p.p. 267-281.

Klingner, D. (octubre 2003). La reforma del Estado y de la administración pública, Panamá. VIII Congreso internacional del CLAD, p.1

La Jornada Zacatecas (28 de octubre de 2017). México, *La Jornada Zacatecas*. Recuperado el 8 de julio de 2019, de <http://ljz.mx/2017/10/28/zacatecas-es-la-entidad-numero-12-con-mas-personas-que-trabajan-en-una-institucion-publica/>

Leal, F. G. (abril 2011). Tres años después de la “Reforma” calderonista del ISSSTE. Sigue reformar esa “reforma”. México, SciELO No. 22 [En línea] consultado el (21/10/2019) recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16162011000100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162011000100008)

Majluf, P. (13/11/2019). Análisis de crisis política en Bolivia. México, *Es la hora de opinar*. Recuperado el 13 de noviembre de 2019, de <https://noticieros.televisa.com/videos/es-la-hora-de-opinar-programa-13-noviembre-2019/>

Maldonado, M. M. (abril 2016). Democracia, derechos y regla de mayoría: una mirada a partir de la teoría de Norberto Bobbio. México, Scielo, núm. 44. Recuperado el 14 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-02182016000100127](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-02182016000100127)

Mancera, C. M. V. (2007). Historia de la opinión pública desde las perspectivas políticas a las perspectivas mediáticas. Bogotá, *Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales*. Tesis para obtener el grado de Magistra en Estudios Políticos, p.p. 1-57 Recuperado e 19 de abril de 2019, de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/politica/tesis72.pdf>

Mancera, O. R. (1956). La administración pública en los planes de desarrollo económico. México, U.N.A.M. *Revista de Administración Pública*. Núm. 111. Recuperado el 8 de junio de 2019, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/111/pr/pr44.pdf>

Martínez, M. E., Ferreyra, L. J. C. y Cano, G. C. (2016). Las compras consolidadas de medicamentos ¿Una política de salud eficiente? *Comp. Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*. 9(18)52. Recuperado el 21 de octubre de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/450162>

Mayntz, R. (1985). Sociología de la administración pública. Madrid. *Alianza Editorial*, p.p. 93-120; 249-251. Recuperado el 1 de diciembre de 2018, de <https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/mod/assign/view.php?id=20747>

Melón, F.S. (1963). Sobre la sociología de Emilio Durkheim. España, Universidad de Madrid, p.210. Recuperado el 27 de julio de 2010, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/865782.pdf>

Méndez, M. J. S. (s/f). El neoliberalismo en México: ¿éxito o fracaso? México, *FCA-UNAM*, p.p. 65-74 Recuperado el 1 de mayo de 2019, de [www.ejournal.unam.mx/rca/191/RCA19105.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/rca/191/RCA19105.pdf)

Miyahira, A. J. M. (2001). Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? *Revista Médica Hered.* p. 76 Recuperado el 12 de enero de 2019, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3e1.pdf>

Monzón, A. (1990). La opinión pública: Teorías, concepto y métodos. Madrid, *Tecnos*. pp. 136-137; 156-162. Recuperado el 28 de mayo de 2019 de <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/U1.1%20MONZON%20Sobre%20el%20concepto%20de%20opini%C2%A6n%20p%C2%A6blica.pdf>

Moreno E. R. (2002). Profesionalización y servicio público de carrera, asignaturas pendientes en el México del siglo XXI, Portugal: *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 8-11 Oct. Recuperado el 26 de mayo de 2018, de [https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/pluginfile.php/29937/mod\\_folder/content/0/u3\\_moreno.pdf?forcedownload=1](https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/pluginfile.php/29937/mod_folder/content/0/u3_moreno.pdf?forcedownload=1)

Normateca Electrónica Institucional (2015). Reglamento orgánico de las delegaciones estatales y regionales del ISSSTE. México. *ISSSTE*. Recuperado el 17 de agosto de 2019, de <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X41/201107010751199129.pdf?id=013616>

OCDE (2013). Estudios de la OCDE sobre gobernanza pública. Estudio sobre la contratación pública del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México: Aspectos Clave. Recuperado el 10 de julio de 2020, de <http://www.oecd.org/gov/ethics/ISSSTE%20Highlights%20Spanish%20Merged.pdf>

----- (2019a). Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe. *ONU, CEPAL, BID, CIAT, dev Centro de Desarrollo y OCDE*. Recuperado el 8 de noviembre de 2019, de [oecd.org/tax/tax-policy/brochure-estadisticas-tributarias-en-america-latina-y-el-caribe-2019.pdf](http://oecd.org/tax/tax-policy/brochure-estadisticas-tributarias-en-america-latina-y-el-caribe-2019.pdf)

- (2019b). Base de datos global de estadísticas tributarias. pp 3. Recuperado el 8 de noviembre de 2019, de [oecd.org/tax/tax-policy/presentación-de-la-base-de-datos-global-de-estadísticas-tributarias.pdf](https://www.oecd.org/tax/tax-policy/presentación-de-la-base-de-datos-global-de-estadísticas-tributarias.pdf)
- Ollaquindia, R. (14 de febrero de 2018). En Zacatecas, seis de cada 10 empleos son en el sector informal. México, *La Jornada Zacatecas*. Recuperado el 4 de julio de 2020, de <https://ljz.mx/2018/02/14/en-zacatecas-seis-de-cada-10-empleos-son-en-el-sector-informal/>
- OMENT (2016). Indicadores por Estado. México, *ENSANUT*. Recuperado el 4 de julio de 2019, de <http://oment.uanl.mx/indicadores-por-estado/>
- OMS. (2019a). Temas de salud. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
- (2019b). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/)
- (s/f). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 5 de julio de 2020, de [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/)
- OMS y OPS (2016). Indicadores Básicos, situación de la salud en las Américas 2016. Recuperado el 3 de marzo de 2019, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS y OMS (2015). Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. México, OPS-OMS. Recuperado el 25 de septiembre de 2019, de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3\\_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

ONU (1961). Definición y medición internacional del nivel de vida. Nueva York. *ONU, OIT, FAO y OMS*. Recuperado el 16 de agosto de 2019, de [https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesE/SeriesE\\_cn3\\_270\\_rev1S.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesE/SeriesE_cn3_270_rev1S.pdf)

Origel, C. (25/07/2019). Trastornos por consumo de sustancias. Contreras Directora de la Clínica. *Capacitación médica continua* de la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe del ISSSTE en Zacatecas.

Osborne, D. (1992). El nuevo modelo de gobierno: como transforma el espíritu. México, *Gernika*, p.p. 23-52.

Ovalle, F. J. (S/F) El Poder Judicial en las entidades federativas. México, *U.N.A.M.* Recuperado el 16 de junio de 2020, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/982/9.pdf>

Partida, B. V. (15/01/2008). Proyecciones de la población económicamente activa de México y de las entidades federativas, 2005-2050. México, *CONAPO*. Recuperado el 5 de mayo de 2019, de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/PEA/pea.pdf>

Peña, N. E. (2013). PND. México, *Cámara de Diputados LXIV Legislatura*. Recuperado el 6 de mayo de 2019, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

Perasso, V. (12 octubre 2016). Qué es la cuarta revolución industrial y (por qué debería preocuparnos). *BBC*. Recuperado el 13 de mayo de 2019, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-37631834>

Pérez, C. [RedLALICS-Innovación y desarrollo] (16 septiembre de 2017). Revoluciones Tecnológicas y Cambios de Paradigmas. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=vnn-l4OiyRQ&t=40>

Pérez, S. G. (2013). Industria Farmacéutica. México. *Secretaría de Economía y ProMéxico*. Recuperado el 10 de agosto de 2019, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/62881/130820\\_DS\\_Farmacutica\\_ESP.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/62881/130820_DS_Farmacutica_ESP.pdf)

Plata, P.O. (julio-diciembre 2006). Religión y política en el Leviatán de Thomas Hobbes. No. 23, pt. Religión y poder cristiano, párrafo 16. Colombia, *Scielo*. Recuperado el 22 de junio de 2020, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-46882006000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-46882006000200004)

Pontifes, M. A. (2002). "Relaciones intergubernamentales". *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*, p.p. 43-57. Recuperado el 1 de diciembre de 2018, de [https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/pluginfile.php/26662/mod\\_page/content/4/Unidad%205/basicas/Arturo%20Pontifes.pdf](https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/pluginfile.php/26662/mod_page/content/4/Unidad%205/basicas/Arturo%20Pontifes.pdf)

PRI (2017). Luis Antonio Ramírez Pineda. México. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de [http://pri.org.mx/transparencia2017/Articulo76/XVIII/Links/PDF/A76-FXVIII-RAMIREZ\\_PINEDA.pdf](http://pri.org.mx/transparencia2017/Articulo76/XVIII/Links/PDF/A76-FXVIII-RAMIREZ_PINEDA.pdf)

PNUD (2019). Desarrollo Humano. México, *ONU*. Recuperado el 8 de agosto de 2019 de [http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in\\_depth/desarrollo-humano.html](http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/ourwork/povertyreduction/in_depth/desarrollo-humano.html)

PROMÉXICO (s/f). Diagnóstico Sectorial. Farmacéutico. México. *Secretaría de Economía*. Recuperado el 11 de agosto de 2019, de <https://promexico.mx/documentos/diagnosticos-sectoriales/farmaceutico.pdf>

Rentería, L. A. (2015). Planeación prospectiva estratégica: Propuesta metodológica para instituciones de educación superior. *En comp., con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina*. Coordinado por Baena, Paz Guillermina. México, U.N.A.M., F.C.P. y S. pp. 277-300. Recuperado el 7 de noviembre de 2018, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

- Retamozo, B.M. (2009). Lo político y la política: los sujetos políticos, conformación y disputa por el orden social. México, *U.N.A.M., Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 51(206)71-80. Recuperado el 22 de junio de 2020, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/41034/37330>
- Reyes, J. (s/f). Biografía José Reyes Baeza Terrazas. México. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de <http://reyesbaeza.com/jose-reyes-baeza/biografia-jose-reyes-baeza/>
- Reyes, J. C. (5 de septiembre de 2016). Amenazan siete males finanzas del ISSSTE. México. *El Universal*. Recuperado el 11 de agosto de 2019, de <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/09/5/amenazan-siete-males-finanzas-del-issste>
- Roldán, N. (20/09/2019). De las protestas a una curul: Diputados de la CNTE y la SNTE que aprobaron dictamen de leyes educativas. México, *Animal Político*. Recuperado el (18/11/2019) de <https://www.animalpolitico.com/2019/09/diputados-cnte-snte-leyes-educativas/>
- Rosales, J. (2004). Gerencia pública. Administración pública contemporánea. *Gernika*, pp. 81-82 y 111-131. Recuperado el 27 de mayo de 2018, de <https://suayed.politicas.unam.mx/moodle/mod/page/view.php?id=20690>
- Sánchez, G. J. J. (enero-abril, 1999). Los nudos históricos de la administración pública. México. *INAP. Revista de la administración pública*. Núm. 100, p.p.113-141. Recuperado el 21 de julio de 2020, de [https://www.inap.mx/portal/images/REVISTA\\_A\\_P/rap\\_100\\_1999.pdf](https://www.inap.mx/portal/images/REVISTA_A_P/rap_100_1999.pdf)
- Sánchez, M. C. y Beyer, M. E. (julio, 2020). Las endorfinas. *UNAM, Revista ¿cómo ves?* No. 260. Recuperado el 5 de julio de 2020, de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/29/las-endorfinas>
- Sánchez, V. D., Parra, C. Y., y Naranjo, T. Y. (octubre 8,9 y 10 de 2014). El proceso administrativo: Factor determinante en las MIPYMES colombianas del Siglo XXI. XIX Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática.

Congreso llevado en Ciudad de México, México. p 7 Recuperado el 7 de junio de 2020, de <http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xix/docs/1.16.pdf>

Sanín, H. (1999). Control de gestión y evaluación de resultados en la gerencia pública. (Metaevaluación-Mesoevaluación). Santiago de Chile. *Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES.*, p.p. 7-20.

Schifter, L. y Aceves, P. (2016). Los farmacéuticos y la química en México (1903-1919): prácticas, autores y sitios. México, *U.N.A.M. Science Direct*, Comp. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México. Vol. 51, pp. 72-92 Recuperado el 14 de octubre de 2019, de [sciencedirect.com/science/article/pii/S0185262016000050](https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0185262016000050)

Secretaría de Economía (2015). ¿Qué es la estandarización? México. *Gobierno de México*. Recuperado el 15 de agosto de 2019, de <https://www.gob.mx/se/articulos/que-es-la-estandarizacion>

Secretaría de Economía (2018). Tratados y Acuerdos que México ha firmado con otros países, México. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de <https://www.gob.mx/se/articulos/tratados-y-acuerdos-que-mexico-ha-firmado-con-otros-paises?idiom=es>

Secretaría de Gobernación (s/f). Perfil del legislador. México. *SIL*. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de [http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp\\_PerfilLegislador.php?Referencia=1034](http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp_PerfilLegislador.php?Referencia=1034)

Secretaría de Salud (22/09/1999). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial. México. *CNDH*. Recuperado el 15 de agosto de 2019, recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

Secretaría de Salud (2006). Guía para reforzar la orientación alimentaria basada en la NOM-043-SSA2-2005. México Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud, *Dirección General de Promoción de la salud*. Recuperado el 9 de abril de 2019, de



[http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Saludalimentaria/GUIA\\_PARA\\_REFORZAR\\_LA\\_ORIENTACION\\_ALIMENTARIA.pdf](http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Saludalimentaria/GUIA_PARA_REFORZAR_LA_ORIENTACION_ALIMENTARIA.pdf)

- Secretaría de Salud (4/08/2010a). NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad. México. *D.O.F.* Recuperado el 16 de febrero de 2019, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)
- (2010b). NOM-015-SSA2-2010, “Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus.” México, Secretaría de Salud. Recuperado el 6 de febrero de 2019, de <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
- (31/05/2010c). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.” México. *CNDH*, Recuperado el 15 de agosto de 2019, de <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>
- (30/11/2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. México. *D.O.F.* Recuperado el 17 de julio de 2019, de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012)
- (09/12/2013). Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013. Promoción de la salud escolar. México, *D.O.F.* Recuperado el 21 de octubre de 2019, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324923&fecha=09/12/2013)
- (22/01/2013). NOM-043-SSA2-2012, “Servicios básicos de salud Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.” México, *D.O.F.* Recuperado el 17 de mayo de 2019, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)
- (2016). INDICAS. México. Recuperado el 7 de junio de 2019, de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>

----- (2019). Aval ciudadano, construir ciudadanía en salud. México, DGCEs. Recuperado el 2 de febrero de 2020, de [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval\\_ciudadano.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/aval_ciudadano.html)

SEDESOL (2017). Programa Pensión para Adultos Mayores. México, D.O.F. Recuperado el 16 de diciembre de 2018, de <https://www.google.com/search?q=cu%C3%A1l+es+la+visi%C3%B3n+del+Programa+Pensi%C3%B3n+para+el+Adulto+Mayor+en+M%C3%A9xico&oq=cu%C3%A1l+es+la+visi%C3%B3n+del+Programa+Pensi%C3%B3n+para+el+Adulto+Mayor+en+M%C3%A9xico&aqs=chrome..69i57.38189j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>

SEP (2019). Acuerdo 05/02/19 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Cultura Física y Deporte para el ejercicio fiscal 2019. México, S.E.P. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447096/Reglas\\_de\\_Operaci\\_n\\_CONADE\\_2019\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/447096/Reglas_de_Operaci_n_CONADE_2019_.pdf)

Serbolov, Y. (2012). Matriz de Inteligencia. México. *Certus Consultores*. Recuperado el 1 de agosto de 2020, de <https://es.slideshare.net/YuriSerbolov/matriz-de-inteligencia>

----- (2015). Planeación prospectiva y estratégica. En comp., con Planeación prospectiva estratégica. Teorías, metodologías y buenas prácticas en América Latina. Coordinado por Baena, P. G. México, *U.N.A.M., F.C.P. y S.* pp. 151-161. Recuperado el 1 de agosto de 2020, de [https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE\\_interactivo1.pdf](https://www2.politicas.unam.mx/publicaciones/wp-content/uploads/2015/08/Libro-PPE_interactivo1.pdf)

Serrano, S. J. A. (2016). El Control Interno de la Administración Pública. México ¿Elemento de estancamiento o de desarrollo organizacional? *UEC, INAP, Cámara de Diputados LXIII Legislatura*, p.p. 58-68 Recuperado el 30 de marzo de 2019, de

[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/UEC/prods/EL%20CONTROL%20INTERNO%20DE%20LA%20ADMINISTRACION%20PUBLICA.pdf)

Serra, R. A. (1981). *Ciencia Política*. México. Porrúa. 9ª Ed., p.p. 321-398 y 557-627.

SFP (30 de julio de 2012). Acuerdo por el que se da a conocer el Programa del servicio Profesional de Carrera. México, *D.O.F.* Recuperado el 7 de abril de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5261558&fecha=30/07/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5261558&fecha=30/07/2012)

SHCP (2017). Cuenta Pública 2017. México, Sistema de Evaluación del Desempeño, Anexo A. p.p.43-44. Recuperado el 25 de agosto de 2018 de [https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2017/tomo/III/E\\_S\\_ED\\_A.pdf](https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2017/tomo/III/E_S_ED_A.pdf)

SHCP (s/f). Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal. México, *Subsecretaría de Egresos. Unidad de Contabilidad Gubernamental*. Recuperado el 20 de mayo de 2019, de [http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/ContabilidadGubernamental/SCG\\_2013/manual%20\\_SPF/doc/capituloiii/mp3a01.pdf](http://www.hacienda.gob.mx/LASHCP/MarcoJuridico/ContabilidadGubernamental/SCG_2013/manual%20_SPF/doc/capituloiii/mp3a01.pdf)

SIL (s/f). Gobierno. Recuperado el 20 de julio de 2020, de <http://sil.gobernacion.gob.mx/Glosario/definicionpop.php?ID=113>

Solís, A. F. (29/08/2018). Informe Trimestre al H. Congreso de la Unión sobre la situación al SAR, abril, mayo y junio 2018. México. *CONSAR y SHCP*. Recuperado el 8 de mayo de 2019, de [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/09/asun\\_3730876\\_20180904\\_1536160365.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/09/asun_3730876_20180904_1536160365.pdf)

Suñol, R. (s/f). La calidad de la atención/*Fundación Avedis Donabedian*. Disponible en [http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

Ulloque, R. A. (1999). Sistema cerebral del placer y de la drogodependencia. Cartagena, *Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena*. Recuperado el 25

de septiembre de 2019, de  
<https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/1037/1152>

UNESCO (2019). La educación y los otros ODS. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <https://gem-report-2017.unesco.org/es/chapter/la-educacion-y-los-otros-ods/>

Uvalle, B. R. (1994). La gerencia social, una opción de gobierno abierto. Universidad de Puerto Rico. *Revista de Administración Pública*, Vol. 26, p.p. 137 – 152.

Valadez, A. (26/08/2014). Carlos de la Torre Tosca, de sindicalista a “represor”. México. *La Jornada*. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de <https://www.jornada.com.mx/2014/08/27/estados/033n2est>

Vargas, F. A. (2017). Situación de la diabetes en México, en Perspectivas del desarrollo a 2030. Compilación de Cordera, C. R. y Provencio, D. E. México. *U.N.A.M.*, p.p. 113 Recuperado el 22 de abril de 2019, de [http://132.248.170.14/publicaciones/34/Perspectivas\\_2030.pdf](http://132.248.170.14/publicaciones/34/Perspectivas_2030.pdf)

Zarur, A. J. L. (2004) Control total de calidad y satisfacción del paciente en el primer nivel de atención del ISSSTE. México. *UNAM*. Tesis para obtener grado de Maestro de la Atención Médica y de Hospitales. P. 7 Recuperado el 25 de agosto de 2019, de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5UXA8FGBVPC523URBVP7QMCSGRX56E4JTCBLMDJX42YJSDYR9-17923?func=full-set-set&set\\_number=006454&set\\_entry=000004&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5UXA8FGBVPC523URBVP7QMCSGRX56E4JTCBLMDJX42YJSDYR9-17923?func=full-set-set&set_number=006454&set_entry=000004&format=999)

**Hipertexto:**

[1]<https://www.google.com/search?q=www.apartados.hacienda.gob.mx+%E2%80%BA+doc+%E2%80%BA+GYN+%E2%80%BA+GYN.00.vd.doc&oq=www.apartados.hacienda.gob.mx+%E2%80%BA+doc+%E2%80%BA+GYN+%E2%80%BA+GYN.00.vd.doc&aqs=chrome..69i57.7369j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>

[2] [http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal\\_pdf/cal7.pdf](http://docencia.fca.unam.mx/~lvaldes/cal_pdf/cal7.pdf)

[3] <https://www.inegi.org.mx/temas/uma/>

## Anexo 1

Con la siguiente encuesta se realizó el análisis cuantitativo y cualitativo para determinar grupo etario, nivel socioeconómico, patologías en la población, así como conductas y nivel de apreciación del medicamento, servicios que otorga el Instituto, como la Clínica.

Fecha:

1.- Sexo	<input type="radio"/> Mujer		<input type="radio"/> Hombre		
2.- Edad					
3.- Motivo por cual es derechohabiente	<input type="radio"/> Trabajador(a)	<input type="radio"/> Pensionado(a)	<input type="radio"/> Esposa(o)	<input type="radio"/> Madre/ Padre Hija(o)	<input type="radio"/> Concubina (o)
4.- Nivel de estudios concluidos					
5.- Padece usted alguna Enfermedad Crónica.	<input type="radio"/> No				<input type="radio"/> Sí
6.- Cuál enfermedad tiene.	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Cardiacas	<input type="radio"/> Obesidad
7.- Qué tiempo tiene que le diagnosticaron su padecimiento					
8.- Frecuencia que asiste a consulta en el año.	<input type="radio"/> 1-2 vez	<input type="radio"/> 3-4 veces	<input type="radio"/> 5-7 veces	<input type="radio"/> 8-11 veces	<input type="radio"/> Más de 12 veces
9.- Cómo califica los servicios médicos del ISSSTE.	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy Malo
10.- Qué tiempo cree suficiente para la consulta	<input type="radio"/> 20 minutos	<input type="radio"/> 17 minutos	<input type="radio"/> 15 minutos	<input type="radio"/> 12 minutos	<input type="radio"/> 10 minutos
11.- Cómo considera las instalaciones de la clínica.	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy malo
12.- En general cómo evalúa los servicios del ISSSTE.	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy malo
13.- Cómo considera el medicamento que le proporciona el ISSSTE.	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy malo
14.- Cómo se ha comportado su medicación desde su diagnóstico.	<input type="radio"/> Incrementado demasiado	<input type="radio"/> Incrementado poco	<input type="radio"/> Igual	<input type="radio"/> Poca disminución	<input type="radio"/> Ha disminuido considerablemente
15.- Se le surte completo su medicamento.	<input type="radio"/> Siempre	<input type="radio"/> Casi siempre	<input type="radio"/> Más o menos	<input type="radio"/> Casi nunca	<input type="radio"/> Nunca
16.- Cómo es escrita su receta.	<input type="radio"/> Impresora		<input type="radio"/> Indistinta		<input type="radio"/> Manuscrita
17.- Entiende su tratamiento por medio de la receta	<input type="radio"/> Siempre	<input type="radio"/> Casi siempre	<input type="radio"/> Más o menos	<input type="radio"/> Casi nunca	<input type="radio"/> Nunca
18.- Cómo es la información proporcionada para mantenerse saludable.	<input type="radio"/> Abundante	<input type="radio"/> Casi suficiente	<input type="radio"/> Suficiente	<input type="radio"/> Casi no tengo	<input type="radio"/> No tengo
19.- Cómo es su alimentación.	<input type="radio"/> Muy nutritiva	<input type="radio"/> Nutritiva	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Poco nutritiva	<input type="radio"/> Nada nutritiva
20.- Cuántas veces come al día	<input type="radio"/> 6-5 veces	<input type="radio"/> 4 veces	<input type="radio"/> 3 veces	<input type="radio"/> 2 veces	<input type="radio"/> 1 vez
21.- Cuántas veces a la semana realiza ejercicio.	<input type="radio"/> Más de 6 veces	<input type="radio"/> 5-4 veces	<input type="radio"/> 3 veces	<input type="radio"/> 2 veces	<input type="radio"/> Ni una vez
22.- Cuántas horas continuas duerme al día	<input type="radio"/> 8-7 horas	<input type="radio"/> 7-6 horas	<input type="radio"/> 6-5 horas	<input type="radio"/> 5-4 horas	<input type="radio"/> Menos de 4 horas
23.- Cómo es su manejo del stress.	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy malo
24.- Cómo es su manejo de las emociones	<input type="radio"/> Muy bueno	<input type="radio"/> Bueno	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Malo	<input type="radio"/> Muy malo
25.- Quién cree que es responsable de su estado de salud.	<input type="radio"/> Usted	<input type="radio"/> ISSSTE	<input type="radio"/> Doctor	<input type="radio"/> Medicamento	<input type="radio"/> Dios/Alguien más

Gracias por su participación

## Anexo 2

Con este estudio se estableció el nivel de medicamento recetado y que fue surtido, tanto con recetas tradicionales como con recetas elaboradas por medio electrónico, del día 20 de diciembre de 2019.

<b>Lista de Medicamentos Recetados y Surtidos y Recetas Electrónicas (*) del día 20 de diciembre de 2018.</b>						
No.	M. Recetados	M. Surtidos	a=mujer; b=hombre	Mediana	Promedio	Media
1	2	2	a	2	2	2
2	3	3	a	3	3	3
3	7	7	a	7	7	7
4	6	6	a	6	6	6
5	5	5	a	5	5	5
6	4	4	b	4	4	4

### Anexo 3

Con este estudio se tomó una segunda muestra que estableció el nivel de medicamento recetado y que fue surtido, tanto con recetas tradicionales como con recetas elaboradas por medio electrónico, del día 9 de enero de 2020.

<b>Lista de Medicamentos Recetados y Surtidos y Recetas Electrónicas (*) del 9 de enero de</b>						
No.	M. Recetado	M. Surtido	a=mujer; b=hombre	Mediana	Promedio	Media
1	2	2	b	2	2	2
2	6	6	b	6	6	6
3	4	4	b	4	4	4
4	1	1	a	1	1	1
5	3	3	b	3	3	3
6	5	5	a	5	5	5
7	1	1	b	1	1	1

### Anexo 4

Con los siguientes indicadores que son los institucionales se demuestra que no existe una métrica para valorar el deseo de controlar el número de casos de las Enfermedades crónicas.

**1. Organización de los servicios de consulta externa urbana.**

**1.1. Tiempo de espera en consulta externa medio urbana.**

**1.2. Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta.**

**1.3. Surtimiento completo de medicamento.**

2. Organización de los servicios de primer nivel rural.

3. Organización de los servicios de urgencias.

**4. Atención efectiva consulta externa.**

**4.1. Atención prenatal.**

**4.2. Atención al menor con enfermedad diarreica aguda EDA.**

**4.3. Atención al menor con infección respiratoria aguda IRA.**

**4.4. Atención al paciente hipertenso.**

**4.5. Atención al paciente diabético.**

**5. Atención médica efectiva en segundo nivel.**

**6. Atención de enfermería en segundo nivel.**

**7. Infecciones asociadas a la atención de la salud.**

## Anexo 5

Con los siguientes indicadores sectoriales se trabaja en el área de epidemiología y que fueron compartidos por el jefe del área. Pero demuestra una desarticulación con otras áreas de la Clínica, al no tener objetivos, metas, sus respectivas estrategias y acciones en común, o por lo menos que los servidores de la Clínica tengan conocimiento de ellos.

### Indicadores sectoriales

I	II	III
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Consulta de planificación familiar.</i></li><li>• Usuarios nuevos.</li><li>• Usuarios activos.</li><li>• Aux. de Diag y Trat. Estudios de Laboratorio.</li><li>• Promedio Diario de Estudios.</li><li>• % de Abasto del Cuadro Básico de Medicamentos.</li><li>• Índice de ausentismo de personal.</li><li>• % de Abasto del Material de Curación.</li><li>• <i>Control de enfermedades</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención Curativa Consulta Ext. Esp.</li><li>• Médicos Especialistas por 1,000 Habitantes.</li><li>• Camas Censables por 1,000 Habitantes.</li><li>• Hospitales de 30 o más Camas Censables.</li><li>• Consultas Médicas de Especialidad por 1,000 Habitantes de 2° nivel.</li><li>• Egresos.</li><li>• Promedio Diario de Consulta de Especialidad por Médico Especialista.</li><li>• Promedio diario de consulta de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tasa de infecciones hospitalarias por 100 egresos.</li><li>• Promedio diario de raciones servidas por día paciente.</li><li>• Consulta externa especializada. <b>E010</b></li><li>• Hospitalización general. <b>E011</b></li><li>• Hospitalización especializada. <b>E012</b></li><li>• Atención de urgencias. <b>E013</b></li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li><i>prevenibles por vacunación. E001</i></li> <li><i>Control de enfermedades transmisibles. E002</i></li> <li>Detección oportuna de enfermedades. <b>E003</b></li> <li><i>Orientación para la salud. E004</i></li> <li><i>Control del estado de salud de la embarazada. E005</i></li> <li><i>Atención materno-infantil. E006</i></li> <li><i>Consulta bucal. E007</i></li> <li><i>Consulta externa general E009</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>especialidad por consultorio.</li> <li>Promedio consultas por hora médico especialista.</li> <li>Promedio de días estancia por egreso por Servicio.</li> <li>Índice de rotación o egresos por cama.</li> <li>Ocupación hospitalaria.</li> <li>Intervalo de sustitución.</li> <li>Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano x día.</li> <li>Partos atendidos en relación a egresos.</li> <li>Cesáreas realizados en relación a partos atendidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitación. <b>E014</b></li> </ul>
<b>IV</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Investigación científica y tecnológica. <b>E015</b></li> <li>Capacitación y formación de los recursos humanos en salud. <b>E016</b></li> <li>Suministro de claves de medicamento. <b>E018</b></li> <li>Capacitación y formación de los recursos humanos en seguridad social. <b>E035</b></li> <li>Equidad de género. <b>E036</b></li> <li>Servicios de Estancia de Bienestar y Desarrollo Infantil. <b>E038</b></li> <li>Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar. <b>E039</b></li> <li>Programas y servicios de apoyo para la adquisición de medicinas y productos farmacéuticos. <b>E040</b></li> <li>Atención a personas con discapacidad. <b>E042</b></li> <li>Evaluación específica de medición del nivel de satisfacción de los derechohabientes sobre los servicios de salud que proporciona el ISSSTE, <b>E043</b> Prevención y control de enfermedades y <b>E044</b> Atención a la salud.</li> </ul>		

Fuente: CONEVAL (2014) “\*El Diagnóstico de MIR 2014 del ISSSTE se encuentra en proceso de elaboración” y declaración del epidemiólogo de la CMFG Dr. Julio Ramírez (J. Ramírez, comunicación personal, 03/06/2019).

La columna I corresponde al primer nivel de atención, las columnas II y III corresponden al 2° y 3er nivel de atención y el contenido de la columna IV se presenta en cualquier de los niveles de atención. De la columna del primer nivel en cursiva son requeridas por el artículo 3° de la Ley General de Salud. En negritas se encuentra la clasificación presupuestaria sectorial que operan con indicadores, presentes en todas las columnas.

## Anexo 6

Con los siguientes indicadores compartidos por la Directora de la Clínica, que no son los indicadores institucionales se corroboró que los servidores públicos de la Clínica no tienen objetivos y metas en común. Esto demuestra que los perfiles en el nivel de dirección no son los ideales para administrar un ente público.

Indicadores con que opera la Clínica de Medicina Familiar Guadalupe.



Servicio	Indicadores	Observaciones personales
Consulta externa	Se requieren 2 médicos familiares de seis horas cada uno para atender un consultorio de medicina familiar.	En la CMFG, se tienen 5 consultorios de medicina familiar con 5 médicos en el turno matutino y 5 en el turno vespertino. En el primer turno hay un médico de 8 horas y uno de 9 horas de trabajo, esta situación perturba a los demás.
	1.7 trabajadores por cada 1,000 derechohabientes.	La OCDE recomienda entre 2 y 3 médicos por cada 1,000 usuarios.
	Distribución del personal para una clínica de medicina familiar.	En la CMFG se tienen 9 médicos familiares, más 1 de PrevenirSSSTE cerca de ti y 3 médicas cirujanas odontológicas. En suma son un 25% del personal en la CMFG.
	Médicos 30%	9 Enfermeras
	Enfermería 22%	0 Paramédicos porque no se cuenta con unidad de urgencias
	Paramédicos 15%	16 Administrativos lo que es 30.76%
	Administrativos 16%	6 Personas de servicios generales (Staff)
	Servicios generales 17%	
Enseñanza e investigación	1 Jefe de Enseñanza por unidad.	No se cuenta con personal para cubrir el área. Es un pre requisito para tener vínculos con institutos de educación para transmitir el conocimiento a la pasantía.
Enfermería	40 Enfermeras por clínica.	3 Licenciadas en Enfermería y 1 Auxiliar de enfermera para 10 consultorios.
	Profesional 60%	1 Pasante.
	No profesional 40%	2 Becarios.
	1 Auxiliar de enfermera por cada dos consultorios de medicina general.	1 Licenciada en Enfermería para medicina preventiva..
	1 Auxiliar de enfermera por consultorio de Planificación Familiar.	1 Auxiliar de enfermera por consultorio de Planificación Familiar.
		1 L.E.E como jefa de enfermería.
		6 Enfermeras PROVAC (Programa de Vacunación Permanente que dependen de otra adscripción.
Laboratorio	Un Jefe de Laboratorio	1 Jefe de Laboratorio
	1 Peine (Un químico de 6 horas y 2 técnicos de 6.3 horas por turno) Por cada 18,000 derechohabientes	3 Q.F.B. realizando funciones de técnicos laboratoristas.
Radiología	1 Técnico Radiólogo por turno.	1 Técnico Radiólogo por turno.
Trabajo Social	1 Trabajadora Social puede atender 25,000 derechohabientes.	1 Trabajadora Social por 35,000 derechohabientes.
Estadística	1 Estadígrafo por unidad.	1 Estadígrafo por unidad.

Farmacia	1 Encargado por unidad	1 Encargada
	1 Despachador por cada 100 recetas surtidas y por turno	1 Despachadora por cada 300 recetas surtidas y por turno.
Archivo Clínico	1 Encargado por unidad	1 Encargado
	1 Auxiliar por cada 50-100 consultas	5 Auxiliares por cada 100-200 consultas.
Nutrición	1 Dietista por unidad.	1 Nutrióloga
		4 Pasantes en Nutrición
Uso General		Se recurre a las suplencias en Bolsa de Trabajo

(Dra. F. Casillas, comunicación personal, 07/06/2019).

## Anexo 7

Con el siguiente esquema se ventiló que el jefe del Poder Ejecutivo tiene amplio conocimiento del tema de las Enfermedades crónicas, pero con ello surge la pregunta ¿Por qué no se están tomando acciones concretas para el control de las Enfermedades crónicas?

### Puntos Relevantes del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

	Objetivos	Estrategias	Líneas de acción
<b>VI.2 México incluyente</b>	2.1 Garantizar los derechos sociales.	2.1.1 Asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos, en especial grupos vulnerables	Adecuación jurídica para fortalecer la seguridad alimentaria.
	2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.	2.2.1 Crear esquemas de desarrollo comunitario con la participación social.	Fortalecer la cohesión social a través de la participación comunitaria, con promoción de la corresponsabilidad.
		2.2.2 “Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población” (Peña, 2013, p.71).	Promover el desarrollo integral de la infancia y el fortalecimiento de los derechos del adulto mayor, en materia de salud, alimentación y educación, mediante acciones coordinadas entre niveles de gobierno y sociedad civil.
	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1 Anticipar la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta. Consolidar los mecanismos para una integración real del Sistema Nacional de Salud.
2.3.2 “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”		Garantizar oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios de salud. Reducir la morbilidad y mortalidad de ECD, principalmente diabetes e hipertensión.	

		(Peña, 2013, p.72).	Realizar acciones para prevenir y controlar el sobrepeso, obesidad y diabetes. Reforzar programas de detección oportuna de cáncer de mama, cervicouterino y próstata. Coordinar acciones con los sectores productivos para desarrollar políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.
		2.3.4 Garantizar el real acceso a servicios de salud con calidad.	Homologar la calidad técnica e interpersonal en los servicios de salud. Superar la calidad de formación del recurso humano y alinearla a las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población. Garantizar insumos de calidad, seguros y eficaces. Eleva la satisfacción del usuario en los programas de las unidades operativas públicas.
		2.3.5 Promover la cooperación internacional en salud.	Promover esquemas de cooperación internacional en salud pública que fortalezcan capacidades locales y regionales.
<b>(Continúa)</b> <b>VI.2 México incluyente</b>	2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1 Protección de afecciones del ejercicio pleno de los derechos sociales ante eventualidades.	“Promover la inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida” (Peña, 2013, p.73).
		2.4.2 Incentivar la cobertura universal de los servicios de seguridad social.	“Promover la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población” (Peña, 2013, p.74).
		2.4.3 Instrumentación financiera para garantizar la sustentabilidad del Sistema de seguridad social en el mediano y largo plazos.	Reordenar el ejercicio de recursos apegado al logro de resultados. Racionalizar el gasto operativo y privilegiar el gasto de inversión prioritario. Supervisar y verificar el entero de aportaciones y cuotas. Costear la atención de los seguros, servicios y prestaciones que impactan la sustentabilidad financiera de la AP. * Promover la sustentabilidad del sistema de pensiones, transitando hacia esquemas de contribución definida.
<b>Enfoque transversal México incluyente</b>		II. Gobierno Cercano y Moderno.	Diseñar políticas públicas basadas en evidencia y planeadas con las mejores prácticas internacionales de información y evaluación. Optimizar el gasto operativo y costos de atención, favoreciendo el gasto de inversión prioritario. Evaluar y rendir cuentas con la participación de instituciones académicas, investigación y contralorías sociales comunitarias. Con soporte tecnológico, identificar y corregir riesgos operativos críticos.
		III. Perspectiva de Género.	Promover la igualdad de oportunidades entre géneros para ejercer sus derechos
<b>VI.3.</b>	3.1 Potencializar	3.1.4 Promover la incorporación	Incrementar el uso de herramientas de innovación

<b>México con Educación de Calidad</b>	el desarrollo humano de los mexicanos con educación de calidad.	de las TIC en el proceso de enseñanza-aprendizaje.	tecnológica en el Sistema Educativo.
	3.4 Promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud.	3.4.1 Implementar programa de infraestructura deportiva.	Contar con inventario y estado de las instalaciones a nivel municipal, estatal y federal. Recuperar espacios y responder a las necesidades futuras de los programas deportivos. Promover acciones a largo plazo entre los integrantes del Sistema Nacional de Cultura Física y Deporte.
		3.4.2 Diseñar diferenciados programas de actividad física y deporte para atender las necesidades de la población.	“Crear un programa de actividad física y deporte tendiente a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad.” “Facilitar la práctica deportiva sin fines selectivos” (Peña, 2013, p.82). Estructurar con claridad la práctica del deporte social y deporte de representación.
	3.5 Hacer pilares con el desarrollo científico, tecnológico y la innovación para el progreso económico y social sostenible.	3.5.4. Contribuir a vincular el aprovechamiento y conocimiento con las instituciones de educación superior y los centros de investigación con los sectores público, social y privado.	“Promover la vinculación entre las instituciones de educación superior y centros de investigación con los sectores público, social y privado. Desarrollar programas específicos de fomento a la vinculación y la creación de unidades sustentables de vinculación y transferencia de conocimiento” (Peña, 2013, p.83).
<b>Enfoque transversal (México con Educación de Calidad)</b>		I. Democratizar la Productividad.	Fortalecer la vinculación entre los planteles de nivel medio superior y superior con el sector productivo, y promover la evaluación permanente de la oferta educativa. Inducir el establecimiento de consejos institucionales de vinculación. Estimular la generación de oferta educativa con pertinencia territorial.
<b>VI.4. México Próspero</b>	4.1 Mantener la estabilidad macroeconómica del país.	4.1.3. Promover el ejercicio del gasto eficiente y el ahorro generado fortalezca los programas prioritarios.	Fortalecer la evaluación sistemática del Desempeño y Presupuesto basado en Resultados. Procurar erogaciones racionales del gasto de operación.
	4.3 Promover el empleo de calidad.	4.3.2. Promover trabajos dignos.	Promover el respeto laboral, derechos humanos y de seguridad social.
		4.3.3 Promover el empleo sostenido, la productividad agregada con beneficio mutuo y capacitación laboral.	Ejercer políticas de capacitación laboral y en el trabajo. Fomentar la productividad laboral agregada con beneficio mutuo entre empleado y empleador.
	4.5 Democratizar el acceso a servicios de	4.5.1. Impulsar la innovación y desarrollo tecnológico de telecomunicaciones, ampliando accesibilidad y cobertura, para	Incrementar el uso del Internet mediante redes de fibra óptica que extienda la cobertura en el territorio nacional. Fomentar el uso óptimo de las bandas de 700

	telecomunicaciones	eficientar el servicio y reducir costos que permitan la competencia.	MHz y 2.5 GHz bajo principios de acceso universal, sin discriminación, compartido y continuo.
	4.7 Certidumbre en el desarrollo de un mercado interno competitivo.	4.7.1. Consolidar en el mercado interno la competencia.	Aplicación eficaz de la legislación en materia de competencia económica, que prevenga y elimine las prácticas monopólicas. Impulsar la regulación que favorezca la eficiencia de los mercados y la competencia.
		4.7.3. Fortalecer el sistema de normas y su evaluación.	Construir mecanismo auto sostenible para elaborar, evaluar y cumplir la norma.
<b>Enfoque transversal (México Próspero)</b>		I. Democratizar la Productividad.	Incrementar la cobertura de banda ancha en el país e, incrementar el número de usuarios del Internet y otros servicios de comunicaciones, persiguiendo por sistema la reducción de costos. Impulsar la economía digital y fomentar el desarrollo de habilidades en el uso de TIC, para aprovechar las oportunidades de la globalización.
		II. Gobierno Cercano y Moderno.	Modernizar la APF con base en el uso de la TIC.
<b>VI.5. México con Responsabilidad Global</b>	5.1 Ampliar y fortalecer la presencia de México en el mundo.	5.1.2. Posicionar con diálogo y cooperación a México como actor regional relevante de los procesos de integración.	Fortalecer alianzas estratégicas, con papel activo en foros regionales sobre temas prioritarios para México, como energía, comercio, derechos humanos y fortalecimiento del derecho internacional.
		5.1.3. “Consolidar las relaciones con los países europeos sobre la base de valores y objetivos comunes, a fin de ampliar los vínculos políticos, comerciales y de cooperación” (Peña, 2013, p.103).	“Impulsar la cooperación desde una perspectiva integral, especialmente en los ámbitos cultural, educativo, científico y tecnológico” (Peña, 2013, p.103).

Elaboración personal con información del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Referencia: Peña, Nieto Enrique. (2013) PND. México, Cámara de Diputados LXIV Legislatura [En línea] consultado el (06/05/2019) recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

## Anexo 8

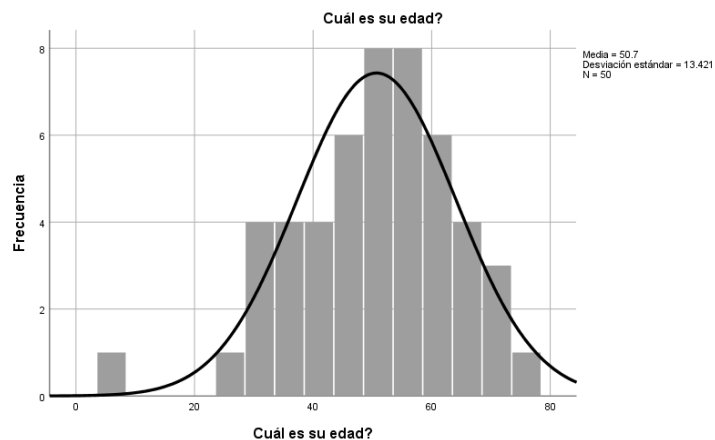
Con el siguiente estudio se pretendió analizar cualitativa y cuantitativamente algunas de las variables que intervienen en los casos de las Enfermedades crónicas, pero sólo se confirmó que no existe relación alguna. A excepción de que los enfermos crónicos acuden frecuentemente a la Clínica y se deduce que son los que bloquean la oferta de las citas médicas, dejando sin gran oportunidad al resto de la derechohabencia.

### Tabla de Frecuencias

		<b>Estadísticos</b>					
		Cuál es su edad?	Qué tiempo tiene que le diagnosticaron su padecimiento?	Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?	Cuántas veces come al día?	Cuántas veces a la semana realiza ejercicio físico?	Cuántas horas continuas duerme al día?
N	Válido	50	26	50	50	50	50
	Perdidos	0	24	0	0	0	0
Media		50.70	9.96	6.20	2.42	2.96	2.12
Mediana		52.00	7.50	4.00	3.00	3.00	2.00
Moda		52	3 <sup>a</sup>	12	3	5	1
Desv. Desviación		13.421	7.697	5.338	.810	1.511	1.172
Varianza		180.133	59.238	28.490	.657	2.284	1.373
Asimetría		-.773	.814	.887	-.689	.144	.789
Error estándar de asimetría		.337	.456	.337	.337	.337	.337
Curtosis		1.224	-.643	.524	-.713	-1.412	-.287
Error estándar de curtosis		.662	.887	.662	.662	.662	.662
Rango		68	25	23	3	4	4
Mínimo		6	1	1	1	1	1
Máximo		74	26	24	4	5	5
Suma		2535	259	310	121	148	106
Percentiles	25	42.75	3.75	1.00	2.00	2.00	1.00
	50	52.00	7.50	4.00	3.00	3.00	2.00
	75	60.00	16.25	12.00	3.00	5.00	3.00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

		<b>Cuál es su sexo?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	38	76.0	76.0	76.0
	Hombre	12	24.0	24.0	100.0
Total		50	100.0	100.0	



**Porqué motivo es derechohabiente?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabajador	20	40.0	40.0	40.0
	Pensionado	11	22.0	22.0	62.0
	Familiar	19	38.0	38.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**En qué dependencia trabaja o trabajó el titular?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SEP	25	50.0	50.0	50.0
	UAZ	7	14.0	14.0	64.0
	SSZ	7	14.0	14.0	78.0
	PJF/ISSSTE	4	8.0	8.0	86.0
	OTROS	7	14.0	14.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Qué nivel de estudios concluidos tiene usted?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Maestría	2	4.0	4.0	4.0
	Licenciatura	25	50.0	50.0	54.0
	Preparatoria	9	18.0	18.0	72.0
	Secundaria	8	16.0	16.0	88.0
	Primaria	6	12.0	12.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	24	48.0	48.0	48.0
	Sí	26	52.0	52.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Tiene usted Sobrepeso u Obesidad?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sobrepeso/Obesidad	34	68.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	16	32.0		
Total		50	100.0		

**Tiene usted Diabetes?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sobrepeso/Obesidad	1	2.0	11.1	11.1
	Diabetes	8	16.0	88.9	100.0
	Total	9	18.0	100.0	
Perdidos	Sistema	41	82.0		
Total		50	100.0		

**Tiene usted Hipertensión?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipertensión	18	36.0	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	32	64.0		
Total		50	100.0		

**Tiene usted Cáncer?**

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Sistema	50	100.0

**Tiene usted Enfermedades Cardíacas?**

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Sistema	50	100.0

**Cómo se ha comportado su medicación desde su diagnóstico?**



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Disminución leve	5	10.0	21.7	21.7
	Igual	15	30.0	65.2	87.0
	Incrementado leve	3	6.0	13.0	100.0
	Total	23	46.0	100.0	
Perdidos	Sistema	27	54.0		
Total		50	100.0		

Entre los datos perdidos se encuentran dos personas con obesidad sin medicación y una con artritis reumatoide que no se consideró por salir del grupo de caso, la suma de estos tres casos más el Total Válido, nos da como resultado los 26 casos que tienen Enfermedades crónicas.

#### Se le surte completo su medicamento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	20	40.0	40.0	40.0
	Casi siempre	13	26.0	26.0	66.0
	Más o menos	8	16.0	16.0	82.0
	Casi nunca	7	14.0	14.0	96.0
	Nunca	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

#### Cómo es escrita su receta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medio electrónico	10	20.0	20.0	20.0
	Indistinta	6	12.0	12.0	32.0
	Manuscrita	34	68.0	68.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

#### Entiende su tratamiento por medio de su receta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	28	56.0	56.0	56.0
	Casi siempre	5	10.0	10.0	66.0
	Más o menos	11	22.0	22.0	88.0
	Casi nunca	4	8.0	8.0	96.0
	Nunca	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Cómo es la información que le proporciona el Instituto para mantenerse saludable?**

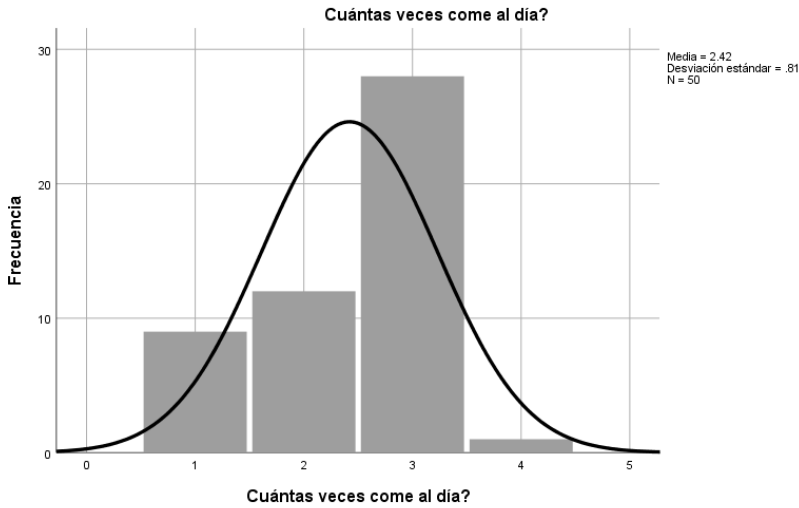
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abundante	14	28.0	28.0	28.0
	Casi abundante	7	14.0	14.0	42.0
	Suficiente	22	44.0	44.0	86.0
	Casi no tiene	4	8.0	8.0	94.0
	No tiene	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

**Cómo es su alimentación?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy nutritiva	2	4.0	4.0	4.0
	Nutritiva	24	48.0	48.0	52.0
	Regular	21	42.0	42.0	94.0
	Poco nutritiva	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

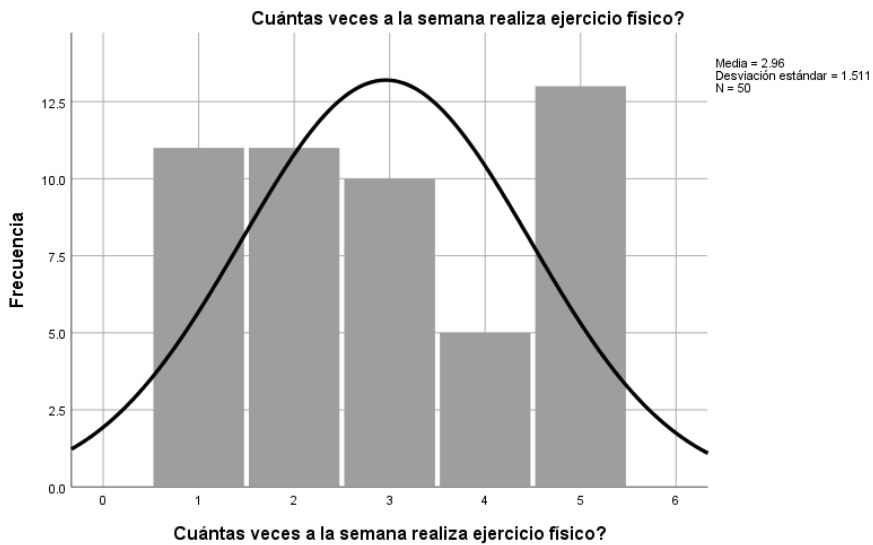
**Cuántas veces come al día?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6-5 veces	9	18.0	18.0	18.0
	4 veces	12	24.0	24.0	42.0
	3 veces	28	56.0	56.0	98.0
	2 veces	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	



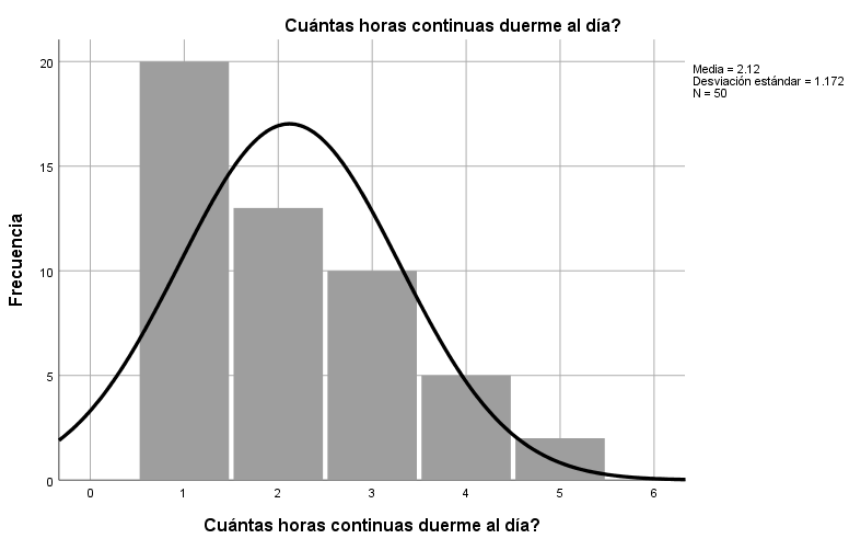
**Cuántas veces a la semana realiza ejercicio físico?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Más de 6 veces	11	22.0	22.0	22.0
	4-5 veces	11	22.0	22.0	44.0
	3 veces	10	20.0	20.0	64.0
	1-2 veces	5	10.0	10.0	74.0
	Ni una vez	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	



### Cuántas horas continuas duerme al día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7-8 horas	20	40.0	40.0	40.0
	6 horas	13	26.0	26.0	66.0
	5 horas	10	20.0	20.0	86.0
	4 horas	5	10.0	10.0	96.0
	Menos de 4 horas	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	



### Cómo es su manejo del stress?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	5	10.0	10.0	10.0
	Bueno	19	38.0	38.0	48.0
	Regular	19	38.0	38.0	86.0
	Malo	5	10.0	10.0	96.0
	Muy malo	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

### Cómo es el manejo de sus emociones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	5	10.0	10.0	10.0

Bueno	19	38.0	38.0	48.0
Regular	23	46.0	46.0	94.0
Malo	3	6.0	6.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

#### Tabla cruzada

		Tiene usted Sobrepeso u Obesidad? Sobrepeso/Obe sidad		Total
En qué dependencia trabaja o trabajó el titular?	SEP	Recuento	20	20
		Recuento esperado	20.0	20.0
	UAZ	Recuento	3	3
		Recuento esperado	3.0	3.0
	SSZ	Recuento	4	4
		Recuento esperado	4.0	4.0
	PJF/ISSSTE	Recuento	2	2
		Recuento esperado	2.0	2.0
	OTROS	Recuento	5	5
		Recuento esperado	5.0	5.0
	Total	Recuento	34	34
		Recuento esperado	34.0	34.0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>a</sup>
N de casos válidos	34

a. No se han calculado estadísticos porque Tiene usted Sobrepeso u Obesidad? es una constante.

**En qué dependencia trabaja o trabajó el titular? \* Tiene usted Diabetes?**

**Tabla cruzada**

		Tiene usted Diabetes?			
		Sobrepeso/Obesidad	Diabetes	Total	
En qué dependencia trabaja o trabajó el titular?	SEP	Recuento	0	4	4
		Recuento esperado	.4	3.6	4.0
	UAZ	Recuento	0	2	2
		Recuento esperado	.2	1.8	2.0
	SSZ	Recuento	0	1	1
		Recuento esperado	.1	.9	1.0
	OTROS	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	.2	1.8	2.0
Total	Recuento	1	8	9	
	Recuento esperado	1.0	8.0	9.0	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.938 <sup>a</sup>	3	.268
Razón de verosimilitud	3.506	3	.320
Asociación lineal por lineal	2.909	1	.088
N de casos válidos	9		

a. 8 casillas (100.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.

**Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.661	.268
	V de Cramer	.661	.268
N de casos válidos		9	

**En qué dependencia trabaja o trabajó el titular? \* Tiene usted Hipertensión?**

**Tabla cruzada**

		Tiene usted Hipertensión?		
		Hipertensión	Total	
En qué dependencia trabaja o trabajó el titular?	SEP	Recuento	10	10
		Recuento esperado	10.0	10.0
	UAZ	Recuento	3	3
		Recuento esperado	3.0	3.0
	SSZ	Recuento	1	1
		Recuento esperado	1.0	1.0
	PJF/ISSSTE	Recuento	1	1
		Recuento esperado	1.0	1.0
	OTROS	Recuento	3	3
		Recuento esperado	3.0	3.0
	Total	Recuento	18	18
		Recuento esperado	18.0	18.0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>a</sup>
N de casos válidos	18

a. No se han calculado estadísticos porque Tiene usted Hipertensión? es una constante.

**Medidas simétricas**

	Valor	
Nominal por Nominal	Phi	. <sup>a</sup>
N de casos válidos		18

a. No se han calculado estadísticos porque Tiene usted Hipertensión? es una constante.

**Tabla cruzada Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?\*Se le surte completo su medicamento?**

Se le surte completo su medicamento?	Total
--------------------------------------	-------

			Siempre	Casi siempre	Más o menos	Casi nunca	Nunca	
Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	No	Recuento	8	10	3	2	1	24
		Recuento esperado	9.6	6.2	3.8	3.4	1.0	24.0
	Sí	Recuento	12	3	5	5	1	26
		Recuento esperado	10.4	6.8	4.2	3.6	1.0	26.0
Total		Recuento	20	13	8	7	2	50
		Recuento esperado	20.0	13.0	8.0	7.0	2.0	50.0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.285 <sup>a</sup>	4	.179
Razón de verosimilitud	6.536	4	.163
Asociación lineal por lineal	.183	1	.669
N de casos válidos	50		

a. 6 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .96.

#### Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.355	.179
	V de Cramer	.355	.179
N de casos válidos		50	

#### Tabla cruzada Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?\*Cómo califica los servicios médicos del Instituto?

		Cómo califica los servicios médicos del Instituto?					Total	
		Muy buenos	Buenos	Regular	Malo	Muy malo		
Con qué	1	Recuento	2	8	1	1	1	13



frecuencia		Recuento esperado	2.3	7.0	2.6	.8	.3	13.0
asiste a	2	Recuento	2	5	0	0	0	7
consulta		Recuento esperado	1.3	3.8	1.4	.4	.1	7.0
durante el	3	Recuento	1	1	1	0	0	3
año?		Recuento esperado	.5	1.6	.6	.2	.1	3.0
	4	Recuento	0	3	0	0	0	3
		Recuento esperado	.5	1.6	.6	.2	.1	3.0
	5	Recuento	0	2	0	0	0	2
		Recuento esperado	.4	1.1	.4	.1	.0	2.0
	6	Recuento	1	1	1	0	0	3
		Recuento esperado	.5	1.6	.6	.2	.1	3.0
	8	Recuento	0	0	1	0	0	1
		Recuento esperado	.2	.5	.2	.1	.0	1.0
	10	Recuento	0	1	0	0	0	1
		Recuento esperado	.2	.5	.2	.1	.0	1.0
	12	Recuento	3	6	5	2	0	16
		Recuento esperado	2.9	8.6	3.2	1.0	.3	16.0
	24	Recuento	0	0	1	0	0	1
		Recuento esperado	.2	.5	.2	.1	.0	1.0
Total		Recuento	9	27	10	3	1	50
		Recuento esperado	9.0	27.0	10.0	3.0	1.0	50.0

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.781 <sup>a</sup>	36	.921
Razón de verosimilitud	27.066	36	.859
Asociación lineal por lineal	1.629	1	.202
N de casos válidos	50		

a. 48 casillas (96.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

**Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.704	.921
	V de Cramer	.352	.921
N de casos válidos		50	

**Tabla cruzada Qué tiempo cree suficiente para la consulta?\*Cómo se ha comportado su medicación desde su diagnóstico?**

			Cómo se ha comportado su medicación desde su diagnóstico?			Total
			Disminución	Igual	Incrementado	
			leve	leve	leve	
Qué tiempo cree suficiente para la consulta?	20 minutos	Recuento	1	8	1	10
		Recuento esperado	2.2	6.5	1.3	10.0
	15 minutos	Recuento	3	7	2	12
		Recuento esperado	2.6	7.8	1.6	12.0
	10 minutos	Recuento	1	0	0	1
		Recuento esperado	.2	.7	.1	1.0
Total	Recuento	5	15	3	23	
	Recuento esperado	5.0	15.0	3.0	23.0	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.907 <sup>a</sup>	4	.297
Razón de verosimilitud	4.494	4	.343
Asociación lineal por lineal	1.195	1	.274
N de casos válidos	23		

a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.

**Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.462	.297
	V de Cramer	.327	.297
N de casos válidos		23	

**Tabla cruzada Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?\*Cómo califica los servicios médicos del Instituto?**

		Cómo califica los servicios médicos del Instituto?					Total	
		Muy buenos	Buenos	Regular	Malo	Muy malo		
Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	No	Recuento	3	16	3	1	1	24
		Recuento esperado	4.3	13.0	4.8	1.4	.5	24.0
	Sí	Recuento	6	11	7	2	0	26
		Recuento esperado	4.7	14.0	5.2	1.6	.5	26.0
Total		Recuento	9	27	10	3	1	50
		Recuento esperado	9.0	27.0	10.0	3.0	1.0	50.0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.787 <sup>a</sup>	4	.310
Razón de verosimilitud	5.242	4	.263
Asociación lineal por lineal	.004	1	.949
N de casos válidos	50		

a. 7 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .48.

**Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.309	.310
	V de Cramer	.309	.310
N de casos válidos		50	

**Tabla cruzada Cómo califica los servicios médicos del Instituto?\*Cómo es escrita su receta?**

		Cómo es escrita su receta?				
		Medio electrónico	Indistinta	Manuscrita	Total	
Cómo califica los servicios médicos del Instituto?	Muy buenos	Recuento	1	0	8	9
		Recuento esperado	1.8	1.1	6.1	9.0
	Buenos	Recuento	6	3	18	27
		Recuento esperado	5.4	3.2	18.4	27.0
	Regular	Recuento	1	2	7	10
		Recuento esperado	2.0	1.2	6.8	10.0
	Malo	Recuento	2	0	1	3
		Recuento esperado	.6	.4	2.0	3.0
	Muy malo	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	.2	.1	.7	1.0
	Total	Recuento	10	6	34	50
		Recuento esperado	10.0	6.0	34.0	50.0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.634 <sup>a</sup>	8	.067
Razón de verosimilitud	11.894	8	.156
Asociación lineal por lineal	2.415	1	.120
N de casos válidos	50		

a. 11 casillas (73.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

**Medidas simétricas**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.541	.067
	V de Cramer	.383	.067
N de casos válidos		50	

## Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa? * Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

**Tabla cruzada Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?\*Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?**

		Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?											Total
		1	2	3	4	5	6	8	10	12	24		
Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	No	Recuento	10 <sub>a</sub>	4 <sub>a, b, c</sub>	2 <sub>a, b, c</sub>	1 <sub>a, b, c</sub>	2 <sub>a</sub>	0 <sub>c</sub>	1 <sub>a, b</sub>	1 <sub>a, b</sub>	3 <sub>b, c</sub>	0 <sub>a, b, c</sub>	24
		Recuento esperado	6.2	3.4	1.4	1.4	1.0	1.4	.5	.5	7.7	.5	24.0
		% dentro de Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	41.7%	16.7%	8.3%	4.2%	8.3%	0.0%	4.2%	4.2%	12.5%	0.0%	100.0%
	Sí	Recuento	3 <sub>a</sub>	3 <sub>a, b, c</sub>	1 <sub>a, b, c</sub>	2 <sub>a, b, c</sub>	0 <sub>a</sub>	3 <sub>c</sub>	0 <sub>a, b</sub>	0 <sub>a, b</sub>	13 <sub>b, c</sub>	1 <sub>a, b, c</sub>	26
		Recuento esperado	6.8	3.6	1.6	1.6	1.0	1.6	.5	.5	8.3	.5	26.0
		% dentro de Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?	23.1%	42.9%	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	81.3%	100.0%	52.0%
	Total	Recuento	13	7	3	3	2	3	1	1	16	1	50
		Recuento esperado	13.0	7.0	3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	16.0	1.0	50.0

% dentro de Padece usted alguna enfermedad crónica degenerativa?	26.0%	14.0%	6.0%	6.0%	4.0%	6.0%	2.0%	2.0%	32.0%	2.0%	100.0%
% dentro de Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de Con qué frecuencia asiste a consulta durante el año? categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel .05.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.779 <sup>a</sup>	9	.027
Razón de verosimilitud	22.548	9	.007
Asociación lineal por lineal	9.074	1	.003
N de casos válidos	50		

a. 16 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .48.

### Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal		
Phi	.613	.027
V de Cramer	.613	.027
N de casos válidos	50	

## Anexo 9

La siguiente lista demuestra el costo que está pagando el Instituto por el medicamento que está siendo prescrito a la población de enfermos crónicos. Con ayuda de las muestras de recetas médicas se determinó que el costo del medicamento de los pacientes diabéticos e hipertensos controlados no superan los 47 pesos. Elaboración personal con información proporcionada del Staff de SILODISA. Fuente: (M.I. García, Luévano, comunicación personal, 3/01/2019).

No	Medicamento	Clave	Partida presupuestal	Recibida en farmacia el 26 de diciembre de 2018	Precio Unitario
	Acemetacina	3406	253010000	ACEMETACINA. CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA. CADA CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA CONTIENE: ACEMETACINA 90 MG. ENVASE CON 14 CAPSULAS DE LIBERACION PROLONGADA	4.35
	Ácido Acetilsalicílico	101	253010000	ACIDO ACETILSALICILICO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	7.33
	Ácido Acetilsalicílico soluble	103	253010000	ACIDO ACETILSALICILICO. TABLETA SOLUBLE O EFERVESCENTE. CADA TABLETA SOLUBLE O EFERVESCENTE CONTIENE: ACIDO ACETILSALICILICO 300 MG. ENVASE CON 20	3.71
	Ácido Alendrónico	4161	253010000	ACIDO ALENDRONICO. TABLETA O COMPRIMIDO. CADA TABLETA O COMPRIMIDO CONTIENE: ALENDRONATO DE SODIO EQUIVALENTE A 10 MG DE ACIDO ALENDRONICO. ENVASE CON 30 TABLETAS O COMPRIMIDOS.	13.00
	Ácido Ascórbico efervescente		253010000		
	Alopurinol	3451	253010000	ALOPURINOL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: ALOPURINOL 300 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	9.28
	Alprazolam 2.0 mg	2499	253010000	ALPRAZOLAM TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: ALPRAZOLAM 2.0 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	79.99
	Alprazolam 2.5mg	2500	253010000	ALPRAZOLAM. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: ALPRAZOLAM 0.25 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	27.97
	Aluminio-Magnesio Gel	1224	253010000	ALUMINIO Y MAGNESIO. SUSPENSION ORAL. CADA 100 ML. CONTIENEN: HIDROXIDO DE ALUMINIO 3.7 G. HIDROXIDO DE MAGNESIO 4.0 G. O TRISILICATO DE MAGNESIO 8.9 G. ENVASE CON 240 ML Y DOSIFICADOR.	9.1
	Ambroxol comprimidos	2462	253010000	AMBROXOL COMPRIMIDO CADA COMPRIMIDOCONTIENE: CLORHIDRATO DE AMBROXOL 30 MG. ENVASE CON 20 COMPRIMIDOS.	3.36
	Ambroxol Jarabe	2463	253010000	AMBROXOL SOLUCION CADA 100 ML. CONTIENEN: CLORHIDRATO DE AMBROXOL 300 MG. ENVASE CON 120 ML Y DOSIFICADOR	4.55
	Amiodarona	4110	253010000	AMIODARONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE AMIODARONA 200 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	23.15
	Amlodipino	2111	253010000	AMLODIPINO. TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: BESILATO O MALEATO DE AMLODIPINO EQUIVALENTE A 5 MG DE AMLODIPINO. ENVASE CON 30 TABLETAS O CAPSULAS	8.44
	Amoxicilina Jarabe	2129	253010000	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULANICO. SUSPENSION ORAL. CADA FRASCO CON POLVO CONTIENE: AMOXICILINA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 1.5 G DE AMOXICILINA. CLAVULANATO DE POTASIO EQUIVALENTE A 375 MG DE ACIDO CLAVULANICO. ENVASE CON 60 ML, CADA 5 ML	12.22
	Amoxicilina Tabletas		253010000		
	Atorvastatina	5106	253010000	ATORVASTATINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A: 20 MG. DE ATORVASTATINA ENVASE CON 10 TABLETAS.	10.89
	Azatioprina	3461	253010000	AZATIOPRINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: AZATIOPRINA 50 MG. ENVASE CON 50 TABLETAS.	269.95
	Benicilpenicilina	1923	253010000	BENCILPENICILINA PROCAINICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA. SUSPENSION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CON POLVO CONTIENE: BENCILPENICILINA PROCAINICA EQUIVALENTE A 300 000 UI. DE BENCILPENICILINA. BENCILPENICILINA CRISTALINA EQUIVALEN	7.04
	Benzonatato	2433	253010000	BENZONATATO. PERLA O CAPSULA. CADA PERLA O CAPSULA CONTIENE: BENZONATATO 100 MG. ENVASE CON 20 PERLAS O CAPSULAS.	11.36
	Bezafibrato	6550	253010000	BEZAFIBRATO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: BEZAFIBRATO 200 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	10.89
	Bicolutamida	5440	253010000	BICALUTAMIDA. TABLETA. CADA TABLETACONTIENE: BICALUTAMIDA 50 MG. ENVASE CON 28 TABLETAS.	615.00
	Butilhioscina	1206	253010000	BUTILHIOSCINA O HIOSCINA. GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: BROMURO DE BUTILHIOSCINA O BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10 MG. ENVASE CON 10 GRAGEAS O TABLETAS.	18.05
	Carbamazepina	2609	253010000	CARBAMAZEPINA SUSPENSION ORAL CADA 5 ML. CONTIENEN: CARBAMAZEPINA 100 MG. ENVASE CON 120 ML. Y DOSIFICADOR DE 5 ML.	27.74
	Calcitriol	1095	253010000	CALCITRIOL. CAPSULA DE GELATINA BLANDA. CADA CAPSULA CONTIENE: CALCITRIOL 0.25 MCG. ENVASE CON 50 CAPSULAS.	16.08
	Captopril	5740	253010000	CAPTOPRIL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CAPTOPRIL 25 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	2.73

Cefalexina	1939	253010000	CEFALEXINA TABLETA O CAPSULA CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: CEFALEXINA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG. DE CEFALEXINA. ENVASE CON 20 TABLETAS O CAPSULAS.	21.8
Celecoxib		253010000		
Cinitaprida	2247	253010000	CINITAPRIDA. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE BITARTRATO DE CINITAPRIDA EQUIVALENTE A 1 MG DE CINITAPRIDA. ENVASE CON 25 COMPRIMIDOS	14.48
Ciprofloxacino	2174	253010000	CIPROFLOXACINO SOLUCION OFTALMICA CADA 1 ML. CONTIENE: CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 3.0 MG. DE CIPROFLOXACINO. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 5 ML.	4.63
Ciprofloxacino	4255	253010000	CIPROFLOXACINO. CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 250 MG. DE CIPROFLOXACINO. ENVASE CON 8 CAPSULAS O TABLETAS.	3.75
Claritromicina	2132	253010000	CLARITROMICINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLARITROMICINA 250 MG. ENVASE CON 10 TABLETAS.	16.00
Clonazepam	2612	253010000	CLONAZEPAM TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLONAZEPAM 2 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	6.42
Clonazepam	2613	253010000	CLONAZEPAM. SOLUCION. CADA ML. CONTIENE CLONAZEPAM 2.5 MG. ENVASE CON 10 ML. Y GOTERO INTEGRAL	19.11
Clopidogrel	4246	253010000	CLOPIDOGREL. GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: BISULFATO DE CLOPIDOGREL O BISULFATO DE CLOPIDOGREL (POLIMORFO, FORMA 2) EQUIVALENTE A 75 MG DE CLOPIDOGREL. ENVASE CON 28 GRAGEAS O TABLETAS.	34.53
Clorfenamina	402	253010000	CLORFENAMINA. TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: MALEATO DE CLORFENAMINA 4.0 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	6.21
Clorfenamina Compuesta	2471	253010000	CLORFENAMINA COMPUESTA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: PARACETAMOL 500 MG. CAFEINA 25 MG. CLORHIDRATO DE FENILEFRINA 5 MG. MALEATO DE CLORFENAMINA 4 MG. ENVASE CON 10 TABLETAS.	4.51
Clortalidona	5610	253010000	CLORTALIDONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORTALIDONA 50 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	6.89
Cloruro de Sodio	3608	253010000	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE AL 0.9% CADA 100 ML. CONTIENEN: CLORURO DE SODIO 0.9 G, AGUA INYECTABLE 100 ML. ENVASE CON 250 ML. CONTIENE: SODIO 38.5 MEQ, CLORURO 38.5 MEQ.	5.89
Complejo B	2714	253010000	COMPLEJO B TABLETA, COMPRIMIDO O CAPSULA CADA TABLETA, COMPRIMIDO O CAPSULA CONTIENE: MONONITRATO O CLORHIDRATO DE TIAMINA 100 MG. CIANOCOBALAMINA 50 MCG. ENVASE CON 30 TABLETAS, COMPRIMIDOS O CAPSULAS.	11.00
Dexametasona tab.	3432	253010000	DEXAMETASONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE DEXAMETASONA 0.5 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	17.42
Dexametasona amp.	4241	253010000	DEXAMETASONA. SOLUCION INYECTABLE, CADA FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CONTIENE: FOSFATO SODICO DE DEXAMETASONA EQUIVALENTE A 8 MG. DE FOSFATO DE DEXAMETASONA, ENVASE CON UN FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CON 2 ML.	3.33
Dextrometorfan o jarabe	2431	253010000	DEXTROMETORFANO JARABE CADA 100 ML. CONTIENEN: BROMHIDRATO DE DEXTROMETORFANO 300 MG. ENVASE CON 60 ML Y DOSIFICADOR (15 MG/5 ML)	5.28
Dextrometofan o Jarabe	2431	253010000	DEXTROMETORFANO JARABE CADA 100 ML. CONTIENEN: BROMHIDRATO DE DEXTROMETORFANO 300 MG. ENVASE CON 60 ML Y DOSIFICADOR (15 MG/5 ML)	5.28
Diclofenaco	3417	253010000	DICLOFENACO. CAPSULA O GRAGEA DE LIBERACION PROLONGADA, CADA GRAGEA CONTIENE: DICLOFENACO SODICO 100 MG. ENVASE CON 20 CAPSULAS O GRAGEAS.	5.66
Dicloxacilina	1926	253010000	DICLOXACILINA CAPSULA O COMPRIMIDO CADA CAPSULA O COMPRIMIDO CONTIENE: DICLOXACILINA SODICA 500 MG. ENVASE CON 20 CAPSULAS O COMPRIMIDOS.	17.86
Dicloxacilina	1927	253010000	DICLOXACILINA. SUSPENSION ORAL CADA 5 ML. CONTIENEN: DICLOXACILINA SODICA 250 MG. ENVASE CON POLVO PARA 60 ML Y DOSIFICADOR.	8.43
Dieta Polimérica	2739	253010000	DIETA POLIMERICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEINAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES. POLVO. CADA 100 GRAMOS CONTIENE: DENSIDAD ENERGETICA 0.99 A 1.06 KCAL/ML. CALORIAS 412.5 A 441.7 KCAL. HIDRATOS DE CARBONO 58.50 A 68.00 G. PROTE	44.83
Difenhidramina	405	253010000	DIFENHIDRAMINA JARABE CADA 100 MILILITROS CONTIENEN: CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA 250 MG. ENVASE CON 60 ML.	4.27
Difenidol		253010000		



	Doxicilina		253010000		
	Enalapril	2501	253010000	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL. CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: MATEO DE ENALAPRIL 10 MG O LISINOPRIL 10 MG O RAMIPRIL 10 MG. ENVASE CON 30 CAPSULAS O TABLETAS.	3.41
	Eritroproyetina	5332	253010000	ERITROPOYETINA. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA CON LIOFILIZADO O SOLUCION CONTIENE: ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE O ERITROPOYETINA HUMANA RECOMBINANTE ALFA O ERITROPOYETINA BETA 2000 UI. ENVASE CON 12 FRASCOS AMPULA 1 ML	255.04
	Espironolactona	2304	253010000	ESPIRONOLACTONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: ESPIRONOLACTONA 25 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	14.16
	Etoricoxib	5699	253010000	ETORICOXIB. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: ETORICOXIB 90 MG. ENVASE CON 28 COMPRIMIDOS.	75.02
	Ezetimiba		253010000		
	Ezetimiba_Simvastatina	4025	253010000	EZETIMIBA-SIMVASTATINA. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: EZETIMIBA 10 MG SIMVASTATINA 20 MG. ENVASE CON 28 COMPRIMIDOS	118.3
	Fenazopiridina	2331	253010000	FENAZOPIRIDINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA 100 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	11.1
	Finasterida	4302	253010000	FINASTERIDA. GRAGEA O TABLETA RECUBIERTA. CADA GRAGEA O TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: FINASTERIDA 5 MG. ENVASE CON 30 GRAGEAS O TABLETAS RECUBIERTAS.	27.43
	Flunarizina	5353	253010000	FLUNARIZINA. CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: FLUNARIZINA 5 MG. ENVASE CON 20 CAPSULAS O TABLETAS.	13.15
	Fluoxetina	4483	253010000	FLUOXETINA. CAPSULA O TABLETA, CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE FLUOXETINA EQUIVALENTE A: 20 MG. DE FLUOXETINA. ENVASE CON 14 CAPSULAS O TABLETAS.	5.59
	Fluocinolona	811	253010000	FLUOCINOLONA CREMA CADA G. CONTIENE: ACETONIDO DE FLUOCINOLONA 0.1 MG. ENVASE CON 20 G.	7.99
	Glibenclamida	1042	253010000	GLIBENCLAMIDA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: GLIBENCLAMIDA 5 MG ENVASE CON 50 TABLETAS.	3.83
	Hidroclorotiazida	2301	253010000	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	8.12
	Hipromelosa	2814	253010000	HIPROMELOSA. SOLUCION OFTALMICA AL 0.5%, CADA ML. CONTIENE: HIPROMELOSA 5 MG. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 15 ML.	4.55
	Insulina Glargina	4158	253010000	INSULINA GLARGINA. SOLUCION INYECTABLE. CADA ML DE SOLUCION CONTIENE: INSULINA GLARGINA 3.64 MG EQUIVALENTE A 100.0 UI DE INSULINA HUMANA. ENVASE CON UN FRASCO AMPULA CON 10 ML.	111.8
	Insulina Mix		253010000		
	Ipratropio-Salbutamol	2190	253010000	IPRATROPIO-SALBUTAMOL. SOLUCION PARA INHALACION. CADA DISPARO PROPORCIONA: BROMURO DE IPRATROPIO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 20 MCG DE BROMURO DE IPRATROPIO, SULFATO DE SALBUTAMOL EQUIVALENTE A 100 MCG DE SALBUTAMOL. ENVASE CON 120 DIS	223.14
	Isoconazol	2024	253010000	ISOCONAZOL. CREMA. CADA 100 GRAMOS CONTIENE: NITRATO DE ISOCONAZOL 1 G. ENVASE CON 20 G.	11
	Ketoconazol	2016	253010000	KETOCONAZOL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: KETOCONAZOL 200 MG. ENVASE CON 10 TABLETAS.	7.46
	Ketorolaco	3422	253010000	KETOROLACO SOLUCION INYECTABLE CADA FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CONTIENE: KETOROLACO-TROMETAMINA 30 MG. ENVASE CON 3 FRASCOS AMPULA O 3 AMPOLLETAS DE 1 ML.	3.43
	Fórmula Nan 1	11	253010000	FORMULA PARA LACTANTES (SUCEDANEO DE LECHE HUMANA DE TERMINO). POLVO O LIQUIDO. CONTENIDO EN 100 ML: ENERGIA 60 A 70 KCAL. ENERGIA 250 A 295 KJ. CONTENIDO EN 100 KCAL: VITAMINAS: VITAMINA A (EXPRESADOS EN RETINOL) 200 U.I. O 60 MCG A	18.45
	Levotiroxina	1007	253010000	LEVOTIROXINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: LEVOTIROXINA SODICA SODICA ANHIDRA. ENVASE CON 100 TABLETAS.	22.23
	Linagliptina	5621	253010000	LINAGLIPTINA. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: LINAGLIPTINA 5 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS	267.74
	Loratadina suspensión	2145	253010000	LORATADINA JARABE CADA 100 ML. CONTIENEN LORATADINA 100 MG. ENVASE CON 60 ML Y DOSIFICADOR	5.66
	Loratidina Tableta	2144	253010000	LORATADINA. TABLETA O GRAGEA, CADA TABLETA O GRAGEA CONTIENE: LORATADINA 10 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS O GRAGEAS.	4.49
	Losartan comprimidos	2520	253010000	LOSARTAN. GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO. CADA GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 50 MG. ENVASE CON 30 GRAGEAS O COMPRIMIDOS RECUBIERTOS.	5.12

Losartan/Hidro	2521	253010000	LOSARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA. GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO. CADA GRAGEA O COMPRIMIDO RECUBIERTO CONTIENE: LOSARTAN POTASICO 50.0 MG, HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG. ENVASE CON 30 GRAGEAS O COMPRIMIDOS RECUBIERTOS.	38.73
Levofloxacino	4299	253010000	LEVOFLOXACINO. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: LEVOFLOXACINO HEMIHIDRATADO EQUIVALENTE A 500 MG DE LEVOFLOXACINO. ENVASE CON 7 TABLETAS.	12.52
Metformina	5165	253010000	METFORMINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE METFORMINA 850 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	6.00
Metilprednisolona sol.	3433	253010000	METILPREDNISOLONA SUSPENSION INYECTABLE CADA ML. CONTIENE: ACETATO DE METILPREDNISOLONA 40 MG. UN FRASCO AMPULA CON 2 ML.	34.12
Metoclopramid a tab.	1242	253010000	METOCLOPRAMIDA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DEMETOCLOPRAMIDA 10 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	2.81
Metronidazol	1308	253010000	METRONIDAZOL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: METRONIDAZOL 500 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	9.05
Metronidazol	1561	253010000	METRONIDAZOL. OVULO O TABLETA VAGINAL. CADA OVULO O TABLETA CONTIENE:METRONIDAZOL 500 MG. ENVASE CON 10 OVULOS O TABLETAS.	5.03
Metoprolol	572	253010000	METOPROLOL TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: TARTRATO DE METOPROLOL 100 MG.ENVASE CON 20 TABLETAS.	6.51
Mometasona	4141	253010000	MOMETASONA. SUSPENSION PARA INHALACION.CADA 100 ML CONTIENE: FUROATO DE MOMETASONA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 0.050 G DE FUROATO DE MOMETASONA ANHIDRO. ENVASE NEBULIZADOR CON 18 ML Y VALVULA DOSIFICADORA (140 NEBULIZACIONES DE 50 MCG	82.02
Nafazolina	2804	253010000	NAFAZOLINA SOLUCION OFTALMICA CADA ML. CONTIENE: CLORHIDRATO DE NAFAZOLINA 1 MG. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 15 ML.	4.96
Naproxeno	3407	253010000	NAPROXENO TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: NAPROXENO 250 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	10.36
Nifedipino	5990	253010000	NIFEDIPINO. COMPRIMIDO DE LIBERACION PROLONGADA. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: NIFEDIPINO 30 MG. ENVASE CON 30 COMPRIMIDOS.	20.87
Nitrofurantoina	1911	253010000	NITROFURANTOINA CAPSULA CADA CAPSULA CONTIENE: NITROFURANTOINA 100 MG. ENVASE CON 40 CAPSULAS.	44.73
Novotiral		253010000		
Olanzapina	5486	253010000	OLANZAPINA. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: OLANZAPINA 10 MG. ENVASE CON 14 TABLETAS.	23.29
Omeprazol	5186	253010000	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL. TABLETA O GRAGEA O CAPSULA. CADA TABLETA O GRAGEA O CAPSULA CONTIENE: PANTOPRAZOL 40 MG O RABEPRAZOL SODICO 20 MG U OMEPRAZOL 20 MG. ENVASE CON 14 TABLETAS O GRAGEAS O CAPSULAS.	5.31
Paracetamol	104	253010000	PARACETAMOL. TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: PARACETAMOL 500 MG. ENVASE CON 10 TABLETAS.	3.11
Paracetamol	105	253010000	PARACETAMOL. SUPOSITORIO, CADA SUPOSITORIO CONTIENE: PARACETAMOL 300 MG. ENVASE CON 3 SUPOSITORIOS.	4.33
Paracetamol	106	253010000	PARACETAMOL. SOLUCION ORAL CADA ML CONTIENE: PARACETAMOL 100 MG. ENVASE CON 15 ML. GOTERO CALIBRADO A 0.5 Y 1 ML. INTEGRADO O ADJUNTO AL ENVASE QUE SIRVE DE TAPA.	4.13
Pentoxifilina	4117	253010000	PENTOXIFILINA TABLETA O GRAGEA DE LIBERACION PROLONGADA CADA TABLETA O GRAGEA CONTIENE: PENTOXIFILINA 400 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS O GRAGEAS	26.79
Piroxicam	3415	253010000	PIROXICAM CAPSULA O TABLETA CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: PIROXICAM 20 MG. ENVASE CON 20 CAPSULAS O TABLETAS.	4.07
Pioglitazona	4149	253010000	PIOGLITAZONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE PIOGLITAZONA EQUIVALENTE A 15 MG DE PIOGLITAZONA. ENVASE CON 7 TABLETAS.	7.55
Prazosina	5730	253010000	PRazosina CAPSULA O COMPRIMIDO CADA CAPSULA O COMPRIMIDO CONTIENE: CLORHIDRATO DE PRAZOSINA EQUIVALENTE A 1 MG. DE PRAZOSINA ENVASE CON 30 CAPSULAS O COMPRIMIDOS.	10.01
Prednisolona	2841	253010000	PREDNISOLONA. SOLUCION OFTALMICA. CADA ML CONTIENE: FOSFATO SODICO DE PREDNISOLONA EQUIVALENTE A 5 MG DE FOSFATO DE PREDNISOLONA. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 5 ML.	5.1
Prednisona 50mg	4730	253010000	PREDNISONA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: PREDNISONA 50 MG. ENVASE CON 20 TABLETAS.	25.68
Pregabalina 75mg	4356	253010000	PREGABALINA. CAPSULA. CADA CAPSULA CONTIENE: PREGABALINA 75 MG. ENVASE CON 28 CAPSULAS	19.99
Pregabalina	4358	253010000	PREGABALINA. CAPSULA. CADA CAPSULA CONTIENE: PREGABALINA 150 MG.	31.78

	150mg			ENVASE CON 28 CAPSULAS	
	Ranitidina	1233	253010000	RANITIDINA GRAGEA O TABLETA CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE RANITIDINA EQUIVALENTE A 150 MG. DE RANITIDINA. ENVASE CON 20 GRAGEAS O TABLETAS.	3.71
	Senósidos AB	1272	253010000	SENOSIDOS A-B TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CONCENTRADOS DE SENDESECADOS 187 MG. (NORMALIZADO A 8.6 MG. DE SENOSIDOS A-B). ENVASE CON 20 TABLETAS.	6.41
	Seretide		253010000		
	Sertralina	4484	253010000	SERTRALINA. CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE SERTRALINA EQUIVALENTE A 50 MG DE SERTRALINA. ENVASE CON 14 CAPSULAS O TABLETAS.	8.21
	Sildenafil	4308	253010000	SILDENAFIL. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: CITRATO DE SILDENAFIL EQUIVALENTE A SILDENAFIL 50 MG. ENVASE CON 4 TABLETAS.	5.1
	Sitagliptina	4152	253010000	SITAGLIPTINA. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: FOSFATO DE SITAGLIPTINA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 100 MG DE SITAGLIPTINA. ENVASE CON 28 COMPRIMIDOS.	251.99
	Sulfato Ferroso	1704	253010000	SULFATO FERROSO SOLUCION CADA ML.CONTIENE: SULFATO FERROSOHEPTAHIDRATADO 125 MG EQUIVALENTE A 25 MG DE HIERRO ELEMENTAL ENVASE GOTERO CON 15 ML.	17.05
	Tamsulosina	5309	253010000	TAMSULOSINA CAPSULA O TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA CADA CAPSULA O TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA CONTIENE: CLORHIDRATO DE TAMSULOSINA 0.4 MG. ENVASE CON 20 CAPSULAS O TABLETAS DE LIBERACION PROLONGADA.	29.40
	Telmisartan comprimido 40mg	2540	253010000	TELMISARTAN. TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: TELMISARTAN 40 MG. ENVASE CON 30 TABLETAS.	13.08
	Telmisartan/Hidro	2542	253010000	TELMISARTAN-HIDROCLOROTIAZIDA. TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: TELMISARTAN 80.0 MG, HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG. ENVASE CON 14 TABLETAS O CAPSULAS.	119.13
	Timolol	2858	253010000	TIMOLOL SOLUCION OFTALMICA CADA ML. CONTIENE: MALEATO DE TIMOLOL EQUIVALENTE A 5 MG. DE TIMOLOL. ENVASE CON GOTERO INTEGRAL CON 5 ML.	5.22
	Tiotropio-Bromuro	2262	253010000	TIOTROPIO BROMURO DE. CAPSULA. CADA CAPSULA CONTIENE: BROMURO DE TIOTROPIO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 18 MCG DE TIOTROPIO. ENVASE CON 30 CAPSULAS Y DISPOSITIVO INHALADOR.	312.29
	Tolterodina	4304	253010000	TOLTERODINA TABLETA CADA TABLETA CONTIENE : L TARTRATO DE TOLTERODINA 2 MG. ENVASE CON 14 TABLETAS	17.97
	Travaprost	4418	253010000	TRAVOPROST. SOLUCION OFTALMICA. CADA ML CONTIENE: TRAVOPROST 40 MCG. ENVASE CON UN FRASCO GOTERO CON 2.5 ML.	144.02
	Trimetopina Susp.	1904	253010000	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL SUSPENSION ORAL CADA 5 ML. CONTIENEN:TRIMETOPRIMA 40 MG. SULFAMETOXAZOL 200 MG. ENVASE CON 120 ML Y DOSIFICADOR	9.02
	Verapamilo	596	253010000	VERAPAMILO. GRAGEA O TABLETA RECUBIERTA. CADA GRAGEA O TABLETA RECUBIERTA CONTIENE: CLORHIDRATO DE VERAPAMILO: 80 MG. ENVASE CON 20 GRAGEAS O TABLETAS RECUBIERTAS.	8.93
	Vildagliptina	5620	253010000	VILDAGLIPTINA. COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: VIDAGLIPTINA 50 MG. ENVASE CON 28 COMPRIMIDOS	99.92
	Vitamina ACD	1098	253010000	VITAMINAS A.C. Y D. SOLUCION CADA ML. CONTIENE: PALMITATO DE RETINOL 7000 A 9000 UI. ACIDO ASCORBICO 80 A 125 MG. COLECALCIFEROL 1400 A 1800 UI. ENVASE CON 15 ML.	12.37

Oxcarbazepina	2627	OXCARBAZEPINA. GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: OXCARBAZEPINA 600 MG. ENVASE CON 20 GRAGEAS O TABLETAS.	40.77
DEXTROMETOR FANO	2431		5.28
AMPICILINA TABS.	1929	AMPICILINA TABLETA O CAPSULA CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: AMPICILINA ANHIDRA O AMPICILINA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG. DE AMPICILINA ENVASE CON 20 TABLETAS O CAPSULAS.	13.12