

La descentralización de los servicios de salud en el estado de Guanajuato.....	1
Introducción.....	3
TÍTULO I. Los servicios de salud antes de la descentralización.....	5
Primera etapa	
Capítulo 1. La organización de los servicios de salud.....	7
Estructura organizacional operativa.....	7
Central.....	7
Delegada.....	10
Coordinación interinstitucional.....	10
Federación.....	10
Estado.....	13
Municipio.....	13
Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios.....	14
Entre el estado y la Federación.....	14
Entre el estado y las unidades.....	15
Segunda etapa.....	17
Capítulo 2. La organización de los servicios de salud.....	17
Estructura organizacional operativa.....	17
Central.....	17
Delegada.....	20
Coordinación interinstitucional.....	24
Federación.....	24
Estado.....	25
Municipio.....	25
Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios.....	26
Entre el estado y la Federación.....	26
Entre el estado y las unidades.....	27

INTRODUCCIÓN

El describir la evolución que han experimentado los servicios de salud en el estado de Guanajuato, a través del tiempo conllevaría necesariamente a remontarnos a los orígenes de nuestra historia, ya que en ella se encuentra el espíritu que fue capaz de levantarlos. Sin embargo no es el objetivo de este trabajo analizar todas las aportaciones que a lo largo del siglo han favorecido a la Institución, centraremos la presente descripción a tres diferentes periodos. El primero de ellos comprendido antes de la primera etapa de la descentralización conforme al Acuerdo de Coordinación firmado por el Ejecutivo Federal y el Gobierno del Estado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983, mediante el cual se descentraliza la operatividad de los servicios de salud y se establece la integración orgánica de los antes llamados Servicios Coordinados de Salud Pública al Ejecutivo del Estado.

El segundo período de este análisis comprende desde el tiempo antes mencionado hasta el 20 de agosto de 1996, fecha en la que la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y el Gobierno del Estado de Guanajuato, firman el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.⁽¹⁾ Finalmente el tercer período mostrará las acciones que el Gobierno del Estado de Guanajuato a través de la Secretaría de Salud ha implementado para consolidar el proceso de descentralización cuyo objetivo es lograr un desarrollo equilibrado, equitativo y participativo, donde sea prioritaria la salud de los guanajuatenses.


Dentro del desarrollo de este análisis estudiaremos la organización de los servicios de salud, la estructura organizacional operativa de la institución tanto central como delegada, la coordinación interinstitucional de los centros de salud con el Estado, la Federación y los municipios, considerando en estos ámbitos la diferenciación de funciones entre los niveles y delegaciones de los servicios de salud.

Así mismo se analizarán los recursos con que cuentan los servicios de salud, considerando los recursos humanos, enfocándonos principalmente al personal médico y al administrativo. Los recursos materiales, de ellos estudiaremos los bienes inmuebles y los bienes muebles, dentro de estos últimos se estudiarán cuantos son de servicios de atención a la salud, cuantos administrativos y cuantos mixtos. Finalmente se analizarán los recursos financieros, considerando la estructura programático-presupuestal y el presupuesto programado y ejercido en los tres años anteriores a la descentralización.

Enseguida se profundizará en la operación de los servicios de salud, estudiando el marco jurídico en dos vertientes: los servicios de atención y los servicios administrativos. Las relaciones laborales considerando las del personal de servicios médicos y administrativo. Las decisiones sobre planes y programas sobre todo lo relacionado con el plan estatal, los programas estratégicos, el programa operativo y el programa de servicios generales. Los mecanismos de aprobación y liberación de los recursos financieros como son: las adquisiciones y el mantenimiento.

Como punto final del trabajo se examinarán los indicadores básicos de los servicios de salud, sobre todo en la cobertura, eficacia programática, eficiencia presupuestal, economías y ahorros, inversión y porcentaje en los gastos administrativos sobre el gasto total.

1 Publicado en el Diario Oficial, el 10 de febrero de 1997, págs. 67-74.





A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Estructura organizacional operativa

A) CENTRAL

La estructura orgánica de los servicios de salud en la entidad ha venido modificándose desde su origen como órgano desconcentrado por territorio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia hasta su conformación actual como dependencia de Gobierno del Estado.

Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia para 1965 cambia su denominación por el de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, nombre que conserva hasta 1985 los cuales dependían entonces de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios, la que a su vez era parte de la Subsecretaría de Asistencia.(2)

Esta Dirección era la encargada de dirigir, coordinar, supervisar y asesorar los programas sanitarios y asistenciales en la entidad y estaba conformada por los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, los Servicios Rurales Cooperativos de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural, los servicios de Epidemiología y de las Campañas Sanitarias, como: la de saneamiento y desarrollo de las comunidades rurales, la de la lucha contra las enfermedades transmisibles, la campaña nacional contra la poliomielitis, la campaña nacional contra la tosferina, la difteria y el tétanos, la campaña nacional contra las diarreas, la campaña contra las neumonías, la campaña contra la tuberculosis, el programa de nutrición, la campaña nacional para la prevención de la fiebre reumática, la campaña de erradicación del mal de pinto, la campaña nacional contra la oncocercosis, el programa nacional contra las enfermedades de la piel y la lepra, la campaña contra el bocio y la obligatoriedad de yodar la sal, la campaña nacional de prevención de accidentes, la campaña nacional para la erradicación del paludismo y el programa de servicios médicos cooperativos.

Para 1982 la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, había desconcentrado a los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Guanajuato, las funciones siguientes (3).

- a) Elaborar los anteproyectos de presupuesto y ejercerlos por programa.
- b) Administrar y desarrollar el sistema de Recursos Humanos.
- c) Adquirir y ministrar los bienes y servicios necesarios para su operación.
- d) Planear, programar y ejecutar los programas de servicios a la población en materia de salud de las personas y del mejoramiento ambiental.
- e) Administrar los establecimientos sanitarios-asistenciales.

2 *Historia de la Salud, Reseña Histórica 1982 - 1988, tomo I; págs. 130-166.*

3 *Subcomité Especial para el Estudio de la Integración de los Servicios de Salud, Guanajuato, 1984; págs. 1-30.*

*Capítulo 1*

La desconcentración de estas cinco funciones tuvo repercusiones en la estructura organizacional de los Servicios Coordinados en el Estado, integrándose recursos que se manejaban verticalmente por las unidades sustantivas y de apoyo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia dejando a el Estado el manejo de:

- 1.- El Programa para la Erradicación del Paludismo.
- 2.- El Programa de Mejoramiento del Ambiente.
- 3.- La Granja de Recuperación para Enfermos Mentales de San Pedro del Monte.
- 4.- El Centro de Salud Comunitario de León, Gto.
- 5.- El Programa de Control de la Lepra.
- 6.- El Programa de Control de la Tuberculosis.
- 7.- El Programa de Control de la Rabia.
- 8.- El Programa de Materno Infantil y Planificación Familiar.
- 9.- El Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Irapuato.

Con la incorporación de estos programas y sus recursos el Estado se comprometió a planear, presupuestar y controlarlos bajo la aplicación del llamado «Anteproyecto de Presupuesto por Programa».

Por lo que se refiere al Estado, los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Guanajuato estaban considerados dentro de la organización del Ejecutivo como un Organismo Paraestatal que apoyaba las relaciones de autoridad del Gobernador en materia de Salubridad General, las cuales no estaban contempladas dentro de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Los Servicios Coordinados cumplían básicamente funciones de ayuda en detalles de manejo sobre programación y evaluación de los servicios prestados, para estos hechos las acciones eran referidas como actividades secundarias dentro de los Informes de Gobierno, lo que demostraban el poco interés en ellas. También se tenía la función de proporcionar apoyo técnico o especializado sobre la toma de decisiones o problemas administrativos al Gobernador.(4) (Fig. 1)

El titular de los Servicios Coordinados era nombrado y removido por el Secretario de Salubridad y Asistencia. Estos estaban conformados por una Jefatura, tres subjefaturas, dos órganos de staff y dos órganos de apoyo. (Fig. 2)

Las subjefaturas eran: la subjefatura de Regulación Sanitaria, la subjefatura de Coordinación de Servicios de Salud y la subjefatura Administrativa.

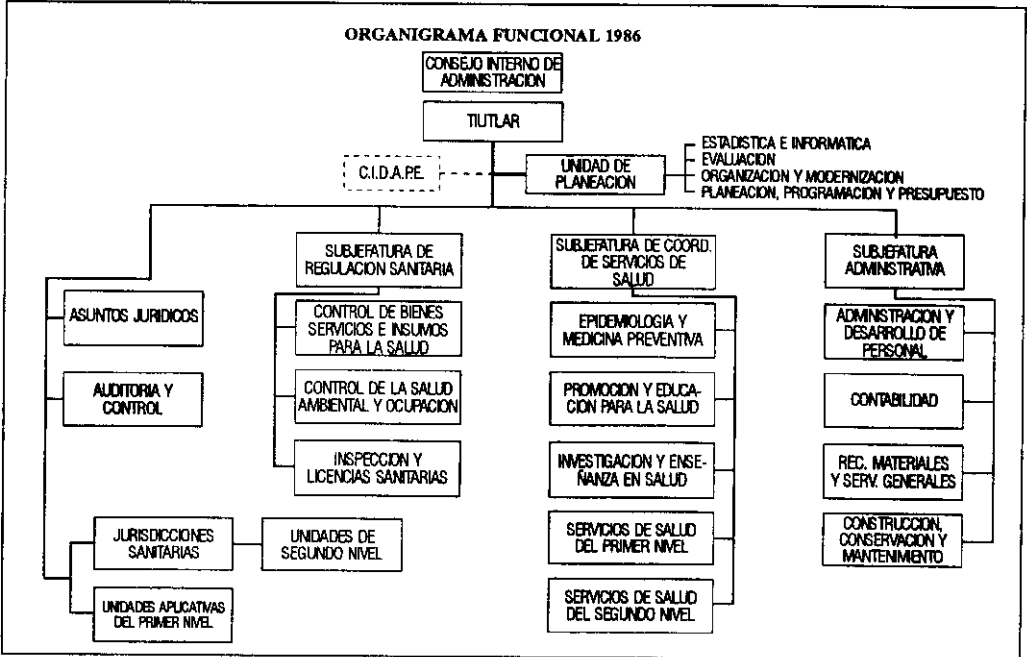
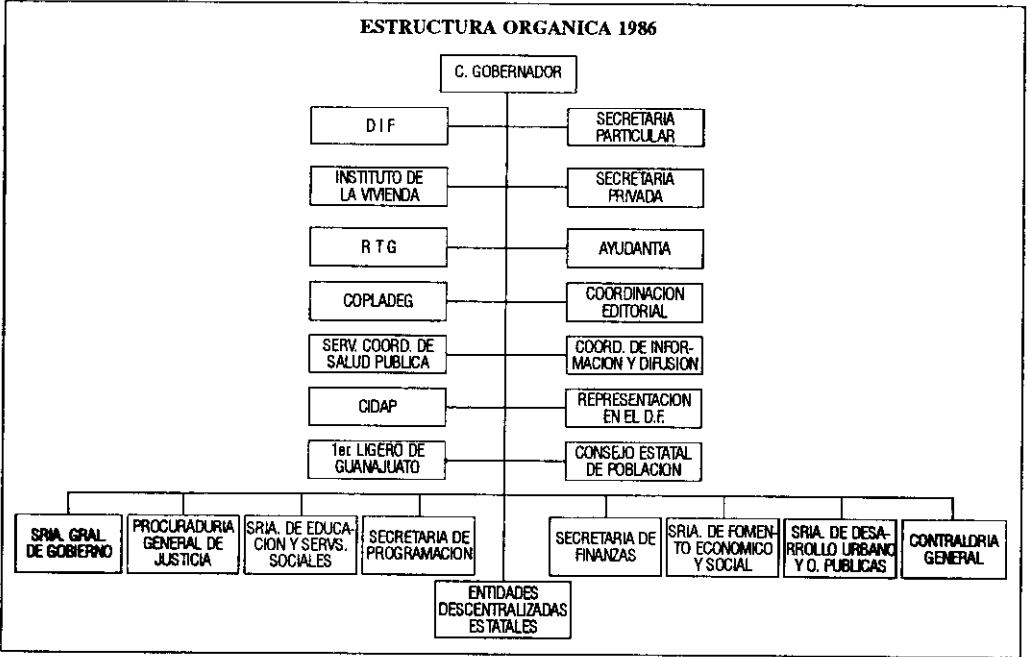
La subjefatura de Regulación Sanitaria comprendía los departamentos de: Control de Bienes e Insumos para la salud, el Control de la Salud Ambiental y Ocupacional y el de Inspección y Licencias Sanitarias.

La subjefatura de Coordinación de Servicios de Salud comprendía los departamentos de: Epidemiología y Medicina Preventiva, Promoción y Educación para la Salud, Investigación y Enseñanza en Salud, Servicios de Salud del Primer Nivel y Servicios de Salud del Segundo Nivel.

La subjefatura Administrativa tenía los departamentos de: Administración y Desarrollo de Personal, Contabilidad, Recursos Materiales y Servicios Generales y el de Construcción, Conservación y Mantenimiento.



Capítulo 1





Capítulo 1

Las Unidades de Staff estaban conformadas por el Consejo Interno de Administración Para el Estado (C.I.D.A.P.E.) y la Unidad de Planeación.

La Unidad de Planeación contaba a su vez con las oficinas de: Estadística e Informática, Evaluación, Organización y Modernización y Planeación, Programación y Presupuestación.

Los órganos de apoyo eran: la Unidad de Asuntos Jurídicos y la de Auditoría y Control.

El Consejo Interno de Administración Para el Estado (C.I.D.A.P.E.); era un órgano de asesoría y vigilancia de la gestión de la administración y estaba presidido por el Gobernador del Estado.

En total eran: 28 unidades administrativas, de las cuales 18 eran de nivel central y 10 órganos desconcentrados por función y territorio. (5)

B) DELEGADA

Las funciones delegadas estaban comprendidas en dos partes.

- 1.- Los Órganos Desconcentrados por Territorio.
- 2.- Los Órganos Desconcentrados por Función.

Los Órganos Desconcentrados por Territorio abarcaban las Jurisdicciones Sanitarias de las cuales dependían las unidades médicas de Primer Nivel. Hasta antes de la Descentralización existían 6 Jurisdicciones Sanitarias.

Los Órganos Desconcentrados por Función estaban conformados por los Hospitales, existiendo hasta ese momento 4 hospitales y la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos.

Las Jurisdicciones Sanitarias contaban a su vez con 7 órganos de estructura los cuales eran: Administrador, Jefe de los Servicios Médicos, encargado de Programas Prioritarios, Jefe de Regulación Sanitaria, encargada del Programa de Educación para la Salud, encargada del Programa de Nutrición y Jefa de Enfermeras. Contando además con un área de apoyo que era la oficina de informática. (Fig. 3)

Por su parte, los hospitales contaban con 4 órganos de estructura: el Jefe de los Servicios Médicos, el Jefe de Medicina Preventiva, el Administrador y la Jefa de Enfermeras. (Fig. 4)

Coordinación Interinstitucional

A) FEDERACIÓN

Durante este período la Secretaría de Salubridad y Asistencia presentaba varios problemas para operar los servicios de salud en los Estados siendo los principales:

- 1.- Dificultad en la organización de los servicios para proporcionar atención integral y continua de salud en áreas rurales.



Capítulo 1

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA DELEGADA POR TERRITORIO
JURISDICCION SANITARIA TIPO
1985

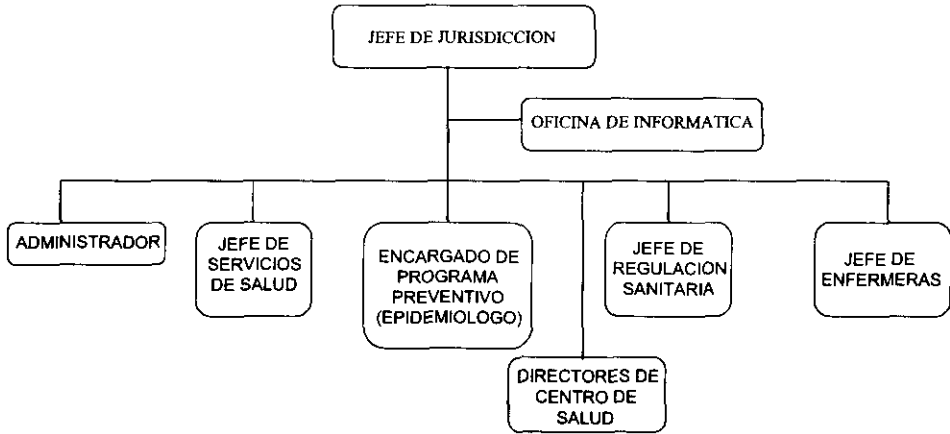


FIGURA 3

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANOS DE ESTRUCTURA DELEGADA POR FUNCION
HOSPITAL TIPO
1985

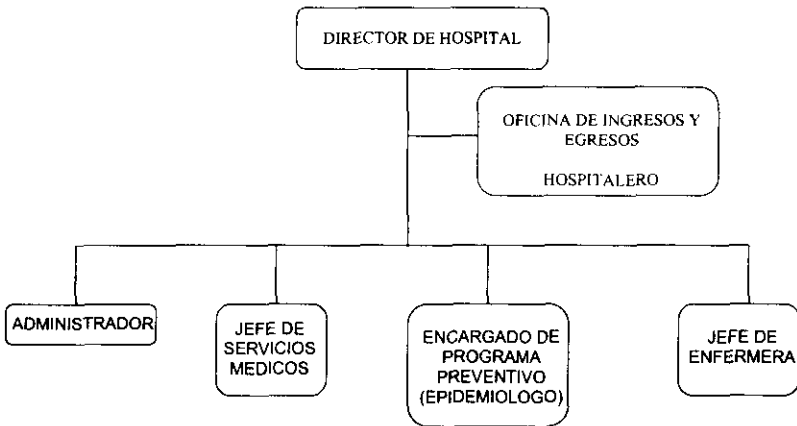


FIGURA 4

*Capítulo 1*

- 2.- Crecimiento de las necesidades de salud en áreas marginadas urbanas.
- 3.- Falta de recursos para la atención secundaria e insuficiencia de estructura.
- 4.- Necesidad de un sistema de información básica para todos los niveles.
- 5.- Falta de un sistema de administración. El cual era centralizada lo que ocasionaba excesos de pasos y lentitud en la ejecución de los programas.
- 6.- Carencia de recursos humanos en cantidad y calidad suficientes.
- 7.- Falta de un programa de vigilancia epidemiológica.
- 8.- Carencia de un programa de conservación y mantenimiento.

Para abatir estos problemas dentro del Plan Global de Desarrollo 1983-1988; se integraron las actividades del sector salud a los planes de carácter nacional, organizando sus estrategias de trabajo dentro de un amplio campo de acción de reformas técnico-administrativas con repercusiones programáticas importantes lo que impactó en los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado. Se establecieron para ello varios ejes fundamentales del cambio estructural siendo los más destacados los siguientes: (6)

- 1.- Elevar a rango constitucional el Derecho a la Salud. Artículo cuarto, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de diciembre de 1982.
- 2.- La Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta; publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Agosto de 1983.
- 3.- La integración de los servicios IMSS-COPLAMAR a los Estados; publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de marzo de 1984.
- 4.- Creación de la Ley General de Salud; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, lo que sustituyó al antiguo código sanitario.
- 5.- El establecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Para la aplicación de estas políticas se implementaron cinco estrategias fundamentales de carácter instrumental para apoyar los programas sustantivos: (7)

- 1.- La Coordinación Sectorial de las Instituciones de Salud.
- 2.- La Descentralización de los Servicios a las entidades.
- 3.- La Modernización de la Administración Sanitaria.
- 4.- La Coordinación de programas de la Administración Pública Federal.
- 5.- La Promoción de la participación de la comunidad.

Así mismo se establecieron varias coordinaciones para la operación de las políticas destacando entre ellas:

- 1.- Comisión de Planeación Para el Desarrollo del Estado (COPLADE). Cuya función era la de coordinar las dependencias Federales y Estatales que generaban acciones orientadas directa o indirectamente a la atención de la salud y además proponer en estas instancias, las acciones de coordinación interestatal para problemas regionales.
- 2.- Programa México-BID. Organismo Internacional para el fortalecimiento de las estructuras orgánicas y operativas en el estado.

*Capítulo 1*

- 3.- Coordinación SSA-OPS. Programa de Operación Impacto en áreas sustantivas de salud de la UNIFEC sobre todo en programas de atención primaria y extensión de cobertura.
- 4.- Proyecto de la Fundación W.K. KELLOGGS con propósito de pilotear el sistema de atención perinatal y la integración del programa docente asistencial.
- 5.- Programa CARE. Cuyo objetivo consistía en apoyar los insumos para la alimentación complementaria a población rural.
- 6.- Programa Amigos de las Américas. Su acción estaba enfocada a programas de saneamiento del medio en localidades rurales sobre todo para la construcción y orientación técnica en la edificación de letrinas, pisos y enjarrado de casas.

B) ESTADO

Durante este período el Estado de Guanajuato encontraba serios problemas de coordinación intersectorial sin embargo, a partir de los principios del ochenta se iniciaron los trabajos para promover obras que ampliaran la infraestructura en salud, de saneamiento del medio para disminuir los factores de riesgo y desarrollar el programa de prevención de padecimientos de tipo infeccioso, integrándose las siguientes coordinaciones: (8)

- 1.- Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (COPLADE).
- 2.- Subcomité Especial para el Estudio de la Integración de los Servicios de Salud (SEEISS).
- 3.- Convenio Unico de Desarrollo (CUD). Cuyo objetivo era aumentar la capacidad instalada, el mejoramiento y mantenimiento de las unidades de salud ya construidas.
- 4.- Integración del Programa Estatal de Salud con la participación de las otras instituciones del Sector Público que prestan servicios de salud e integradas por: El Instituto Mexicano del Seguro Social a través del programa IMSS-COPLAMAR, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (S.D.N.), el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Universidad de Guanajuato.

C) MUNICIPIO

La política de fortalecimiento municipal en la década de los ochenta se había manifestado de manera incipiente y dispersa, fue a partir de 1983 cuando inició una etapa de adecuación legislativa de las Constituciones Políticas de las Entidades Federativas, el Congreso de la Unión dio inicio a la tarea de adecuar las leyes federales a los nuevos preceptos contenidos en el Art. 115, señalándose las bases normativas o parámetros dentro de los cuales los ayuntamientos ejercerían sus facultades reglamentarias.

Como antecedente del análisis que tenían los municipios en materia de Salud, recordemos que los ayuntamientos coloniales realizaron diversas funciones administrativas entre ellas las funciones de policía, dentro de las que destacaban la materia de salubridad, asimismo en algunos bandos de policía y buen gobierno del siglo XIX contenían algunas disposiciones sobre salud.

En el marco de la Ley General de Salud puesta en vigencia en 1984 los gobiernos municipales ejercían la regulación, operación y control sanitario de diversas actividades, servicios y estableci-



Capítulo I

mientos, tales como Mercados, Limpieza Pública y Centros de Espectáculos. Pero no es sino hasta finales de 1984 cuando se establecen las primeras bases para la coordinación entre salud y municipios a través de:

- 1.- Los Comités de Planeación de Desarrollo Municipal (COPLADEM). Cuyo objetivo era de establecer una mejor coordinación de los tres órdenes de gobierno en las áreas de planeación. Sin embargo las funciones de evaluación y concertación entre los organismos sociales y privados de salud eran incipientes.
- 2.- Los Comités de Salud Locales quienes conjuntamente con los Médicos de las Unidades establecían las metas y programas a desarrollar dentro de las comunidades rurales.

Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios

A) ENTRE EL ESTADO Y LA FEDERACIÓN

El proceso de planeación en México iniciado en 1930 con la Ley de Planeación General de la República, promulgada para orientar y promover racionalmente las acciones de desarrollo económico y social del País concebía las bases técnicas y administrativas que permitían el sano desarrollo de las funciones y los propósitos del quehacer nacional.

El Sistema de Salud no fue ajeno a este proceso y al inicio de la década de los sesenta se reestructura la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en estados y territorios, complementándose con una unidad de planeación, estructura que se adoptó en cada entidad federativa con nivel de departamento. Las actividades que se asignaron a dichos departamentos fueron de planeación, programación y evaluación, sin embargo, el proceso organizacional y funcional mostraba insuficiencias sobre todo en lo referente a:

- 1) Ausencia de una clara conformación eficaz que permitiera la vinculación entre el Estado y la Federación.
- 2) Falta de obligatoriedad en los programas de Salud por las Instituciones del Sector.
- 3) Ausencia de documentos normativos que definieran claramente las funciones en los departamentos.
- 4) Un marcado verticalismo en los programas de Salud instituidos por la Federación.

Es hasta 1982 cuando son delegadas a los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Guanajuato algunas funciones que repercutieron en la estructura de la organización de los Servicios Coordinados y que apoyaron programas de orden sustantivo para esos tiempos como eran: el de paludismo, control de lepra, control de rabia, materno infantil y planificación familiar.

Estos cambios impulsaron el desarrollo de programas de trabajo en estos rubros mejorando y sistematizando los recursos humanos, materiales y financieros que permitieron dar respuesta apropiada a la población tanto rural como urbana.

Para 1985 se crea el primer reglamento interior de los Servicios Coordinados de Salud Pública y se elaboran los primeros manuales de funcionamiento, en ellos figuraban tres jefaturas, dos de orden



Capítulo 1

sustantivo y una de apoyo que operaban como subdirecciones, una de planeación con nivel de departamento, dos unidades de apoyo con el mismo nivel y 17 departamentos.

B) ENTRE EL ESTADO Y LAS UNIDADES

Como se ha mencionado anteriormente existían unidades desconcentradas por función que eran los Hospitales y las unidades desconcentradas por territorio que eran las Jurisdicciones.

La autoridad estaba delegada por el Jefe de los Servicios Coordinados, a los Directores y Jefes de Jurisdicción respectivamente, para que en el ámbito de su correspondencia organizaran los servicios de salud; la planeación, evaluación y programación se efectuaba a nivel central.

Para 1983-1984 se inician los trabajos de desconcentración de funciones integrándose todos los establecimientos de Salud Pública en el Estado a fin de eliminar la verticalización de programas y de recursos y establecer una estructura horizontal de servicios por unidad, transfiriendo recursos de los programas verticales bajo la aplicación del llamado "Anteproyecto de Presupuesto por Programa".

Para esas fechas mediante el Modelo de Atención a la Salud se cambia de denominación, las unidades que anteriormente eran tipo A, B y con hospitalización pasan a ser Unidades de Primero, Segundo y Tercer Nivel, y se elaboran los primeros manuales de funcionamiento para Casas de Salud, Unidades Auxiliares de Salud, Centros de Salud Rural Dispersos, Centros de Salud Rural Concentrados, Centros de Salud Urbanos y Hospitales para 30, 60 y 90 camas. Se crean así mismo los manuales de funcionamiento para los comités de salud.



A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Estructura organizacional operativa

A) CENTRAL

A partir del 17 de marzo de 1986 cuando se firma el Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud para el Estado de Guanajuato y hasta el 26 de agosto de 1996 cuando se firma el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad se realizaron innumerables estrategias y acciones que permitieron consolidar los Servicios de Salud, destacándose principalmente:

- 1.- Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta denominados "IMSS-COPLAMAR", incorporándolos a la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Estado de Guanajuato.(9)
- 2.- Reformas a la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo Estatal para incluir a la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Estado de Guanajuato como la octava Secretaría del Estado.(10) (Fig. 5).
- 3.- Creación de la Ley Estatal de Salud.(11)
- 4.- Creación del Reglamento en la Prestación de Servicios de Salud.
- 5.- Formulación del Diagnóstico Estatal de Salud y elaboración de los programas respectivos.
- 6.- Realización de los Estudios de regionalización de servicios para establecer el Sistema de Referencia y Contrareferencia así como para conocer el porcentaje de población sin acceso a los servicios.
- 7.- Establecimiento del Sistema Único de Información en Salud y operarlo en todas las unidades que conforman el sector.
- 8.- Implantación del Sistema de Contabilidad y Cuentas de conformidad con la Normas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 9.- Fortalecimiento y operación del Subcomité de Salud del COPLADEG y sus grupos de trabajo.
- 10.- Implementación de Manuales Básicos y Normas Técnicas (actualmente oficiales) como instrumentos normativos para el cumplimiento de los programas.
- 11.-Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud.

Para abordar lo anterior, se revisaron y se fortalecieron las estructuras orgánicas centrales y delegadas asignando un número superior de puestos en mandos medios y operativos y reforzando la calificación técnica y profesional del personal a fin de configurar una estructura acorde a las dimensiones de operación integral. Para finales de 1991 la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Estado de Guanajuato cambia su denominación por Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, conforme a las reformas de la Ley Estatal de Salud (12). Su estructura orgánica central para 1996 era la autoriza-

9 *Diario Oficial de la Federación, 24 de junio de 1985; págs. 7-14.*

10 *Diario de los Debates, 7 de noviembre de 1985; págs. 10-16.*

11 *Periódico Oficial de Gobierno del Estado, 8 de agosto de 1986.*

12 *Periódico Oficial de Gobierno del Estado; 19 de noviembre de 1993; págs. 2-39.*

Capítulo 2

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA ORGANICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO
1986

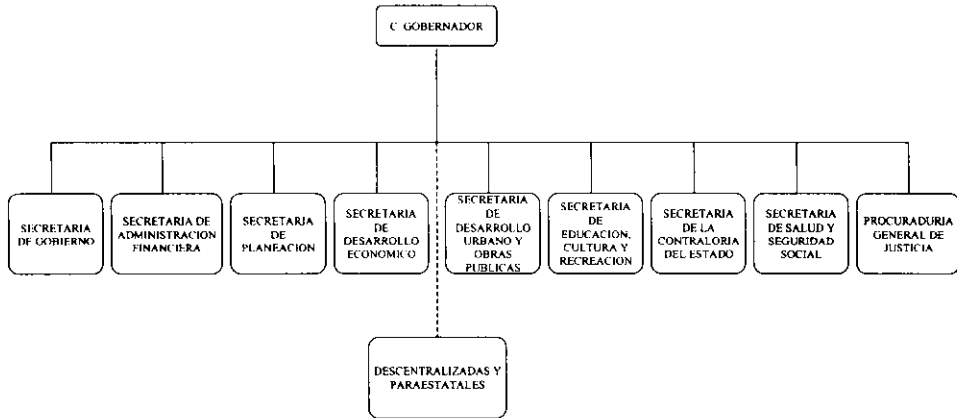


FIGURA 5

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA
SECRETARIA DE SALUD DE GUANAJUATO
1996

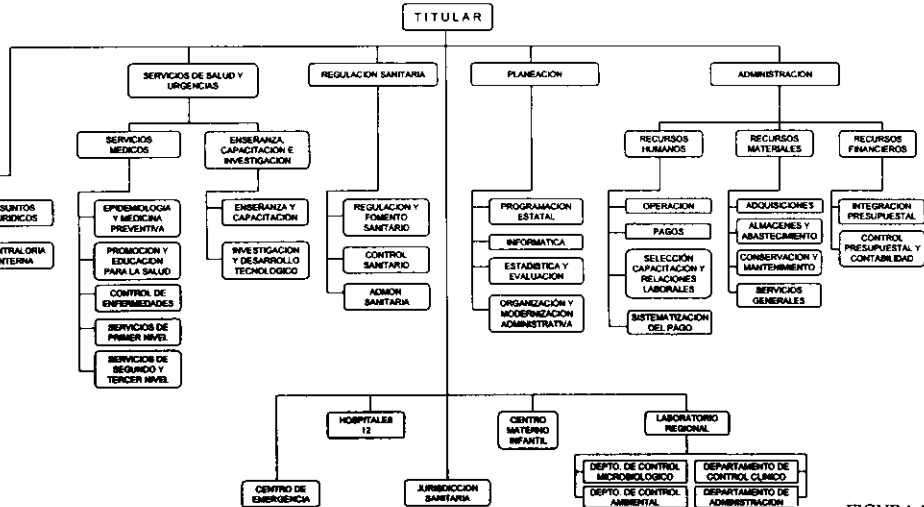


FIGURA 6

*Capítulo :*

da por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo dictaminada el 1° de Diciembre de 1995 en ella se contemplaba un Titular de la Secretaría, con cuatro Direcciones; dos de Orden Sustantivo y dos de Apoyo. (Fig. 6)

La Dirección de Servicios de Salud y Urgencias contaba con dos Subdirecciones, la de Servicios Médicos y la de Enseñanza, Capacitación e Investigación y ocho Departamentos: Epidemiología y Medicina Preventiva, Promoción y Educación para la Salud, Control de Enfermedades, Servicios de Primer Nivel, Servicios de Segundo y Tercer Nivel, Enseñanza y Capacitación e Investigación y Desarrollo Tecnológico.

La Dirección de Regulación Sanitaria contaba con tres departamentos: Regulación y Fomento Sanitarios, Control Sanitario y Administración Sanitaria.

La Dirección de Planeación tenía cuatro departamentos: Programación Estatal, Informática, Estadística y Evaluación y Organización y Modernización Administrativa.

La Dirección Administrativa estaba conformada por tres Subdirecciones: Recursos Humanos, Recursos Materiales y Recursos Financieros y diez departamentos: Operación, Pagos, Selección, Capacitación y Relaciones Laborales, Sistematización del Pago, Adquisiciones, Almacenes y Abastecimientos, Conservación y Mantenimiento, Servicios Generales, Integración Presupuestal y Control Presupuestal y Contabilidad.

Así mismo, existían dos órganos de apoyo para las cuatro áreas que tenían carácter de Departamento y eran: la Unidad de Asuntos Jurídicos y Contraloría Interna.

Dependiendo directamente del Titular y a nivel de Subdirecciones se encontraban los 12 Hospitales de Segundo Nivel, el Hospital Materno Infantil y el Laboratorio Regional de Salud Pública el cual fue descentralizado a partir de 1987, contaba con cuatro departamentos: el de Control Microbiológico, el de Control Sanitario, el de Control Ambiental y la Administración. Por otra parte, también existían siete Jurisdicciones Sanitarias y un Centro Estatal de la Transferencia Sanguínea.

La estructura orgánica de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Guanajuato fue revisada y fortalecida tanto en áreas Centrales como en áreas Delegadas por función y territorio.

En total existían 61 Unidades Administrativas de las cuales 34 eran de Nivel Central y 27 dentro de las modalidades de Órganos Desconcentrados por Función y Territorio.(13)

La atención a la salud se vio fuertemente impulsada por la descentralización de recursos y responsabilidades de la Federación al estado, sin embargo aún quedaba mucho por hacer, sin perder de vista la normatividad que a nivel federal se emitía y que el estado debía acatar, esta "autonomía" sobre todo en la administración de recursos humanos, materiales y financieros, impedía el pleno desarrollo y toma de decisiones en el estado.

Además, la Secretaría de Salud contaba con diferentes comisiones y comités de acuerdo con su reglamento interior con funciones bien definidas dentro del mismo y que servían para decidir o

*Capítulo 2*

ejecutar en común o en forma coordinada los actos para los cuales fueron creados, esto permitía disponer de un grupo de ayuda en la deliberación de un problema y llegar a una decisión, coordinaba en una forma más eficiente los planes y políticas de la Institución, motivaba a los funcionarios inferiores a una mayor participación en las tareas administrativas y finalmente consolidaba la autoridad de la Institución. Para 1996 la Secretaría tenía integradas: la Comisión Interna de Administración y Programación Estatal, la Comisión Consultiva de Legislación y Normas Técnicas en Materia de Salubridad Local, el Comité de Compras y el Comité de Obra Pública, Conservación, Mantenimiento y Arrendamiento.(14)

B) DELEGADA

Como se mencionó anteriormente las funciones delegadas estaban divididas en Órganos Desconcentrados por Territorio que abarcaban las 7 jurisdicciones sanitarias y en Órganos Desconcentrados por Función que abarcaba los 12 hospitales generales, el hospital materno infantil, el hospital psiquiátrico y el laboratorio regional de salud pública.

En lo que se refiere a los Órganos Desconcentrados por Territorio para 1993 se inicia en el estado el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), lo que constituyó una estrategia fundamental para avanzar en la Descentralización de los Servicios y extender la cobertura mediante acciones básicas de atención primaria promoviendo la capacidad gerencial y programación local de los Organismos Técnico-Administrativos que tienen a su cargo la planeación de los servicios de salud para población abierta y que se encuentran en un ámbito geográfico determinado. Mediante este programa se iniciaron los proyectos de desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias y se precisaron las estructuras orgánicas de las jurisdicciones las cuales deberían de ser congruentes con las funciones encomendadas, buscando además un modelo de organización flexible pero con una propuesta organizacional básica y autosuficiente desde el punto de vista técnico-administrativo a fin de garantizar la programación local de las acciones de salud en el ámbito de su influencia, finalmente se buscaba liderar la participación de las instituciones, organizaciones y comunidad, hacia la consecución de objetivos y metas que promuevan a un mejor nivel de salud de la población.(15)

Se esquematizaron las estructuras orgánicas bajo un modelo tipo, sin embargo de acuerdo a su sensibilidad se instrumentaron diferentes órganos de estructura que por lo general quedaban de la siguiente forma: 7 ramos de control, 4 de carácter sustantivo y 3 de apoyo; además 2 de staff. Los órganos sustantivos eran la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica que comprende las oficinas de Programas Epidemiológicos Prioritarios, Programas de Vacunación, Estadística e Informática. La Coordinación de Servicios de Salud que comprende los Equipos Zonales de Supervisión, la Salud Mental y la Estomatología. La Coordinación de Regulación y Fomento Sanitario que tiene una subcoordinación. La Coordinación de Salud Reproductiva y Planificación Familiar que cuenta con las áreas de Salud Perinatal y Materno y Supervisión de Extensión de Cobertura y Parteras Tradicionales. Los órganos de apoyo están conformados por la Coordinación de Administración que abarca las áreas de Recursos Humanos, Recursos Financieros, Recursos Materiales y Conservación y Mantenimiento. La Coordinación de Participación Social con su área de Nutrición y la Coordinación de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Los dos órganos de apoyo de staff son la Coordinación de Apoyo a Sistemas y el CIDAPE. (Fig. 7)



Capítulo 2

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA DELEGADA POR TERRITORIO
JURISDICCIÓN SANITARIA TIPO
1996

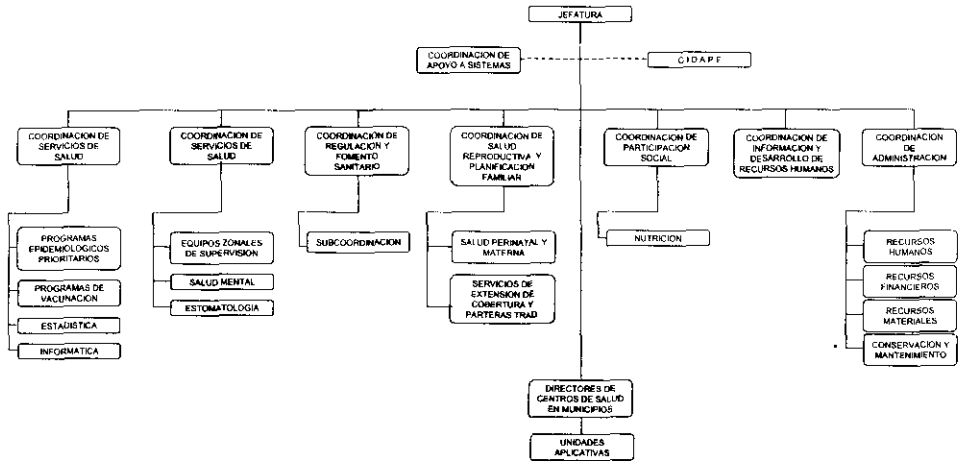


FIGURA 7

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANOS DE ESTRUCTURA DELEGADA POR FUNCION
HOSPITAL TIPO
1996

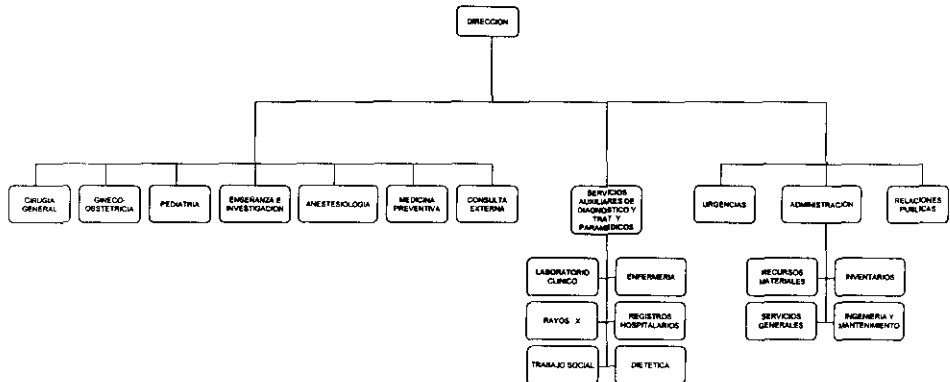
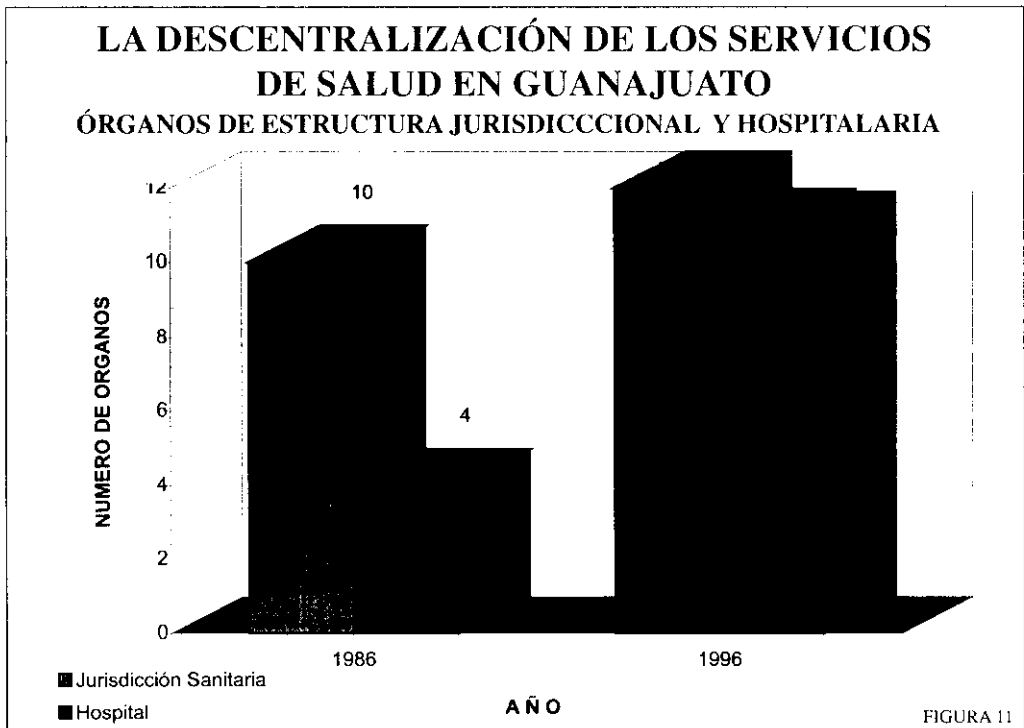


FIGURA 8



Finalmente los Directores de los Centros de Salud Municipales dependían directamente del Jefe de la Jurisdicción y tienen a su cargo las Unidades Aplicativas del municipio en cuestión.

En total existían 23 Órganos de Estructura aproximadamente por cada jurisdicción.

Los Órganos Descentralizados por Función se han reestructurado en sus organigramas de acuerdo a las necesidades y problemas que cada uno de ellos tenga en el ámbito de su cobertura. Por lo general existen 6 Jefes de Consulta, 1 Jefe de Enseñanza, 1 Jefe de Urgencias, 1 Administrador con sus áreas de Recursos Materiales, Inventarios, Servicios Generales, Ingeniería y Mantenimiento. Un área de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento que incluye Laboratorios, Rayos X, Trabajo Social, Enfermería, Registro Hospitalario y Dietética. Y una Coordinación de Relaciones Públicas. (Fig. 8)

Actualmente el número de Órganos de Estructura ha aumentado sobre todo en la Area Central con 7 Órganos más y una Jurisdicción Sanitaria. (Fig. 9)

Desde 1986 a la fecha ha existido un incremento en las estructuras centrales (Fig. 10), también en los Órganos Desconcentrados por Territorio existe un incremento de 16.7% y en los Desconcentrados por Función de 63.6% (Fig. 11).



Coordinación interinstitucional

A) FEDERACIÓN

La descentralización ha sido un proceso gradual, orientado a garantizar la participación y concurrencia del gobierno federal, los gobiernos de los estados y los municipios, para lograr el objetivo de un mejor aprovechamiento de los recursos y a través de ello, una mayor cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios.

En cumplimiento a las políticas de racionalización de estructuras dispuestas para el período 88-94, en 1989 desaparece la Dirección General de Coordinación Sectorial y Regional que tenía a su cargo la Coordinación de los Servicios de Salud en el Estado y las áreas centrales de la Secretaría, creándose la Dirección General de Asuntos Estatales. Para 1992 ésta modificó su nombre por la Dirección General de Coordinación Estatal y para 1994 esta área se asigna como área del Secretario, en ella se establecieron 5 programas de acción: (16)

- 1.- Desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud.- Que comprende la actualización permanente de los estudios de regionalización operativa, elaboración de programas estatales de salud y programas maestros de infra estructura en salud para población abierta.
- 2.- Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.- Que comprende la utilización de metodologías, procedimientos, capacitación, supervisión, asesoría y evaluación de las jurisdicciones sanitarias, así como la formación e incorporación de técnicos en salud.
- 3.- Desarrollo de la Supervisión Operativa.- Que comprende los monitoreos de los servicios de salud en el estado.
- 4.- Apoyo a la Gestión Estatal.- Que comprende la coordinación de giras y compromisos del Secretario de Salud, así como las Reuniones Nacionales con los Jefes Estatales de Salud, además de la gestoría de recursos .
- 5.- Desarrollo y Evaluación de Estrategias de Apoyo a los Programas Nacionales de Control de Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

Como resultado de estas acciones se llevaron a cabo reuniones con:

- 1.- Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal.- Donde se efectuaron compromisos que involucran la participación de otros Sectores e Instituciones, como la "Cumbre Mundial en Favor de la Infancia".
- 2.- Reunión con el Consejo Interno de Administración y Programación Estatal (CIDAPE), donde se revisaron los avances de los programas prioritarios y los problemas que limitaron su desarrollo, y donde se proponían alternativas de solución.

Así mismo, se obtuvo apoyo financiero para el mejoramiento de la infraestructura en salud, a través del Programa México-BID, contando para la ejecución del programa con la participación del CEPADIS, hoy Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento.

*Capítulo 2***B) ESTADO**

En materia de coordinación con otras instancias de la Administración Pública Estatal y de las Instituciones Públicas y Privadas se instrumentaron diversas acciones conjuntas en aspectos promocionales y de apoyo con los recursos materiales y humanos sobre todo para el desarrollo de programas sustantivos como: Vigilancia Epidemiológica, Inmunizaciones, Enfermedades Transmitidas por Vector, Salud Mental y Adicciones, Educación para la Salud, Nutrición, Planificación Familiar, Enseñanza e Investigación, creándose para ello diferentes comités, citándose entre ellos los siguientes:

- 1.- Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.
- 2.- Comité Interinstitucional de Formación de Desarrollo y Recursos para la Salud.
- 3.- Comité contra las Adicciones.
- 4.- Consejo Estatal de Vacunación Universal.
- 5.- Comité Estatal de Estomatología.
- 6.- Consejo Estatal de Prevención y Control de Sida.
- 7.- Consejo Estatal de Enfermedades Diarréicas.
- 8.- Consejo Estatal en Favor de la Infancia.
- 9.- Comité de Mortalidad Materna.
- 10.-Comité de Lucha Contra la Tuberculosis y Brucelosis.
- 11.-Comité Estatal de Investigación en Servicios de Salud.
- 12.-Comité de Nutrición y Salud.
- 13.-Subcomité Intersectorial de Acción Comunitaria.

C) MUNICIPIO

El carácter social de la participación existe en procesos educativos tanto por parte de las autoridades como de los ciudadanos, sin los cuales se corre el riesgo de la manipulación o de la simulación. Un desarrollo sustentado con dimensión humana, solo es posible si se valora la participación de la sociedad.

La necesidad de abrir espacios reales a la participación social es hoy en día un imperativo del gobierno. La participación no puede ser considerada como una concesión sino un derecho que debe de ser ejercido por los individuos mediante nuevos esquemas de organización social.

Hasta antes de 1986 en la gran mayoría de los municipios se constituyeron los Subcomités Municipales de Salud, coordinados con el Comité de Planeación para el Desarrollo Municipal (COPLADEM), que ayudaría a fortalecer la capacidad de gestión Municipal y proponía políticas, estrategias y líneas de acción congruentes con el Programa Estatal de Salud. Su integración promovía la participación del Sector Público y Privado con la creación de Patronatos, Comités de Salud, Promotores Voluntarios. Sus funciones principales consistían en realizar el Diagnóstico de Salud Municipal, elaborar un programa de salud e integrarlo al Plan de Desarrollo Municipal.

*Capítulo 2*

El nombramiento de un Comité en una comunidad o Municipio constituye un avance en la participación social, pero su sentido se reconoce cuando se definen metas comunes, elaboran y ejecutan proyectos. Para finales de 1995 y principios de 1996 existían: (17)

34	Subcomités Municipales de Salud.
3	Patronatos Municipales.
618	Comités de Salud.
445	Auxiliares de Salud.
90	Promotores de Salud.

Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios

A) ENTRE EL ESTADO Y LA FEDERACIÓN

Hasta antes del 30 de agosto de 1985 el gobierno federal había descentralizado facultades a los estados a fin de darles autonomía operativa en el desarrollo de los programas de salud, en base al decreto del 30 de agosto de 1983 en el que se establecieron las bases para el Programa de Descentralización de Servicios de Salud, a los Convenios Únicos de Desarrollo firmados entre los Ejecutivos federal y estatal y a la Descentralización del Programa IMSS-COPLAMAR al Estado.(18)

Estas funciones estaban enmarcadas en 7 apartados generales:

1.- Servicios de Salud.

- a) Vigilancia Epidemiológica.- Cuya función era establecer, operar, coordinar y evaluar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica entre otras actividades.
- b) Medicina Preventiva.- Cuya función era proponer políticas y estrategias en materia de Salud Materno-Infantil y desarrollar actividades de Prevención y Control de Enfermedades de Riesgo para la Salud entre otros.
- c) Planificación Familiar.- Cuya función era prestar servicios de Planificación Familiar sin perjuicio de las atribuciones que le corresponden.
- d) Atención Médica y Asistencial.- Cuya función era elaborar el Diagnóstico de los Servicios de Atención Médica, así como programar la atención de los mismos y la vigilancia de estos establecimientos entre otras actividades.

2.- Regulación Sanitaria.

- a) Control de Insumos para la Salud.- Coadyuvar en el control sanitario el proceso de medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, integrando la documentación relativa a las solicitudes que presenten para la investigación científica de los mismos.
- b) Control del Medio Ambiente y Ocupacional.- Apoyando al saneamiento básico y asesorar en el ámbito de su competencia en materia de Ingeniería Sanitaria entre otros.
- c) Control Sanitario de Bienes y Servicios.- Aplicar y vigilar el cumplimiento del control sanitario de bienes y servicios.
- d) En materia de Inspección y Licencias Sanitarias.



Capítulo 2

- 3.- Investigación y desarrollo.
 - a) Educación para la Salud.- Supervisar y evaluar el programa estatal y ejecutar acciones de coordinación a fin de lograr la participación social.
 - b) Enseñanza en Salud.- Elaborar el Programa Estatal de Enseñanza y proponer proyectos de elaboración tendientes a la formación y desarrollo de recursos humanos.
 - c) Investigación para la Salud.- Elaborar programas y proyectos de Salud.
- 4.- Planeación, Programación, elaboración y Modernización Administrativa.
 - a) Coordinación Sectorial.- Promover mecanismos de coordinación con otros sectores administrativos de Gobierno del Estado.
 - b) Estadística e Informática.- Concentrar, procesar y analizar la información estadística y operar los recursos de informática entre otros.
 - c) Evaluación.- Operar y coordinar el Sistema de Evaluación de Salud Estatal. Asesorar y dar apoyo técnico a las jurisdicciones y municipios entre otras funciones.
 - d) Modernización Administrativa.- Analizar y simplificar los procedimientos administrativos y formular y actualizar los manuales de procedimientos de servicios entre otros.
 - e) Planeación y Presupuesto.- Elaborar los Programas Operativos Anuales e integrar los programas de atención a población abierta entre otros.
- 5.- Administración.
 - a) Abastecimiento.- Planear y programar anualmente el abastecimiento de bienes e insumos que requieran las unidades administrativas. Concentrar, analizar, y operar las necesidades de bienes e insumos, entre otros.
 - b) Administración y Servicios Generales.- Organizar y custodiar los vehículos que se encuentren bajo su resguardo, proporcionar servicios de intendencia, mensajería, fotocopiado, impresión, seguridad y vigilancia entre otros.
 - c) Administración de Personal.- Elaborar el Programa de Administración de Personal, entre otros.
 - d) Contabilidad.- Operar el Sistema Computable emitido por la Dirección General de Contabilidad y proporcionar anualmente la información requerida para la integración de la cuenta de la Hacienda Pública Federal, entre otros.
- 6.- Control.
 - a) Supervisión y Auditoría.- Preparar el programa anual de trabajo y programas específicos, y establecer conjuntamente con las autoridades las acciones correctivas que se requieran como resultado de su trabajo.
- 7.- Jurídico.
 - a) Elaborar anteproyecto de leyes, reglamentos, decretos y acuerdos y someterlos a consideración del Secretario y del Gobernador en su caso, entre otros varios trámites.

B) ENTRE EL ESTADO Y LAS UNIDADES

Las Jurisdicciones Sanitarias tienen como funciones las de organizar y supervisar la atención médica para población abierta conforme al Modelo de Atención a la Salud, elaborar el Diagnóstico de Salud y Supervisión y Evaluación de Unidades Médicas, supervisar la aplicación de programas y evaluarlos en el ámbito de su correspondencia, promover acciones de enseñanza, investigación y vigilancia epidemiológica, así como ejecución de proyectos de educación en la salud y participación social. Ope-



Capítulo 2

rar el sistema administrativo en las áreas de relaciones laborales, contabilidad, operación de los recursos humanos. Integrar el Programa de Abastecimiento en el área de salud de su competencia así como el de supervisar el cumplimiento de la vigilancia sanitaria tanto en orden general como local.

Los hospitales y unidades descentralizadas por función tenían como funciones las de organizar y prestar servicios de atención médica en las especialidades con que contaban, además de organizar y prestar los servicios de laboratorio clínico, anatomía patológica, anestesiología, banco de sangre, radioterapia, radiodiagnóstico, entre otros.