

TÍTULO 3. La operación de los servicios de salud.....	51
Primera etapa.....	53
Capítulo 1. Marco jurídico de operación.....	53
Servicios de atención.....	53
Servicios administrativos.....	54
Capítulo 2. Relaciones laborales.....	57
Personal de servicio médico.....	57
Personal administrativo.....	57
Capítulo 3. Decisiones sobre planes y programas.....	59
Plan estatal.....	59
Programas estratégicos.....	60
Programas operativos.....	61
Programa de servicios generales.....	62
Mecanismos de aprobación y liberación de los recursos financieros.....	62
Segunda etapa.....	63
Capítulo 4. Marco jurídico de operación.....	63
Servicios de atención.....	63
Servicios administrativos.....	64
Capítulo 5. Relaciones laborales.....	67
Personal de servicio médico.....	67
Personal administrativo.....	67
Capítulo 6. Decisiones sobre planes y programas.....	69
Plan estatal.....	69
Programas estratégicos.....	69
Programas operativos.....	71
Programa de servicios generales.....	71
Mecanismos de aprobación y liberación de los recursos financieros.....	72
Capítulo 7. Indicadores básicos de los servicios de salud.....	75
Primera parte	
Cobertura.....	75
Eficacia programática.....	77
Eficiencia presupuestal.....	78
Economía y ahorros.....	78
Gastos de administración.....	78
Segunda parte	
Cobertura.....	79
Eficacia programática.....	79
Eficiencia presupuestal.....	84
Economía y ahorros.....	84
Gastos de administración.....	84



ARCO JURÍDICO DE OPERACIÓN

A) SERVICIOS DE ATENCIÓN

El Plan Nacional de Desarrollo 1984-1989 y sus respectivos programas sectoriales en materia de salud, establecieron como estrategia el Sistema de Salud:

Mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud, descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud. Este proyecto implicó reformas a las diversas disposiciones jurídicas que regulaban el ámbito de la salubridad general. Destacan de manera importante los ordenamientos y reglamentos que modificaron el artículo 4° constitucional en su párrafo cuarto, el cual proyectó reformas en el área de la salud que permitirían moldear las exigencias que a nivel nacional eran escuchadas.

Estos cambios se vieron impactados preponderantemente en materia de: Planificación Familiar, Prevención y Control de Efectos Nocivos de los Factores Ambientales en la Salud, Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, Control Sanitario de la Publicidad, Control Sanitario en materia de Organos, Tejidos y Cadáveres.

En lo referente a la Atención Materno Infantil se reforzaron los conceptos de orientación y vigilancia institucional, se promovió ayuda inmediata directa para mejorar el estado nutricional de grupos desfavorecidos. En el programa de Planificación Familiar se orientaron las acciones a fin de lograr una mayor difusión y orientación hacia los adolescentes con el propósito de disminuir los embarazos antes de los 20 años.

La Atención Primaria se convirtió en el primer eje fundamental del cambio para el Proceso de Descentralización de los Servicios de Salud debido a sus múltiples implicaciones, todo ello tendría repercusiones que permitirían abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo. También permitirían evitar la incidencia de las enfermedades no transmisibles.(24)

Parte importante de este proceso descentralizador fue la estrategia de ampliación de cobertura para personas que no tenían acceso a los servicios de salud de forma continua y permanen-

*Capítulo I*

te, de esta forma en el estado se implementaron 28 Unidades Móviles las cuales atendían aproximadamente 230 localidades con un total de 16,000 personas beneficiadas.

B) SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Los sistemas administrativos antes de la descentralización, presentaban varios factores que impedían el diseño de un proceso claro y preciso que pudiera solventar las grandes desigualdades existentes dentro de los Estados. Estos factores eran entre otros: rezagos estructurales, inercias técnico administrativas e impactos de la crisis económica sufrida en el 76.

Dentro de los rezagos estructurales se destacaba la ausencia de una unidad rectora en materia sanitaria, que imprimiera orden, compatibilizara prioridades y racionalizara la asignación y utilización de los recursos. Por otra parte existía una proliferación y desarticulación de los organismos prestadores de servicios, con regímenes jurídicos, operativos y financieros diferentes. Había también desigualdades institucionales y regionales que proyectaban un perfil demográfico, caracterizado territorialmente por el doble fenómeno y una grave concentración en zonas metropolitanas y una alta dispersión en zonas rurales, además tenía una estructura etaria con altos índices de crecimiento y un perfil epidemiológico donde la patología de la pobreza era lo más común. Así mismo existía una total desvinculación en la formación de recursos humanos para la salud y la investigación. Una descentralización en materia sanitaria acompañada de una engorrosa y prolífica legislación.(25)

A estos aspectos de orden estructural se sumaban factores considerados como técnico- administrativos que no permitían un adecuado desarrollo de los programas de salud, sobresaliendo de manera importante: la carencia de mecanismos efectivos de planeación y programación de los servicios, lo que originaba lucrocidades, subutilización de la capacidad física instalada y utilización inadecuada e inequitativa de recursos, proyección de diversos modelos de administración y esquemas de atención que generaban grados heterogéneos diferentes en los criterios de construcción, equipamiento, adquisición de insumos médicos y distribución de recursos humanos. Ausencia de criterios e indicadores uniformes para regular y evaluar la efectividad de las acciones de salud y su registro que permitieran apoyar la toma de decisiones y finalmente una estructura organizacional altamente verticalizada que desvirtuaba la función original del gobierno normativo.

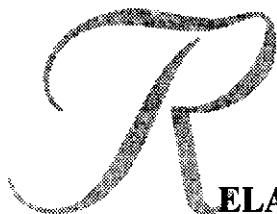
Esto proyectó una serie de alternativas que permitirían la operación de los servicios de salud, proponiéndose los siguientes criterios políticos y rectores del proceso:

Capítulo 1

- a) La descentralización no debería ser un ejercicio burocrático que se midiera sólo en el traspaso de funciones y mucho menos en un nuevo reparto de atribuciones legales.
- b) La descentralización debería de equilibrar las responsabilidades en los tres órdenes de gobierno que permitieran abatir las disparidades regionales entre los diferentes grupos sociales.
- c) La descentralización debería lograr una mayor eficiencia en la organización que permitiera una operación más viable y eficaz.
- d) La descentralización debería de integrar orgánicamente los sistemas estatales para atender a la población no protegida por la seguridad social.

En este orden de ideas se requirió la instrumentación de las siguientes funciones:

- a) Evolución de las estructuras orgánicas de los Servicios de Salud Estatales de acuerdo con la compatibilización de funciones básicas, órganos esenciales, disponibilidad de recursos y condiciones locales, en el marco de la política de racionalización de gastos y optimización de recursos.
- b) Adopción de políticas que permitieran ocupar las plazas desocupadas prioritariamente en los niveles jurisdiccionales y unidades aplicativas.
- c) Elaboración de normas técnicas que establecieran funciones, áreas y órganos básicos de acuerdo con criterios técnicos, políticas prioritarias y elementos organizativos.
- d) Fortalecimiento de programas de modernización administrativa como eje de mejoramiento de la planeación y administración de servicios.
- e) Apoyo de la administración pública estatal en el fortalecimiento del sistema de salud.
- f) Vinculación entre la política de salud y la política de bienestar social del gobierno estatal.



RELACIONES LABORALES

A) PERSONAL DE SERVICIO MÉDICO

Se efectuó la homologación salarial a personal médico y paramédico protegido por el apartado "B" del artículo 123 constitucional, lo que permitió atemperar el impacto inflacionario y en algunos casos, mantener el poder adquisitivo de estos trabajadores. Se incrementó en dos veces el salario mínimo de la percepción social de las enfermeras. Se aumentó la remuneración de los médicos generales y especialistas en tres o cuatro veces el salario durante el proceso.

Se suscribieron en este periodo las condiciones generales de trabajo, donde se contemplaban las características laborales del proceso, reforzándose los aspectos de productividad, estímulo de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo, vigorizándose además los sistemas de control de asistencias y los esquemas de capacitación en el trabajo para vincularlos con el proceso de escalafón.(26)

Se descentralizaron las funciones de pago a personal, así como el control presupuestario del capítulo de servicios personales.

Se integró a la plantilla de personal de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, al personal médico y enfermería al programa IMSS-COPLAMAR.

B) PERSONAL ADMINISTRATIVO

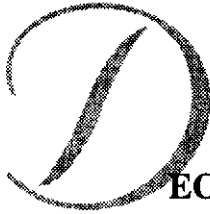
Las modalidades adoptadas en la descentralización de los servicios de salud previnieron un respeto irrestricto de los derechos de los trabajadores. En su momento los Servicios Coordinados del Estado y la Sección 37 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud establecieron definiciones correctas y válidas, lo que permitió no lesionar los derechos contractuales ni lastimar la organización sindical, se realizaron los marcos e instrumentos jurídicos que regulaban las condiciones de trabajo. Se combinó que los derechos laborales adquiridos por el personal que prestaba sus servicios en coordinados y en el programa de IMSS-COPLAMAR que pasaron a trabajar a los primeros, serían respetados conforme a las disposiciones legales aplicables y en los términos de los acuerdos en cuestión.

Asimismo se estableció que los trabajadores del Programa por Cooperación Comunitaria dependerían del Titular en el estado. Para tales propósitos la Secretaría de Salubridad y Asistencia delegó en el Titular del estado las facultades, atribuciones y obligaciones que se establecen en el capítulo XVIII de las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salubridad, de conformidad con el Sistema Integrado de Administración de Personal.

Se creó una comisión entre los Servicios Coordinados de Salud Pública, el Gobierno del Estado, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Previsión Social, a fin de crear los mecanismos y modalidades que conjugaran los aspectos legales, administrativos y financieros que en su momento estuviesen involucrados en el proceso

Se inició una revisión a la luz de las experiencias obtenidas por los Servicios Estatales de Salud y las recomendaciones echas a través de los diferentes foros que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Organización Panamericana para la Salud y las otras Instituciones, en el contexto del proceso de descentralización y sumar con el marco estructural que permitiera una consolidación del Sistema Nacional de Salud. En este orden de ideas se instrumentaron una serie de acciones para adecuar las organizaciones de salud y la modernización administrativa:

- a) Evolución de las estructuras orgánicas de los servicios estatales de salud, de acuerdo con la compatibilización de atribuciones básicas, órganos esenciales, disponibilidad de recursos y condiciones locales de salud.
- b) Elaboración de normas técnicas y organización para las unidades de primero y segundo nivel de atención así como para programas específicos.
- c) Mejoramiento del uso y aprovechamiento de recursos humanos, sobre todo para zonas marginadas o desprotegidas.
- d) Incremento en la participación de los gobiernos estatales, municipales, e instituciones de salud a fin de integrar los servicios públicos en los estados.
- e) Formación de los comités de planeación para el desarrollo en los estados y creación de los subcomités especiales para el estudio de la integración de los servicios de salud.



DECISIONES SOBRE PLANES Y PROGRAMAS

A) PLAN ESTATAL

Con fundamento en las adiciones al Convenio Único de Coordinación ratificado el 5 de febrero de 1982, el Gobierno del Estado de Guanajuato suscribió con la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República un acuerdo de coordinación con el propósito de estudiar la forma de integrar los servicios públicos de salud en el estado.

En su comité especial para el estudio de la integración de los servicios de salud se integró con representantes del sistema estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), Universidad de Guanajuato (UG), Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Delegación de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), la Secretaría de Programación Estatal (SPE) y los Servicios Coordinados de Salud Pública para el Estado de Guanajuato. Este subcomité elaboró un plan de salud congruente con las políticas nacionales contempladas en el Plan Global de Desarrollo 1983-1989, cuyos objetivos generales consideraban la disminución de los daños a la salud, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, el aumento de la esperanza de vida así como la prestación de los servicios de salud distribuidos en niveles de atención.

Los objetivos del sector salud y seguridad social para el estado de Guanajuato eran los siguientes:

- a) Aplicar los esquemas completos de vacunación a la población que así lo requiriera.
- b) Ofrecer servicios de planificación familiar a la población que lo demandara.
- c) Reducir los índices de desnutrición en los menores de cinco años.
- d) Extender la cobertura de los servicios médicos básicos a las zonas de población marginada.
- e) Mejorar la calidad del ambiente mediante el control de la contaminación y la aplicación de los servicios de agua potable y alcantarillado.
- f) Promover la educación para la salud en la población general.
- g) Incorporar a la población ocupada a los beneficios de la seguridad social.
- h) Garantizar el sano crecimiento físico, mental y espiritual de la niñez dentro del marco integral en el desarrollo de la familia.
- i) Proteger progresivamente al total de las personas en edad avanzada y a los infantes que sufren abandono en zonas marginadas, rurales y urbanas.

Para cumplir estos objetivos el sector salud instrumentó un sistema de niveles de atención, con énfasis en las acciones de tipo preventivo y la regionalización de servicios de acuerdo a los recursos disponi-



Capítulo 3

bles. Esto fue integrado con una adecuada coordinación entre las instituciones de salud, a través de convenios que permitieran evitar duplicidades y lograr un mejor aprovechamiento de los recursos.

El panorama epidemiológico en aquella época presentaba cuadros típicos de un país en desarrollo con tasas de mortalidad elevadas en enfermedades respiratorias y gastrointestinales las que repercutían más desfavorablemente en los menores de cinco años. La tasa de mortalidad general, infantil, preescolar y materna eran de las más altas en el país muy por encima de los niveles medios que presentaba la nación. Estos índices permitían concluir que los problemas de salud en la población de Guanajuato estaban favorecidos por el saneamiento ambiental, la baja educación y la falta de acceso a los servicios de salud.

La morbilidad presentada en el estado nos indicaba que las enfermedades prevenibles por vacunación se seguían manifestando con una frecuencia más o menos plausible y estaban dadas por tétanos, sarampión, tuberculosis, difteria y en grado menor por poliomielitis y tosferina. Dentro de las 10 primeras causas de morbilidad las enfermedades cuya vía de entrada es el tubo digestivo y las del aparato respiratorio ocupaban 9 de los primeros 10 lugares a esa fecha.(27)

B) PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Para llevar los servicios de salud a la población de Guanajuato, se planificó la atención médica en categorías desde las más simples a las más complejas, por consiguiente se ideó un sistema escalonado de niveles de salud que permitieron atender las necesidades de la población y las posibilidades que pudiera ofrecer el estado de acuerdo a sus recursos disponibles, de tal manera, se estructuró la demanda a través de isócronas cuyo objetivo era establecer tiempos mínimos necesarios en la atención médica tanto en las comunidades rurales a través de los centros de salud como éstos a las unidades hospitalarias. Para ello se establecieron normas de regionalización y se consideraron zonas en cuyas isócronas se contemplaban los municipios, las localidades, los habitantes y los recursos para la salud, se tomaron en cuenta, así mismo los desplazamientos naturales de la población de las áreas rurales hacia las urbanas.

Se proyectó una coordinación interinstitucional del sector salud, que pudiera mejorar la atención oportuna y lograr articular funciones operativas en beneficio de la población demandante de atención de su salud.

Bajo estas normas y modelos se creó la Región 1 cuya cabecera era la ciudad de Guanajuato y que involucraba a los municipios de Guanajuato, Silao y Romita, quedando como hospitales generales los de la SSA, ISSSTE, y el IMSS.

La Región 2 establecía como cabecera la ciudad de Dolores Hidalgo e incluía los municipios de San Diego de la Unión, San Felipe y Ocampo y tenía como hospitales de referencia el de Dolores Hidalgo y la Clínica del IMSS en San Felipe, Gto.

La Región 3 establecía su cabecera en San Miguel Allende y comprendía los municipios de Allende, San Luis de la Paz, Victoria, Doctor Mora, Xichú, Atarjea, Santa Catarina, Tierra Blanca y San José Iturbide y tenía como hospitales de referencia el de San Luis de la Paz y el de San Miguel Allende.



Capítulo 3

La Región 4 se estableció en la ciudad de Celaya e incluyó a los municipios de Celaya, Comonfort, Apaseo el Grande, Apaseo el Alto, Cortazar, Tarimoro, Santiago Maravatío, Salvatierra, Jerécuaro, Acámbaro, Coroneo y Tarandacuao, la magnitud de esta región demandaba que la cabecera se ubicara en Celaya por ser la localidad de mayor número de habitantes y de importancia industrial, comercial y política. Sus áreas de referencia hospitalaria se ubicaban en Celaya donde funcionaban las unidades del IMSS, ISSSTE y SSA.

La Región 5 se ubicó en la ciudad de Salamanca y comprendía los municipios de Salamanca, Irapuato, Valle de Santiago, Moroleón, Uriangato, Yuriria, Pueblo Nuevo y Huanímaro. Con los Hospitales de Segundo Nivel de las ciudades de Irapuato y Salamanca.

La Región 6 ubicaba su cabecera en la ciudad de León que abarcaba los municipios de San Francisco del Rincón, Purísima de Bustos, Ciudad Manuel Doblado y sus hospitales de referencia se encontraban en el municipio de León.

C) PROGRAMAS OPERATIVOS

Las actividades ejecutadas y programadas a través del subcomité especial para el estudio de la integración de los servicios de salud, estaban orientados primordialmente a la disminución del riesgo de contraer enfermedades, padecer invalideces y nacer con incapacidades que impidieran el desarrollo físico completo y el gozo integral de una vida sana.

Los programas que permitirían cumplir con esos objetivos eran los siguientes:

- a) Programa de Vacunación a población susceptible.- Encaminado básicamente a iniciar y completar los esquemas de vacunación en los niños menores de cinco años tanto de población urbana como de áreas rurales. La vacunas suministradas eran: BCG, SABIN, DPT y Antisarampión.
- b) Programa de Planificación Familiar.- Este programa estaba encaminado al fomento y utilización de métodos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil.
- c) Programa de Nutrición.- Apoyándose en el sistema alimentario nacional se estableció como prioridad la disponibilidad de alimentos con el fin de lograr que el aparato productivo nacional generara la cantidad y calidad de bienes que permitieran elevar el nivel nutricional de los grupos de población con mayores carencias. Para lograr estos propósitos se establecieron coordinaciones intersectoriales que orientaron las acciones a los subprogramas para la educación a la salud, nutrición y alimentación complementaria, así mismo a través de su programa de obras rurales por cooperación comunitaria, se proporcionaron alimentos como estímulo al trabajo a las personas que participaban en la ejecución de obras de desarrollo social.
- d) Programa de Saneamiento Ambiental.- Este programa dirigió sus esfuerzos a los problemas que conllevaban o que traían como consecuencia la morbilidad por enfermedades transmisibles de ahí que su comisión estaba encaminada a resolver problemas de insalubridad del medio, peculiares a esa época y relacionados con la pobreza, la ignorancia y la mala calidad de vida. De tal forma que se implementaron subprogramas de vigilancia y control de los sistemas públicos, abastecimiento de agua para consumo humano y aguas residuales.
- e) Programa de Extensión de Cobertura a las áreas marginadas y urbanas.- Este programa se sustentaba en la estrategia de la extensión primaria a la salud con énfasis a la medicina familiar; en la



Capítulo 3

conveniencia de integrar a la población a los programas y la necesidad de elevar su capacidad para evitar los problemas de salud, en la promoción de trabajos colectivos para el saneamiento y mejoramiento del ambiente, finalmente en la definición de un sistema escalonado y regionalizado de atención a la salud.

- f) Programa de dotación de agua potable y drenaje.- Este programa estaba orientado a dotar de agua potable a todas las comunidades mayores de mil habitantes en el Estado, así como introducir drenaje a todas las poblaciones urbanas.
- g) Programa de Movilización Social para elevar el nivel de Educación para la Salud, mediante la participación activa de la comunidad.- Las acciones realizadas en este programa tenían como objetivo el de crear conciencia en la población sobre las necesidades de conocer y practicar los hábitos y valores que condicionan la salud individual y colectiva, mediante un proceso de capacitación, orientación de información a través de pláticas, adiestramientos y demostraciones complementando de esta manera el desarrollo de los programas de los comités de salud en unidades rurales y áreas marginadas.

D. PROGRAMA DE SERVICIOS GENERALES

Durante este proceso se aprobaron y aplicaron los manuales en el manejo de almacenes y el de control de inventarios que contemplaban un formato único de pedido a efecto de concentrar en un solo lugar los artículos en trámite de baja. Se instaló un sistema manual de retroalimentación para el registro y control de almacenes e inventarios y se aplicó un manual para el control y manejo de bienes muebles.

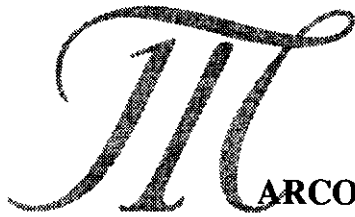
E) MECANISMOS DE APROBACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

En materia financiera se establecieron sistemas y procedimientos que permitieran evaluar la administración de las unidades de salud desarrollándose acciones en programas presupuestales sobre todo en servicios personales. Se estableció una unidad de programación para mejor orientación de métodos y planes de trabajo para el programa financiero contable.

En materia de adquisiciones la Secretaría de Salubridad y Asistencia otorgó facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública del estado para adquirir en plaza los artículos que requirieran en la operación de los programas.

Las compras consolidadas en materia de bienes muebles, medicamentos, material de curación entre otros eran solicitados a nivel nacional de acuerdo a las necesidades que el Estado requería, sin embargo éstos eran recibidos en forma incompleta, con grandes retrasos y sobre todo con artículos en ocasiones ociosos y caducos.

La obra estatal era programada de acuerdo a la voluntad política del Secretario de Salud sin que mediara en ocasiones la opinión de los jefes estatales, asimismo los techos financieros para el mantenimiento y conservación de las unidades eran programadas a nivel central de acuerdo al ejercicio del presupuesto hecho a mediados del año por los jefes estatales de salud.



ARCO JURÍDICO DE OPERACIÓN

A) SERVICIOS DE ATENCIÓN

Durante la segunda etapa el proceso de descentralización estuvo marcado por grandes reformas a los marcos jurídicos con que se operaban los sistemas de salud en el país lo que repercutió en forma importante en el estado. Cabe destacar los cambios efectuados a la Ley General de Salud con la entrada en vigor de las reformas indicadas el 14 de junio de 1991, esto hizo necesario modificar algunas disposiciones establecidas, y en algunos casos formular nuevos reglamentos que evitaran posibles contravenciones, entre éstos, el ordenamiento jurídico que les dio origen.

De esta forma se modificó el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad, que destacaba sobre todo la supresión de contar con la autorización sanitaria para la publicidad en los alimentos, bebidas no alcohólicas, productos de perfumería belleza y aseo; excepto plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas. También debe destacar la protección a los menores contra el influjo de la publicidad de productos que contengan sustancias tóxicas, así como la protección al medio ambiente, informando sobre el impacto de tales sustancias contra la ecología.

También lo señalado en la orientación a la población acerca de los efectos nocivos del tabaco y del abuso de alcohol. En materia de investigación para la salud se concluyeron las reformas a la Ley General y sus adiciones lo que trajo como consecuencia una actualización técnica y normativa de las disposiciones jurídicas que regulan la investigación para la salud, particularmente aquellas que se realizan con seres humanos. Se hace mención que en este caso se reforzaron los principios éticos para casos de investigación, tanto en seres humanos como en animales.

Se elaboró un nuevo reglamento que actualiza las reglas para la distribución de órganos y tejidos y sus componentes de cadáveres de seres humanos. Por otra parte se establecieron los reglamentos en materia de prestación y servicios de atención médica y sanidad internacional, destacando de manera importante lo relativo al control de enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años.

También se destacan los lineamientos relativos a la Planificación Familiar y la Salud Reproductiva que tienen como objetivo el reducir el riesgo reproductivo y la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número.

En relación a los efectos del ambiente en la salud, se destacan la prohibición de descargar aguas residuales sin tratamiento y residuos peligrosos en cuerpos de aguas destinados al uso y consumo humano, así como la vigilancia y certificación del cumplimiento de esta norma. Se revisan y actua-

Capítulo 4

lizan los conceptos sobre las fuentes de radiación y se restringen los rubros que en esta materia requieren actualización sanitaria.

Con la finalidad de proteger los derechos de las personas no fumadores de los efectos nocivos de la combustión del tabaco en cualquiera de sus formas, se prohibió su consumo en las áreas de atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva, así como los sitios de trabajo de ambiente cerrado en las Unidades Hospitalarias y Clínicas de salud.

También, con motivo de la expedición de la Ley Federal sobre metodología y normalización se abolieron las normas técnicas y se establecieron las normas oficiales mexicanas que incluyen las especificaciones, procesos y metodología que deben de contener éstas.

En el ámbito estatal se elaboró y promulgó la Ley Estatal de Salud. También se trabajó y promulgó el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Salud en el estado. Con la firma del primer acuerdo de descentralización de los Servicios de Salud y la integración orgánica al poder ejecutivo se modificó la ley correspondiente. Posteriormente se reforman, adicionan y derogan diversos dispositivos de la Ley de Salud del estado mediante los decretos correspondientes, así mismo se publica el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del estado.

Por otra parte se celebran diversos convenios entre el Ejecutivo estatal y el nivel federal, que permiten desarrollar acciones pendientes para mejorar la salud de los guanajuatenses contándose entre otros el Acuerdo para impulsar los proyectos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, el Programa de Vacunación Universal, el Programa de Enfermedades Diarreicas, entre otros.

Además el Ejecutivo del estado formula acuerdos secretariales contándose entre ellos: la Protección a los no Fumadores y la Comisión Estatal para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, entre otros.

B) SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Mediante la estrategia de modernización se realizaron ajustes dinámicos dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia involucrando la adecuación de normas, políticas, sistemas, procedimientos, recursos, programas, funciones y estructuras que contribuyeron de alguna manera a la reducción, agilización, transparencia y calidad en algunos casos, lo que permitió al público usuario de los servicios de salud, si no una respuesta oportuna a sus demandas por lo menos brindarles la atención necesaria.

Se reorganizaron las estructuras Estatales y Jurisdiccionales con base al Modelo de Atención a la Salud y a los Sistemas Locales. En apoyo a ellas se asignaron recursos humanos en diferentes niveles y se recategorizaron dos Subdirecciones para colocarlas como Direcciones de área.

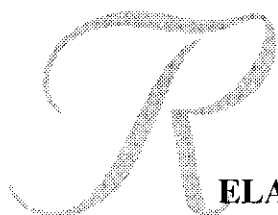
En el área de Regulación Sanitaria se simplificaron los procedimientos a fin de facilitar al público demandante de los servicios la resolución de las gestiones, sobre todo en el ámbito de licencias sanitarias y en las áreas de bienes y servicios.



Capítulo i

Se consolidaron las Unidades Jurídicas y de Contraloría a fin de contar con elementos que permitieran un mejor control tanto laboral como técnico en todas las unidades de los Servicios de Salud.

Dentro del proceso de reorganización se otorgó un mayor énfasis a la formulación de manuales de procedimientos para las unidades administrativas y los programas sanitarios, a fin de constituir con éstos las herramientas operativas que apuntalarán la modernización y la simplificación administrativa.



RELACIONES LABORALES

A) PERSONAL DE SERVICIO MÉDICO

Durante esta etapa se implementó un programa que permitió la retabulación del personal del área médica, paramédica y afín, cumpliéndose con los convenios de homologación salarial.

Se crearon y se distribuyeron nuevas plazas del área médica sobre todo para Centros de Salud Rurales Dispersos, Concentrados y Urbanos. Siguiendo las tendencias de la modernización administrativa se elaboraron y difundieron los catálogos de puestos para las ramas médicas, paramédicas y afines. Se actualizaron y difundieron los indicadores laborales para puestos médicos que definían las características jurídicas aplicables a cada puesto con objeto de facilitar a las autoridades, al Sindicato y a los trabajadores, el manejo y aplicación de lo establecido en las condiciones generales de trabajo.

La Secretaría de Programación y Presupuesto actualizó los puestos de Médico General A, B y C y Médico Especialista A, B y C con respecto al escalafón Médico. Así mismo, se incrementaron las becas para los médicos residentes y para el personal adscrito al Programa de Enfermedades Transmisibles por Vector. Se implementó el Programa denominado, "Médicos Federales de Contratación Temporal" en apoyo a Unidades de Primer Nivel de Atención que no contaban con pasantes de Primer Nivel de Atención Médica.

Se autorizó el cambio al personal que labora en Estadística, de la rama Administrativa al área médica. Por otra parte se creó el Programa de Formación de Técnicos Auxiliares en Salud para apoyar las actividades de Regulación Sanitaria. Se regularizó a los Médicos Generales que pertenecían al Programa IMMS-COPLAMAR, se recodificó a los Auxiliares de Enfermería por Enfermeras Generales Técnicas. Se compactó el puesto de Supervisor de Enfermería y Enfermera de Sala por Enfermera Jefe de Servicios. Para los puestos de Enfermera Especialista General y Auxiliar se crearon los rangos B.

B) PERSONAL ADMINISTRATIVO

En este período las acciones se orientaron a impulsar y consolidar la armonía entre las autoridades laborales y esta secretaría y sus trabajadores a través de una adecuada interpretación y aplicación de la legislación en la materia, fortaleciendo el vínculo de interlocución y concertación con el Sindicato. Durante este tiempo se instituyó el programa denominado Estrategia de Modernización Salarial al Personal Profesional; para el área administrativa, este programa fue realizado mediante la depuración de expedientes. Se aplicaron programas especiales como retiros voluntarios, jubilaciones con

*Capítulo 5*

apoyo económico y trato especial reconociéndoseles la antigüedad al personal que no cotizó al ISSSTE, en virtud del tipo de contratación al que estuvieron sujetos para lograr su jubilación y pensión por edad y por servicio.

Siguiendo las tendencias de la Administración Moderna se mejoraron los Catálogos de Puestos para el área administrativa. Así mismo se actualizó el sistema de nómina dando inicio al proceso de descentralización del pago en el estado, este proceso no solo implicaba el análisis y desarrollo de sistemas computacionales sino también la adquisición de equipo de cómputo y capacitación al personal que lleva a cabo estos procesos denominado "Sistema Integral de Administración de Personal".

Para 1990 se implementó el Fondo de Ahorro Capitalizable de los trabajadores al servicio del estado FONAC que dio cumplimiento al decreto Presidencial por el que se establecía, dicho fondo permitió el ahorro y el usufructo de las rentas que aporta el Gobierno Federal, el Sindicato de los Trabajadores y los trabajadores. Así mismo se instituyó como beneficio adicional a esta forma, un seguro de vida o invalidez total y permanente del trabajador.

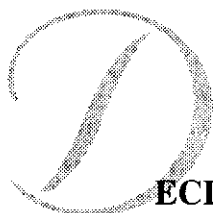
Se regularizaron códigos con base en un proyecto denominado "Censo de congruencia entre las funciones que desarrollan los trabajadores del área administrativa de base y confianza operativos y el puesto que ocupan".

Se difundió la normatividad del capítulo 1000 "Servicios Personales", emitida por la Secretaría de Programación y Presupuesto, así como sus modificaciones.

Se revisaron las condiciones generales de trabajo y se inició el otorgamiento de estímulos económicos a los trabajadores por su desempeño y productividad.

Por otra parte se implementó el Programa "Compactación - Racionalización del Catálogo de puestos", que impactó de nueva forma en los salarios de los trabajadores de acuerdo a su nivel académico y experiencia, promoviéndose además a aquellos con menores percepciones para cursos de actualización que permitieron su desarrollo. Se fortaleció el Programa de Profesionalización a efecto de propiciar las operaciones de los trabajadores con título profesional.

Se instituyó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), se elaboraron los montos para vales de despensa por el Día de las Madres, el Día del Trabajador, de la Secretaría, el Día de Reyes y por antigüedad.



DECISIONES SOBRE PLANES Y PROGRAMAS

A) PLAN ESTATAL

Teniendo como marco de referencia el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el cual involucra a la salud dentro de su cuarto objetivo al señalar que es necesario avanzar hacia un desarrollo social, que propicie y extienda en todo el país las oportunidades de superación individual y comunitaria, bajo los principios de seguridad y justicia, o exigiendo la aplicación de una política social que sea integral, federalista, participativa, incluyente y eficaz.

De igual forma el Plan Básico de Gobierno contempla en su apartado cuarto el tema de la salud como una prioridad de este Gobierno tratando de reducir las desigualdades sociales que existen en el estado donde la salud es prioritaria para una mejor vida de los guanajuatenses.

Con base en lo anterior se elaboró el Programa Estatal de Salud cuyas políticas y objetivos se marcaban en cuatro grandes grupos:

Atención Preventiva, Atención Curativa, Fomento y Regularización del Programa de Capacitación para los Trabajadores y Regulación de Fomento Sanitario. Cada uno de ellos contiene múltiples programas y acciones específicas que en su conjunto impactarán en la búsqueda de un mejor estado de salud de nuestra población.

Para ese tiempo se estableció una serie de retos que permitirían abatir los problemas más comunes que prevalecían en el estado, esto se hizo a través de un diagnóstico de salud obtenido por las múltiples consultas y visitas que se hacían a los municipios, donde se recogió de cada uno de ellos el sentir de la gente y de las autoridades, fijándose los siguientes retos:

- a) Disminuir la Mortalidad General por debajo de la media nacional.
- b) Disminuir la Mortalidad Infantil por debajo de la media nacional.
- c) Disminuir el porcentaje con base a la media nacional de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y parasitosis del grupo infantil.
- d) Alcanzar y sostener la cobertura de vacunación al 100% de la población susceptible.
- e) Incrementar el control en los casos de las enfermedades infecto contagiosas con énfasis en lepra, brucelosis, y enfermedades de transmisión sexual en el estado.
- f) Controlar la incidencia y abatir la muerte por cólera.

B) PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Los programas estratégicos que la Secretaría de Salud tenía durante este periodo estaban encaminados a coadyuvar al desarrollo holístico de la Institución, el cual como ente público e instancia rectora



Capítulo 6

de las políticas estatales de salud y como responsable de la entrega de servicios a la población, contribuye de manera importante a la formación de recursos para la salud y el desarrollo social.

Los proyectos estaban divididos en tres grandes rubros: el primero encaminado a la administración de la institución, cuyo objetivo era mejorar el funcionamiento de la Secretaría, organizarla para el cumplimiento de sus múltiples responsabilidades con eficiencia, eficacia y efectividad, a través del desarrollo de metodologías que permitieran la optimización de recursos humanos, materiales y financieros y la simplificación administrativa.

En ésta existían cuatro metas muy importantes: La primera de ellas consistía en una reingeniería de la Secretaría de Salud con la reorganización de todo el organigrama tanto a nivel normativo, técnico y operativo.

La segunda consistía en un desarrollo de las capacidades técnico administrativas para la descentralización, incluyéndose en ellas las actividades encaminadas a consolidar la compra estatal de medicamentos, material de curación y otros de acuerdo a la normatividad estatal y a las fuentes de financiamiento.

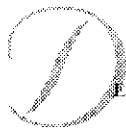
La tercera proponía una modernización de la Regulación Sanitaria, simplificando los procesos y trámites en productos y servicios que de ellos se generan. En éstos incluían los avisos de apertura, las licencias sanitarias, el control de medicamentos no autorizados para venderse sin receta, los permisos para la venta de alcoholes y la identificación de giros a desregular o desconcentrar.

Finalmente el establecer un sistema estatal de salud cuya finalidad era el de conducir y aplicar las políticas de salud en el estado con la concurrencia de las diferentes instancias de salud y de los grupos no gubernamentales que tienen un papel protagónico en la salud.

El segundo proyecto denominado de salud tenía como objetivo el de coadyuvar a la disminución de los riesgos y daños a la salud de la población mediante el desarrollo y aplicación de metodologías que permitieran mejorar la capacidad técnica y operativa en la entrega de servicios. En ella se proponía un modelo de atención a la salud y la aplicación de éste en forma inmediata, el suministro de un paquete básico de servicios de salud que permitiera dar atención a las áreas más desprotegidas. Para ello se identificaron cuáles son las integraciones básicas en salud, se actualizaron los cuadros básicos de medicamentos, se desarrolló un sistema de abasto y se amplió la cobertura de servicios a las personas sin acceso.

En este mismo proyecto se pretendía disminuir la mortalidad infantil en Guanajuato a través de varias acciones destacándose, entre otras, los protocolos de investigación operativa y las estrategias para favorecer a la infancia. De igual forma se buscó el fortalecimiento de las unidades de primer y segundo nivel, así como la automatización de los laboratorios.

El tercer proyecto estaba referido a la imagen social y buscaba fortalecer a la Secretaría de Salud de Guanajuato con una presencia institucional que fuera un revulsivo para adicionar recursos alternos y permitiera mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la comunidad, mediante el desarrollo y acciones que permitieran la participación social organizada.



Capítulo 6

De esta forma se logró el fortalecimiento de la imagen institucional, la creación de patronatos y voluntariados de la Secretaría de Salud, la integración de los municipios al programa municipio saludable y finalmente la investigación sobre el uso y satisfacción de los usuarios de los servicios que esta institución presta a la población.

C) PROGRAMAS OPERATIVOS

Los objetivos de este programa estaban encaminados a contar con un instrumento que orientara las acciones de la Secretaría y que permitiera conocer el rumbo de las actividades mostradas a través de una información precisa y veraz que fuera susceptible de ser evaluada en su proceso y en su impacto hacia la población.

Es así que a través de los programas como Atención Preventiva que con el Subprograma Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Vacunación Universal, Control de Enfermedades Transmisibles, Enfermedades de Transmisión Sexual, Paludismo, Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Tuberculosis, Rabia, Brucelosis, Lepra, Padecimientos Crónico Degenerativos, Fiebre Reumática, Enfermedades Bucodentales, Cáncer Cérvico Uterino Mamario, Diabetes Mellitus, Planificación Familiar, Orientación para la Salud y Materno Infantil cuyos objetivos generales son disminuir los padecimientos, y en su caso, erradicarlos, controlarlos o disminuirlos en sus tasas de morbi-mortalidad.

El Programa de Fomento y Regulación para la capacitación de los trabajadores tenía como objetivo identificar, coordinar y gestionar las funciones de los departamentos de enseñanza y capacitación, fomento a la salud e investigación y desarrollo tecnológico como elementos de apoyo para mejorar la calidad de la atención. Este programa promovía la capacitación en todo el sector salud y la seguridad social.

El Programa de Regulación y Fomento Sanitario tenía como objetivo el proporcionar servicios para proteger la salud de toda la población, cada vez con mejor calidad, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que causan daños a la salud, con especial interés a las acciones preventivas.

Finalmente el Programa de Atención Curativa que incluía la consulta externa general y la hospitalización, buscaba organizar, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención preventiva, curativa, de enseñanza e investigación, con base a la normatividad establecida dentro del marco del modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.

D) PROGRAMA DE SERVICIOS GENERALES

Durante este periodo el suministro tanto de medicamentos, material de curación y otros se hacía a nivel nacional, en él se contemplaba la demanda del cuadro básico de medicamentos y el cuadro básico de material de curación, resultando en muchas ocasiones incompleto, insuficiente, inadecuado, extemporáneo y de mala calidad. Se creó en este tiempo un Almacén Central Estatal el cual



Capítulo 6

abastecía directamente a las jurisdicciones y éstos a su vez a los municipios y unidades aplicativas. Se estableció un registro computarizado y sistematizado de todos los bienes muebles.

La Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Conservación y Mantenimiento elaboró los manuales técnicos de conservación para unidades médicas de primero y segundo nivel, los cuales tenían como propósito central el garantizar la operación continua y adecuada de los servicios de salud en las unidades médicas, preservando el patrimonio inmobiliario y el equipo de la Secretaría. Este elemento constituyó el documento normativo que permitía garantizar el apropiado funcionamiento de los procesos, sistemas y demás recursos involucrados en la oferta de los servicios de salud y constituía, en su sentido más amplio, un elemento predictivo y correctivo.

Finalmente se permitió la subrogación de servicios como limpieza y seguridad.

E) MECANISMOS DE APROBACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

La descentralización en su primera etapa propició una modificación inmediata de los servicios de atención a la población abierta, pero siguió una filosofía gradualista para ceder los recursos. En teoría se les iría capacitando poco a poco para que adquirieran las destrezas necesarias para el manejo de los recursos. Con base en esta idea se instrumentaron un sinnúmero de cursos y talleres que, con el cambio de administración y con la resistencia de la burocracia central, resultaron ser insuficientes para que el estado quedara en condiciones de recibir los fondos federales para su administración directa, lo que seguía marcando un exceso de centralismo con planes y programas inapropiados e inadecuados para las necesidades del estado.

En el año de 1996 se plantea el programa para operar un modelo que permitiera reducir los tiempos y los procesos en la entrega de los recursos de la federación al estado. Este nuevo proyecto se basaba en la idea de un sistema gradual que generaría sus propias resistencias y dificultaría la tarea en su conjunto. Con esto en mente, se conforman diferentes estrategias: una de transición que permitiera descentralizar los recursos como primer paso y al mismo tiempo establecer una serie de candados que acoten la acción estatal descentralizada. Esto permitiría consolidar los mecanismos de evaluación y seguimiento, los cuales en esta etapa eran casi inexistentes además de ganar experiencia en el manejo local de los recursos. La otra basada en indicadores de resultados y no de procesos que retiraría las restricciones impuestas en el presupuesto a los denominados programas y acciones irreductibles en salud. Hasta antes de la segunda parte del proceso de Descentralización, los recursos federales asignados al estado eran manejados en un 78.1% por nivel central. Incluyéndose en estos los capítulos 1000, parte del 2000 y 3000, 5000 y 6000. El otro 21.9% de los recursos eran manejados por el estado, lo que incluía básicamente gastos de operación.

El mecanismo interno de descentralización presupuestal hacia el estado se efectuó a través del capítulo 4000 lo que permitió hacer las transferencias líquidas con suma facilidad.

ADQUISICIONES

Durante la primera etapa del proceso de descentralización las adquisiciones hechas por la Secretaría



Capítulo 6

de Salud de Guanajuato se llevaban a cabo en dos partes. La primera de origen federal y la segunda de origen estatal.

Las políticas generales establecidas en esa época eran vigilar que se cumplieran los lineamientos establecidos tanto a nivel federal como estatal, que las compras deberían realizarse en las mejores condiciones de precio, calidad, entrega oportuna y que deberían verificarse los saldos disponibles en las partidas correspondientes.

El objetivo del departamento de adquisiciones estaba basado en definir el programa anual de adquisiciones, así como invitar a los proveedores a participar con sus cotizaciones en los concursos para la compra de materiales.

Las compras hechas por el nivel federal eran fincadas a los programas respectivos de acuerdo al origen de éstas.

Las compras a través de Gobierno del Estado se hacían de acuerdo al manual de procedimientos establecidos para tal fin, la Dirección Administrativa recibía de las Direcciones de Área, el programa anual de necesidades de adquisición de equipo e insumos médico-administrativo (acorde al presupuesto asignado) que las unidades requerían para el cumplimiento fijado. Estas requisiciones pasaban por las diferentes áreas que conformaban la Dirección Administrativa, la cual al final revisaba y turnaba al Titular de la dependencia quien autorizaba las solicitudes de compra, pasándolas al departamento de adquisiciones quien las tramitaba a la Dirección de Adquisiciones de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado, quien analizaba el tipo de compra a efectuar que podía ser directa, con participación de cinco proveedores o por concurso. Posteriormente cuando el Gobierno compraba las mercancías, fincada por medio de orden de compra o requisición (compra directa) enviaba información a esta Secretaría para que el personal de la misma validara la compra según fuera el caso. Una vez aceptada la validación el Almacén del Gobierno del Estado emitía la nota de envío para la unidad correspondiente.

En las compras directas el Departamento de Adquisiciones de la Secretaría de Salud recibía la solicitud de necesidades extraordinarias por medio de un memorándum por parte de las áreas directivas, en caso de que la compra no excediera los mil pesos se adquiría con el fondo revolvente y se entregaba al área solicitante. Si excedía a la cantidad antes mencionada se analizaba, cotizaba y presentaba a la Dirección de Recursos Financieros para su autorización. La Dirección Administrativa firmaba y tramitaba ante el Secretario de Salud la firma de autorización. El Departamento de Adquisiciones fincaba el pedido al proveedor y turnaba tres copias al Departamento de Almacén para su control y recepción de insumos y enviaba al Departamento de Contabilidad los recibos para el control presupuestal.

MANTENIMIENTO

En este rubro a pesar de que la Dirección General de Conservación y Mantenimiento estableció una serie de normas técnico-administrativas de aplicación obligatoria a fin de homogenizar el desarrollo de las acciones de conservación y mantenimiento para todos los estados y de brindar algunos recursos para este fin la disposición financiera en este capítulo era la Federación la que marcaba las polí-



Capítulo 6

ticas nacionales siendo insuficientes ya que en muchas ocasiones lo que el estado requería no era satisfecho por la federación debido a los techos presupuestales. Lo descentralizado en este capítulo consistía en que la Dirección General de Conservación y Mantenimiento decían que cantidad había de ser deducible, el estado solicitaba su distribución de acuerdo a los límites marcados; posteriormente la federación iba radicando periódicamente en dinero o en especie a juicio de la Federación. Ante estas situaciones se pueden ejemplificar absurdos tales como que se concursaba en México el mantenimiento de fotocopiadoras y se asignaban los contratos desde allá para el estado, se necesitaran o no se necesitaran lo que resultaban de manera total incompletos e insuficientes e inadecuados.

Por otra parte existían partidas de uso restringido para la federación tales como: asesorías, arrendamientos, difusión e información. Este último rubro no nos permitía instrumentar adecuadamente (en tiempo y en forma) el material de difusión necesario de acuerdo a la realidad estatal.

OBRA PÚBLICA

La obra pública por su importancia que en sí genera y que debía traducirse en desarrollo y crecimiento de los servicios de salud en el estado, era manejada por la Federación sin estar programada de acuerdo a las necesidades reales, y no estar sujeta a una planificación estatal. El estado de Guanajuato desde 1986 no se vio beneficiado con obra pública por parte de la Federación. Las nuevas unidades que tenía Guanajuato hasta esa fecha fueron financiadas a través del programa "MEXICO-BID" o por el Gobierno del Estado. Es de mencionar que año con año se enviaba y se precisaban las nuevas necesidades, mismas que eran ignoradas. En las obras públicas realizadas hasta antes del periodo mencionado y que las se llegaron a realizar en Guanajuato, era la Federación quien decía cuál se hacía, en dónde se hacía y cuándo se hacía, sin tener ninguna injerencia el estado ni derecho de opinión.

En lo que se refiere a muebles e inmuebles, estas adquisiciones también estaban sujetas al criterio de la Federación. Cabe mencionar que en los últimos años antes del proceso de descentralización, el estado no recibió bien alguno.



INDICADORES BÁSICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A) COBERTURA

El conocimiento de la población a través de la caracterización de sus indicadores básicos de Servicios de Salud, son un elemento de suma importancia en los procesos de planeación y programación.

Según Swaroop, ni la enfermedad ni la salud pueden definirse con precisión ni medirse en forma absoluta, en una escala de valores numéricos, tal como lo hacemos con el peso del cuerpo o con la glicemia. Sucede así porque esos estados son dinámicos, relativos, en continuo movimiento; adaptación-desadaptación el pretender que la salud sea un “Estado Completo de Bienestar” es hacerla estática cuando los estados biológicos son por naturaleza fenómenos de ecología dinámica. Claro está que lo biológico está sometido permanentemente al influjo de lo social, que en el hombre, es inevitable y determinante.(28)

Esta dificultad de contar con una definición operacional de la salud es, sin duda, la mayor limitación para el desarrollo de indicadores directos positivos de la salud en el hombre.

Un “Sistema Indicador” válido para la salud y el bienestar social debería consistir en una serie relevante de mediciones fáciles de entender y de obtener. La idea es la de producir indicadores utilizables a varios niveles del proceso social de determinación y distribución social de los riesgos (económicos, sociales, culturales, ecológicos, psicológicos), que irán, finalmente, a alterar la ecología y la biología del individuo expuesto a los riesgos que las sociedades humanas producen.

Estas mediciones deben ser precisas, exactas, sin embargo, algunos de sus aspectos quizás no toquen los sistema de indicadores sociales, como el que propone Zapf, que tiene por objetivo principal el hacer operaciones y medir los componentes o determinantes del concepto pluridimensional de “Bienestar Humano”, en el cual está incluida la salud. Lógicamente, los indicadores sociales tienen que ser cifras muy integradas por que responden a varios o a muchos “determinantes”; sus objetivos son medir y analizar los procesos sociales, y su evolución, en relación a las consecuencias en el individuo, en los grupos sociales, en la comunidad.

Así se podría llegar a contar con indicadores que midieran y analizaran la evolución de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, su distribución social, sus consecuencias biológicas últimas en el individuo. Es necesario estar conscientes de que los indicadores usados actualmente corresponden a la concepción biológica de la salud, y lo que miden, es por tanto es el fenómeno biológico-individual final, y no el origen y distribución social de ellos.



La medición actual de la salud en el individuo se hace por exclusión de los signos de enfermedad. En la comunidad, la medición del nivel de la salud de la colectividad es siempre indirecta y multidimensional, ya que debe utilizar varios o muchos indicadores que midan, a diferentes niveles, el proceso de la salud comunal. De aquí que la bondad de la medición depende de la calidad y fiabilidad de la información epidemiológica, sanitaria y socio-económica de que dispongamos.

Los indicadores y los índices son cifras que describen y miden la actividad y la evolución de un sistema. Los “indicadores” son medidas cuantitativas o no (cualitativas), que reflejan aspectos específicos del sistema; los “Índices” son medidas cuantitativas compuestas, cuyo objeto es describir la actividad total de un sistema.

Otros usan el término “Indicador” para la expresión de medidas específicas, y el de “Índice” para medidas compuestas que combinan varios indicadores.

Nosotros usamos el término “Indicador de Salud” para una cifra o información precisa, pertinente, fiel, reproducible, que permite analizar y describir un fenómeno social y su evolución, y evaluar la eficacia de los medios para modificarlo. El término “Índice” lo usamos para indicadores compuestos de alta precisión.

Los “Indicadores Sociales”, como son los de salud, se caracterizan por tres elementos:

- la función descriptiva de los procesos sociales y sus tendencias;
- sus interconexiones sistemáticas;
- la función analítica de los procesos sociales y su evolución.

La noción de indicador social lleva implícita la idea de una observación sistemática de los procesos sociales y de sus cambios. Pero la noción del indicador es siempre relativa, en tal forma, que no tiene sentido sino en relación a un contexto de referencia y a una función específica. De aquí que las informaciones cuantificadas concernientes a la salud no devienen indicadores, sino cuando se ha precisado el objeto de estudio y su contexto social.

Las fuentes de la información para producir indicadores son diversas: información demográfica, información médico-sanitaria, información sobre el ambiente y el consumo, información sobre los factores de riesgo, información socio-económica y política, información sobre el trabajo y la actividad de la población, información cultural, información sobre el sistema de producción y la estructura de la sociedad.

Los usos de los indicadores de salud son múltiples: en la planificación de salud, en el diagnóstico de salud de la comunidad, en el análisis de la evolución y tendencias de la salud-enfermedad en la comunidad, en la evaluación de los programas de salud, en la gestión de la salud, en la vigilancia epidemiológica, en la investigación epidemiológica, en la formulación de la política de salud, en salud pública en general, etcétera.

No siempre es fácil elaborar indicadores de salud, estos deben cumplir ciertos requisitos: facilidad de obtención, sencillez en el cálculo, representatividad, estabilidad en el tiempo, universalidad, comparabilidad, especificidad y sensibilidad de interpretación.



Capítulo 7

Los datos aquí mostrados tratarán de ser lo más explicativo de acuerdo a los datos obtenidos a través de los documentos que genera la Secretaría de Salud (antes Secretaría de Salubridad y Asistencia).

Para 1985 el estado contaba con un total de 3,389,618 habitantes lo que representaba el 4.2% del total de la población de la República Mexicana con cifras proyectadas por CONAPO.

La población sin seguridad social llamada también "Población Abierta" ascendía a 2,173,160 personas, de este total de Población Abierta. 1,021,584 eran atendidos por los Servicios Coordinados de Salud Pública, 424,878 por el IMSS a través del Programa IMSS-COPLAMAR y 157,399 eran atendidos por otras instituciones, destacándose de manera notable el Instituto Nacional Indigenista.

El total de población sin atención o sea aquella que no tenía acceso a ningún servicio de atención fue de 194,874 personas lo que representaba el 5.74% de la población total y el 9.1% de la población abierta.

La población con seguridad social era de 1,021,584 personas, de ellas el IMSS atendía a 824,752 personas con un porcentaje de 83.73%, el ISSSTE a 159,731 con un porcentaje de 16.21%, PEMEX y SDN a 37,101 personas con un porcentaje de 3.77%.

B) EFICACIA PROGRAMÁTICA

La eficacia programática fue medida con base a los servicios otorgados en los tres niveles de salud, así como en las esperanza de vida al nacer, indicador que nos permite conocer con mayor precisión el estado de salud de la población.

La esperanza de vida al nacer para 1985 era de 63.92 años en el hombre y 69.71 en la mujer, en general la esperanza de vida al nacer era de 67.66 años.(29)

La tasa de fecundidad por cada 1000 mujeres en edad fértil era de 72.18 y la tasa de natalidad se ubicaba en 40.11, la tasa de crecimiento era de 1.47, el número total de defunciones para ese año fueron 23,182 con una tasa de 6.84 por 1000 habitantes, la mortalidad infantil tuvo una tasa de 43.3 y un total de 5,884 defunciones en niños menores de un año.

Para 1985 se aplicaron un total de 50,729 dosis de B.C.G., 146,532 dosis de SABIN, 148,812 dosis de D.P.T., 33,521 dosis de antisarampión, 18,701 dosis de toxoide tetánico, 31 de Antitifoídica y 22 de Antirrábico Humano.

Así mismo se dieron 587,568 consultas de las cuales 418,798 correspondieron a la primera vez y 168,770 a subsecuentes, también se otorgaron 72,374 consultas de planificación familiar, 48,389 a mujeres embarazadas, siendo de estas 24,070 de primera vez y 24,319 subsecuentes.

Los egresos hospitalarios ascendieron a 30,102 con un total de 85,703 días estancias y 88,365 días paciente. Se atendieron 15,330 partos de los cuales 13,806 fueron eutócicos y 1,724 distócicos.

Se efectuaron 161,888 exámenes de laboratorio y 12,698 exámenes radiológicos.



Capítulo 7

En actividades de educación para la salud se dieron 434 cursos a parteras empíricas con una asistencia de 1,924 personas, además se desarrollaron 11,058 cursos con un total de 71,485 asistentes. Se impartieron 68,422 pláticas con 959,860 asistentes, se visitaron 141,302 domicilios y 1,853 escuelas examinándose a 76,501 escolares.

C) EFICIENCIA PRESUPUESTAL

El presupuesto autorizado para el estado de Guanajuato fue de 2,571,797 miles de pesos. Siendo modificado a 3,189,074.00 pesos y ejercidos 3,056,921.00 pesos. El presupuesto ejercido en los programas sustantivos fue de 2,415,825.00 pesos correspondiendo el 16.8% a programas preventivos el 72.6% a programas curativos y el 10.6% a otros.

El presupuesto autorizado según la clasificación económica del gasto fue del 1.3% en estructura porcentual en base al total del gasto en la República Mexicana de 91.1% comprendió el gasto corriente y el 8.9 % el gasto del capital.

D) ECONOMÍAS Y AHORROS

Los ahorros generados en este ejercicio presupuestal fueron de 132,153.00 pesos, las economías derivadas del capítulo 1000 no son incluidas en este rubro.

He de mencionar que tanto las economías y los ahorros derivados del presupuesto eran ingresadas a la Secretaría de Programación y Presupuesto de la Federación, sin que obtuviera un beneficio al estado.

E) GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

Los gastos administrativos ejercidos durante el periodo fueron de 677,851.00 pesos, lo que representó el 27.2%.

No contamos con datos que nos indiquen cual fue la inversión financiera durante este periodo ya que todo ello estaba centralizado y era ejercido a nivel nacional a través del capítulo 7000 del gasto de capital.



SEGUNDA PARTE

Para 1996 la política del gasto público, señalaba que la asignación y el ejercicio del gasto deberían ser eficientes apoyándose en la modernización económica y social y congruentes con las probabilidades estratégicas para avanzar en la satisfacción del usuario en elevar las condiciones de vida. Asimismo, se mencionaba la necesidad, debido a la escasez de recursos, a no derrocharlos y a ejercer una estricta evaluación de los proyectos y disciplinas presupuestales.

Con base a lo anterior se revisaron las estructuras programáticas que fortalecieron los aspectos normativos y de planeación, se racionalizaron las estructuras administrativas y se adecuaron los esquemas de procedimientos para el control del ejercicio presupuestal con el fin de hacer un uso programado oportuno y racional de los recursos financieros, dentro del marco de corresponsabilidad del gasto. Se tuvieron parámetros homogéneos en la integración del programa operativo anual que permitió llevar un proceso de planeación homogéneo y representativo del universo de las actividades fomentando una estrecha relación entre la planeación, los insumos y el presupuesto requerido para desarrollo de las acciones de salud lo que tuvo como resultado, un incremento en el desempeño y asignación de recursos.

A) COBERTURA

Para 1996 la población total del estado de Guanajuato era de 4,520,325 habitantes. La población abierta atendida por la Secretaría de Salud era de 1,310,500 habitantes, la población derechohabiente era de 1,938,103 habitantes quedando 1,145,965 personas sin derecho a atención lo que representa aproximadamente el 24% de la población total. Sin embargo estos datos pueden ser un poco menores debido a los estándares que utiliza el Sistema Nacional de Salud para definir a la cobertura de población. El mencionado sistema establece como población legal y/o potencial al conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la ley y a la cual puede brindarse atención médica. Esto representa la capacidad de oferta de servicios por parte de la Institución.(30)

Volviendo a la población derechohabiente el Instituto Mexicano del Seguro Social cubría a 1,594,765 personas, el ISSSTE a 308,066 personas, PEMEX 29,157 y la Secretaría de la Defensa Nacional a 6,115 personas.

La población que hizo uso de los servicios de salud por lo menos una vez durante 1996, ascendió en el estado a 2,224,577 personas. De ellas 912,027 fueron atendidas por la Secretaría de Salud, 1,057,814 por Instituto Mexicano del Seguro Social, 219,464 por el ISSSTE, 29,157 por PEMEX, 6,115 por la Secretaría de la Defensa Nacional.

B) EFICACIA PROGRAMÁTICA

La esperanza de vida al nacer para 1996 era de 73.2 años en general, para el hombre se ubicaba en 70 años y en la mujer en 76.4 años. La tasa de fecundidad general era de 106.5 nacimientos por cada

*Capítulo 7*

1,000 mujeres en edad fértil. La tasa bruta de natalidad era de 30.6 nacimientos por cada 1,000 habitantes. La tasa de crecimiento fue de 2.52% con respecto al año anterior, el número total de defunciones ascendió a 21,469 personas con una tasa de 4.7 por cada 1,000 habitantes. La mortalidad infantil se ubicó en una tasa de 22.4 por 100 mil nacidos vivos, con un total de 3,117 niños fallecidos, el número de niños muertos en edad preescolar fue de 566 muertes con una tasa de 1.3 por 100 mil habitantes de uno a cuatro años. (Figs. 29 a 34)

Los servicios otorgados durante este año fueron los siguientes:

En aplicación de biológico se administraron 3,889,840 dosis; en Sabin se aplicaron 1,610,640 dosis; en DPT 575,472 dosis; en BCG 170,372 dosis; en Toxoide Tetánico 771,542 en Antisarampionosa 500,208; en Antirrábico Humana 700,027; en antitifoídica 36,087 y en otros biológicos 218,492.

Se otorgaron 433,002 consultas de planificación familiar de las cuales 115,918 fueron de primera vez (26.77%) y 317,084 subsecuentes (73.23%). Se otorgaron 233,071 consultas a mujeres embarazadas; 27,764 a puerperas; 127,972 a niños sanos; 35,060 a niños desnutridos; y 433,002 consultas de planificación familiar de ellas 115,918 fueron de primera vez (26.77%) y 317,084 subsecuentes (73.23%).(31)

En servicios otorgados en consulta externa se dieron 1,947,416 pacientes, de los cuales 1,570,062 fueron consultas externas generales y 35,271 especializadas, 150,603 de urgencias y 91,129 odontológicas.

Se tuvieron 61,101 egresos hospitalarios, con 209,548 días paciente, 215,916 días estancia. Se intervinieron quirúrgicamente a 30,532 personas y se atendieron 24,612 partos eutócicos, 1,498 partos distócicos y 6,323 cesáreas.(32)

El estado para 1996 contaba por cada 1,000 habitantes con los siguientes recursos: 77.6 camas; 55.6 consultorios; 1.8 gabinetes de rayos X; 2.2 quirófanos; 23.7 salas de expulsión; 0.01 bancos de sangre; 105.9 médicos en contacto con paciente; 6.8 odontólogos; 153.1 enfermeras y 386.4 trabajadores de la salud.

Para ese año se tuvo una cobertura de 198.1 consultas generales por cada 1,000 habitantes; 46.6 ingresos hospitalarios; 23.3 intervenciones quirúrgicas; 69.5 consultas odontológicas; 114.9 atenciones de urgencias; 388.8 exámenes de laboratorio y 59.8 de estudios de rayos x.

Por cada 1000 mujeres en edad fértil se atendieron 94.2 nacimientos; en Planificación Familiar existían 228.9 usuarias activas por cada 1,000 mujeres y 114.8 nuevas aceptantes del programa de planificación familiar.

Los médicos otorgaban 7.8 consultas por día; los especialistas 1.6 consultas por médico y el odontólogo 4.7 consultas.



Capítulo 7

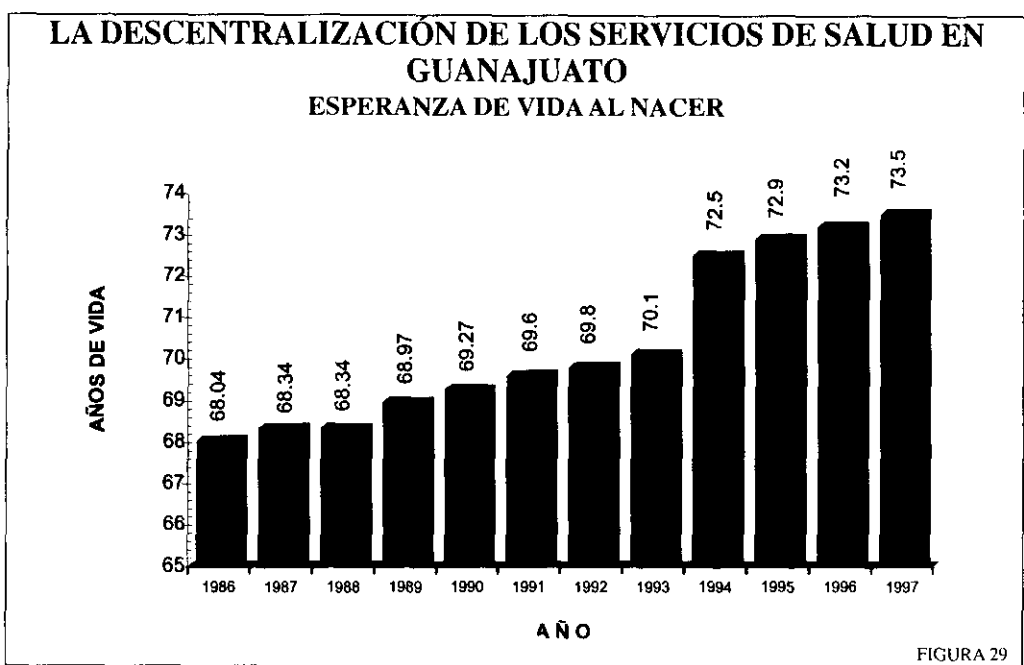


FIGURA 29

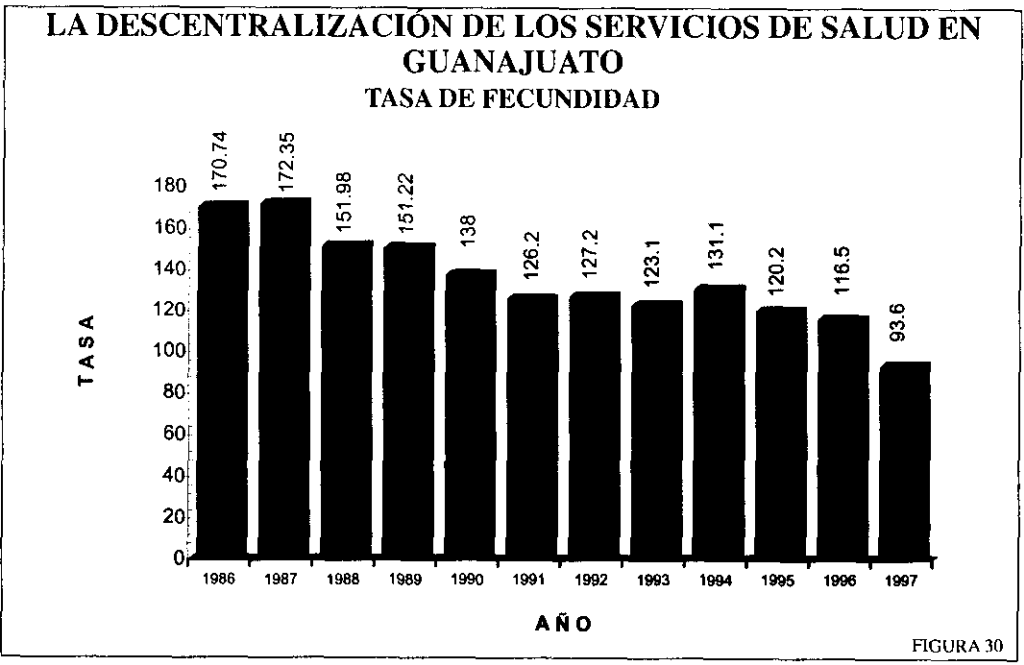


FIGURA 30



Capítulo 7

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
GUANAJUATO
TASA DE NATALIDAD**

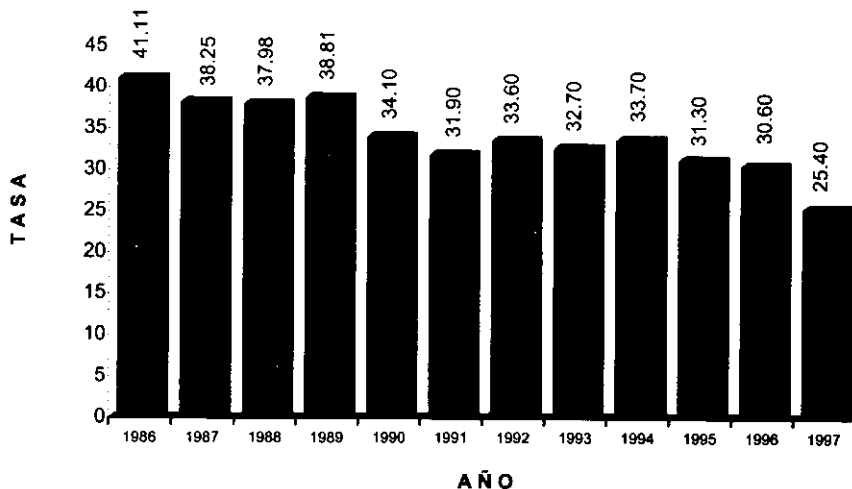


FIGURA 31

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
GUANAJUATO
TASA DE MORTALIDAD GENERAL**

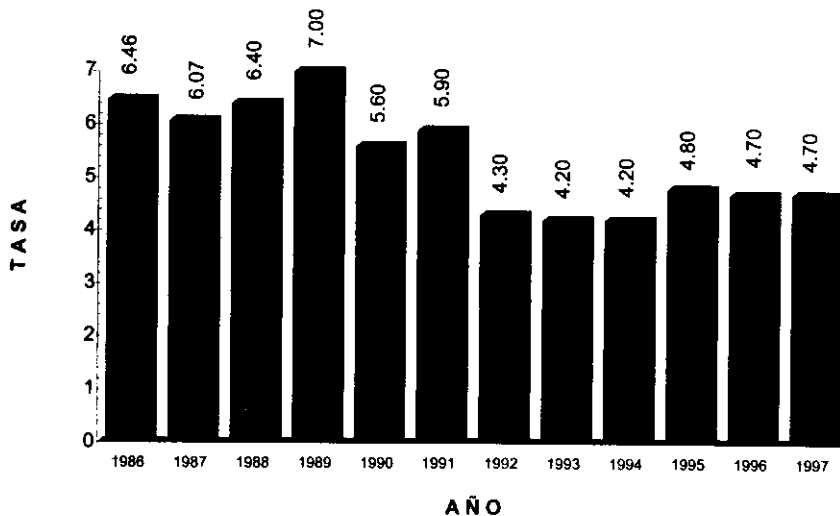


FIGURA 32



Capítulo 7

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
GUANAJUATO
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL**

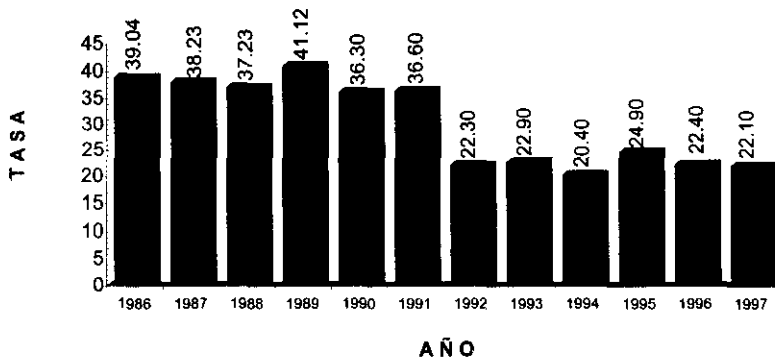


FIGURA 33

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
GUANAJUATO
TASA DE MORTALIDAD PRE-ESCOLAR**

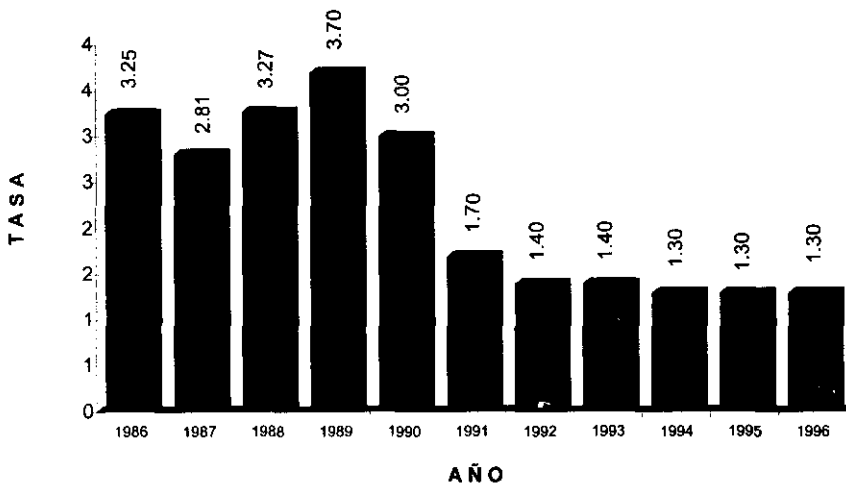


FIGURA 34



C) EFICIENCIA PRESUPUESTAL

El presupuesto total en miles de pesos para 1996 fue de 293,951.45 de los cuales 228,165.60 se aplicaron en programas sustantivos lo que representó el 77.38% del presupuesto total. 47,551.73 se aplicaron en programas administrativos lo que representó el 16.18% del presupuesto total, los otros 18,234.00 se aplicaron en otros programas y representó el 6.42%.

En lo referente a los programas sustantivos 80,147.36 se aplicaron en atención preventiva y representó el 27.27%; 147,287.05 se aplicaron en atención curativa lo que representó el 50.11%; 4,207.74 en programas de capacitación a los trabajadores lo que representó el 1.43% y 10,278.09 en programa de regulación y fomento sanitario lo que representó del 3.50% del total de programas sustantivos. (Cuadro No. 5) (Fig. 35)

D) ECONOMÍAS Y AHORROS

Las economías y los ahorros generados hasta esta parte del proceso, eran semejantes a los que se tenían en 1985. De acuerdo con la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a mediados del año anterior al ejercicio, se presentó el proyecto operativo anual, el cual desglosaba a nivel de capítulo, programa, subprograma y partida las necesidades del estado para el siguiente año. Es de interés que sólo se presupuestaban los capítulos 2000 y 3000 que se referían a los gastos de operación. Los restantes donde se incluían los gastos en servicios personales, bienes muebles e inmuebles, obras públicas e inversiones eran efectuadas por la federación sin que el estado conociera la programación de estos capítulos por ello no se ejerció presupuesto alguno en políticas y planeación de la salud, en ampliación y mejoramiento de planta física para la educación y capacitación, ni en edificios administrativos.

E) GASTOS DE ADMINISTRACIÓN

Como se mencionó anteriormente el estado ejerció en este periodo la cantidad de 47,551.73 miles de pesos en este programa lo que representó el 16.18% del total del presupuesto.



Capítulo 7

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

PRESUPUESTO AUTORIZADO POR PROGRAMA 1996 (ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA)

(Miles de Pesos)

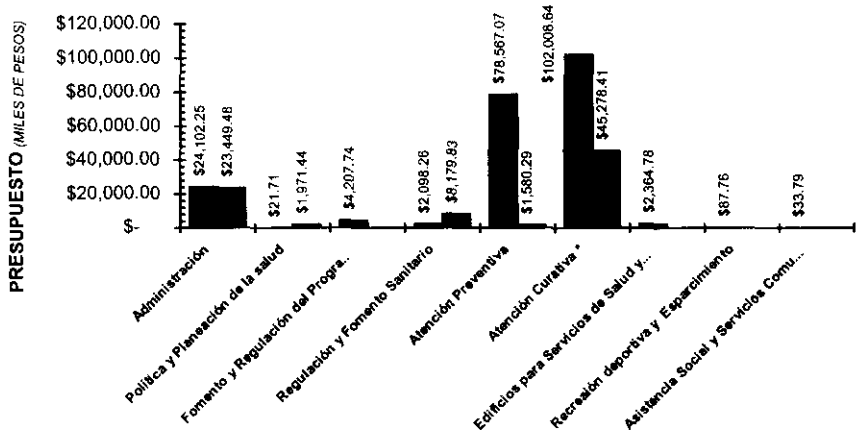
AA	Administración	\$ 24,102.25	\$ 23,449.48		\$ 47,551.73
BL	Administración	\$ 21.71	\$ 1,971.44		\$ 1,993.15
3V	Fomento y Regulación del Programa Nacional de Capacitación para los Trabajadores	\$ 4,207.74			\$ 4,207.74
3X	Regulación y Fomento Sanitario	\$ 2,098.26	\$ 8,179.83		\$ 10,278.09
DJ	Atención Preventiva	\$ 78,567.07	\$ 1,580.29		\$ 80,147.36
DK	Atención Curativa *	\$ 102,008.64	\$ 45,278.41		\$ 147,287.05
5I	Edificios para Servicios de Salud y Seguridad Social	\$ 2,364.78			\$ 2,364.78
DM	Recreación deportiva y Esparcimiento	\$ 87.76			\$ 87.76
DN	Asistencia Social y Servicios Comunitarios	\$ 33.79			\$ 33.79
	TOTAL :	\$ 213,492.00	\$ 80,459.45		\$ 293,951.45

*/ Incluye \$ 88,245.17 estimado para servicios personales.

CUADRO 5

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

PRESUPUESTO AUTORIZADO POR PROGRAMA 1996 (ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA)



□ FEDERAL ■ ESTATAL PROGRAMA

FIGURA 35