

TÍTULO 4. Descentralización de los servicios de salud.....	87
Capítulo 1. Los mecanismos iniciadores de la descentralización.....	89
Postura federal.....	89
A.1 Regulación y fomento sanitario.....	90
A.2 Salubridad general.....	91
A.3 Programación y presupuestación.....	92
A.4 Servicios personales.....	93
A.5 Materiales y suministros.....	93
A.6 Obra pública.....	93
Postura estatal.....	93
Centros de salud involucrados.....	94
Capítulo 2. Instrumentos jurídicos de la descentralización.....	95
La elaboración de los instrumentos.....	95
Firma de convenios y acuerdos.....	96
Compromisos estatales.....	98
Capítulo 3. La absorción de la descentralización.....	101
Las adecuaciones organizativas.....	101
Las modificaciones operativas.....	102
Las adecuaciones jurídicas.....	103
Capítulo 4. Los servicios de salud después de la descentralización.....	105
La organización de los servicios de salud.....	105
Los recursos de los servicios de salud.....	109
La operación de los servicios de salud.....	109
Indicadores básicos de los servicios de salud.....	111
Capítulo 5. Comentarios finales.....	117
Factores que impulsan el proceso descentralizador.....	117
A.1 Área administrativa.....	117
A.2 Área jurídica.....	117
A.3 Área laboral.....	118
Factores que inhiben el proceso descentralizador.....	118
A.1 Área administrativa.....	118
A.2 Área jurídica.....	119
A.3 Área laboral.....	119
Tendencias de la descentralización de la salud en el estado.....	119
Comparativo de algunos indicadores de servicios de salud.....	120
D.1 Cobertura.....	120
D.2 Eficacia programática.....	120
D.3 Eficiencia presupuestal.....	121
D.4 Economía y ahorros.....	121
D.5 Inversión y porcentaje de gastos administrativos sobre gasto total.....	121



OS MECANISMOS INICIADORES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

A) POSTURA FEDERAL

En la década de los 80, la Secretaría de Salud experimentó una importante reorganización institucional de la salud pública, con políticas de modernización, sectorización, descentralización y participación comunitaria. Si bien no se lograron todos los objetivos propuestos, se establecieron sistemas estatales de salud y se apoyó en un nuevo enfoque a los sistemas locales de salud a fin de orientar la mayor eficiencia y efectividad de los servicios.

Para 1986 la Federación estableció una descentralización que podríamos llamarle "territorial", concebida como una área o territorio cubierta bajo responsabilidades y acciones específicas.

En esta primera etapa la Federación; desregularizaba funciones de control, regulación y fomento sanitario en materia de salubridad general, sujetándose siempre a la normativa federal y mediante acuerdos de coordinación específicos, también otorgaba la participación de los municipios en materia de salubridad estatal, para operar y controlar la atención médica y la atención pública de acuerdo a las normas que establecía la S.S.A.; la prestación de servicios en materia de salubridad local, así como coordinar los Sistemas Estatales de Salud y Seguridad Social a través del COPLADE; representar al titular Ejecutivo estatal en los órganos colegiados correspondientes y en las unidades regionales del IMSS y del ISSSTE, operar y otorgar los servicios de: atención médica, atención materno infantil, planificación familiar, salud mental, formación de los recursos humanos para la salud, coordinar los trabajos de investigación para la salud, promoción y educación para la salud, en la orientación y vigilancia en materia de nutrición, en la prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud, en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los accidentes y las enfermedades bucodentales, en la salud ocupacional, en la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos, en el programa contra el alcoholismo y el tabaquismo, así como en la farmacodependencia y en la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Esta descentralización conllevaba a tener ambigüedades, ya que las acciones podían ser descritas como descentralizadoras en algunos casos, pero centralizadoras en otros y no transferían necesariamente el poder a los grupos sociales locales sino que llevaban a un control mayor sobre políticas nacionales contrarias al sentir local.

A partir de 1996 se da una descentralización que permite la transferencia de autoridad para la promoción y autonomía en la toma de decisiones y la administración. Lográndose así una autoridad estatal con autonomía en la toma de decisiones, considerándose esta como una autonomía relativa ya que, al



Capítulo 1

no existir una relación de influencia directa entre los órdenes de gobierno se abandona el campo de la descentralización.

Las relaciones que componen la Secretaría de Salud son múltiples y diversas. Por ello, la descentralización abarca diferentes formas y grados de intensidad, donde se comparten responsabilidades políticas, legislativas y normativas, sistemas administrativos de comunicación y procesos de evaluación entre otras funciones, además de los recursos financieros.

Bajo estas condiciones la federación desconcentra o devuelve funciones específicas a los estados o al Estado que permiten vigilar la organización de programas sobre bases técnicas, capaces de enfocar los recurso a la solución de los problemas.

De esta forma se distribuyó la competencia entre la Federación y los estados en los siguientes rubros:

A.1) REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

A.1.1) Bienes y Servicios

Quedan centralizados la regulación, el control y el fomento sanitario referentes a las actividades, productos, establecimientos, equipos y servicios vinculados con el proceso, importación y exportación de alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas, productos de perfumería, belleza, aseo y tabaco. Además de elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en la materia.

El estado efectuará el control y el fomento sanitario; recibiendo y registrando las aperturas, las tomas de muestras y la notificación de resultados.

A.1.2) Insumos para la Salud

Queda como función del nivel central el revisar los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan, así como el de analizar y publicar la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, además de ejercer la regularización, control y fomento sanitario, en el proceso, uso, mantenimiento, importación y exportación de equipos médicos y de elaborar y expedir la Normas Oficiales Mexicanas.

El estado dará la atención en la expedición de licencias sanitarias y avisos de apertura o funcionamiento en su caso, además de la verificación sanitaria, toma de muestras, notificación de resultados y aplicación de medidas de seguridad, así como vigilar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas.

A.1.3) Salud Ambiental

Queda como función del nivel central el autorizar regular y expedir las normas oficiales necesarias en la materia y los establecimientos dedicados al proceso de plaguicidas, fertilizantes, fuentes de radiación y material radiactivo que tengan uso médico.

Capítulo 1

El estado vigilará el cumplimiento de las normas así como la expedición de permisos a los responsables de la operación del funcionamiento de las fuentes de radiación.

A.1.4) Control Sanitario de la Publicidad

La Federación autorizará la publicidad que se realice en este rubro y en la venta o consumo de bebidas alcohólicas y tabaco así como en productos de aseo, perfumería y belleza.

El estado autorizará y verificará la publicidad relacionada con la prestación de servicios de salud, de instrumental, material médico y de productos higiénicos.

De igual forma efectuará el monitoreo de medios publicitarios locales referentes a bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos.

A.2) SALUBRIDAD GENERAL

Queda a la Federación el coordinar, normar, supervisar y evaluar el Sistema Nacional de Salud, así como el promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones descentralizadas a la entidad, realizar la evaluación general de la prestación de los servicios de salud. Y en casos específicos organizar y operar los servicios de salud cuando sean acciones extraordinarias en materia de salubridad general o cuando se ponga en riesgo a la población como son los casos de desastre.

Queda al estado el formular y ejecutar los programas estatales de salud conforme a las normas, políticas y estrategias a nivel federal

A.2.1) En materia de control sanitario de la disposición de sangre humana

Queda a la Federación el dictar las normas políticas y estrategias a que se sujetaran en todo el territorio nacional los actos de disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación, así como para la prestación de los servicios en la disposición de sangre humana. Organizar y operar los centros nacionales de la transfusión sanguínea y ejercer su control y vigilancia sanitarias.

El estado organizará, operará, utilizará, y evaluará los servicios de control y vigilancia sanitarios de la disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados con fines terapéutico, de docencia e investigación. De igual forma organizará y operará los centros estatales de la transfusión sanguínea así como las campañas para la obtención altruista de sangre.

Queda a la Federación el dictar las normas políticas y estrategias a que se sujetará en todo el territorio nacional la prevención y el control de las enfermedades y accidentes, en materia de salubridad general. así como el organizar, coordinar y operar los servicios de medicina preventiva de carácter nacional y ejercer el control y vigilancia sanitaria en los establecimientos públicos que realicen actos de medicina preventiva.



Capítulo 1

El estado organizará, coordinará y en su caso operará, supervisará y evaluará los programas nacionales de medicina preventiva, conforme a las normas y políticas del nivel federal. Además de organizar, coordinar y operar las campañas para la erradicación y control de los problemas de salud pública.

A.2.2) *En materia de Atención Médica y Asistencia Social*

La Federación dictará las normas y políticas a que se sujetarán los servicios de atención médica, asistencia social y los actos de disposición de órganos tejidos y cadáveres de seres humanos. También dictará las normas en la investigación para la salud, especialmente la que se desarrolle en seres humanos.

El estado ejecutará los programas de salud en esta materia, y habrá de realizar y operar los centros estatales de procuración de órganos y coordinar los programas a cargo de los sectores públicos sociales y privados en materia de salubridad general.

A.2.3) *Promoción de la Salud*

La Federación dictará las normas y políticas a que se sujetará la educación para la salud, la nutrición, el control de los efectos del ambiente en la salud, la salud ocupacional y el fomento sanitario.

El estado organizará, coordinará y ejecutará los programas antes mencionados.

A.2.4) *En materia de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*

La Federación dictará las normas y políticas a que se sujetará la salud reproductiva y planificación familiar, así como el coordinar en el ámbito nacional los programas de salud reproductiva, con la participación de los sectores público, social y privado, especialmente cuando impliquen el empleo de los medios de comunicación masiva.

El estado organizará, coordinará y ejecutará los programas antes mencionados.

A.2.5) *En materia de Vigilancia Epidemiológica*

La Federación dictará las normas, políticas y estrategias de carácter nacional en materia de vigilancia epidemiológica en los padecimientos transmisibles, no transmisibles y de la mortalidad, especialmente las inherentes a la prestación de servicios descentralizados. Además coordinará las actividades del consejo nacional de vacunación, del consejo nacional para la prevención y control de SIDA, el consejo nacional contra las adicciones, entre otros.

El estado organizará, coordinará, operará y supervisará el sistema estatal de vigilancia epidemiológica.

A.3) PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

Queda a nivel central la tramitación y registro ante las dependencias globalizadoras del presupuesto a los estados así como la asesoría en materia administrativa.

Capítulo 1

El estado desarrollará los apartados programáticos, programas operativos y registros contables y presupuestales en todos los capítulos.

A.4) SERVICIOS PERSONALES

La Federación planeará, normará, controlará y evaluará el sistema de administración y desarrollo de personal, negociará las ampliaciones y transferencias presupuestales así como las condiciones generales de trabajo.

El estado establecerá y organizará el sistema de desarrollo de personal desde su reclutamiento, selección, contratación hasta el pago y prestaciones pasando por los sistemas escalafonario las medidas preventivas las auditorias y el requerimiento de plazas. Asimismo operará el sistema de pagos las compensaciones adicionales salariales, las prestaciones, los estímulos y el manejo de las economías.

A.5) MATERIALES Y SUMINISTROS

Queda a la Federación el emitir y difundir las normas, políticas y procedimientos para regular los sistemas de adquisiciones, almacenamiento, distribución y control de bienes del activo fijo además de las importaciones de los artículos de consumo y emitir los estándares de calidad para la adquisición de los insumos.

El estado de acuerdo a los lineamientos estatales a través de los comités respectivos, efectuará las adquisiciones, el almacenamiento, la distribución de los artículos de consumo, asimismo llevará el control de los inventarios, determinará y tramitará las bajas y destino final de la maquinaria y equipo. También suscribirá los contratos de conservación y mantenimiento y de servicios generales, actualizará el inventario de los bienes inmuebles y promoverá su regularización.

A.6) OBRA PÚBLICA

La Federación emitirá la normatividad específica y autorizará de acuerdo a los planes estatales maestros de infraestructura para la salud, para la población abierta la obra civil, y los equipos electromecánicos en las unidades de tercer nivel.

Queda al estado la conservación y mantenimiento de las unidades médicas de primer nivel, así como la obra civil y el equipamiento de las unidades de primero y segundo nivel.

B). POSTURA ESTATAL

El estado se compromete además de lo anteriormente señalado a un grado mayor de financiamiento en salud de acuerdo a la política social emprendida por la actual administración que permita contar con espacios que brinden la atención oportuna a la población guanajuatense y que trascienda no solo en la creación de nuevas unidades que logren la cobertura total para que la población pueda acceder de manera fácil y expedita a los servicios de salud, también se tratará que estos servicios se otorguen con la mejor calidad posible, verificando los procesos en la atención de la salud modificando, en su caso, aquellos que por su inercia histórica no han permitido la completa satisfacción de los usuarios del servicio.



Capítulo 1

Esto permitirá tener un mayor acercamiento con la población demandante de los servicios de salud, de igual forma se podrán desarrollar mejores políticas de mando y una mejor coordinación de esfuerzos institucionales.

Además de conseguir recursos adicionales y desarrollar y utilizar más fuentes de información.

Una parte importante del proceso de descentralización a sido el buscar la participación de todos los sectores en el contexto actual. Es de vital importancia el vincular los esfuerzos los objetivos, los criterios y los recursos en una sola voluntad de servicio con la participación planeada y organizada de la sociedad, que permitan compartir la optimización de los recursos humanos y disminuir los procesos burocráticos anteriores fragmentados por la creación de los comités, consejos y/o comisiones que no garantizaban la continuidad y la trascendencia en el ámbito estatal de salud.

C) CENTROS DE SALUD INVOLUCRADOS

La fundación del moderno sistema de salud fue sustentada en una estrecha alianza entre los trabajadores y los gobiernos federal y estatales que permitían contar con un modelo de seguridad social el cual no incluía mecanismos que aseguraran la eficiencia y competitividad de los servicios de salud.

A finales de la década de los 70 y principios de los 80 se crea el programa IMSS- COPLAMAR cuyas políticas estaban encaminadas al combate de la marginación. El estado contaba con 252 unidades de los Servicios Coordinados de Salud Pública los que sumados a las 82 unidades del programa antes referido nos daban un total de 334 unidades lo que cubría a la mayoría de la población total, sin embargo, la cobertura de población de menos ingresos por parte del IMSS, la Secretaría de Salud u otros servicios asistenciales de carácter municipal y estatal; puso de manifiesto la dificultad para normar las instituciones caracterizadas en ese tiempo por su centralismo y arraigada autonomía. A partir de la primera fase de descentralización, se avanzó hacia la consolidación de los servicios haciéndolos mas homogéneos en sus políticas. Es así como en 14 estados del país, incluido Guanajuato, se inicia este proceso donde se transfieren recursos a pesar de su limitación en el ejercicio importante del reordenamiento del sistema de salud en su conjunto.

Fue a principios de esta década cuando se iniciaron los esfuerzos de coordinación institucional y sectorial, cuando se emprenden las acciones tendientes a acortar la brecha en la toma de decisiones y compartir con los gobiernos estatales, la responsabilidad en el cuidado de la población, así como la libertad en la aplicación de estrategias de salud con base en las necesidades y características demográficas, geográficas y epidemiológicas de cada región.

Este proceso donde están incluidas 410 unidades de los tres niveles de salud (y las que se construirán) persigue contribuir a lograr un desarrollo regional armónico, equitativo y sostenido acorde a las necesidades locales que estimulen la participación del sector salud y que proyecte la visión para lograr mejores condiciones de vida en el ámbito local mediante el adecuado y libre ejercicio de las políticas de salud, fomentando el arraigo de una cultura para la salud y un impulso en la atención eficiente y con calidad permanente.



INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

A) LA ELABORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Como se ha mencionado anteriormente la descentralización de los servicios de salud fue un proceso que oficialmente dio inicio en 1983. En esta etapa se elaboraron diferentes programas para mejorar la coordinación de los distintos servicios de salud en la entidad, se establecieron órganos de gobierno y vigilancia interna y se detectaron omisiones y duplicaciones, así mismo, se organizaron los sistemas de referencia de pacientes en los diferentes niveles de atención. Se elaboraron y se firmaron acuerdos de coordinación que permitieron a la entidad manejar operativamente los servicios de salud.

En este proceso se tropezó con varios problemas en su mayoría de orden administrativo, primordialmente en lo relativo a la definición de la situación laboral de los trabajadores de la salud, a la falta de apoyos logísticos para los nuevos servicios y a los retrasos en la transferencia de los recursos.

Se desarrollaron diferentes acciones en todas las áreas a fin de tener un acuerdo transparente, ágil y flexible que permitiera tener mejores niveles de salud.

En recursos humanos se elaboró un diagnóstico situacional de los recursos, estudio que representó un comparativo entre los recursos humanos existentes, la denominación del puesto y la función real, considerando el tipo de plaza y la situación laboral del trabajador, este estudio permitió elaborar un programa de recodificación y reubicación de personal.

Se elaboró un proyecto de necesidades para el año 2000.

Un aspecto primordial del proceso de descentralización fue, es y será la homologación salarial la cual requiere de una revisión de la situación laboral de los trabajadores.

En lo que se refiere a recursos materiales, se levantó un inventario de todos los bienes muebles con que contaba la S.S.A del estado de Guanajuato. Se capacitó a todos los responsables en esta área para dar a conocer las funciones y facultades transferidas en el convenio.

Por lo que respecta a los bienes inmuebles se levantaron 390 cédulas de la Comisión de Evaluos de Bienes Nacionales, mismas que entraron al proceso de desincorporación por parte de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo Federal.

De los 390 inmuebles existían 396 expedientes individuales que contenían documentación legal, los que amparaban el origen del bien, estos son: actas de donación por ayuntamientos, ejidos, estado, y cesión de derechos, entre otros.



Capítulo 2

En el sistema de abasto el cual representa uno de los principales problemas que enfrentaba la Secretaría de Salud para contar con medicamentos y material de curación en forma suficiente y oportuna en las unidades de salud, se dieron los pasos a fin de que las compras de estos bienes ya no se hicieran a nivel federal, sino en apego a la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas del Estado de Guanajuato.

En materia de financiamiento de los servicios de salud, se transfirieron al estado a través del capítulo 4000 las facultades para su distribución y el ejercicio del presupuesto, así mismo se transfirió la contratación de terceros en los servicios de fotocopiados y seguros para coches y unidades hospitalarias.

En modernización y desarrollo administrativo se efectuaron acciones orientadas hacia una actividad gerencial en las prestaciones de servicios, sobre todo en la conformación, estructura, cobertura y calidad de los mismos, para ello se instrumentó un modelo de atención a la salud de población abierta en Guanajuato, un paquete básico de servicios de salud en el primer nivel de atención, un programa de ampliación de cobertura, un programa de mejora continua en los servicios y la consolidación de los sistemas estatales y locales de salud.

B) FIRMA DE CONVENIOS Y ACUERDOS

El 20 de agosto de 1996, en la Ciudad de México, se firmó el acuerdo de coordinación que celebra el ejecutivo federal por conducto de la Secretaría de Salud y con la intervención de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y con la participación de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, con el Ejecutivo del Estado de Guanajuato para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad.

Este acuerdo viene a reafirmar la voluntad política para crear un nuevo federalismo, enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el cual reconoce los espacios de autonomía y el respeto a los universos de competencia en cada orden de gobierno fortaleciendo el pacto federal e impulsando armónicamente y eficazmente las soberanías de los estados, lo que le permite utilizar el criterio de eficiencia y equidad en la provisión de los bienes y servicios hacia la comunidad.

Este acuerdo se encuentra íntimamente ligado al programa de reforma del sector salud 1995-2000, instrumento por el cual el Gobierno de la República se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud fueron trazados y que permitirían equilibrar el gasto *per cápita* en esta materia abatiendo en forma paralela los indicadores de mortalidad y de marginación.

Dicho convenio está compuesto de VIII capítulos y 47 cláusulas:

Capítulo I.- Compuesto de cinco cláusulas, establece las disposiciones generales a las que se sujetarán ambas partes, así como las que en ellas involucran, respetando las atribuciones conferidas por la Ley General de Salud y los derechos de los trabajadores, así como la obligación de crear un organismo Público Descentralizado por parte del estado, el cual operará los servicios de salud en la entidad.

Capítulo II.- Contiene tres cláusulas que establecen la atribución federal de normar los programas y políticas generales y normativas de salud, descentralizando al estado: la atención médica y la asisten-



Capítulo 2

cia social, la salud reproductiva y planificación familiar, la promoción de la salud, la medicina preventiva, el control sanitario de la organización, y la distribución de sangre humana, control sanitario de la publicidad, salud ambiental, los insumos para la salud y los bienes y servicios.

Capítulo III.- Contiene cinco cláusulas que se refieren a las atribuciones para la programación, presupuestación, servicios personales, recursos materiales y servicios generales. El Gobierno del Estado ejercerá el control presupuestal y el manejo en materia de adquisición, administración, baja y destino final en materiales, suministros, bienes muebles e inmuebles. La prestación de servicios generales, el mantenimiento y construcción de obra pública.

Capítulo IV.- Contiene dos cláusulas las cuales se refieren a la transferencia de los bienes muebles e inmuebles. El estado recibe por parte de la Federación todos los muebles e inmuebles previa validación por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Capítulo V.- Contiene diez cláusulas que se refieren a los derechos de los trabajadores de la Secretaría de Salud que se incorporan al sistema estatal. Se garantizan los derechos de los trabajadores consagrados en el apartado "B" del artículo 123 y su Ley Reglamentaria, así como en las Condiciones Generales de Trabajo.

El Organismo Público Descentralizado obtiene la tutela en la nueva relación de trabajo y las modificaciones y revisiones de las condiciones de trabajo se harán con el Sindicato Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado y el Comité Ejecutivo Nacional, el Sindicato Nacional de la Secretaría de Salud. Se respetará el Régimen de Seguridad Social y las aportaciones sindicales de los trabajadores, así como los apoyos correspondientes para el Sistema de Ahorro para el Retiro y el Fondo Nacional del Ahorro Capitalizable de los Trabajadores del Estado.

Capítulo VI.- Contiene doce cláusulas sobre la transferencia de los recursos financieros. Se transfiere el total de los recursos de los diferentes capítulos del gasto, quedando condicionado al techo autorizado en el presupuesto de egresos de la federación, estas transferencias se llevarán a cabo a través de un ramo especial el cual será etiquetado y calendarizado. La Federación homologará los salarios de todos los trabajadores, y cubrirá los incrementos salariales subsecuentes de las plazas de origen federal, así mismo financiará las plazas necesarias que apruebe la Secretaría de Salud.

Se descentralizan la compra consolidada en materiales y suministros y se transfieren los recursos relativos a los servicios generales con excepción de los gastos de difusión e información, quedando la Secretaría de Salud de ejercer el control motivo de la transferencia.

Capítulo VII.- Consta de dos cláusulas las cuales son relativas a las cuotas de recuperación y en las que se menciona que es necesario crear una Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal.

Capítulo VIII.- Contiene nueve cláusulas; emite las disposiciones finales a las que se van a sujetar ambas partes en dicho convenio. En ella se establecen los parámetros para vigilar la recepción de los recursos, su aplicación, su fiscalización, el control y evaluación del ejercicio del gasto público federal y su congruencia con el presupuesto de egresos. Finalmente establece los años de vigencia y los mecanismos para modificar dicho acuerdo.



C) COMPROMISOS ESTATALES

Con base al proceso de descentralización, expresión concreta de federalismo, el estado recibe las facultades necesarias para la prestación de los servicios de salud, así como para la organización e integración del Sistema Estatal de Salud. Es decir, que se reconoce la autonomía estatal para el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros.

El estado se comprometió ha expedir un decreto a fin de crear un organismo público descentralizado que ejercerá las funciones transferidas. Este organismo definirá las políticas, evaluará los programas técnicos, vigilará la correcta aplicación de los recursos y asegurará el otorgamiento de los servicios de salud con la mejor calidad posible y en forma oportuna.

El día 28 de noviembre de 1996 en presencia del Gobernador Constitucional del Estado, Vicente Fox Quesada, y el Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente se dio inicio a las acciones de descentralización de los servicios de salud.

Por otra parte, el estado se compromete a promover todas las medidas de carácter jurídico, administrativo y técnico que se requieran para el debido cumplimiento del presente acuerdo, comprometiéndose a respetar las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud, sus reformas futuras, sus reglamento de escalafón y capacitación, su reglamento para controlar y estimular al personal de base por asistencia, puntualidad, permanencia, productividad en el trabajo, su reglamento de becas y su reglamento y manual de seguridad e higiene.

El Gobierno del Estado a través de la Secretaría de Salud se compromete a presentar anualmente una breve actualización de los diagnósticos sexenales, así como los programas anuales de trabajo y el programa de presupuesto anual.

En los Programas de Salud el Gobierno del Estado se compromete a entregar un programa anual en el que, en su primer capítulo se describa una autoevaluación de su desempeño en el año anterior.

El estado proporcionará la información adicional así como las facilidades y la colaboración que solicite la Secretaría de Salud para la tareas de evaluación y seguimiento.

En servicios personales el estado se compromete a administrar los recursos humanos de acuerdo a las necesidades y características de los mismos, para ello se creó un sistema de administración único de personal para los recursos humanos tanto del personal de origen federal como estatal.

Los trabajadores estatales gozarán, y para lo cual el Gobierno del Estado se compromete a homologarlos, de todas la prestaciones económicas, salariales, sociales y de servicios. Estos comprenden los vales del día de reyes, los vales del día de las madres, los vales de productividad, el estímulo mensual de puntualidad, el estímulo anual por asistencia y permanencia, el FONAC, la recompensa anual, los vales de fin de año, los regalos mayores de fin de año, los regalos menores de fin de año, la despensa de fin de año, la fiesta anual de fin de año, la prima dominical, las compensaciones por laborar en alto y menor riesgo, las licencias por gravidez, la hora de guardería, el descanso para tomar alimentos, la hora de lactancia materna, el otorgar el día por cumpleaños u onomástico, las prestaciones de servicio



Capítulo 2

médico, los créditos hipotecarios y personales, las pensiones, las jubilaciones, el derecho sindical. el derecho de cambio de adscripción, el manejo homogéneo de las condiciones generales de trabajo, las despensas, la previsión social múltiple, la prima vacacional, los aguinaldos, los quinquenios, la alimentación, los uniformes, el pago de gastos de camino y viáticos, el sistema de ahorro para el retiro, el seguro de vida institucional, el fondo de contingencia, entre otros.

En lo que se refiere a la transferencia de los bienes inmuebles el Estado elaboró un listado de todos los bienes susceptibles de ser transferidos por parte de la Federación, el cual fue validado por la Contraloría del Estado y entregado a la Federación para su convenio de donación. Así mismo el estado se compromete a aplicar la Ley de Adquisiciones y Obra Pública, así como la Ley de Enajenaciones para la baja y destino final de los bienes inmuebles de origen federal. A la fecha el estado efectúa la compra de todo el equipo, medicamento y material necesario para operar las Unidades de Salud. También el estado recopila, almacena, evalúa y enajena todos los bienes muebles susceptibles de baja.

En lo que se refiere a los bienes inmuebles el estado validó los bienes susceptibles de ser transferidos por la Federación, comprometiéndose para el año 2000 en contar con todos los documentos legales y jurídicos que amparen la propiedad de estos bienes.

Para ello se han elaborado los decretos por los que se desincorpora del régimen del dominio público de la Federación los inmuebles que venía utilizando la Secretaría de Salud para la prestación de sus servicios, así mismo se ha solicitado a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo que desincorpore los bienes inmuebles propiedad del Seguro Social al Estado de Guanajuato. Quedando pendiente el documento de donación a favor del Gobierno del Estado que la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo hará próximamente. (Diario Oficial del 28 de enero).

Por otra parte, el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, como órgano operativo de la Secretaría de Salud ha iniciado desde hace dos años el programa conducente para regularizar todos los bienes inmuebles de origen ejidal a través del Programa de Certificación de Derechos Ejidales y Titulación de Solares Urbanos (PROCEDE). A la fecha se han titulado 72 bienes inmuebles quedando pendientes aproximadamente un 50% de ellos.

Con los municipios se ha establecido coordinación a fin de regularizar los bienes de origen municipal, apegándose a la normatividad que en la materia se dispone, esto es: la autorización por parte del cabildo, el envío del acta del cabildo al Congreso del Estado y el decreto publicado en el Periódico Oficial donde se cede el terreno a favor del Gobierno del Estado.

También se han iniciado los trámites para la adquisición de las escrituras públicas de todos aquellos inmuebles que son propiedades privadas o que carecen de documentos legales.

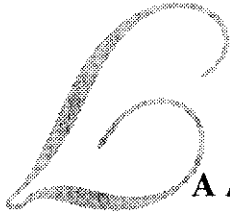
En relación a los derechos de los trabajadores el estado se compromete a garantizar la inamovilidad del trabajador, a respetar el catálogo de puestos, el código de escalafón y el derecho a permutar y todos aquellos consagrados en el apartado B del art. 123 y su ley reglamentaria, y en las condiciones federales de trabajo de la Secretaría de Salud y sus reformas futuras. Se reconoce el derecho de antigüedad a todos los trabajadores.



Capítulo 2

En lo que se refiere a la transferencia de los recursos financieros el estado se compromete a proponer un proyecto de presupuesto de egresos para cada ejercicio fiscal, recursos financieros que se destinarán al correcto funcionamiento del Instituto de Salud Pública del Estado y de los programas de Salud que la Secretaría elabore. El estado continuará aportando al Instituto los recursos para el pago de salarios, beneficios y prestaciones de los trabajadores de origen estatal, por otra parte, el estado ejercerá el presupuesto relativo a la obra pública de conformidad con la legislación total y con el plan estatal maestro de infraestructura en salud para población abierta. El estado reportará los avances en el ejercicio del presupuesto y reforzará sus procesos de planeación, programación, presupuestación, evaluación y seguimiento que permitan obtener datos precisos del desarrollo del sistema estatal de salud.

Por otra parte, el estado, a través de su Contraloría se encargará de vigilar la recepción de los recursos que se aporten al organismo público descentralizado, su debida aplicación, así como la fiscalización y evaluación correspondiente, misma que hará del conocimiento al Congreso.



A ABSORCIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN

A) LAS ADECUACIONES ORGANIZATIVAS

La constante preocupación del estado por prestar una justa y eficiente atención a la salud de los grupos de población, especialmente a aquellos más desprotegidos, ha llevado a buscar una mayor y más racional organización de los servicios.

La descentralización de las estructuras y la administración de los sistemas de salud es una cuestión clave en numerosos países si se desea conseguir la salud. Para conseguir la descentralización se estima oportuno revisar los sistemas administrativos de manera que, la coordinación pueda efectuarse en los planos centrales, intermedios y locales. Como parte de esa revisión también deberán evaluar el grado en que se debe fortalecer a los sectores intermedios y locales de la administración, mediante la delegación de funciones y de autoridad a la comunidad a los niveles intermedios según el caso, mediante la provisión de los recursos en cantidad suficiente.

Es así como en la última década se han introducido cambios sustanciales en los esquemas tradicionales de organización de los servicios de salud, fortaleciendo aspectos tales como: la planificación de la salud, la regionalización de los servicios, los niveles de atención para la organización de la referencia y contrarreferencia, entre otros. Además la clara y estrecha relación entre salud y desarrollo socioeconómico, han hecho necesario que planes y cambios organizacionales estén íntimamente relacionados con cambios en la concepción y manejo del estado como un todo.

La descentralización de los servicios de salud y su manejo y administración aparece como elemento clave en la organización de los nuevos sistemas. Si bien las políticas y planes nacionales se formulan en el nivel central, debe de ser el nivel periférico el que adopte tales políticas y ejecute los planes. Posteriormente, en un ejercicio de retroalimentación los resultados de las evaluaciones periféricas redefinirán los planes nacionales.

Actualmente se tiende a fortalecer al Poder Ejecutivo en los niveles estatales y municipales. La descentralización, llevada a cabo como un proceso programado y estructurado en todas sus etapas de implantación, permite una mayor autonomía de gestión por parte del estado, lo cual se traduce a su vez en una mayor aceptación de responsabilidades, por quienes están más cerca de los problemas, lo que a la vez requiere de mayor capacitación de directivos locales.

El estado efectuó un redimensionamiento de la estructura organizacional lo que permitió hacerlas más horizontales con mayor permeabilidad en la comunicación. Los cambios sufridos en la estructura de la organización ya fueron mostrados y analizados en el capítulo 1.



B) LAS MODIFICACIONES OPERATIVAS

Las modificaciones en el proceso de descentralización han estado sujetas a las dos etapas que ha sufrido el proceso. En la primera, se elaboró un programa para mejorar la coordinación de los distintos servicios de salud en la entidad conformando el programa estatal de salud, se establecieron órganos de gobierno y vigilancia interna y se detectaron omisiones y duplicaciones, asimismo, se organizaron los sistemas de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención y se integraron los servicios en una sola Institución denominada Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

Desde entonces el proceso de la descentralización tropezó con varios problemas, en su mayoría de orden administrativo, primordialmente en lo relativo a la definición de la situación laboral de los trabajadores de la salud, también a la necesidad de apoyos logísticos para los nuevos servicios y los retrasos en la transferencia de los recursos. Para subsanarlos, se dio una mayor flexibilidad en el manejo de los recursos, se descentralizó la gestión de los recursos humanos en los aspectos de reclutamiento, selección, capacitación, y promoción, conservando la categoría de empleados federales.

El Acuerdo de Coordinación, firmado el 20 de agosto de 1996 en la Ciudad de México y publicado en el Diario Oficial el 10 de febrero de 1997, que dio origen a la descentralización integral de los servicios de salud de la entidad, significó un parteaguas en la nueva forma de administración que dio como resultados espacios plenos de autonomía, pero con respeto a los universos de competencia de cada uno de los órganos de gobierno.

Todo esto permitió elaborar y realizar una serie de acciones entre otras: el diagnóstico situacional de los recursos humanos; estudio comparativo que permitió conocer la totalidad de los recursos humanos existentes de acuerdo a su denominación, puesto y a la función real que realizan. Esto llevó a la nivelación salarial del total de los trabajadores de la Secretaría de Salud. También se llevó a cabo una proyección de necesidades de recursos humanos hasta el año 2000. Actualmente se encuentra en proceso de homologación salarial todo el personal del Instituto de Salud Pública del Estado.

Se elaboró el acta administrativa de entrega recepción, en la que el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud hace la entrega al Gobierno del Estado, de los recursos financieros, humanos y materiales, relativos a la descentralización operativa de los servicios de salud. Esta acta se integró con: la situación programática a la fecha, el presupuesto para ese año, los estados financieros, la estructura orgánica autorizada y protocolizada y los recursos humanos y materiales, entre ellos los bienes muebles e inmuebles con que se contaba a la fecha.

Se levantó un inventario de todos los bienes inmuebles, el cual fue validado por la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado de Guanajuato a fin de entregarlos a la Dirección General de Inmobiliario del propio estado para su resguardo. De igual forma, se establecieron los mecanismos para que la propia Secretaría a través del Comité de Adquisiciones y Enajenaciones pudiera dar de baja todos aquellos bienes inmuebles obsoletos.

Se inició un proceso de análisis de la situación patrimonial que guardaban los inmuebles de la Secretaría de Salud. De éstos sólo seis contaban con registro, se inició un trabajo que permitiera contar con la certeza jurídica para todos los bienes, a la fecha tenemos aproximadamente un 25 % de unidades



Capítulo 3

con documentos jurídicos que avalan la propiedad. Uno de los problemas principales que enfrentaba el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato era la baja oportunidad en el abasto de medicamentos y material de curación, reto principal de la actual administración que al quedar fuera de las compras consolidadas a nivel nacional asume la responsabilidad de adquirir, recibir y suministrar estos insumos de acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Obra Pública del Gobierno del Estado. Actualmente se está trabajando en contar con una certificación ISO-9002 del Almacén Central.

C) LAS ADECUACIONES JURÍDICAS

A partir del acuerdo de coordinación para la descentralización se emitieron diversos instrumentos jurídicos que permitieron determinar atribuciones y regular la operación de los servicios, de manera cronológica se mencionan a continuación:

- 1) Ley de Salud del Estado de Guanajuato, promulgada mediante decreto No. 48, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado con fecha 8 de agosto de 1986. Se reformaron adicionaron y derogaron diversos dispositivos de la Ley de Salud del Estado, mediante decreto No. 221 de fecha 10 de noviembre de 1993, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado con fecha 19 del mismo mes y año; así como adiciones mediante decreto No. 269, publicado en el Periódico Oficial con fecha 24 de diciembre de 1996.
- 2) Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Guanajuato, expedido el 27 de junio de 1988, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado con fecha 2 de agosto de 1988.
- 3) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Estado de fecha 2 de mayo de 1990, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado el 20 de julio del mismo año.
- 4) Acuerdo Núm. 48 por el que se crea el Organismo Público Descentralizado, sectorizado a la Secretaría de Salud del Estado denominado Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Estado con fecha 22 de noviembre de 1996.
- 5) Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado mediante decreto No. 84, publicado en el Periódico Oficial del Estado el 23 diciembre de 1997.

LOS SERVICIOS DE SALUD DESPUES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

A) LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A raíz del proceso descentralizador y de la firma del convenio de coordinación, se creó el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio sectorizado a la Secretaría de Salud y que será el órgano ejecutor en la prestación de los servicios de salud, quedando la Secretaría de Salud del Estado como la instancia normativa.(33)

La estructura orgánica del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, está conformada por una Junta de Gobierno, un Director General y un Comisario Público a cargo de la vigilancia de la operación del Organismo, nombrado por el Gobernador del Estado. La Junta del Gobierno está integrada por: el Gobernador del Estado, quien la presidirá, dos representantes del Gobierno Estatal, un representante del Gobierno Federal designado por la Secretaría de Salud y un representante del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. (Fig. 36)





Capítulo 4

Las funciones del Instituto estarán encaminadas a :

- 1) Realizar las acciones necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a las funciones conferidas por la Secretaría de Salud y los acuerdos de descentralización del estado.
- 2) Apoyar la organización del Sistema Estatal de Salud, en los términos de las Leyes General Estatal de Salud.
- 3) Operar los servicios de salud en materia de regulación y control sanitario de conformidad con la competencia de autoridad sanitaria establecida en las Leyes Generales y Estatales de Salud.
- 4) Fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud.
- 5) Difundir y aplicar la normatividad técnica en materia de salud tanto nacional como internacional.
- 6) Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios, apoyando los programas que la Secretaría de Salud y el gobierno federal elaboren.
- 7) Integrar la información y documentación que facilite la investigación, el estudio y el análisis para las Instituciones y autoridades competentes.
- 8) Dar seguimiento a la transferencia y ejecución de las atribuciones y funciones que en materia de salubridad general sean descentralizadas.
- 9) Proponer las bases compromisos y responsabilidades en la transferencia de los recursos humanos materiales y financieros.
- 10) Administrar los recursos humanos, materiales y financieros que sean transferidos por la Federación, así como los asignados por el Gobierno del Estado.
- 11) Operar el Sistema de Cuotas de Recuperación.
- 12) Planear, programar y presupuestar las necesidades de recursos para la adecuada operación de los servicios de salud.
- 13) Vigilar la aplicación de la normatividad en materia laboral, federal y estatal, en beneficio de los trabajadores.
- 14) Gestionar ante las instancias federales y estatales la asignación de recursos humanos, materiales y financieros.

La Junta de Gobierno celebrará sesiones ordinarias cada seis meses, en ellas se aprobarán los programas estatales, las políticas a seguir por el organismo, así mismo se aprobarán los proyectos estratégicos y se evaluará el cumplimiento de los programas técnicos aprobados. También se dará cuenta correcta de la aplicación de los recursos asignados al organismo y se aprobará la estructura básica del organismo.

El Director General será el Secretario de Salud y tendrá como funciones las siguientes :

- 1) Representar al organismo en los asuntos que se deriven de las funciones del mismo.
- 2) Ejecutar los acuerdos y resoluciones que emita la Junta de Gobierno.
- 3) Nombrar y remover a los servidores públicos del organismo, así como determinar sus atribuciones en el ámbito de su competencia y retribución con apego al presupuesto aprobado.
- 4) Ejecutar los actos que le ordene el ejecutivo del estado, pudiendo delegar esa facultad en otros servidores públicos.
- 5) Proponer a la Junta de Gobierno las políticas generales del organismo.
- 6) Vigilar el objeto.



Capítulo 4

- 7) Formular el ante proyecto del presupuesto anual del organismo y someterlo a la consideración de la Junta de Gobierno.
- 8) Instrumentar los sistemas y procedimientos que permitan la aplicación de los recursos humanos materiales y financieros.
- 9) Expedir los nombramientos del personal adscrito al organismo.
- 10) Suscribir acuerdos y convenios con dependencias y entidades de la administración pública, federal, estatal, municipal y organismos del sector privado y social.
- 11) Planear y dirigir técnica y administrativamente el funcionamiento del organismo.
- 12) Presentar a la Junta de Gobierno un informe de actividades cada seis meses.

El Organigrama Estructural de la Junta de Gobierno se encuentra conformado por cinco Direcciones operativas y dos de carácter temporal normativo. También como staf se encuentran tres unidades, una coordinación y una secretaría particular. (Fig. 37)

Las Direcciones son:

- Dirección de Servicios de Salud y Urgencias.
- Dirección de Fomento Sanitario.
- Dirección de Planeación.
- Dirección de Desarrollo de Personal.
- Dirección Administrativa.

Las dos Direcciones cuyas funciones son de asesoría de operación y de carácter temporal son:

- Dirección Coordinadora Estatal del Programa de Ampliación de Cobertura.
- Dirección de Descentralización.

Las unidades de apoyo que forman parte de staf son:

- Unidad de Asuntos Jurídicos.
- Comunicación Social.
- Contraloría Interna.

También existe una área coordinadora de proyectos de calidad.

Cada una de las Direcciones cuenta con Subdirecciones y Jefaturas de Departamento que ejecutan en sus diferentes áreas las políticas emitidas por el Director General.

Existen además cinco órganos desconcentrados por función que son:

- Servicios Médicos de Urgencias.
- Laboratorio de Salud Pública.
- Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea.
- Jurisdicciones Sanitarias, Hospitales.
- Hospitales.

*Capítulo 4***B) LOS RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Para finales de 1997 el Instituto contaba con un total de 433 unidades de salud de las cuales 407 eran unidades de consulta externa, 10 eran unidades de hospitalización general y 2 unidades de hospitalización especializada y 6 unidades móviles del programa de ampliación de cobertura.

Por lo que se refiere a los recursos materiales existían 1,040 camas censables, 1,812 camas no censables y 78 encubadoras. También existían un total de 767 consultorios, de ellos 554 eran consultorios generales y 213 consultorios especializados.

Existían 26 laboratorios de análisis clínicos; 3 laboratorios de patología; 65 peines de laboratorio; 23 de radiología; 42 equipos de rayos X; 30 quirófanos; 329 salas de expulsión y dos bancos de sangre.

Por lo que se refiere a los recursos humanos, los médicos eran en total 1,443 con 2,768 enfermeras, de ellos 897 médicos y 1,017 enfermeras trabajaban en el primer nivel de atención y 546 médicos y 751 enfermeras en segundo nivel de atención. Del personal médico 1,069 se encontraban en contacto directo con el paciente, 538 eran médicos generales y 229 eran médicos especialistas, de estos 50 eran ginecobstetras, 50 pediatras, 50 cirujanos, 25 internistas y 54 de otras especialidades. Había también 95 residentes, 302 pasantes, 66 odontólogos y 122 médicos en otras labores de carácter administrativo.

Por lo que se refiere al personal paramédico había 2,768 enfermeras las cuales 968 eran auxiliares, 662 generales, 66 especialistas, 102 pasantes, 131 en labores administrativas, 7 en labores de enseñanza e investigación y 56 en otras actividades. También existían 71 paramédicos, 317 auxiliares de diagnóstico, 809 administrativos y 332 no definidos.(34)

C) LA OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para 1997 la Secretaría de Salud otorgó un total de 2,021,294 consultas, de las cuales 1,278,703 fueron de primera vez y 742,591 subsecuentes, de este total se desglosaron por programas y se encontró que se otorgaron 541,730 en enfermedades transmisibles siendo las diarreas y las infecciones respiratorias agudas las más significativas; 77,874 consultas en enfermedades crónicas degenerativas, de las cuales la diabetes y la hipertensión ocuparon los primeros lugares; 461,649 fueron consultas de otras enfermedades no referidas a las dos anteriores y 85,965 consultas en otras especialidades. Se dieron además 562,129 consultas a sanos, 191,000 consultas de planificación familiar, 177,544 de atención bucal y 12,820 de salud mental. (35)

Por lo que se refiere a las especialidades se otorgaron 30,773 consultas de ginecobstetricia; 23,785 de pediatría; 21,322 de medicina interna; 19,009 de cirugía; 18,484 de traumatología y ortopedia; 4,813 de oftalmología; 3,107 de otorrinolaringología y 14,656 de otras especialidades.

Se dieron 9,117 consultas a embarazadas de alto riesgo; 25,577 a embarazadas en el primer trimestre de gestación; 56,871 en el segundo y 87,873 en el tercer trimestre. De igual manera se atendieron 23,519 partos eutócicos; 1,147 partos distócicos y 6,626 cesáreas obteniéndose 1,053 niños nacidos vivos menores de 2.5 kg; 993 mayores de 2.500 kg; y 27,776 de más de 37 semanas de 2.500 kg de peso.

34 *Registro Nacional de Infraestructura para la Salud; Dirección General de Estadística e Informática; Secretaría de Salud, 1997.*

35 *Hacia la Federalización de la Salud en México; Consejo Nacional de Salud 1998; pág. 57.*



Capítulo 4

Se atendieron 3,696 abortos; se tuvieron 160 defunciones fetales, entre las semanas 20 a 26 de gestación y 420 entre 28 semanas y más.

Se capacitaron a 5,150 madres para nutrición infantil; se detectaron 161,349 niños menores de un año sin desnutrición; 8,803 niños con desnutrición leve; 1,663 con desnutrición moderada y 281 con desnutrición severa.

En planificación familiar se otorgaron 75,349 consultas de las cuales 13,676 fueron consultas para anticonceptivos orales; 6,770 para inyectables; 6,760 inyectables mensuales; 1,252 inyectables bimestrales y 1,496 fueron quirúrgicas.

Como se señaló en renglones anteriores se dieron 35,847 consultas de primera vez por enfermedad diarreica aguda y 224,834 por infecciones respiratorias agudas, se recuperaron 1,411 niños deshidratados y se capacitaron a 184 mil madres en el manejo de las enfermedades diarreicas agudas, así como 78,427 madres en el manejo de infecciones respiratorias agudas.

Se efectuaron 61,774 detecciones de cáncer cervicouterino; 117,740 de cáncer mamario; 63,970 de diabetes mellitus; 307,072 de hipertensión arterial; 5,617 de tuberculosis; 1,783 de fiebre reumática; 1,317 de sífilis.

El estado tiene una prevalencia de 1,468 casos en control de lepra.

Para 1997, 1,833 personas solicitaron tratamiento por mordedura de perro de ellas 38 recibieron tratamiento no existiendo casos de rabia en seres humanos, de igual forma se aplicaron 568,000 dosis de antirrábica canina y se sacrificaron 11 perros.

En cáncer cérvicouterino se otorgaron un total 2,105 consultas, se radiaron a 703 personas y se efectuaron 4,581 tratamientos quirúrgicos con 32 quimioterapias, en cáncer mamario se otorgaron 1,420 consultas con 579 tratamientos por radiación, 228 tratamientos quirúrgicos y 248 quimioterapias.

En aplicación de biológicos se aplicaron 37,030 primeras dosis de BCG; 16,154 fueron a menores de un año; 1,630 a niños de 1 a 4 años y 2,833 refuerzos.

También se aplicaron 212,558 dosis de SABIN; 3,319 de vacuna cuádruple; 444 de triple viral; 213,527 de toxoide tetánico; 292 de antihepatitis B; 210,210 de vacuna DPT; 558,556 de antisarampión y 4,175 de antirrábica humana.

En salud municipal se atendieron 4,086 localidades en el programa de municipio saludable, se formaron 1,369 comités de salud, se terminaron 779 proyectos de salud cuya población beneficiada fue de 879,601 personas. Además se atendieron 4,029 localidades en el programa de salud comunitaria; 837 en el programa de ambiente saludable; 18 en el programa de salud en zonas indígenas y 1 en el programa de jornaleros migrantes.

Finalmente, en promoción a la salud se otorgaron 113,260 pláticas con 1,672,135 asistentes.



Capítulo 4

En segundo nivel se tuvieron un total de 57,474 ingresos con 55,684 egresos lo que generó 214,694 días paciente con 243,398 días estancia. Fallecieron 1,433 personas, se infectaron 261, se atendieron quirúrgicamente a 21,740 personas dentro del quirófano y a 16,145 fuera del quirófano. También se tuvo 4 muertes maternas; 390 recién nacidos. Todos las muertes fueron analizadas por los comités exprofesos para el caso.

Por lo que se refiere a atenciones otorgadas a personas adscritas a otras instituciones se atendieron a 41,113 pacientes del IMSS; 12,447 del ISSSTE y 1,444 de otras instituciones.

D) INDICADORES BÁSICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El programa de Reforma del Sector Salud, establece dentro de sus principales objetivos la descentralización de los servicios que permitan el fortalecimiento de los mismos a través de un manejo más autónomo tanto de sus programas como de sus recursos.

Así mismo, dentro de este proceso se determinó que la evaluación de los programas debería atender más a los resultados e impactos que al número de actividades realizadas, para ello se diseñaron 71 indicadores que permiten identificar los avances de los programas y medir su impacto sobre la salud o productividad en base a sus resultados. Dichos indicadores permiten proyectar a futuro las metas que se desean lograr.(36)

Entre las metas propuestas destacan las de prevención y control de enfermedades, que nos permitan disminuir la mortalidad infantil; la neonatal; la de menores de 5 años; las muertes por enfermedad respiratoria aguda; las muertes maternas; además de continuar con la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica, accidentes y la originada por desnutrición.

También se tiene como meta el mantener dentro de la media nacional o inferior a ésta, la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas, detectando el problema a tiempo y permitiendo una mejor calidad de vida a los enfermos.

Cada indicador muestra su relación con el nivel nacional fijando el estado sus compromisos para los años venideros.

Este proceso nos muestra cómo estuvimos, cómo estamos y cómo pretendemos estar en materia de salud pública, estableciendo acciones y programas que nos permitan cumplir con nuestra misión que es otorgar con la participación de la sociedad y los municipios servicios de salud con calidad y trato humanitario.

Así vemos que la esperanza de vida al nacer nos muestra, como ningún otro indicador, el mejoramiento de la salud, como consecuencia de mejor calidad de vida tanto en lo nutricional como en el acceso a los servicios básicos que permite reducir los factores de riesgo sobre todo en la población infantil, lo cual permite el incremento de la esperanza de vida. Desde el año de 1990 al año 2000 la esperanza de la vida al nacimiento para el hombre se incrementará 4.37 años, mientras que a nivel nacional será de 3.99 años de acuerdo a la tendencia del comportamiento de esta variable, en la mujer el incremento será superior al



Capítulo 4

sexo masculino, ya que de acuerdo a la tendencia ésta será de 4.48 años mientras que a nivel nacional será de 4.13 años.

La mortalidad infantil a alcanzar de acuerdo a la tendencia con el nivel nacional para el año 2000 será de 11.52 por 1,000 nacidos vivos registrados, actualmente el estado está por arriba de esta media, sin embargo con el fortalecimiento de los programas enfocados a la atención de este grupo lograremos acercarnos a la meta proyectada para el año 2000 que es estar por debajo de la media nacional hecho que se demuestra con las tendencias de 1990 a 1996 cuyo porcentaje estatal (38.24%) fue inferior al nacional (39.49%).

Por lo que se refiere a la mortalidad neonatal o sea el recién nacido, en sus primeros 28 días de vida; riesgo mayor de fallecer por diversas causas entre las cuales destacan las malformaciones congénitas, prematuridad o la desnutrición, el estado ha realizado un importante esfuerzo para disminuir estos riesgos lo que se refleja con la reducción de 25.18% de la tasa entre 1990-1996, cifra superior a la nacional la cual fue de 15.53%. Sin embargo, de acuerdo a la tendencia continuaremos por arriba de la media nacional, lo que nos obliga a redoblar esfuerzos que permitan estrechar la diferencia para el año 2000.

El disminuir la mortalidad en los menores de cinco años es uno de los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, es un indicador que evaluó el impacto de diversos programas como vacunación, el control de enfermedades respiratorias e intestinales, así como las acciones de fomento a la salud y capacitación a madres, todos ellos contemplados en el Paquete Básico de Servicios de Salud.

Aun cuando la mortalidad registrada en la entidad es superior a la nacional la reducción de 1990 a 1996 fue de 40.56% cifra superior al nivel nacional que fue de 34.11%.

La mortalidad por I.R.A. en niños menores de cinco años ha presentado una disminución progresiva a partir de 1990, sin embargo tanto a nivel nacional como estatal existe dificultad para lograr disminución en los últimos años, principalmente por los cambios climatológicos. De 1990 a 1997 logramos reducir 47.07%, comparado con 31.56% nacional. El estado ha reforzado las estrategias que permitan disminuir la tasa respectiva.

La mortalidad por enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años es al igual que la mortalidad por I.R.A. uno de los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. De 1990 a 1996 se logró una reducción importante en este sentido, 71.73% menos que en 1990 comparado con lo logrado a nivel nacional (69.45%).

La mortalidad materna trae grandes repercusiones en el núcleo familiar por la orfandad o desestabilización originadas por la muerte de la madre; por tal motivo es necesario reforzar las acciones y programas encaminados a evitar los riesgos que dan origen al problema. En el Estado este programa ha tenido importantes logros, de 1990 a 1996 se redujo la tasa en 39.05% mientras que la nacional se redujo en 11.66%, para el año 2000 nos comprometemos a mantener la tasa registrada en 1997.

Prevenir la mortalidad por cáncer cervicouterino en la mujer mayor de 25 años es uno de los compromisos del programa de salud para la mujer, éste pretende realizar por grupos de riesgo la detección



Capítulo 4

oportuna para lograr reducir las muertes. De 1990 a 1996 se logró reducir en el estado 11.95% mientras que a nivel nacional esta reducción fue de 14.34%. Para el año 2000 pretendemos tener una reducción de 31.36% y mantener la tasa inferior a la nacional.

La mortalidad por cáncer de mama es uno de los problemas de la mujer que a nivel nacional y estatal va en aumento lo que nos obliga a reforzar los programas de prevención y orientación para disminuir dicho riesgo. Aun cuando la tasa de mortalidad registrada en el estado es inferior a la nacional, de continuar la misma tendencia ascendente no lograremos el compromiso existente para el año 2000 que es el de reducir en cuando menos 10% la tasa presentada en 1990. De 1990 a 1996 la tasa estatal se incrementó en 18.94% mientras que la nacional en 11.29%.

El programa nacional de vacunación ha permitido que se erradiquen algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación y se hayan mantenido dentro de los límites esperados, otras enfermedades. Es así como de 1993 a 1996 el estado logró un incremento de 8.17% de esquemas completos de vacunación en niños menores de un año, mientras que a nivel nacional se alcanzó el 21.84%. Sin embargo de continuar la misma tendencia registrada al interior de la entidad, para el año 2000 estaremos por arriba de la meta nacional que es la de lograr el 95% de esquemas completos. En el grupo de edad de 1 a 4 años, de 1993 a 1996 el estado logró un incremento de 1.63% de esquemas completos de vacunación, mientras que el nivel nacional alcanzó el 5.67%. De continuar la misma tendencia registrada al interior de la entidad, para el año 2000 estaremos en la meta nacional de lograr coberturas de 97%.

La mortalidad por accidentes en el grupo de 15 a 44 años de edad es de primordial importancia ya que repercute en la economía tanto familiar como estatal por los años potenciales de vida perdidos, aun cuando la tendencia y comportamiento epidemiológico del problema es descendente, se requieren reforzar las acciones de educación para lograr una mayor reducción. De 1990 a 1996 el estado disminuyó en un 35.76% la mortalidad por este problema, mientras que a nivel nacional se logró el 25.09%. Pretendemos continuar con tasas inferiores a la nacional y lograr una reducción de mínimo 45% para el año 2000 en comparación a 1990.

La mortalidad por accidentes en el grupo de 45 a 59 años también repercute en la economía tanto familiar como estatal por los años potenciales de vida perdidos y los gastos que genera la rehabilitación de los mismos, en este rubro el comportamiento ha sido descendente pero se requiere reforzar las acciones de educación y prevención. De 1990 a 1996 el estado disminuyó en 35.84% la mortalidad, mientras que a nivel nacional la disminución fue de un 24.42%. Pretendemos continuar con tasas inferiores a la nacional y lograr una reducción de mínimo 60% para el año 2000.

El programa de Planificación Familiar en su componente de atención a la madre embarazada, es de importancia ya que el control de su embarazo es primordial para evitar riesgos de daño tanto al producto como a la madre. De 1990 a 1996 el incremento estatal de consultas prenatales ha sido de 39.60% mientras que a nivel nacional fue de 24.10%. El compromiso es redoblar esfuerzos para lograr la media nacional de 3.4 consultas por embarazada.

La mayor concientización de la población femenina sobre los métodos anticonceptivos y la mayor demanda de los mismos se observa por el incremento progresivo de las usuarias activas de planificación familiar. A través del fortalecimiento de las acciones de promoción, el programa de planificación

*Capítulo 4*

familiar es importante ya que impacta en variables tanto demográficas como económicas. De 1990 a 1996 el incremento de usuarias ha sido significativo en el estado (39.81%) comparado con lo logrado a nivel nacional (15.48%). Es por ello que se fortalecerá el programa para tener una mayor aceptación del mismo.

Aun cuando la ocupación hospitalaria presenta un incremento, el promedio de días de estancia es contrario, lo que nos permite inferir que la atención se ha mejorado y que el tipo de patología que ingresa es menos complicada. Es por ello que se ha fortalecido el primer nivel de atención para brindar una mejor atención a fin de evitar que los pacientes que lleguen al segundo nivel de atención ingresen complicados y esto prolongue su estancia, ya que se incrementan los riesgos. De 1990 a 1996 la reducción estatal fue 2.71% y la nacional 7.76%.

La consulta otorgada por cada médico en contacto con paciente, continúa siendo baja, sin embargo el incremento al interior del estado (25.03%), ha sido más significativa que ha nivel nacional (17.78%). Con el programa de mejora continua implementado a nivel de todas las unidades, se dará un mejor servicio y la demanda del mismo se incrementará progresivamente.

La tasa global de fecundidad nos permite valorar los resultados de los programas de planificación familiar, de promoción y educación en salud, ya que refleja la reducción en el número de embarazos en mujeres en edad fértil. De 1990 a 1996 el Estado ha logrado 19.17% de reducción a nivel nacional el 17.52%. Sin embargo continuamos por arriba de la media nacional por lo que se deberá hacer una mayor promoción de las acciones del programa para disminuir el número de embarazos.

La atención en el segundo nivel se ha incrementado progresivamente, por arriba de la media nacional, con el apoyo en cuanto a infraestructura y equipamiento que se ha dado a los hospitales se pretende incrementar para el año 2000 la atención en este nivel, además se ha establecido un programa de mejora continua en todas las unidades de 2do. nivel. De 1990 a 1996 el incremento estatal fue 3.75% y el nacional 5.46%.

La tuberculosis pulmonar, es una patología que en los últimos años ha tenido un repunte epidemiológico, por lo que se han intensificado las acciones de detección principalmente en el grupo de mayores de 15 años a fin de encontrar casos nuevos y que bajo tratamiento supervisado se evite la propagación de esta enfermedad. De 1990 a 1996 se incrementó en un 10.30% la tasa de morbilidad en la entidad, mientras que ha nivel nacional se incrementó en un 27.82%. Estos datos nos obligan a fortalecer el programa y a promover entre la población el fomento a la salud a fin de evitar un mayor problema de salud pública.

La tasa de mortalidad general ha mostrado una tendencia oscilatoria siendo más baja en el año de 1993, para el año de 1996 la tasa de mortalidad se situó en 4.7 por mil habitantes cifra superior al promedio nacional.

La tasa de nacidos vivos con bajo peso fue de 7.77 por mil habitantes, cifra que muestra tendencia a la baja sobre todo por el incremento en el promedio de consultas de control prenatal por embarazo.



Capítulo 3

En Salud Reproductiva también existen los indicadores de nacimientos atendidos en la unidad médica y los nacimientos por cesárea. En el primero las cifras fueron de 74,613 casos que aunque es un número elevado muestra deficiencias de acuerdo a los nacidos vivos en ese año (aprox. el 60% atendidos en unidades), para el segundo indicador las cifras fueron de 6,226 cifra que representa el 6% del total de nacidos vivos para ese año en el estado.

En los indicadores de enfermedades transmitidas por vector; como casos nuevos de Paludismo; Plasmodium Falciparum, por Dengue clásico, por Dengue hemorrágico y la Oncocercosis el resultado fue de 0 casos.

Por lo que se refiere a los indicadores de enfermedades crónico degenerativas los casos nuevos de hipertensión arterial, y sus consecuencias como enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como los de diabetes mellitus mostraron tendencias a incrementarse lo que demuestra que tanto el estado como el país se encuentran en una etapa de transición epidemiológica.



COMENTARIOS FINALES

A) FACTORES QUE IMPULSAN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Guanajuato ha permitido construir espacios de autonomía relativa en la toma de decisiones y la autoridad para la planeación que permita un desarrollo armónico y equitativo de acuerdo a las necesidades de salud, mejorando la productividad, cobertura y calidad de los servicios prestados destacándose los siguientes hechos:

A.1 ÁREA ADMINISTRATIVA

- A.1.1.** Autonomía para el crecimiento de la estructura organizacional, lográndose este año la incorporación de una nueva dirección denominada Desarrollo de Personal, la descentralización de otras áreas como el Sistema de Urgencias y la integración de otros órganos desconcentrados a áreas sustantivas como el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea. Logrando con ello un cambio que ha permitido eficientizar en la administración.
- A.1.2.** Implementación de programas continuos de capacitación para las áreas directivas de oficinas centrales, directores de hospitales, jefes de jurisdicción sobre todo en calidad de los servicios, Planeación estratégica y actividades gerenciales con un presupuesto específico que ha permitido mejorar las expectativas de nuestros clientes.
- A.1.3.** Disminución de los tiempos para los trámites administrativos por parte de los usuarios sobre todo en las áreas de Regulación Sanitaria, Administrativa y de Servicios de Salud. por ejemplo, la Desregulación de Giros Sanitarios y la formación del subcomité de compras, bajas y enajenaciones.
- A.1.4.** Instrumentación e Introducción de indicadores para la evaluación del desempeño del personal en todas las áreas.
- A.1.5.** Capacidad de decisión para la creación de nuevas unidades de primer nivel de acuerdo y a los programas de regionalización operativa y los programas de infraestructura en salud.
- A.1.6.** Agilidad en los procesos de compra de medicamentos, material de curación, laboratorio equipo médico, mobiliario y equipo de telecomunicaciones.
- A.1.7.** Regularización de los bienes inmuebles.
- A.1.8.** Promoción de mecanismos participativos de la comunidad en la administración de los servicios de salud.

A.2 ÁREA JURÍDICA

- A.2.1.** Existe una evolución política de salud que permite al estado establecer y operar un aparato de gobierno especializado en la salud, sustituyendo o complementando en su caso las políticas federales. Fijando sus propias prioridades en salud.



Capítulo 5

- A.2.2. Creación de un Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios con autonomía en el manejo operativo de los recursos humanos, materiales y financieros.
- A.2.3. Formación y operación del Consejo de Salud del Estado de Guanajuato como órgano de coordinación de acciones, consulta y asesoría que permiten vincular esfuerzos, recursos y criterios en materia de salud, en beneficio de la población guanajuatense.
- A.2.4. Asunción de mayores responsabilidades ante los gobiernos municipales y la comunidad en general que exige una mejor respuesta a las necesidades de salud.
- A.2.5. Creación de canales que permiten una mayor vinculación con otras instituciones de salud y organismos no gubernamentales que impulsan y desarrollan mejores programas estatales de salud haciéndolos más participativos.

A.3 ÁREA LABORAL

- A.3.1. Integración de los trabajadores estatales al sistema único de pagos, con expedición de cheques por las oficinas Administrativas de la Secretaría.
- A.3.2. Transferencia total del presupuesto destinado al capítulo 1000 y manejo de las economías generadas por ese capítulo.
- A.3.3. Mayor libertad en la administración de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades y características del estado.
- A.3.4. Nivelación de todos los trabajadores de la Secretaría de Salud tanto federales como estatales.
- A.3.5. Medidas tendientes a lograr la homologación de todos los trabajadores. Hasta ahora se ha logrado: vales por día de reyes, día de las madres
- A.3.6. Regularización de 254 códigos.
- A.3.7. Reconocimiento de periodo de subsidio por jubilados.
- A.3.8. El estado efectuó el pago de aportaciones de seguridad social, impuestos y demás obligaciones inherentes a los trabajadores del ISAPEG.
- A.3.9. El ISAPEG es ahora el patrón sustantivo de todos los trabajadores de la Secretaría.

B) FACTORES QUE INHIBEN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR

Pese a los claros beneficios de la descentralización, ésta es todavía un proceso parcial que no ha logrado establecer las bases suficientemente sólidas para lograr estrategias globales de coordinación con otros sectores del sector salud, además no ha permitido integrar la participación comunitaria como una estrategia total de la política social. De igual forma mientras la descentralización se logra en la Secretaría de Salud, en la seguridad social persisten lazos fuertemente centralizados lo que no permite vincular los esfuerzos. Caso concreto la desincorporación de la clínica IMSS-SOLIDARIDAD de San Luis de la Paz.

B.1 ÁREA ADMINISTRATIVA

- B.1.1. Falta de algunos manuales de organización, ya sea en las áreas de apoyo, así como en las áreas operativas.
- B.1.2. Falta de manuales de procedimientos.
- B.1.3. La No Profesionalización de los Servidores Públicos.
- B.1.4. La No aplicación de la Planeación Estratégica.



Capítulo 7

- B.1.5. La No elaboración de Normas Técnicas en materia de salubridad local.
- B.1.6. La falta de más estudios de investigación sobre la administración en salud.
- B.1.7. La desconcentración de funciones y actividades hacia las jurisdicciones.

B.2 ÁREA JURÍDICA

- B.2.1. Falta de adecuaciones al reglamento de la Ley de Salud del Estado de acuerdo a las atribuciones transferidas en el Proceso de Descentralización.
- B.2.2. La No adecuación aún de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado y la Ley de Salud.
- B.2.3. Centralismo en la decisiones para reformas en el área de Regulación Sanitaria, por ejemplo, El control en la venta de psicotrópicos y la caracterización de las unidades médicas privadas.
- B.2.4. Adecuación de Leyes laborales para todos los trabajadores.

B.3 ÁREA LABORAL

- B.3.1.- Deficiencia del sistema de estímulos y recompensas.
- B.3.2.- Falta de incorporación al sindicato a los trabajadores de origen estatal.
- B.3.3.- Completar la homologación de todos los trabajadores con todas las prestaciones que gozan actualmente los trabajadores federales, por ejemplo, Fonac y SAR.

C) TENDENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL ESTADO

Estando aún en la etapa de consolidación del proceso y apesar que existen los canales adecuados para la completa vinculación entre los diferentes sectores de la salud es necesario desarrollar un pleno liderazgo participativo a fin de poder destrabar todas las barreras que impiden consolidar el involucramiento total de la sociedad en los programas de salud, que permiten concientizar a todos los representantes sociales, políticos y gubernamentales en la formulación de los problemas de salud.

Al nivel interior de la propia Secretaría es necesario:

- I. Un incremento en los programas de capacitación al personal.
- II. Impulsar los programas de Fomento Sanitario a fin de poder cambiar la cultura en salud de la población en general.
- III. Fomentar la participación de los municipios en los programas de salud y vincularlos con los proyectos municipales, sobre todo en obra referente a servicios básicos.
- IV. Asistir al Gobierno Federal para que se logre la plena homologación de los trabajadores.
- V. Lograr las modificaciones jurídicas necesarias para lograr la congruencia entre el Hacer-Quehacer.
- VI. Desarrollar Centros Estatales de Investigación en Salud.
- VII. Desarrollar mecanismos participativos para el total involucramiento de las Jurisdicciones Sanitarias en programas de desarrollo social, a través de una mayor descentralización de funciones y presupuesto.

Una de las grandes bondades del proceso de descentralización ha sido el lograr una autonomía en la planeación y gestión de los diferentes programas. Hecho que el estado ha asumido con plena respon-



Capítulo 5

sabilidad y gran interés, lo cual se demuestra en cada reunión de la Junta de Gobierno donde se discuten los proyectos y programas estratégicos, por los diferentes actores que en él se encuentran.

También se ha logrado una mayor movilización social, sectorial e intersectorial en las campañas emprendidas por el sector como por ejemplo las campañas de vacunación, campañas contra el cólera, y el Sida.

Existe además congruencia política entre la misión y la visión, valores, metas, programas, etcétera del gobierno estatal y los de la Secretaría de Salud.

Por otra parte es posible conseguir mayores recursos para el cumplimiento de las prioridades federales y estatales, desarrollando y utilizando así mismo más fuentes de información estatal y regional.

D) COMPARATIVO DE ALGUNOS INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD

D.1. COBERTURA

Para 1986 la población con acceso a los servicios de salud representaba el 87.1 de la población, para 1987 el porcentaje de población con servicios de salud representa el 98.5% del total de la población atendida a través de las 436 unidades con que cuenta la Secretaría de Salud, además de las unidades de seguridad social representadas por el IMSS, ISSSTE, PEMEX y la Secretaría de la Defensa Nacional, las cuales globalmente atienden al 42% de la población. Este año a través de la Junta de Gobierno se proyecta terminar un total de 44 nuevas unidades en todo el estado para alcanzar el objetivo primordial del Programa Mundial Salud para todos en el año 2000.

D.2. EFICACIA PROGRAMÁTICA

A través de la Junta de Gobierno el manejo del presupuesto se hace ahora en una administración con autonomía, con oportunidad en la recepción de los recursos y liquidez en el manejo financiero esto nos da facilidad en la transferencia de recursos lo que permite tener mayor flexibilidad en las partidas presupuestales, hecho que hasta antes de la descentralización no era posible ya que los recursos venían etiquetados por parte del gobierno federal y la Secretaría tenía que sujetarse a las disposiciones emitidas por la sede central, por lo que en ocasiones se agotaban los recursos mucho antes de que terminara el ejercicio de año presupuestal y en otras no se podían utilizar los recursos por no considerarse prioritario para los proyectos de salud.

Hasta antes de 1996 el flujo para la recepción de los recursos financieros provenientes de la federación era, la Dirección General de programación, obra pública y presupuestación de la Secretaría de Salud, la cual los canalizaba a la Tesorería de la Federación, esta los etiquetaba y los enviaba a la Secretaría de Salud del Estado. Ahora existe una mayor eficiencia operativa a través de los mismos canales pero enviados al gobierno del estado específicamente a la Secretaría de Planeación y Finanzas, que a su vez transfiere los recursos con libertad en el ejercicio presupuestal a la Secretaría de Salud.



*Capítulo 3***D.3. EFICIENCIA PRESUPUESTAL**

En el primer presupuesto autorizado de forma descentralizada los servicios personales eran cubiertos en un 88% por el presupuesto federal y un 12% por el presupuesto estatal. Los principales conceptos de gasto afectados fueron medicamentos un 46%, mantenimiento un 12%, servicios básicos un 7%, alimentos un 6%, material de administración un 5%, combustibles un 5%, servicios oficiales un 5% viáticos, ropería, ayudas y otros artículos representó un 14%. Cabe destacar que el 46% utilizado en la compra de medicamentos ha permitido tener un abasto suficiente en todas las unidades de salud por una parte y por otra la compra estatal del medicamento nos permite obtener mejores precios, contar con un proceso de adquisición transparente tanto a nivel nacional como internacional, contar con mejores condiciones en la entrega y en la calidad de los productos.

D.4. ECONOMÍAS Y AHORROS

Los recursos disponibles por concepto de las economías en servicios personales, de los intereses en productos financieros, del ahorro en la compra estatal de medicamentos ha permitido al estado generar propuestas de transferencias para consolidar proyectos de interés no sólo de la Secretaría de Salud sino de desarrollo social. Estas propuestas van encaminadas a un manejo óptimo de los desechos hospitalarios de todas nuestras unidades de segundo nivel, también a la construcción de la sede de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, a proyectos de rehabilitación y/o construcción de unidades de salud, a la compra de equipos de radio-comunicación y a proyectos de ampliación o remodelación de unidades de segundo nivel, también a la modernización de los sistemas de control de la Secretaría de Salud, pero sobre todo al proyecto más ambicioso de este gobierno que es el otorgar servicios de calidad. El año pasado la Oficina de Apoyo de la Secretaría de Salud obtuvo el premio Guanajuato para la Calidad.

D.5. INVERSIÓN Y PORCENTAJE DE GASTOS ADMINISTRATIVOS SOBRE EL GASTO TOTAL

Los gastos de inversión representaron para la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato el 7% del presupuesto y los gastos de operación representaron el 29%. De ellos, el 51% provenía de recursos federales y el 49% de recursos estatales incluyendo las cuotas de recuperación. Existe el compromiso de todos los involucrados en el sistema por obtener un ingreso mayor de las cuotas de recuperación. Las mismas unidades a través de estas cuotas destinan recursos para la compra de equipo y material necesario en ellas. Es de hacer notar que antes del proceso de descentralización estos recursos eran canalizados a la Secretaría de Planeación y Finanzas y no regresaban a la Secretaría de Salud, ahora a través de este proceso el incremento obtenido por cuotas es prácticamente el doble ya que existe una serie de factores que favorecen su implementación y una motivación general por obtener mayores recursos.