



INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



LA DESCENTRALIZACIÓN DE
LOS SERVICIOS
DE SALUD: EXPERIENCIAS
EN LOS ESTADOS DE GUANAJUATO,
SAN LUIS POTOSÍ Y ZACATECAS

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE GUANAJUATO

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:
EXPERIENCIAS EN LOS ESTADOS DE
GUANAJUATO, SAN LUIS POTOSÍ Y ZACATECAS

Mayo, 2000

Diseño de portada e interiores: D´Graphics Impresos
Corrección: Adriana J. Paz Mojica

La descentralización de los servicios de Salud: Experiencias en los estados de Guanajuato, San Luis Potosí y Zacatecas

ISBN 968-6403-85-0

© Instituto Nacional de Administración Pública, A.C.
Km. 14.5 Carretera libre México-Toluca, Col. Palo Alto
C.P. 05110, Delegación Cuajimalpa, México, D.F.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra siempre y cuando sea sin fines de lucro y se cite la fuente.

Impreso y hecho en México

ÍNDICE

Presentación.....	VII
Introducción.....	IX
La descentralización de los servicios de salud en el estado de Guanajuato.....	1
Introducción.....	3
TÍTULO 1. Los servicios de salud antes de la descentralización.....	5
Primera etapa	
Capítulo 1. La organización de los servicios de salud.....	7
Estructura organizacional operativa.....	7
Central.....	7
Delegada.....	10
Coordinación interinstitucional.....	10
Federación.....	10
Estado.....	13
Municipio.....	13
Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios.....	14
Entre el estado y la Federación.....	14
Entre el estado y las unidades.....	15
Segunda etapa.....	17
Capítulo 2. La organización de los servicios de salud.....	17
Estructura organizacional operativa.....	17
Central.....	17
Delegada.....	20
Coordinación interinstitucional.....	24
Federación.....	24
Estado.....	25
Municipio.....	25
Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios.....	26
Entre el estado y la Federación.....	26
Entre el estado y las unidades.....	27
TÍTULO 2. Los recursos de los servicios de salud.....	29
Primera etapa	
Capítulo 1. Recursos humanos.....	31
Capítulo 2. Recursos materiales.....	33
Bienes inmuebles.....	33
Bienes muebles.....	33

Capítulo 3. Recursos financieros.....	39
Segunda etapa.....	45
Capítulo 4. Recursos humanos.....	45
Capítulo 5. Recursos materiales.....	47
Bienes inmuebles.....	47
Bienes muebles.....	48
Capítulo 6. Recursos financieros.....	49
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
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
La descentralización de los servicios de salud en el estado de San Luis Potosí.....	123
Introducción.....	125
TÍTULO 1. Antecedentes.....	127
TÍTULO 2. Proceso de descentralización.....	131
TÍTULO 3. Distribución de competencias entre la Federación y el servicio estatal de salud de San Luis Potosí.....	137
Nivel federal.....	139
Nivel estatal.....	140
TÍTULO 4. Impacto esperado de la descentralización en San Luis Potosí.....	141
TÍTULO 5. Transferencia de los recursos.....	145
Servicios personales.....	147
Recursos financieros.....	148
Recursos materiales.....	149
Modernización administrativa.....	149
Redefinición de procesos administrativos.....	150
TÍTULO 6. Evaluación de los servicios de salud a población abierta.....	153
Evaluación de servicios médicos a población abierta.....	155
Mecánica operativa.....	156
Variables a evaluar.....	156
Instrumentos de recolección de información.....	156
Procedimiento de trabajo.....	156
Cobertura del servicio.....	157
Calidad de atención al público.....	157
Capacitación al personal a cargo de los servicios.....	159
Condiciones generales de operación.....	159

TÍTULO 7. Comentarios finales.....	161
ANEXO.....	165
La descentralización de los servicios de salud en el estado de Zacatecas.....	183
TÍTULO 1.	185
Capítulo 1. Los servicios de salud antes de la descentralización.....	187
La organización de los servicios de salud.....	187
Los recursos de los servicios de salud.....	190
La operación de los servicios de salud.....	191
Indicadores básicos de los servicios de salud.....	193
TÍTULO 2.....	195
Capítulo 1. La descentralización de los servicios de salud.....	197
- Los mecanismos iniciadores de la descentralización.....	197
- Postura federal.....	197
- Postura estatal.....	198
- Los centros de salud involucrados.....	198
Capítulo 2. Los instrumentos jurídicos de la descentralización.....	199
La elaboración de los instrumentos.....	199
La firma de los acuerdos del Convenio.....	199
Los compromisos estatales derivados de la descentralización.....	200
Capítulo 3. La absorción de la descentralización.....	201
Las adecuaciones organizativas.....	201
Las modificaciones operativas.....	201
Las adecuaciones jurídicas.....	201
Impacto en recursos.....	202
TÍTULO 3. Los servicios de salud después de la descentralización.....	205
Capítulo 1. La organización de los sistemas de salud.....	207
Organización de los servicios.....	207
Los recursos de los servicios de salud.....	207
La operación de los servicios de salud.....	208
Indicadores básicos de los servicios de salud.....	208
TÍTULO 4. Comentarios finales.....	227
Factores que impulsan el proceso descentralizador.....	229
Factores que inhiben el proceso descentralizador.....	231
Comparativo de algunos indicadores de los servicios de salud.....	233
Cobertura.....	233
Eficiencia programática.....	234

Eficiencia presupuestal.....	235
Economía y ahorros.....	240
Inversión.....	240
Porcentaje de gastos administrativos sobre el gasto total.....	240
Tendencias de la descentralización de la salud en Zacatecas.....	241
Consideraciones finales.....	242



**La descentralización de los servicios de salud: Experiencias en los estados de Guanajuato,
San Luis Potosí y Zacatecas**

Se terminó de imprimir en junio de 2000
por D'GRAPHICS IMPRESOS,
Av. Dr. Gustavo Baz 262-2-7, La Loma, Tlalnepantla,
Estado de México
Tels. 53 65 38 48 y 53 98 36 58

La edición consta de 1000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subcoordinación de Difusión

PRESENTACIÓN

Como parte de su política editorial, el INAP difunde los estudios y experiencias que sobre diversos temas se suceden en las entidades federativas de nuestro país, considerando lo que ha señalado el presidente de su Consejo Directivo, Dr. José Natividad González Parás, que la adecuada divulgación de expresiones del federalismo consolidan la unidad nacional pues en ella se respeta la diversidad geográfica, etnográfica, social y cultural, y que esto contribuye al desarrollo integral de la nación, fundado en la suma de regiones prósperas y de estados fuertes para que se abatan los rezagos y se reduzcan los contrastes y se logre, en consecuencia, un México más equilibrado y más justo.

La descentralización es uno de los elementos fundamentales en que se sustenta la modernización de la administración pública mexicana, de allí el decidido impulso que se ha dado con éxito al proceso descentralizador de los aspectos de educación, salud y seguridad social, agricultura, desarrollo rural y recursos naturales, entre otros, con la idea sustantiva de fortalecer las funciones gubernamentales para la atención oportuna y eficaz de las necesidades de la población, ahí donde su vida cotidiana y su organización básica lo demanda.

En este orden de ideas, hoy en día, el tema de la descentralización sigue siendo una asignatura prioritaria que viene a insertarse en el proceso dinámico y evolutivo en que se encuentra inmersa la sociedad, el gobierno y la administración pública y a inscribirse dentro del debate y la agenda política de la llamada reforma del Estado que se ha venido discutiendo desde hace varios años.

El proceso de descentralización de los servicios de salud es un tema que ocupa la atención de administradores públicos de todos los niveles quienes realizan estudios y acciones que aportan al desarrollo administrativo de ese sector estructuras y procedimientos más ágiles y flexibles que propician una mayor eficacia y eficiencia en la prestación de servicios con calidad y oportunidad a la sociedad mexicana, de ahí la importancia de esta obra que coeditan el Instituto Nacional de Administración Pública y el Instituto de Administración Pública del Estado de Guanajuato, para este fin se contó con el apoyo del titular del Ejecutivo y del Secretario de Salud de esta entidad federativa, Lic. Ramón Martín Huerta y Dr. Carlos Tena Tamayo, respectivamente.

La descentralización requiere no sólo un gobierno central que esté dispuesto a transferir facultades y recursos a los estados y municipios para dotarlos de mayor capacidad de respuesta ante demandas sociales, sino además de estados y municipios innovadores en sus prácticas administrativas que permitan eficientar la gestión pública.

Los lectores de esta obra advertirán en su contenido la preocupación del INAP y de la Red Nacional de Institutos Estatales de Administración Pública por contribuir, desde la óptica de lo estatal, a lograr una mejor administración pública, esperamos sea útil para la reflexión y el análisis en beneficio de su propia comunidad.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE GUANAJUATO

INTRODUCCIÓN

La descentralización es uno de los temas más debatidos en los últimos años, a pesar de que no es un tema nuevo y desde hace varios años se ha discutido, en fechas recientes, no sólo es objeto de debates, sino también corresponde a un proceso buscado por cualquier tipo de administración, dadas las exigencias administrativas actuales. Sin embargo los procesos de descentralización no cuentan con una orientación única y comprenden múltiples aspectos, sobre todo por la complejidad y dinamismo bajo los cuales los gobiernos deben atender las necesidades y demandas sociales.

En nuestro país, los logros obtenidos en este proceso han de ser considerados y estudiados a través de un enfoque globalizador, significando el comprender las múltiples dimensiones del proceso y las interrelaciones.

Las disfunciones provocadas por el centralismo en México han sido ya demostradas ampliamente, por ello se valoran los esfuerzos por descentralizar y reforzar el federalismo. Nuestro país se constituyó como un todo que heredaba un sistema centralista de la corona española y al forjarse como nación debió dársele viabilidad reconociendo las diferencias en regiones, la necesidad de gobiernos autónomos en las provincias y el valorar el gobierno de los pueblos y comunidades con su idiosincrasia y particularidad a través del municipio libre, piedra angular de nuestro sistema de gobierno.

Avanzar hacia un sistema realmente autónomo y no sólo de intención con municipios fuertes, ha requerido de cambios, donde en ocasiones pareciera que vamos hacia atrás pero en general hemos de reconocer que se ha ido mejorando. Descentralizar es siempre un tema recurrente en los gobiernos, aunque no con la misma significación.

El significado dado a la descentralización no ha sido uniforme, encontrando enfoques políticos, legales y administrativos en ocasiones entremezclados. Así la centralización, la descentralización, concentración y desconcentración tiene orientaciones administrativas con contenidos políticos e ideológicos dependientes de las realidades socio-culturales, cuyo significado puede tener relación con una legitimación aunada a un discurso sobre la eficiencia o la racionalidad.

La búsqueda de la descentralización puede tener su origen en demandas de tipo económico, donde se reconoce como “ineficiente” la concentración generada por la dinámica productiva en unas cuantas regiones; en este caso se habla de la desconcentración, como política pública tendiente a romper los desfases provocados por las políticas económicas implicadas en dicha dinámica. También se reconoce como problema, la falta de posibilidades reales de participación en el diseño e implementación de políticas públicas y en todo lo concerniente al gobierno, lo cual tiene un correlato con la democratización y con una exigida participación de la sociedad civil, no sólo en la elaboración e implementación, sino también la evaluación del accionar público. Por ello, las entidades federativas y municipios requieren posibilidades de incorporarse a la dinámica propia del gobierno y del estudio y propuestas de solución a problemas y demandas sociales. Esto conlleva otro tipo de respuesta y visión de la descentralización, cuyo significado corresponde a una apertura democrática, tanto individual como territorial.

Además la descentralización puede estar respondiendo a una lucha por el reconocimiento de espacio, en donde los sujetos reconocen su territorio, y sobre todo los valores inherentes al

mismo, que en conjunto constituyen el marco de referencia cuya identidad se vive en una dinámica por el reconocimiento social y de proyección individual, y viceversa, reconociéndose así una dimensión socio-cultural de la descentralización.

En síntesis hemos de reconocer que una visión integral de la descentralización conlleva tres ámbitos interrelacionados: el ámbito socio-económico, el socio-político y el ámbito socio-cultural; dentro de ellos y con relación a ellos se da el accionar público. La recuperación de las políticas públicas contiene una serie variada de elementos relacionados entre sí, donde se expresan voluntades y estructuras de poder incidentes y afectadas por las mismas.

La descentralización en México corresponde a una política pública con variaciones en su aplicación y en sus elementos discursivos, podemos visualizarla como: Una política pública que responda a cuestiones socio-económicas, socio-políticas y socio-culturales, como una alternativa técnico-administrativa con justificaciones ideológicas, tendientes a otorgar mayor poder de decisión a agentes distintos a quienes concentran la actividad de diversos ámbitos del accionar social.

Una estrategia de descentralización representa un reto, pues impacta en varios sentidos y exige visualizar varios aspectos. Las relaciones del gobierno central con los otros órdenes de gobierno deberán definir competencias y atribuciones, pero también las relaciones y los sistemas de coordinación. Al trabajar parte de la capacidad de decisión se modifica, se efectúa sustancialmente el flujo y regulación de los recursos, cambian las relaciones de coordinación, se alteran contenidos y vías de comunicación y se adquieren nuevas significaciones con los mecanismos de control. Además, la descentralización supone que al permitir la autonomía en la toma de decisiones, los subsistemas son capaces de identificar y resolver problemas con mayor oportunidad y adecuar las respuestas a sus necesidades específicas, permitiendo alcanzar mayores niveles de efectividad y eficiencia.

Para estudiar la descentralización, pueden tomarse varias perspectivas, de las cuales podemos subrayar dos: la primera corresponde a un estudio del proceso, sus factores determinantes y su influencia sobre los diferentes elementos del sistema y el resultado final. La otra se orienta a un carácter puntual, analizando por separado el impacto de la descentralización sobre las características que definan la relación gobierno - federal - gobierno estatal y/o gobierno municipal.

Para el presente trabajo se ha estudiado un proceso, que al no haber concluido impide obtener conclusiones definitivas, no obstante se ha querido dejar constancia de algunos cuestionamientos sobre sus efectos. Uno de los parámetros más recurrentes para evaluar la efectividad del cambio corresponde a la cobertura, para lo cual se requiere aislar las tendencias para establecer los efectos reales de la descentralización en un tiempo determinado. Esta situación está postulada en el programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, donde se señala "ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias; en las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma económica y anticipada por los servicios de salud, la ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propician la información del creciente sector de la economía informal; en tanto en las zonas urbanas de más alta marginación, la aplicación de un paquete básico de servicios de salud con acciones altamente

costo-efectivas y que se significa además como una medida fundamental del gobierno en su lucha contra la pobreza extrema”.

En el medio rural existe la menor cobertura de servicios de salud. Unos de los principales problemas para llegar a la cobertura plena en el campo correspondiente a la complejizada dispersión. Ampliar la cobertura implica la necesidad de un incremento en recursos humanos, financieros y técnicos, y una estrategia de fortalecimiento de las comunidades, con una mayor participación en lo local alentando sus criterios organizativos.

La descentralización en México ha sido más un movimiento del centro hacia la periferia, y precisamente el gobierno federal ha buscado distintas alternativas, identificándose 7 modalidades:

- Órgano desconcentrado con circunscripción estatal: Esta modalidad fue adoptada por las Secretarías de Comunicaciones y Transportes, Reforma Agraria, SEDESOL y Pesca, en cada entidad federativa se establece una Delegación Federal.
- Órganos desconcentrados con circunscripción regional y estatal de competencia coexistente donde se crean órganos con ámbitos regionales y delegacionales en cada estado que operan simultáneamente sin excluirse, esta modalidad comprende a las Secretarías de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, de Comercio y Fomento Industrial y de Turismo, que cuentan con delegaciones coordinadoras regionales y con delegaciones federales previendo que se pueden establecer varias en cada estado.
- Funcionamiento múltiple de órganos desconcentrados con circunscripción regional y estatal de una misma dependencia, se establece un esquema de desconcentración que comprende todos los ámbitos de la dependencia identificados por área mayor. Esta modalidad se estructura en la SHCP, la Subsecretaría del ramo cuenta con delegaciones regionales, que a su vez tienen unidades estatales y unidades locales; la Subsecretaría de ingresos cuenta con las coordinaciones de administración fiscal, las administraciones fiscales federales, etc.
- Centros regionales de decisión, la conformación de los estados de Nuevo León y Jalisco como centros regionales de decisión es parte de una estrategia de concepción integral de la desconcentración. En esta se transfieren facultades a las representaciones federales situadas en estados seleccionados por su ámbito de influencia.
- Órganos desconcentrados con circunscripción municipal o delegacional, consiste en la creación de delegaciones federales con ámbito constreñido a un municipio o delegación del DF, al respecto cabe señalar que la SRE, establece sus delegaciones, órganos desconcentrados regionales con ubicación municipal o en las delegaciones del DF.
- Órgano desconcentrado de circunscripción estatal y competencia de coordinación, se crea un órgano federal en cada estado con la característica de que el mismo posee competencia federal y estatal. En esta modalidad podemos enmarcar a la Secretaría de Salud.

- Desconcentración de facultades federales exclusivas, se celebran acuerdos de coordinación con los gobiernos estatales con el propósito de que éstos, a través de un órgano estatal, pueden ejercitar las facultades federales exclusivas en nombre y por cuenta de la federación. La Ley General de Salud, faculta a la Secretaría de Salud para que, mediante acuerdos de coordinación, convenga con los estados, que estos ejercen determinada facultad de salubridad general exclusiva en nombre y por cuenta de la autoridad Federal. La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo celebró acuerdos de coordinación en la totalidad de las entidades federativas con el objeto de que éstas, a través de sus contralorías internas realicen las auditorías y demás técnicas de control sobre inversiones federales que se realizan en su territorio.

Es importante tener claridad respecto al hecho de que la descentralización es un proceso integral, y que las tendencias centralistas y conservadoras se reproducen en cada espacio regional. De ahí que se insista en la descentralización como parte integral de los programas de gobierno.

La SSA realizó sus primeros esfuerzos por descentralizar funciones en diferentes estados; 9 en el año de 1985, 3 en 1986 y 2 en 1987, para poder hacer realidad esto, la SSA analizó algunas de las características que permitieron determinar estos 14 estados y que a continuación se detallan:

Acercar la toma de decisiones al lugar donde se generan los problemas. (Motivo técnico-administrativo)

Incrementar la legitimidad del gobierno central mediante la devolución de una cuota de poder a las entidades federativas. (Motivo político)

Responsabilizar a los estados con mayor riqueza económica de los costos presupuestales correspondientes a la oferta de servicios. (Motivo económico)

A éstas deben agregarse razones concretas como la casi plena cobertura de los servicios y los bajos costos de homologación salarial de los trabajadores de la SSA con los del IMSS presente en la mayoría de los estados descentralizados.

La voluntad política y la capacidad administrativa, aunque poco citadas en los documentos oficiales, podrían ser las que expliquen la descentralización de los estados en que se plantearon y brindaron recomendaciones técnicas negativas (N.L. y Jal.) y la no descentralización en otros juzgados favorablemente sobre la base de este tipo de criterios (Camp. y Sin.).

Actualmente se están llevando a cabo reformas legales para descentralizar funciones, en materias cuyo ejercicio a cargo de los gobiernos de los estados asegure mayor eficacia, buscando fortalecer por la vía de la descentralización a las entidades federativas, a través de la celebración de acuerdos específicos para que el proceso sea gradual, modular y acorde a las particularidades de cada estado.

En particular la descentralización en el sector salud implica una nueva misión para la Secretaría de Salud, pasando a constituirse en un "Centro de integración", integrador de distintos componentes del Sistema Nacional de Salud. Debe entonces trabajarse entre la diversidad y la

desigualdad, con una necesidad de anticipar futuros y trabajando hacia la emisión de políticas que eviten disparidades en los niveles de calidad entre las entidades federativas. Esto requiere nuevas formas de trabajo donde la SSA se aboque a la investigación de la problemática de salud y su componente descentralizador.

México cuenta con una plataforma conceptual de experiencia y modelos reales y prácticos de descentralización al interior de la propia administración, hacia los estados y hacia la sociedad que pueden ser enriquecidos en su contenido competencial y de recursos. Su dinámica estará, sin duda, determinada por las decisiones políticas que adopte el Gobierno de la República con el consenso de los gobiernos locales y de la sociedad para hacer la descentralización irreversible en beneficio del desarrollo regional, sectorial y nacional.

Los estudios aquí presentados son parte de ese arsenal de experiencias, esperamos que contribuyan a seguir caminando por el derrotero que muestre los mejores y mayores resultados para la sociedad mexicana.

José Mejía Lira

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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



A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Estructura organizacional operativa

A) CENTRAL

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

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

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

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

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

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

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

*Capítulo 1*

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

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

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

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

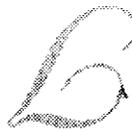
El titular de los Servicios Coordinados era nombrado y removido por el Secretario de Salubridad y Asistencia. Estos estaban conformados por una Jefatura, tres subjefaturas, dos órganos de staff y dos órganos de apoyo. (Fig. 2)

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

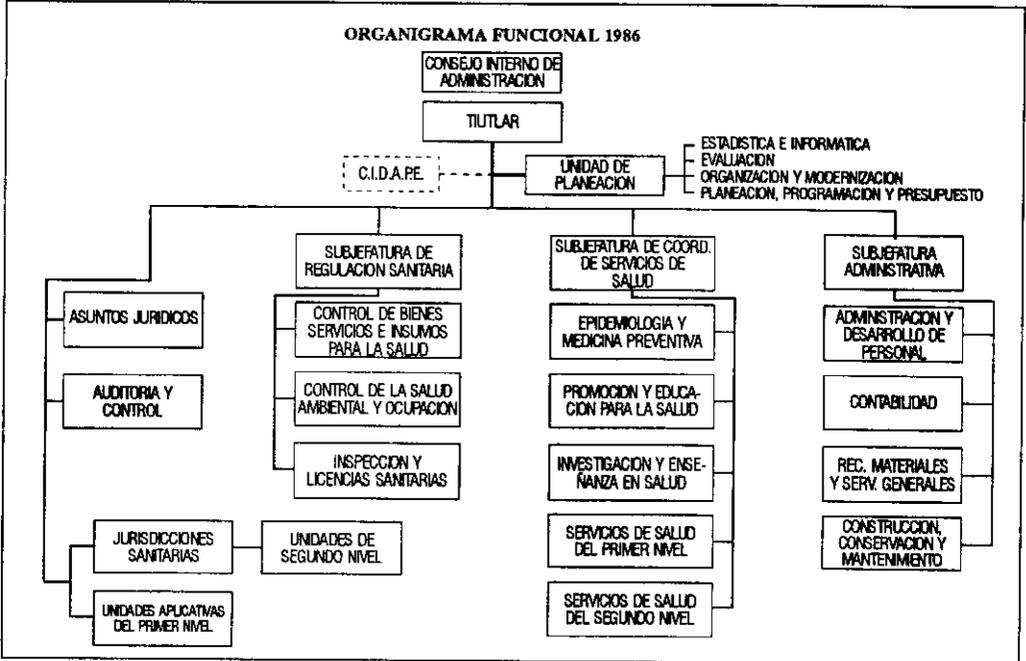
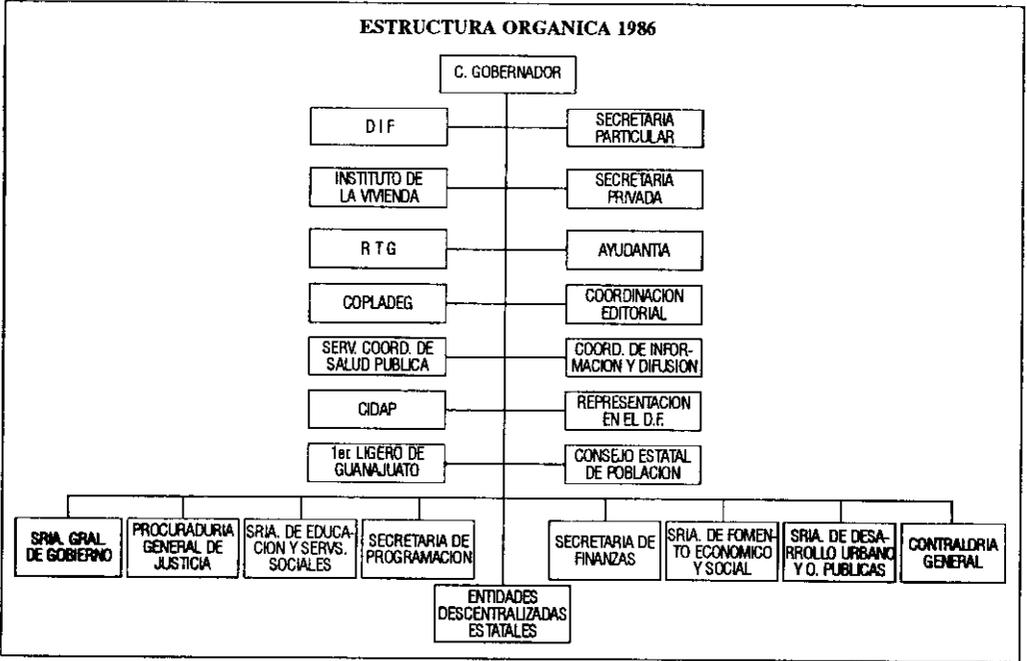
La subjefatura de Regulación Sanitaria comprendía los departamentos de: Control de Bienes e Insumos para la salud, el Control de la Salud Ambiental y Ocupacional y el de Inspección y Licencias Sanitarias.

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

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



Capítulo 1





Capítulo 1

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

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

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

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

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

B) DELEGADA

Las funciones delegadas estaban comprendidas en dos partes.

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

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

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

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

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

Coordinación Interinstitucional

A) FEDERACIÓN

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

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



Capítulo 1

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA DELEGADA POR TERRITORIO
JURISDICCION SANITARIA TIPO
1985

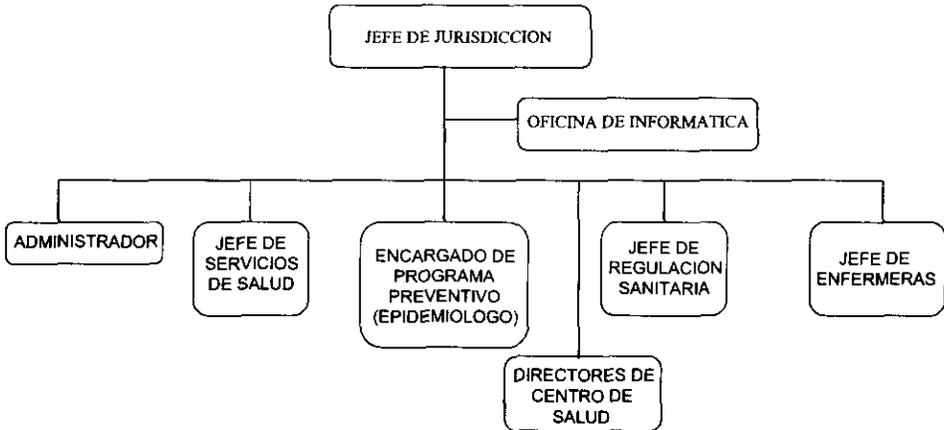


FIGURA 3

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANOS DE ESTRUCTURA DELEGADA POR FUNCION
HOSPITAL TIPO
1985

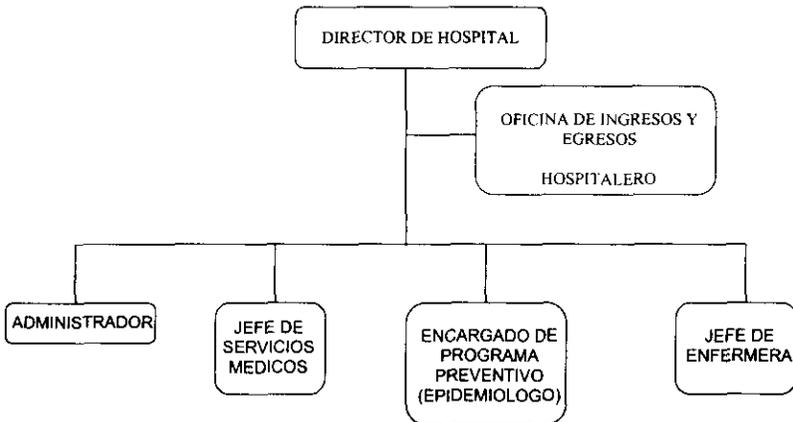


FIGURA 4

*Capítulo 1*

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

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

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

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

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

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

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

*Capítulo I*

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

B) ESTADO

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

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

C) MUNICIPIO

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

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

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



Capítulo I

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

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

Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios

A) ENTRE EL ESTADO Y LA FEDERACIÓN

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

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

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

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

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

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

*Capítulo 1*

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

B) ENTRE EL ESTADO Y LAS UNIDADES

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

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

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

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



A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Estructura organizacional operativa

A) CENTRAL

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 2

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA ORGANICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO
1986

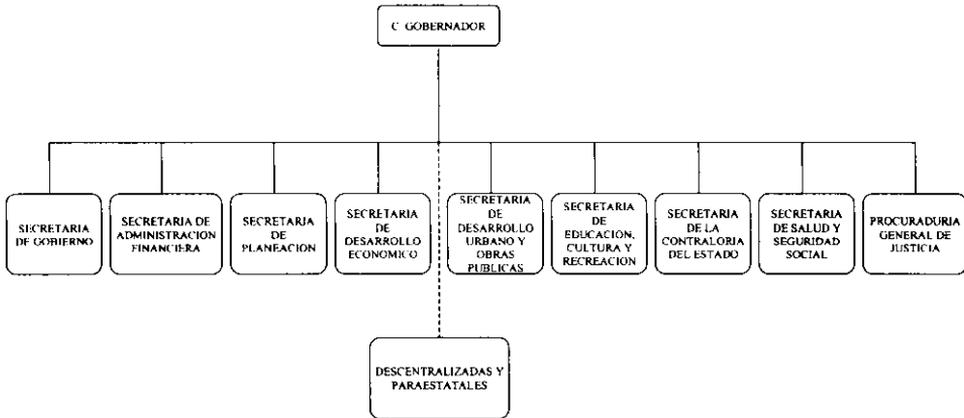


FIGURA 5

LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA
SECRETARIA DE SALUD DE GUANAJUATO
1996

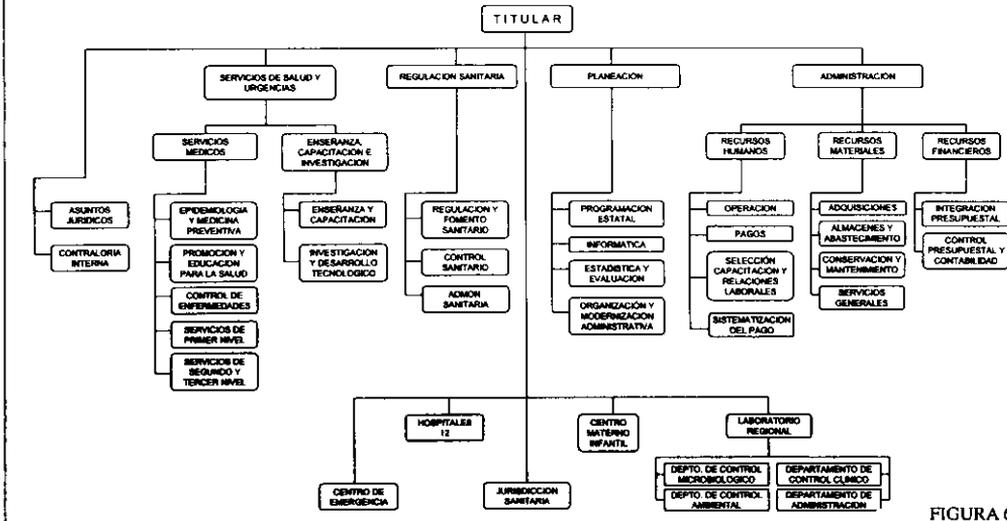


FIGURA 6

*Capítulo :*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Capítulo 2*

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

B) DELEGADA

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

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

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



Capítulo 2

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ESTRUCTURA DELEGADA POR TERRITORIO
JURISDICCIÓN SANITARIA TIPO
1996

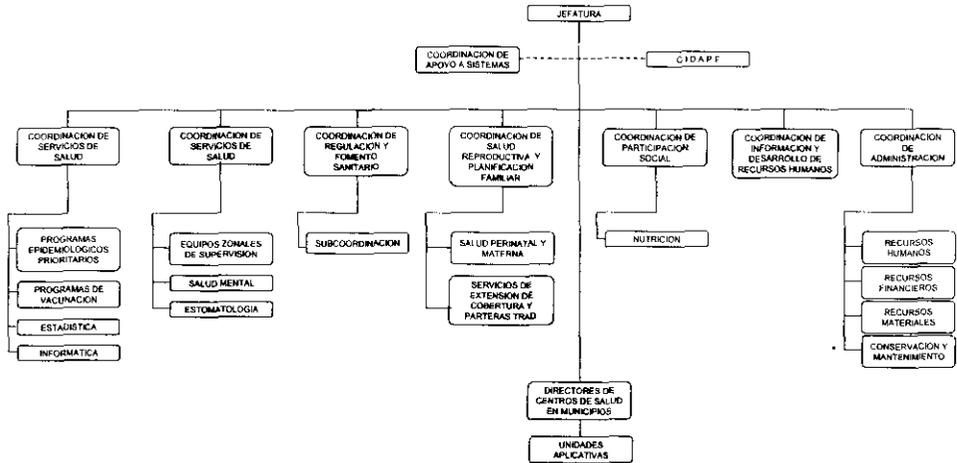


FIGURA 7

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

ORGANOS DE ESTRUCTURA DELEGADA POR FUNCION
HOSPITAL TIPO
1996

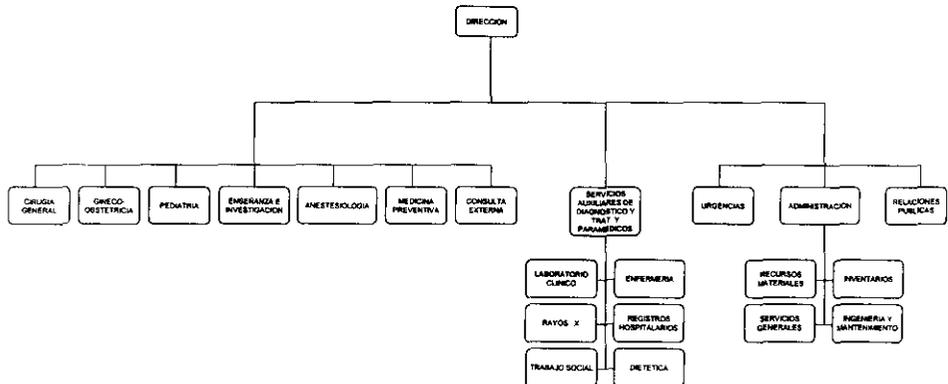
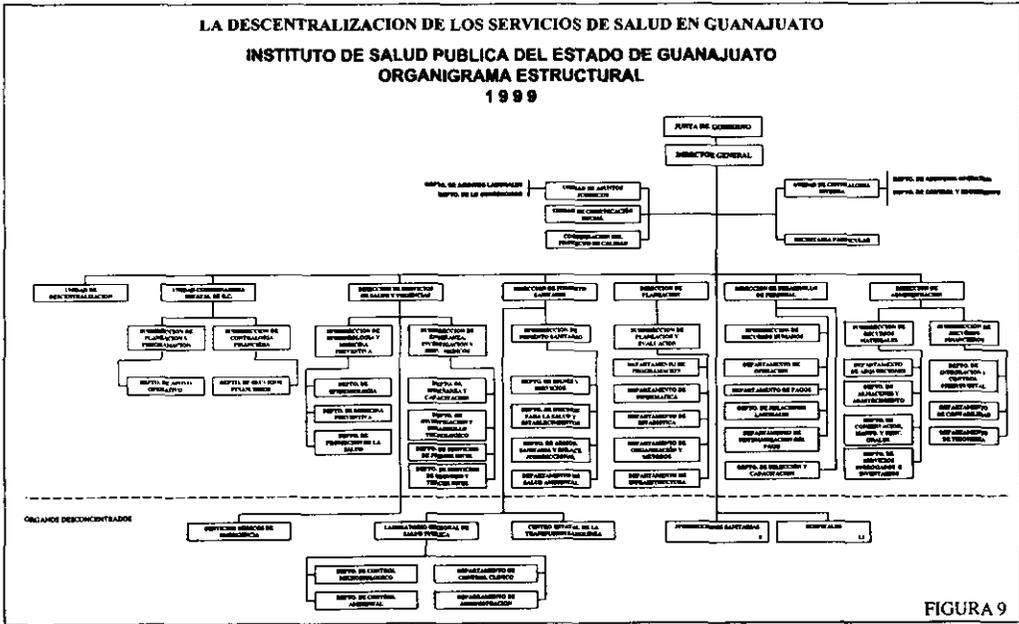
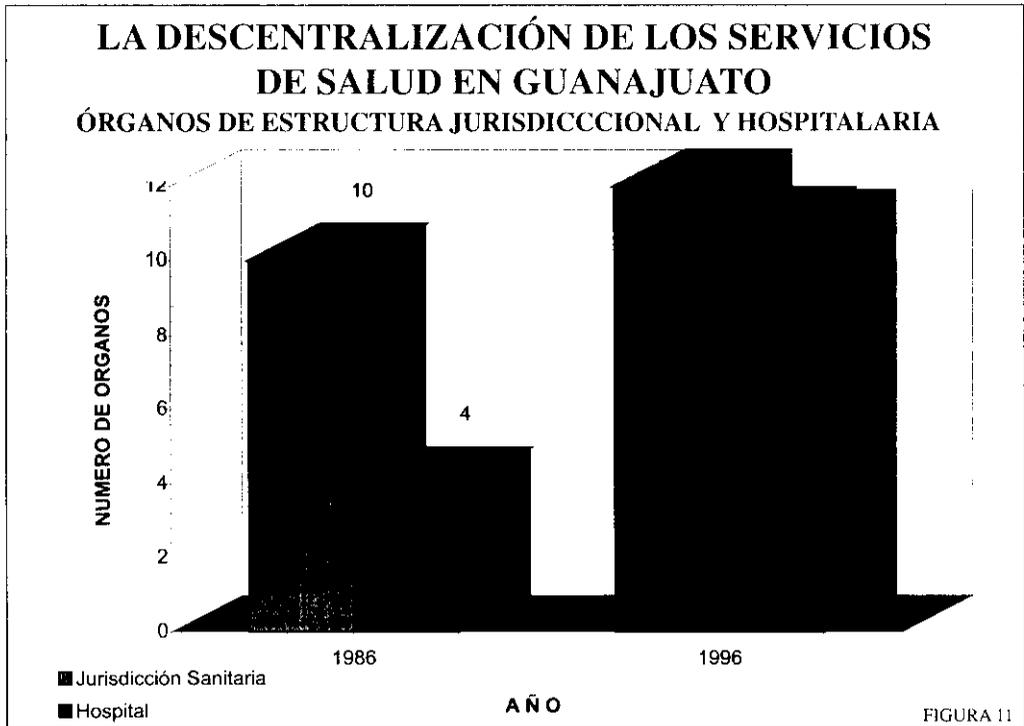


FIGURA 8

Capítulo 2





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

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

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

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

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



Coordinación interinstitucional

A) FEDERACIÓN

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

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

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

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

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

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

*Capítulo 2***B) ESTADO**

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

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

C) MUNICIPIO

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

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

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

*Capítulo 2*

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

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

Diferenciación de funciones y delegaciones de los servicios

A) ENTRE EL ESTADO Y LA FEDERACIÓN

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

Estas funciones estaban enmarcadas en 7 apartados generales:

1.- Servicios de Salud.

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

2.- Regulación Sanitaria.

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



Capítulo 2

3.- Investigación y desarrollo.

- a) Educación para la Salud.- Supervisar y evaluar el programa estatal y ejecutar acciones de coordinación a fin de lograr la participación social.
- b) Enseñanza en Salud.- Elaborar el Programa Estatal de Enseñanza y proponer proyectos de elaboración tendientes a la formación y desarrollo de recursos humanos.
- c) Investigación para la Salud.- Elaborar programas y proyectos de Salud.

4.- Planeación, Programación, elaboración y Modernización Administrativa.

- a) Coordinación Sectorial.- Promover mecanismos de coordinación con otros sectores administrativos de Gobierno del Estado.
- b) Estadística e Informática.- Concentrar, procesar y analizar la información estadística y operar los recursos de informática entre otros.
- c) Evaluación.- Operar y coordinar el Sistema de Evaluación de Salud Estatal. Asesorar y dar apoyo técnico a las jurisdicciones y municipios entre otras funciones.
- d) Modernización Administrativa.- Analizar y simplificar los procedimientos administrativos y formular y actualizar los manuales de procedimientos de servicios entre otros.
- e) Planeación y Presupuesto.- Elaborar los Programas Operativos Anuales e integrar los programas de atención a población abierta entre otros.

5.- Administración.

- a) Abastecimiento.- Planear y programar anualmente el abastecimiento de bienes e insumos que requieran las unidades administrativas. Concentrar, analizar, y operar las necesidades de bienes e insumos, entre otros.
- b) Administración y Servicios Generales.- Organizar y custodiar los vehículos que se encuentren bajo su resguardo, proporcionar servicios de intendencia, mensajería, fotocopiado, impresión, seguridad y vigilancia entre otros.
- c) Administración de Personal.- Elaborar el Programa de Administración de Personal, entre otros.
- d) Contabilidad.- Operar el Sistema Computable emitido por la Dirección General de Contabilidad y proporcionar anualmente la información requerida para la integración de la cuenta de la Hacienda Pública Federal, entre otros.

6.- Control.

- a) Supervisión y Auditoría.- Preparar el programa anual de trabajo y programas específicos, y establecer conjuntamente con las autoridades las acciones correctivas que se requieran como resultado de su trabajo.

7.- Jurídico.

- a) Elaborar anteproyecto de leyes, reglamentos, decretos y acuerdos y someterlos a consideración del Secretario y del Gobernador en su caso, entre otros varios trámites.

B) ENTRE EL ESTADO Y LAS UNIDADES

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



Capítulo 2

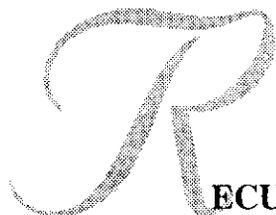
rar el sistema administrativo en las áreas de relaciones laborales, contabilidad, operación de los recursos humanos. Integrar el Programa de Abastecimiento en el área de salud de su competencia así como el de supervisar el cumplimiento de la vigilancia sanitaria tanto en orden general como local.

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

TÍTULO 2. Los recursos de los servicios de salud.....	29
Primera etapa.....	
Capítulo 1. Recursos humanos.....	31
Capítulo 2. Recursos materiales.....	33
Bienes inmuebles.....	33
Bienes muebles.....	33
Capítulo 3. Recursos financieros.....	39
Segunda etapa.....	45
Capítulo 4. Recursos humanos.....	45
Capítulo 5. Recursos materiales.....	47
Bienes inmuebles.....	47
Bienes muebles.....	48
Capítulo 6. Recursos financieros.....	49

TÍTULO 2

*L*OS RECURSOS DE LOS
SERVICIOS DE SALUD



RECURSOS HUMANOS

A pesar de los esfuerzos de los gobiernos federal y estatales para consolidar el Sistema de Salud, los recursos de que se disponía a principios de los ochenta eran insuficientes en cantidad y calidad.

Para 1983 el discurso político prometía un desarrollo armonioso, sin embargo estaba muy lejos de la realidad. Para esa fecha se decía que la salud constituía el patrimonio máspreciado de los pueblos, insustituible en el desarrollo económico y social. Se hablaba de que la salud trascendía más allá del interés personal, para convertirse en un derecho social que, por adquirirse con la vida misma, implicaba la responsabilidad de conservarla e incrementarla. Pero esto no se veía reflejado al momento de evaluar los recursos con los que contaban los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado. Gran parte de estos problemas eran derivados por las devaluaciones de la moneda que se habían tenido al principio de la década lo que originaba una gran crisis económica que hacía disminuir el gasto público y por consiguiente el gasto social, lo que impactaba importantemente al sector.(19)

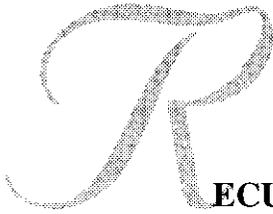
Sin embargo se trabajaba para disminuir estas desigualdades, para ello en 1984 se creó el Consejo Interno de Administración de los Servicios Coordinados, órgano que era presidido por el Gobernador del Estado, cuya función era la de vigilar y asesorar la gestión de la Institución.

Por otra parte se instauró el Comité Mixto de Productividad, formado por el sindicato y las autoridades a fin de estimular el desempeño de los trabajadores y lograr con ello un mayor éxito en las metas programadas.

En lo referente a normatividad se editaron las normas de operación en materia de pagos y manuales para la elaboración, ejercicio y control del presupuesto de servicios personales.

Paralelamente a este proceso se iniciaron un importante número de movimientos salariales por varios conceptos entre ellos: incremento al salario mínimo, retabulaciones por nivel, recodificaciones en zonas económicas, etcétera, que afectaron favorablemente las percepciones de los servidores públicos.

Asimismo se implementaron mecanismos que permitían la previsión de los recursos presupuestales adicionales al sueldo, para el pago de suplencias, horas extras y personal eventual que aunados a los esquemas de redistribución de personal, ampliación de jornadas de trabajo y capacitación trajeron consigo una mejor atención a la población sin acceso a la salud.



RECURSOS MATERIALES

A) BIENES INMUEBLES

Hasta antes de 1986 la gran mayoría de los Bienes Inmuebles eran de origen Federal, de los que un número importante de ellos carecían de documentos legales de propiedad que les diera la seguridad jurídica de dominio. Solo 15 de 326 eran de origen Estatal los cuales contaban con Escrituras Públicas que amparaban la posesión de los mismos.

Por otra parte es de destacar dos hechos importantes antes de la descentralización referente a la edificación de nuevas unidades. Uno de ellos fue la construcción de 30 Centros de Salud Comunitarios en la ciudad de León, Gto., dentro del programa "Atención a la Salud Para Población Marginada en Grandes Urbes", con la finalidad de garantizar la atención médica primaria a toda la población marginada, mejorando las condiciones del saneamiento básico y brindando servicios médicos de fácil acceso con acciones preferentemente preventivas y con cobertura aproximada para 320,000 habitantes.(20)

El otro fue en 1986 cuando el estado recibe 82 unidades médicas del programa IMSS-COPLAMAR que apoyan de manera sustantiva la infraestructura en salud y permiten disminuir el índice de población sin acceso a la salud, el cual para ese tiempo era de 8% .

A partir de esa fecha el crecimiento en la infraestructura en salud ha sido sostenido y gradual alcanzando para 1998 un total de 428 unidades de salud, de ellas 12 son unidades de 2º nivel y 416 de 1er. nivel de atención.(Cuadro No. 1) (Fig. 12).

B) BIENES MUEBLES

Para 1985 el estado recibe de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los primeros manuales de equipamiento de unidades de primer nivel. Hasta esa fecha el total de bienes muebles federales representaba el 79.55%, con una cantidad total de 44,307 bienes y un valor aproximado de \$7,051,157.98 (Cuadro No. 2) sin embargo, este costo no representa el importe real ya que muchos de ellos venían etiquetados sin monto alguno. El estado para esa fecha aportaba el 20.45% de los bienes, lo que correspondía a 7,869 bienes y su valor aproximado era de \$17,662, 336.89 (Figs. 13 y 14).

En lo que se refiere a el equipo médico; 13,935 bienes eran de origen federal y 3,672 de origen estatal, los costos aproximados eran de \$3,473,298.60 y \$7,582,805.90 respectivamente (Figs. 15 y 16).

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO

AÑO	SSG ⁽¹⁾	IMSS	ISSSTE ⁽²⁾	PEMEX	SDN
1986	322	49	39	-	-
1987	325	51	39	-	-
1988	337	49	39	-	-
1989	344	49	39	-	-
1990	394	54	39	-	-
1991	410 ⁽³⁾	54	39	1	1
1992	394	51	40	1	1
1993	395	54	40	1	4
1994	411	55	40	1	5
1995	420	51	40	1	1
1996	419	54	41	1	2
1997	435	54	41	1	2
1998	436	54	41	1	2

(1) Fuente: Boletín de Información Estadística, Sistema Nacional de Salud (2) Se incluyen los consultorios (3) Se incluyen unidades móviles con vehículos

CUADRO 1

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO POR INSTITUCIÓN

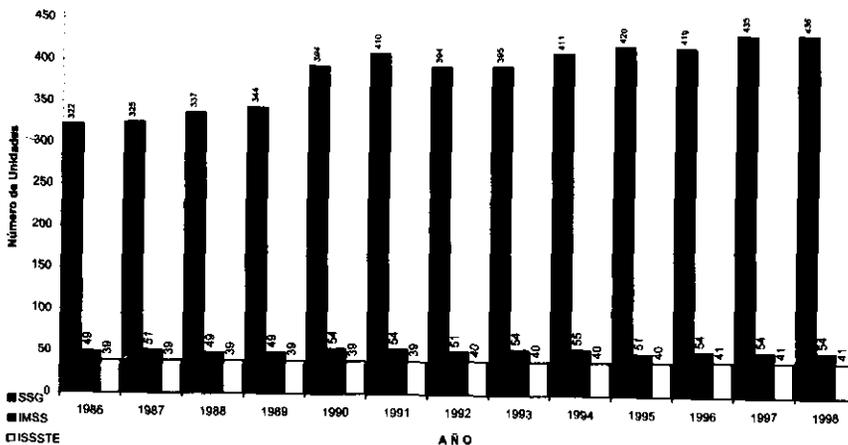


FIGURA 12

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO CONCENTRADO DE BIENES ESTATALES Y FEDERALES

BIENES DE TIPO MEDICO

AÑO	FEDERAL		ESTATAL	
	CANTIDAD	COSTO	CANTIDAD	COSTO
MARZO DE 1985	13,935	\$3,473,298.60	3,672	\$7,582,805.90
AGOSTO DE 1996	24,563	\$9,425,918.20	12,699	\$22,105,336.90
ACTUAL	30,061	\$13,254,556.48	14,171	\$25,423,857.60

BIENES DE TIPO ADMINISTRATIVO

AÑO	FEDERAL		ESTATAL	
	CANTIDAD	COSTO	CANTIDAD	COSTO
MARZO DE 1985	22,179	\$596,237.45	3,987	\$2,333,143.75
AGOSTO DE 1996	35,224	\$2,707,560.48	18,507	\$12,122,103.39
ACTUAL	36,350	\$3,407,542.31	20,239	\$15,119,689.82

BIENES DE TIPO MIXTO

AÑO	FEDERAL		ESTATAL	
	CANTIDAD	COSTO	CANTIDAD	COSTO
MARZO DE 1985	8,193	\$2,981,621.93	210	\$7,746,387.24
AGOSTO DE 1996	8,270	\$4,910,239.16	340	\$9,106,999.86
ACTUAL	8,283	\$6,257,105.79	759	\$9,786,994.94

CUADRO 2

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO TOTAL DE BIENES MUEBLES

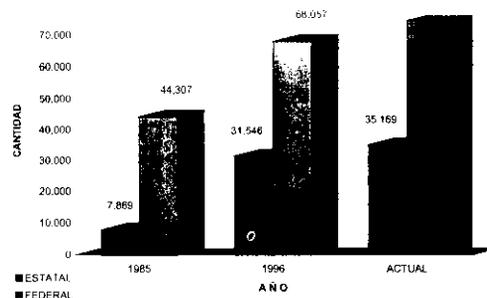


FIGURA 13



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO TOTAL DE BIENES MUEBLES

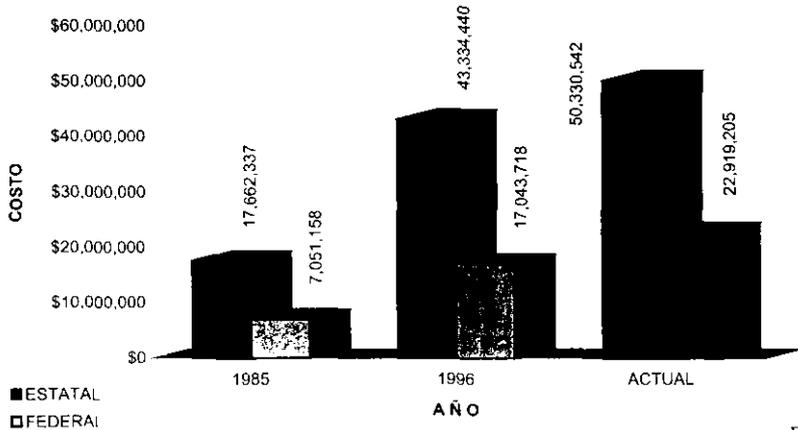


FIGURA 14

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO TOTAL DE BIENES MUEBLES

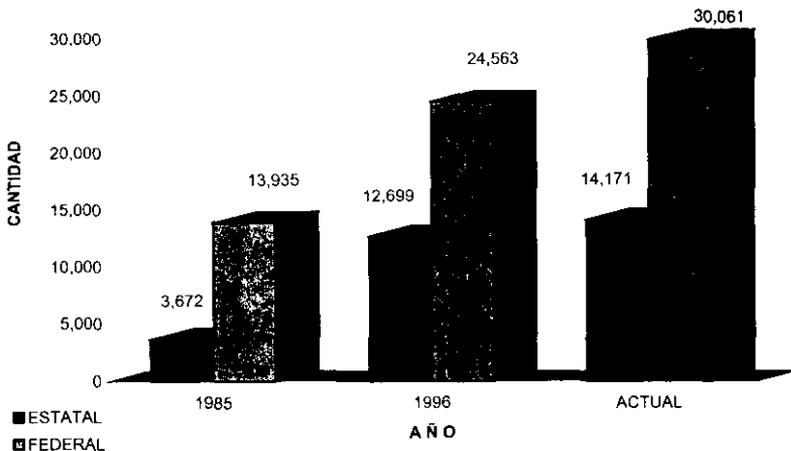
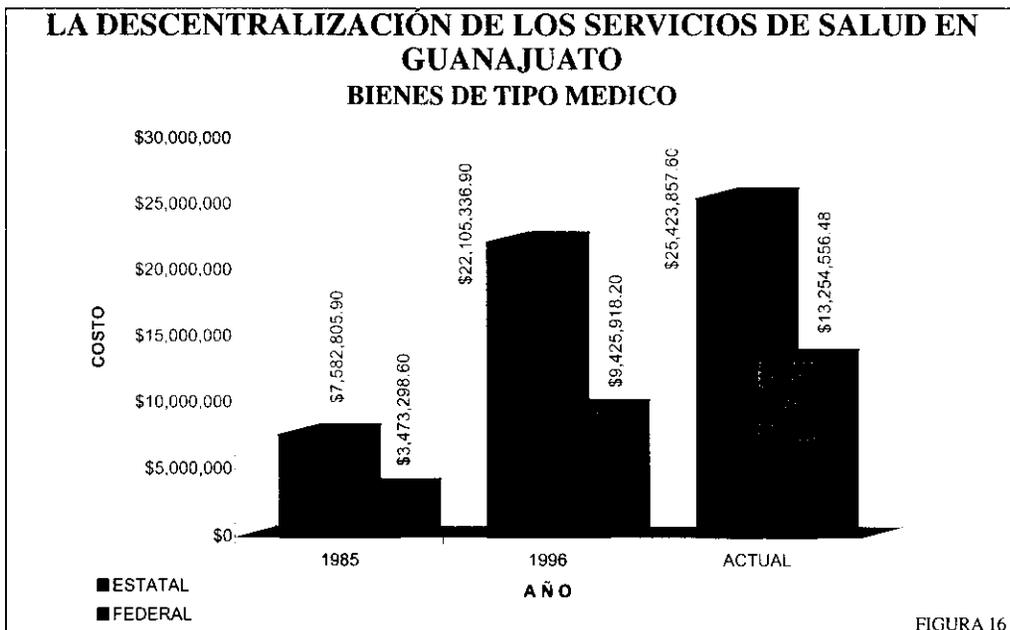


FIGURA 15

El mobiliario administrativo era de 22,179 federal y 3,987 estatales con costos de \$2,333,143.75 y \$596,237.45 (Figs. 17 y 18).

Finalmente los recursos que eran considerados mixtos ascendían a la cantidad de 8,193 federales y 210 estatales con costos aproximados de \$2,981,621.93 y \$7,746,387.24, respectivamente (Figs. 19 y 20)



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO BIENES DE TIPO ADMINISTRATIVO

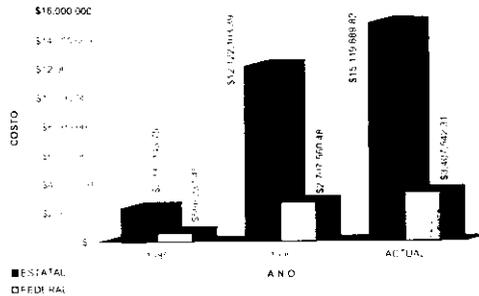


FIGURA 18

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO BIENES DE TIPO MIXTO

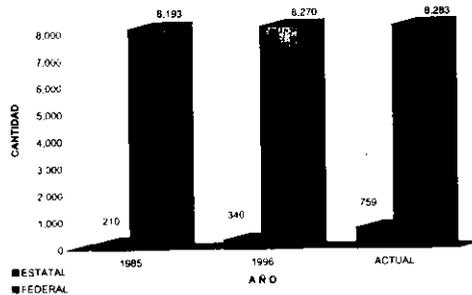


FIGURA 19

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO BIENES DE TIPO MIXTO

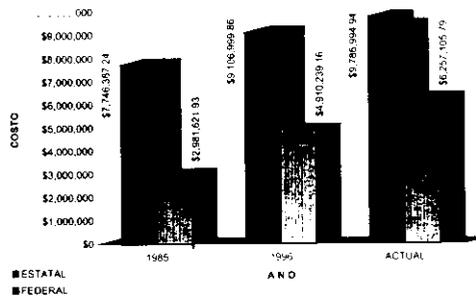
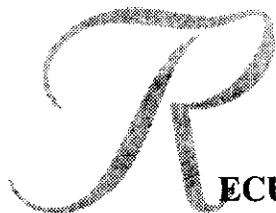


FIGURA 20



RECURSOS FINANCIEROS

Anterior a la descentralización operativa e integración orgánica de los servicios de salud existían aún grandes carencias y desigualdades que se expresaban en el hecho de que la protección a la salud no se otorgaba por igual a todos los habitantes del estado.

Con el propósito de equilibrar las oportunidades de acceso a los servicios de salud, se reorientaron las acciones que facultaran, dentro del Sistema Nacional de Salud, dar pleno cumplimiento a la garantía expresada en el Artículo 4º de nuestra constitución, de esta manera se formuló el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el cual aglutinaba estrategias que tenían, entre otras acciones, la de poner en marcha un instrumento operativo que permitiera asignar recursos de acuerdo con las prioridades sectoriales, este documento lo constituye el Presupuesto por Programa Anual. Para ello se trabajó a fin de establecer los soportes que permitieran enlazar el gasto a los programas y sus respectivas prioridades, sentando las bases para el adecuado control y evaluación de los servicios.

Dentro de este marco de desarrollo se creó un esquema metodológico, que con base en los lineamientos emitidos por la Secretaría de Programación y Presupuesto facilitarían la programación en materia de salud. Así mismo se establecieron mecanismos participativos en el Estado a fin de elaborar el anteproyecto por programas el cual generalmente debería de ser entregado a principios del segundo semestre del año a la SSA, de esta forma para 1985 se inició el proceso de transferencia del presupuesto al ámbito de responsabilidad del estado.

Por otra parte se crearon los lineamientos y manuales de programación-presupuestación para la elaboración de los anteproyectos por programa, se integró un documento orientador sobre lineamientos y políticas para los diferentes conceptos y programas de acción, así como un manual técnico-normativo de programación-presupuestación de inversiones y operación y un glosario de términos.

Para 1985 el Presupuesto Federal era de \$ 3,056,925 millones de pesos, el 56% aproximadamente se ejercía en programas curativos, el 16% en programas preventivos y un 30% en programas administrativos. El crecimiento ha sido gradual, sin embargo observamos que la tendencia hacia favorecer los programas curativos ha continuado en decremento de los programas preventivos.(21) (Cuadro No. 3) (Figs. 21 a 25)



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO BIENES DE TIPO MIXTO

AÑO	FEDERAL ⁽¹⁾	%	ESTATAL ⁽²⁾	%	TOTAL
1985	\$ 5,036,418	98.5%	\$ 77,100	1.5%	\$ 5,113,518
1986	\$ 5,961,519	90.5%	\$ 625,000	9.5%	\$ 6,586,519
1987	\$ 13,992,000	95.2%	\$ 711,422	4.8%	\$ 14,703,422
1988	\$ 28,586,000	90.6%	\$ 2,969,752	9.4%	\$ 31,555,752
1989	\$ 34,545,900	91.0%	\$ 3,415,215	9.0%	\$ 37,961,115
1990	\$ 43,591,200	91.4%	\$ 4,075,618	8.6%	\$ 47,666,818
1991	\$ 64,226,400	88.9%	\$ 7,980,190	11.1%	\$ 72,206,590
1992	\$ 79,069,700	82.1%	\$ 17,255,082	17.9%	\$ 96,324,782
1993	\$ 93,035,700	77.3%	\$ 27,255,082	22.7%	\$ 120,290,782
1994	\$ 107,981,900	72.0%	\$ 42,092,600	28.0%	\$ 150,074,500
1995	\$ 144,072,000	74.3%	\$ 49,789,040	25.7%	\$ 193,861,040
1996	\$ 206,709,855	70.7%	\$ 85,827,825	29.3%	\$ 292,537,680
1997	\$ 279,071,100	73.5%	\$ 100,694,314	26.5%	\$ 379,765,414
1998	\$ 405,393,900	76.5%	\$ 124,813,057	23.5%	\$ 530,206,957

NOTA: Los "viejos pesos" se convirtieron a "nuevos pesos" para presentar referencias de comparación

FUENTE: 1. Anuario Estadístico 2. Ley de Egresos del Estado de Guanajuato; Secretaría de Salud; 1985-1998

CUADRO 3

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO PRESUPUESTO GLOBAL FEDERAL

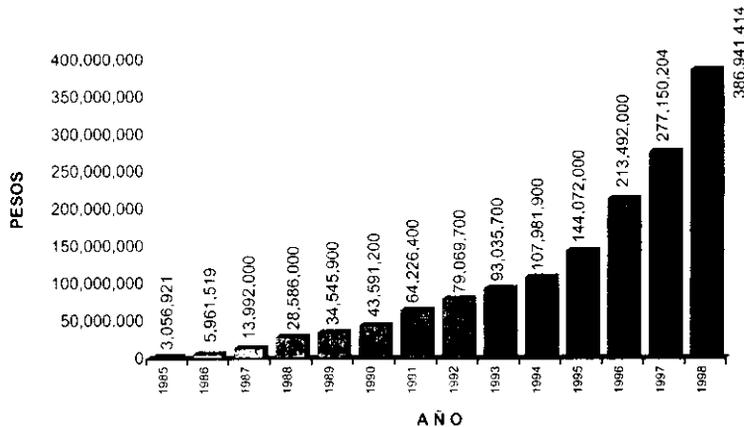


FIGURA 21



Capítulo 3

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO PRESUPUESTO FEDERAL EJERCIDO EN PROGRAMAS PREVENTIVOS

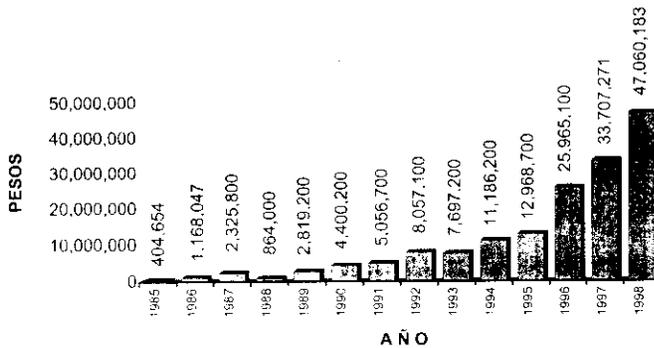


FIGURA 22

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO PRESUPUESTO FEDERAL EJERCIDO EN PROGRAMAS CURATIVOS

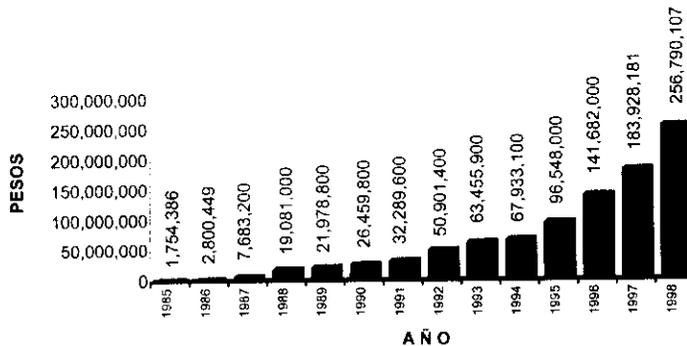


FIGURA 23

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

PRESUPUESTO FEDERAL EJERCIDO EN PROGRAMAS ADMINISTRATIVOS

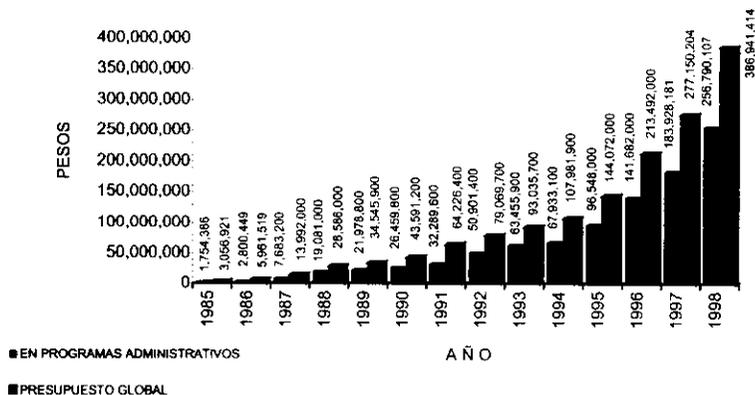


FIGURA 24

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO

PRESUPUESTO FEDERAL EJERCIDO EN OTROS PROGRAMAS

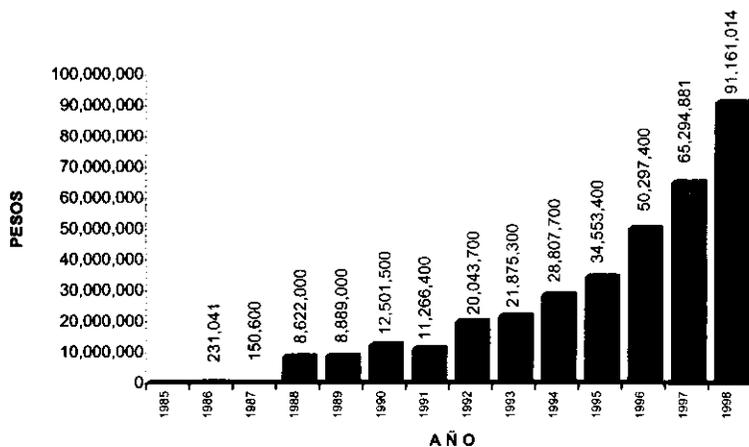


FIGURA 25

Así mismo, se obtuvo información del gasto en salud y cuanto representaba para el estado del total del Presupuesto Estatal para los años 1985 a 1986 y se observó que a pesar de los discursos políticos para esas fechas, los intereses del gobierno no estaban centrados precisamente en la salud, ya que del presupuesto total del estado para 1985 se obtuvo la cifra más baja de este corte con 0.12% e inclusive el presupuesto para la Orquesta Filarmónica del estado representaba mayor gasto que el total de salud.(22) (Cuadro No. 4) (Figs. 26 y 27)

**LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
GUANAJUATO
PRESUPUESTO ESTATAL**

AÑO	GOB. DEL ESTADO	SERVICIOS DE SALUD	GOB.EDO./SSG (%)
1985	\$ 39,723,000	\$ 77,100	0.19%
1986	\$ 63,391,000	\$ 625,000	0.99%
1987	\$ 156,787,176	\$ 711,422	0.45%
1988	\$ 455,874,000	\$ 2,969,752	0.65%
1989	\$ 521,173,355	\$ 3,415,215	0.66%
1990	\$ 540,366,000	\$ 4,075,618	0.75%
1991	\$ 809,985,480	\$ 7,980,190	0.99%
1992	\$ 1,286,193,207	\$ 17,255,082	1.34%
1993	\$ 1,475,011,420	\$ 27,255,082	1.85%
1994	\$ 1,663,795,192	\$ 42,092,600	2.53%
1995	\$ 3,676,475,000	\$ 49,789,040	1.35%
1996	\$ 4,274,025,279	\$ 85,827,825	2.01%
1997	\$ 6,061,477,598	\$ 100,694,314	1.66%
1998	\$ 9,073,071,737	\$ 124,813,057	1.38%

NOTA: Los "viejos pesos" se convirtieron a "nuevos pesos" para presentar referencias de comparación
FUENTE: Ley de Egresos del Estado de Guanajuato; Secretaría de Salud; 1985-1998

CUADRO 4



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO PRESUPUESTOS ASIGNADOS FEDERAL Y ESTATAL

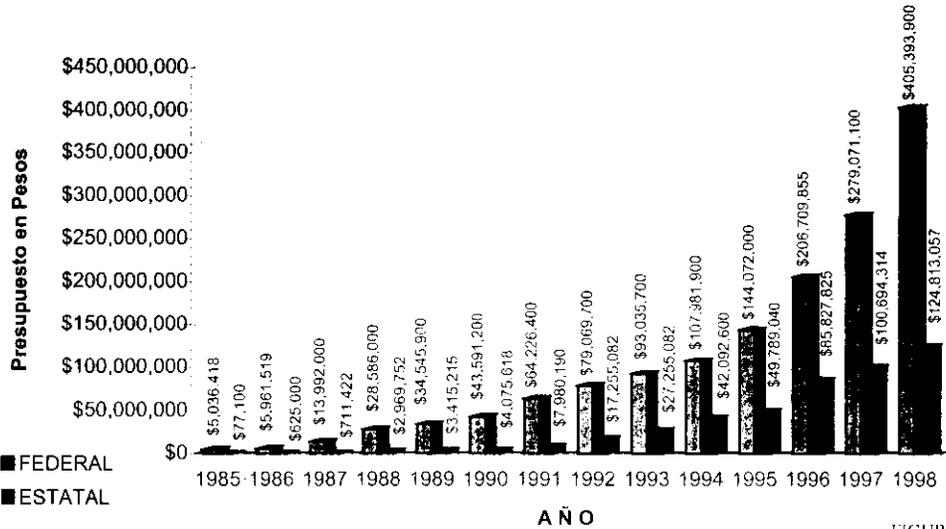


FIGURA 26

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN GUANAJUATO % DEL PRESUPUESTO EN SERVICIOS DE SALUD CON RESPECTO AL PRESUPUESTO TOTAL DE GOBIERNO DEL ESTADO

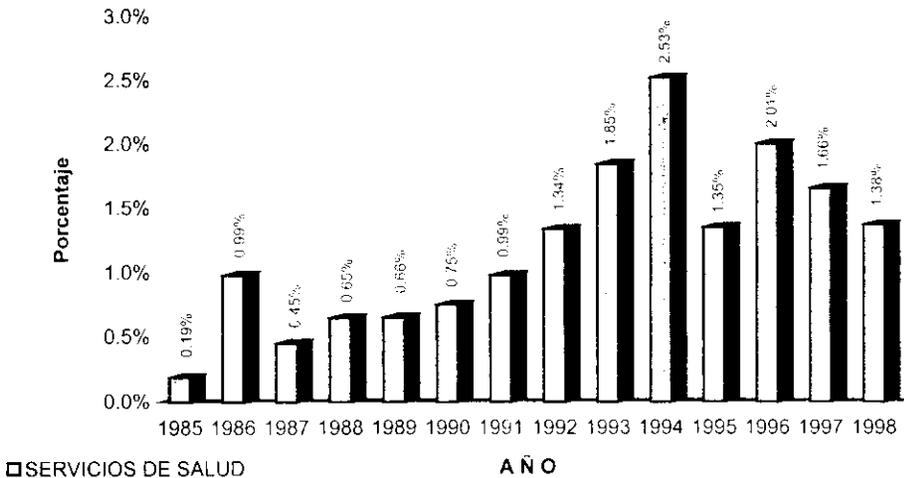
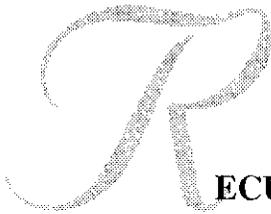


FIGURA 27



RECURSOS HUMANOS

A partir de la Integración Orgánica de los Servicios de Salud al Ejecutivo Estatal se llevaron a cabo acciones orientadas a incrementar la productividad, a efecto de mejorar la calidez y oportunidad en el otorgamiento de estos servicios. Se desarrollaron diferentes acciones en materia de administración integral y desarrollo de personal, se impulsaron diversos programas con objeto de incrementar las percepciones en beneficio de los trabajadores, se gestionó y se obtuvo un aumento considerable en las estructuras orgánicas jurisdiccionales y estatales que dieron pauta a un mejor seguimiento de los programas en salud.

Para 1988 se revisaron las diferencias salariales en el área médica contra los distintos sectores lográndose un incremento considerable para los trabajadores de la Secretaría.

En 1989 se aplicó la "Estrategia de Modificación Salarial al Personal de Nivel Profesional", la cual permitió en muchos de los casos retabular al personal profesional en áreas administrativas, se continuó con la aplicación de programas especiales contándose entre ellos el retiro voluntario, la jubilación con apoyos económicos y tratos especiales. Se elaboraron y difundieron los catálogos de puestos del área médica, paramédica y grupos afines. Un hecho importante durante este año fue incorporar al estado el "Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP)", el cual permitió descentralizar el proceso de pago al estado, dicho proceso implicó el desarrollo de compra de equipo computacional y capacitación al personal.(23)

Por otra parte en 1990 se implementó por Decreto Presidencial "El Fondo de Ahorro Capitalizable a los Trabajadores al Servicio del Estado (FONAC)". Con aportaciones del gobierno federal, de los trabajadores y del sindicato. Se instituyó el Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente del Trabajador, se actualizaron los catálogos de puestos, tanto de la rama médica, como administrativa. Se procedió a la basificación de los trabajadores del extinto programa IMSS-COPLAMAR.

Para 1991 se continuaron las reformas a los tabuladores de sueldos impactando de manera importante el Programa de Compactación-Racionalización del catálogo de puestos de contenido afín.

23 Programa de Simplificación de la Administración Pública Federal. Informe de Avances; (PAS-04); Págs. 30-55.

En 1992 se dieron a conocer las bases del “Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)”, elaborándose el convenio respectivo con BANAMEX para la administración y manejo de esta prestación.

Destaca para 1993 la revisión de las Condiciones Generales de Trabajo y la Cédula de Evaluación lo que permite un ingreso mayor a las prestaciones laborales de los trabajadores.

Asimismo en 1994 se difunde la nueva compilación de la Regulación Laboral de la Secretaría de Salud, que permitió a los trabajadores elevar los montos que se otorgaban en vales de despensa por el Día de las Madres, el Día del Trabajador de la Secretaría, el Día de Reyes y por antigüedad en el empleo.

En 1995 los Recursos Humanos Federales eran de 4,290 y los Estatales 993 lo que representaba el 23.5%, este porcentaje disminuyó para 1996 en 1.14%, debido a que aumentaron los recursos federales a 227 plazas, sobre todo en el área médica y enfermería. (Fig. 28)

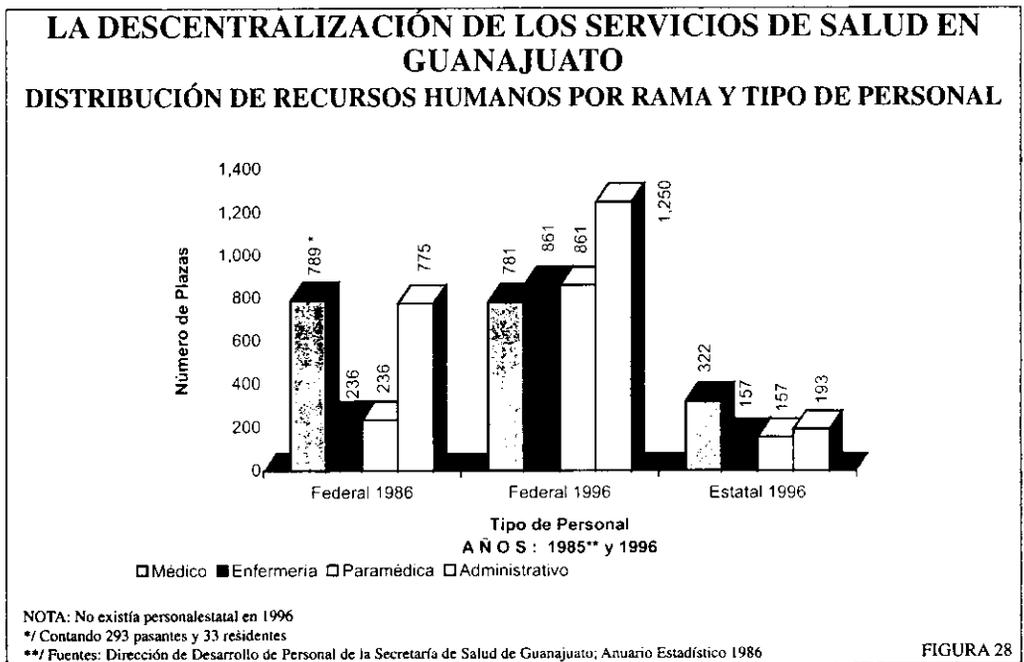
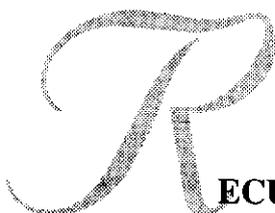


FIGURA 28



RECURSOS MATERIALES

A) BIENES INMUEBLES

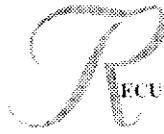
A partir de 1986 el número de unidades se incrementaron en 20% ya que de las 326 con que contábamos a principios de la primera etapa del proceso de descentralización, para inicios de la segunda etapa el número total de unidades era de 419. Dentro de este proceso se edificaron los Hospitales de Salvatierra, Acámbaro, San Miguel Allende, Dolores Hidalgo y Uriangato. De igual forma se construyeron con recursos del estado el Hospital Infantil de la Ciudad de León y el Hospital General de Guanajuato que vino a suplir al antiguo hospital. Igualmente con recursos federales se levantó el Centro Estatal de Hemoterapia.

Durante este intervalo de tiempo el estado regularizó 18 bienes inmuebles a través de Control Patrimonial con Escrituras Públicas a favor del Gobierno. Por su parte la Secretaría de Salud y Seguridad Social inició en 1988 los trabajos tendientes para regularizar los bienes; se obtuvieron diferentes Actas de Asamblea General con Ejidatarios, donde éstos reconocían la posesión del terreno a favor del gobierno federal, sin que se concretizara legalmente y de manera definitiva la propiedad de los mismos.

Parte importante en este rubro se considera la conservación de los bienes, sin embargo, hasta 1986 existían grandes rezagos en este apartado, debido a que no se le daba la importancia necesaria como instrumento esencial para mantener en condiciones óptimas de operación la infraestructura de servicios.

Para la conservación de unidades el estado llevó a cabo por conducto de la Federación varios convenios que permitieron mejorar la infraestructura, contándose entre ellos: El "Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud México-BID". El Gobierno de la República implementó un programa social que impulsó el mejoramiento de las Unidades Hospitalarias, mediante este programa denominado "Hospital Digno" se llevaron a cabo mejoras en los Hospitales de: Salamanca, Salvatierra y Acámbaro.

En este tiempo se creó la Dirección de Infraestructura en Salud, y se implantó el "Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA)".

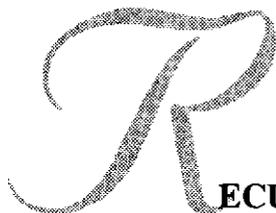
**B) BIENES MUEBLES**

Durante esta década el número de bienes muebles se incrementó de manera considerable tanto los de origen estatal como federal, sobre todo el primero ya que de 7,869 bienes en 1985 estos subieron a 31,546 lo que representó un incremento de 400%. Los federales también aumentaron en forma significativa ya que para 1985 el total de bienes era de 44,307 y para 1996 era de 68,057 lo que representa un aumento, aproximadamente, del 50%.

Desglosando por tipo de bien, el estado reportó un mayor incremento en los bienes de tipo administrativo, siguiendo en orden de importancia los de equipo médico y finalmente los de equipo mixto. Esto también se vio reflejado en los bienes federales ya señalados en las figuras 13 a 20.

El Gobierno Federal elaboró para 1990 un “Programa de Insumos para la Salud”, el objetivo de este programa era la adquisición y abastecimiento de los insumos médicos y administrativos, así como el control de bienes muebles necesarios para llevar a cabo las funciones de atención médica en las unidades.

Los procedimientos de compra para estos bienes eran establecidos por los Comités de Adquisiciones tanto a nivel estatal como federal, en el que sólo la Secretaría de Salud participaba en la compra estatal.



RECURSOS FINANCIEROS

Con base en los antecedentes, experiencias y resultados observados en la primera etapa del proceso de descentralización, durante este período el área financiera se enfocó al diseño de un sistema para el conocimiento sistemático y oportuno que permitiera asignar los recursos financieros hacia las prioridades que el estado en materia de salud definiera o de igual forma hacia las restricciones que el techo presupuestal federal impusiera.

Con esta política se estableció el Programa Operativo Anual el cual tenía como propósito elaborar parámetros homogéneos en la composición y calidad de información. La instrumentación de este sistema integral de información, dio como resultado un incremento de la eficiencia en la aplicación de los recursos, legalidad, transparencia y honestidad en el manejo del presupuesto, en apego a las normas y procedimientos establecidos para el manejo del gasto público federal y estatal.

No es hasta 1992, en que el presupuesto estatal en servicios de salud supera el 1% del presupuesto global del estado, y para 1996 éste alcanza el 2% del mencionado presupuesto lo que representa un avance de 1991 a la fecha antes mencionada, más del 1000% de aumento en el presupuesto asignado a los servicios de salud. Cabe mencionar que en este período se basificaron los recursos humanos estatales.

El Presupuesto Federal también se vio incrementado a estas fechas ya que de \$64'226,400 que se ejercían para 1991 estos aumentaron en \$213,492,000 para 1996, este incremento es también debido a que para esta última fecha se incluyó el capítulo 1000, lo que representa un 64% del gasto total.

Finalmente, al hacer una comparación del presupuesto federal y del estatal para 1991 el primero representaba el 74.6% y el segundo el 25.4% y para 1996 el presupuesto federal representa el 70.7% y el estatal el 29.3%. (21)

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 4º 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.

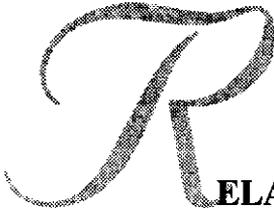
Esto proyectó una serie de alternativas que permitirían la operación de los servicios de salud, proponiéndose los siguientes criterios políticos y rectores del proceso:

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

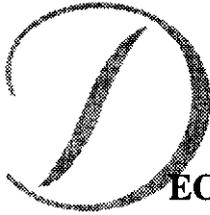
Las modalidades adoptadas en la descentralización de los servicios de salud previnieron un respeto irrestricto de los derechos de los trabajadores. En su momento los Servicios Coordinados del Estado y la Sección 37 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud establecieron definiciones 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 Huanímoro. 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.

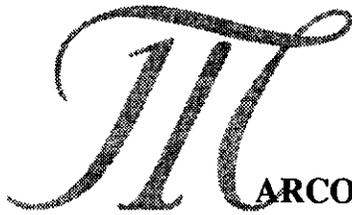
E) MECANISMOS DE APROBACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

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.

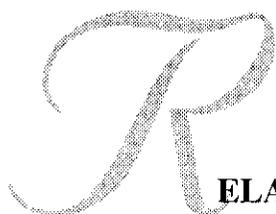
En el área de Regulación Sanitaria se simplificaron los procedimientos a fin de facilitar al público demandante de los servicios la resolución de las gestiones, sobre todo en el ámbito de licencias sanitarias y en las áreas de bienes y servicios.



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.

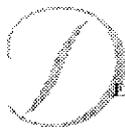
La tercera proponía una modernización de la Regulación Sanitaria, simplificando los procesos y trámites en productos y servicios que de ellos se generan. En éstos incluían los avisos de apertura, las licencias sanitarias, el control de medicamentos no autorizados para venderse sin receta, los permisos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



Capítulo 7

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

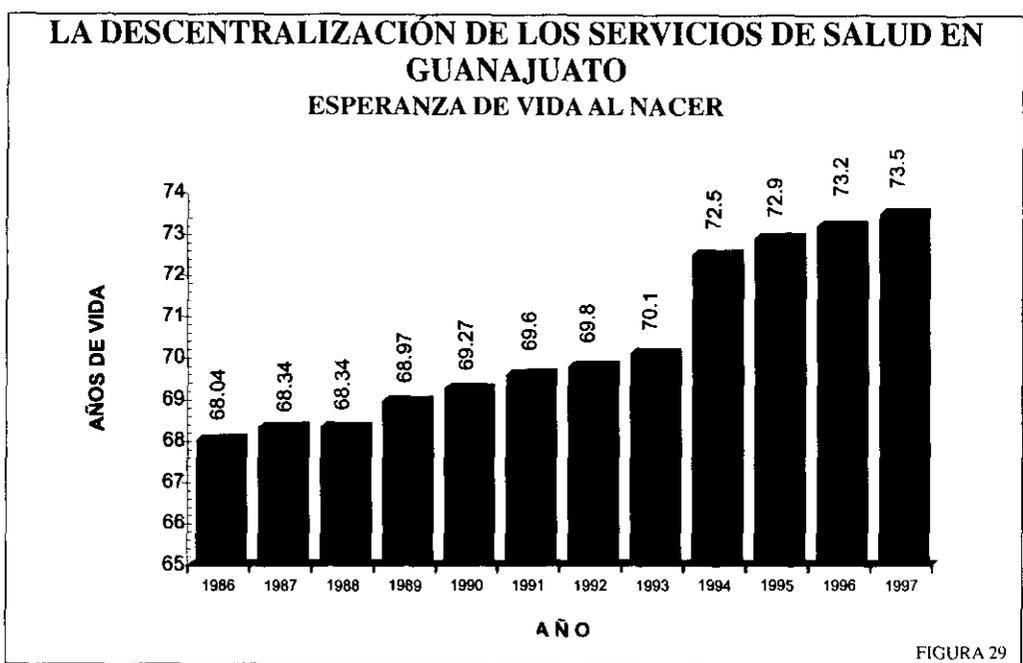


FIGURA 29

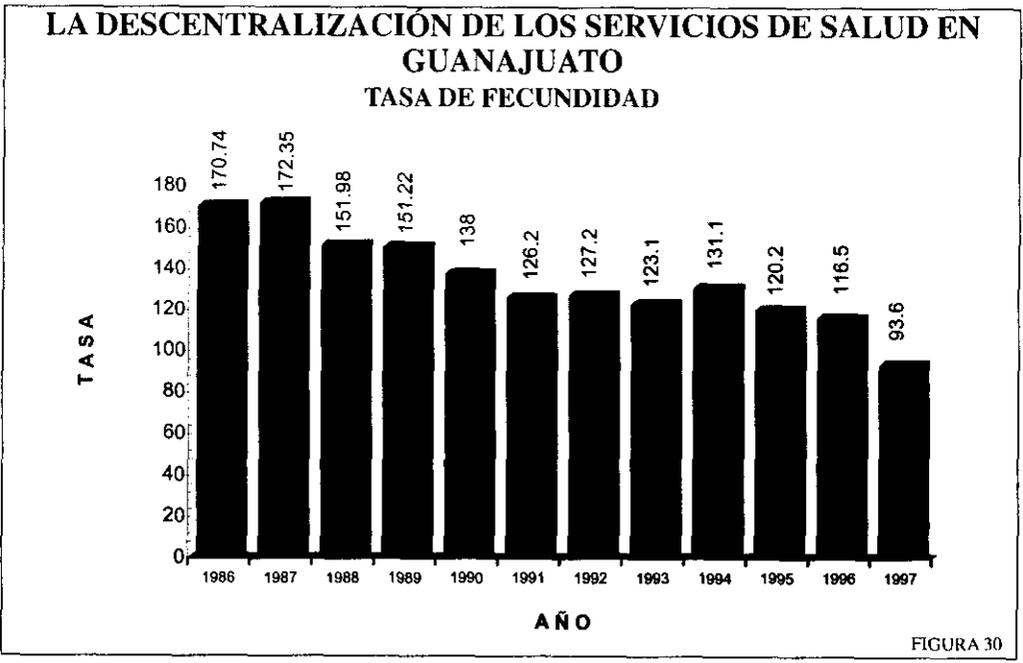


FIGURA 30



Capítulo 7

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

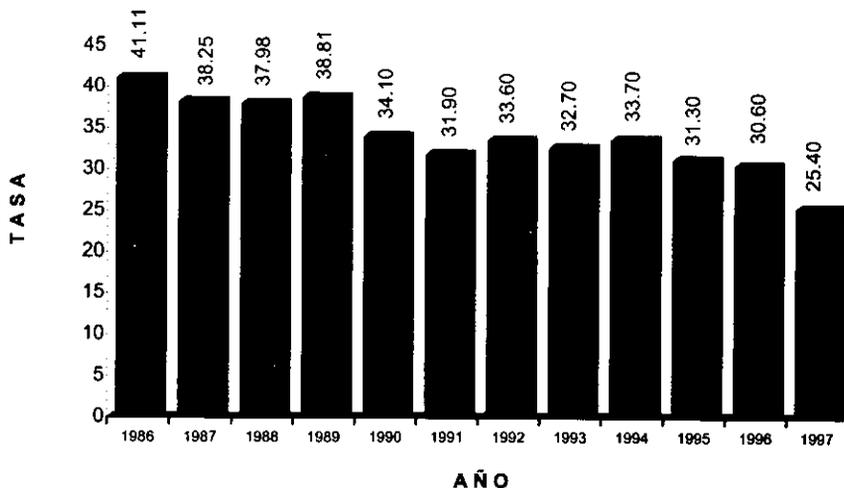


FIGURA 31

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

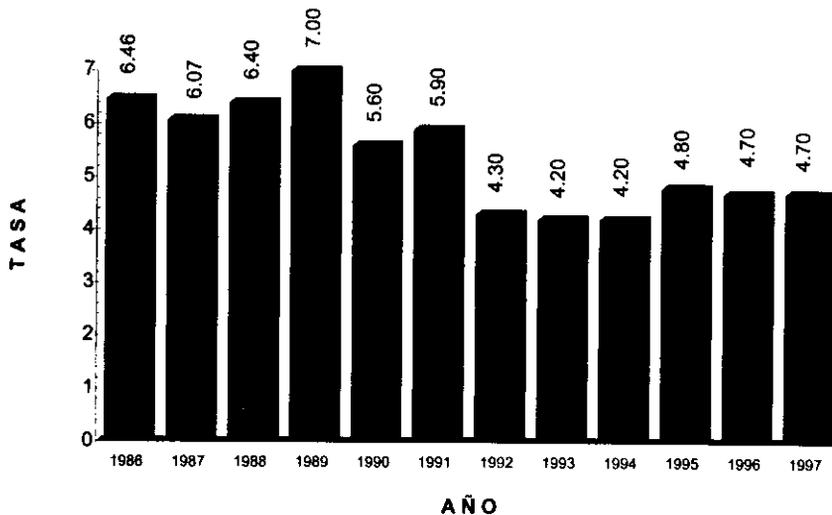


FIGURA 32



Capítulo 7

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

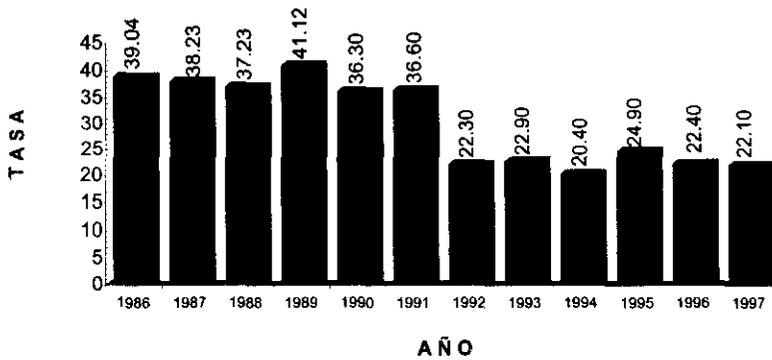


FIGURA 33

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

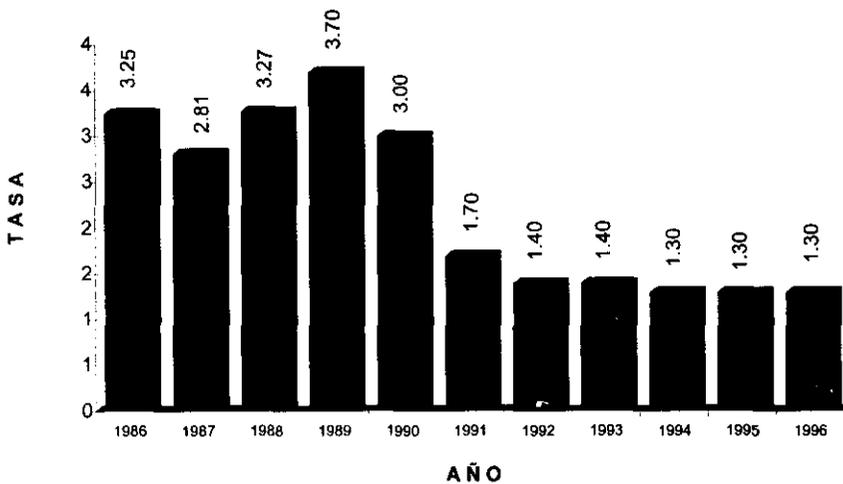


FIGURA 34



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)

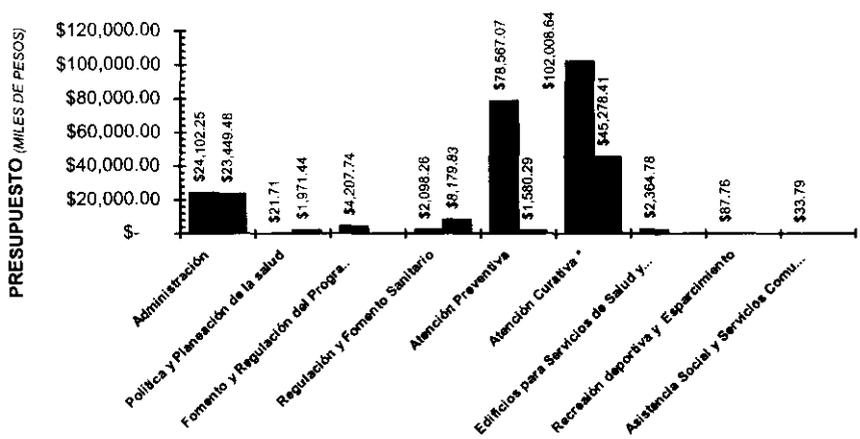
AA	Administración	\$ 24,102.25	\$ 23,449.48		\$ 47,551.73
BL	Administración	\$ 21.71	\$ 1,971.44		\$ 1,993.15
3V	Fomento y Regulación del Programa Nacional de Capacitación para los Trabajadores	\$ 4,207.74			\$ 4,207.74
3X	Regulación y Fomento Sanitario	\$ 2,098.26	\$ 8,179.83		\$ 10,278.09
DJ	Atención 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

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 I

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.

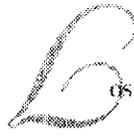
Queda al estado el formular y ejecutar los programas estatales de salud conforme a las normas, políticas y estrategias a nivel federal

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.

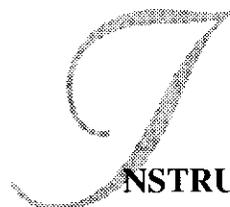
C) CENTROS DE SALUD INVOLUCRADOS

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.

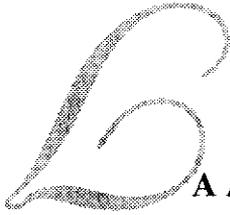
En relación a los derechos de los trabajadores el estado se compromete a garantizar la inamovilidad del trabajador, a respetar el catálogo de puestos, el código de escalafón y el derecho a permutar y todos aquellos consagrados en el apartado B del art. 123 y su ley reglamentaria, y en las condiciones 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

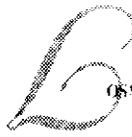
Para 1997 la Secretaría de Salud otorgó un total de 2,021,294 consultas, de las cuales 1,278,703 fueron de primera vez y 742,591 subsecuentes, de este total se desglosaron por programas y se encontró que se otorgaron 541,730 en enfermedades transmisibles siendo las diarreas y las infecciones respiratorias 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)

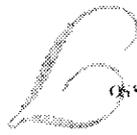
Entre las metas propuestas destacan las de prevención y control de enfermedades, que nos permitan disminuir la mortalidad infantil; la neonatal; la de menores de 5 años; las muertes por enfermedad respiratoria aguda; las muertes maternas; además de continuar con la reducción de la mortalidad por enfermedad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

La descentralización de los servicios de salud en el estado de San Luis Potosí.....	123
Introducción.....	125
TÍTULO 1. Antecedentes.....	127

INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento de las instituciones públicas en el estado de San Luis Potosí ha sido un proceso arduo y vigoroso que se experimenta en dos grandes líneas de actuación. La primera de ellas es la adecuación de los marcos jurídico-normativos que promuevan la flexibilidad en las estructuras organizativas en las que se insertan las nuevas atribuciones y facultades. Los mecanismos de decisión e implantación de decisiones se deben adecuar a las nuevas necesidades institucionales derivadas de la absorción de responsabilidades públicas.

La segunda línea de actuación tiene como punto central el redimensionamiento de las relaciones intergubernamentales y la creación de la infraestructura programática que guía la descentralización en un marco de respeto a la autonomía real de los diferentes órdenes de gobierno.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 es el marco en el cual se han desarrollado los acuerdos y convenios de coordinación intersecretarial para los procesos de descentralización de las diferentes dependencias de la Administración Pública Federal (APF), como son la Secretaría de Salud (SSA), la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), la Secretaría de Agricultura Ganadería y Desarrollo Rural (SAGAR), y la Secretaría de Educación Pública (SEP), esta última, a través del Comité del Programa Federal de Constituciones de Escuelas (CAPFCE).

Todas las dependencias y algunas entidades de la Administración Pública Federal que tienen que ver con el federalismo han profundizado en la revisión, de acuerdo con las atribuciones que competen en términos legales, y que podrán ser transferidas y llevadas a cabo en forma más eficiente, menos costosa y con mayor pertinencia por los gobiernos de los estados y de los ayuntamientos, con base a todo esto se definieron estrategias a través de acuerdos y convenios para descentralizar funciones y recursos de los organismos ya mencionados.

El caso de la descentralización de los servicios de salud al estado conllevó a dos grandes retos:

Adquirir la corresponsabilidad de la salud de la entidad por parte del gobierno local, así como buscar los mecanismos necesarios para incluir en esta corresponsabilidad a los municipios.

Por otro lado, trasladar una cultura y administración meramente ejecutiva de planes elaborados centralmente, a asimilar las nuevas facultades en materia de salud y regulación sanitaria así como crear la capacidad administrativa para asumir el nuevo papel, sobre todo en aspectos de planeación y control.

Asimismo, fue necesario explorar de manera creativa las nuevas alternativas que se generaron al ser esta entidad un organismo público descentralizado; igualmente buscar alternativas de nuevas fuentes de financiamiento y nuevas formas de generar salud en la población, sobre todo a los grupos más desprotegidos.

En este trabajo pretendemos tener una visión de los aspectos más relevantes del proceso de descentralización, así como mostrar los nuevos retos y problemas que se presentan. Es necesario aclarar que no es posible evaluar el impacto que en la salud de la población se dio con motivo de la descentralización, puesto que sería muy precipitado tratar de medirlo, ya que este aspecto es poco sensible en horizontes de corto plazo.

Como es bien sabido, el proceso de descentralización de los servicios de salud se originó en una voluntad del gobierno federal, por lo cual no se dieron de manera franca y abierta las consultas necesarias con los gobiernos estatales, no obstante el estado de San Luis Potosí, asumió responsablemente este proceso, se preparó para su mejor consecución.

Queremos agradecer a quienes facilitaron los medios y la información para realizar este trabajo, señalando que no se dispuso de toda la organización necesaria para un adecuado análisis; pero creemos presentar los principales aspectos de un proceso que mostrará en algún tiempo su impacto.

El combate al centralismo de los servicios de salud y la integración de los sistemas locales de salud que atienden las necesidades de la sociedad han sido una preocupación constante dentro de la planeación en México. Durante la Administración Federal 1982-1988, la descentralización de la vida nacional fue una de las tesis rectoras del gobierno de la República. En particular, en materia de salud pública se adoptaron 5 estrategias:

- * Sectorización.
- * Modernización administrativa.
- * Coordinación intersectorial.
- * Participación de la comunidad.
- * Descentralización de los servicios de salud.

La descentralización, en este marco de reforma nacional, fue un proceso político, jurídico y administrativo, de transferencia de facultades, funciones, programas y recursos de la Federación a los gobiernos locales, mediante la distribución de competencias, la coordinación de programas de salud en el nivel local y la integración de los servicios a población abierta, bajo la responsabilidad de las autoridades estatales.

Los propósitos sustantivos de este proceso, al menos los reconocidos explícitamente, fueron:

- * Abatir desigualdades regionales y sociales.
- * Delimitar competencias sanitarias entre órdenes de Gobierno.
- * Modernizar el aspecto administrativo.
- * Reorganizar el uso de los recursos.
- * Analizar las acciones y la participación comunitaria.

De esta forma, los objetivos concretos que se expresaron como desdoblamiento de los planteamientos de política de salud nacional, se pueden resumir en:

- * Ampliación y extensión de la cobertura.
- * Mejorar la calidad y eficiencia de gestión de las autoridades locales.
- * Fortalecer el federalismo en los servicios nacionales de salud.

Este proceso fue cimentado, entre otros elementos, en las reformas previas al artículo cuarto constitucional, donde se determina la concurrencia federal y estatal en materia de salubridad, además de un esfuerzo articulado de convenios y compromisos entre las entidades federativas y las autoridades federales.

En consecuencia, la política actual del gobierno federal en lo que concierne al sector salud, enfatiza la necesidad de instrumentar nuevamente la descentralización de los servicios que presta a la población no asegurada, que implica la transferencia a los gobiernos estatales de los servicios de la Secretaría de Salud y del Programa I.M.S.S. Solidaridad.

En la búsqueda por descentralizar los servicios de salud, en 1996 se firman los primeros acuerdos de descentralización con gobiernos de los estados, y para llevar a cabo los propósitos antes señalados, durante 1995 se formó el Consejo Nacional de Salud, integrado por el Secretario de Salud y los 32

A

ANTECEDENTES

Título 1

titulares de los servicios de salud de las entidades federativas. El Consejo se constituye como la instancia permanente de coordinación entre el nivel federal y el estatal, orientando sus funciones a fortalecer y extender la descentralización a la totalidad de los estados.

La descentralización observada en el Estado se puede describir como gradual y casuística, basada en dos estrategias:

- a) Coordinación programática.
- b) Integración orgánica.

Dentro de la estrategia de Coordinación Programática se propuso aproximar sistemas operativos entre los dos niveles de gobierno, evitar duplicidades y asegurar su complementariedad. Los productos iniciales de esta estrategia fueron asociados a la generalización de un programa educativo de salud, un sistema de operación, la regionalización operativa, la creación de la legislación sanitaria local, la coordinación de instituciones de salud en gobiernos locales, la operación de sistemas de información básica y un sistema articulado de vigilancia epidemiológica. En la integración orgánica se distingue como componente fundamental la extensión de los servicios de salud a población abierta a los estados que se incorporaron al proceso de descentralización.

El Sistema Federal destinado a zonas rurales y urbanas marginadas a cargo del I.M.S.S. y que se denominaba I.M.S.S.-COPLAMAR se integró a los servicios que prestaban las propias entidades federativas. Los criterios básicos para esta integración fueron:

- * Voluntad política de los Ejecutivos Estatales quienes manifestaron sus deseos de incorporarse al proceso.
- * Avances en la Coordinación Programática.
- * Disponibilidad económica para descentralizar.
- * Capacidad de gestión.
- * Infraestructura disponible.
- * Avances de plena cobertura.

En la práctica se adoptaron esquemas de convenios para la constitución de estructuras orgánicas, la transferencia de recursos humanos, la entrega de los bienes muebles e inmuebles y el financiamiento compartido para la prestación de servicios, así como los apoyos adicionales a los servicios estatales de salud, por lo que, según lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, el día 20 de agosto de 1996 se suscribió el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud, entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado.

Con la celebración de este acuerdo se otorga al Estado mayor autonomía para la integración de un eficiente Sistema Estatal de Salud, facilitando la toma de decisiones a nivel local, pudiendo resolver de manera más ágil los problemas relativos a la materia.

Este acuerdo establece los siguientes objetivos:

1. Los estados de la Federación asumirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado.
2. Los estados de la Federación manejarán y operarán los servicios de salud, en el ámbito de su competencia.

*Título 2*

3. Los estados de la Federación manejarán y operarán directamente los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlos de forma acorde con las necesidades de los servicios y con las prioridades locales.
4. Los estados de la Federación participarán efectivamente en el diseño e instrumentación de la política nacional de salud.
5. El fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud se dará a partir de la consolidación de los sistemas estatales.
6. La integración del ámbito estatal de las estructuras administrativas que actualmente operan los servicios federales de salud.
7. El desahogo de las cargas de trabajo administrativo para la Secretaría de Salud, permitirá hacer eficaz su reorientación como instancia normativa y operativa en aquellas materias que son de ejercicio exclusivo de la Federación.
8. El acercamiento de la autoridad local a la población demandante de servicios de salud, revitalizará la relación entre éstas y permitirá ejecutar con eficacia las funciones del municipio en actividades sanitarias de conformidad con lo que la misma ley ordena.
9. En el marco del pleno respeto a los derechos laborales, se podrán desarrollar fórmulas innovadoras que permitan llevar hasta el límite regional los apoyos efectivos en beneficio de los trabajadores de la salud.

Posteriormente se firmó el Acuerdo de Coordinación para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad. En este se suscribieron los siguientes aspectos:

1. Transferencia de atribuciones en materia de salubridad general.
2. Transferencia de atribuciones en materia de servicios de apoyo.
 - a) Programación y presupuestación.
 - b) Servicios personales.
 - c) Recursos materiales y servicios generales.
3. Transferencia de los bienes muebles e inmuebles.
4. De los derechos de los trabajadores que se incorporan al sistema estatal.
5. Transferencia de los recursos financieros.
6. De las cuotas de recuperación.

Este proceso implicó, la transferencia de facultades, decisión, responsabilidades y control de los recursos de la Secretaría de Salud hacia esta entidad federativa.

En el caso de San Luis Potosí el órgano receptor de recursos y el encargado de organizar y operar los servicios de salud es un organismo público descentralizado del gobierno de estado que, con el nombre de Servicios de Salud de San Luis Potosí, empieza a operar a partir del día 12 de septiembre de 1996.

Para el seguimiento de la instrumentación del proceso al interior de la S.SA. se constituyeron diversas instancias entre las que destacan:

- * COMITÉ DE DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCERTACIÓN. Creado para coordinar los procesos de descentralización y desconcentración e integrado por el Secretario, los Subsecretarios y el Oficial Mayor.



Título 2

- * COMITÉ DE COMISARIOS. Que se integra por servidores públicos de la S.SA. con el propósito de vigilar, detectar problemas y apoyar la gestión y resolución de asuntos a nivel estatal.
- * COMITÉ DE PROGRAMAS Y APOYOS LOGÍSTICOS. Responsable de llevar a cabo el control y seguimiento de los compromisos en materia financiera y presupuestal, estadística, informática y evaluación, organización administrativa, administración de personal, conservación, mantenimiento y obra pública, abastecimientos y aspectos patrimoniales.
- * GRUPO DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Se aboca a la elaboración del informe sobre la situación de los programas de salud que desarrollan los S.E.SA.
- * GRUPO DE TRABAJO PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA REGULACIÓN SANITARIA. Cuyo propósito es informar la situación que guarda el proceso en la materia, proponer los apoyos logísticos, normas técnicas y procedimientos para su instrumentación.
- * PROGRAMA OPERACIÓN IMPACTO. Apoyado con fondos de la organización panamericana de la salud. Consistía en una estrategia para el fortalecimiento de los programas sustantivos prioritarios en las Entidades Federativas que habían accedido al proceso de descentralización y evitar su deterioro durante el mismo.

TÍTULO 3. Distribución de competencias entre la Federación y el servicio estatal de salud de San Luis Potosí.....	137
Nivel federal.....	139
Nivel estatal.....	140



Nivel Federal

Se encarga de coordinar, normar, supervisar y evaluar el Sistema Nacional de Salud. Dictar inmediatamente las medidas necesarias, en los términos de lo previsto por la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1), los artículos 181 al 184 de la Ley General de Salud (2) y demás disposiciones aplicables.

Emitir disposiciones que traerán aparejada ejecución prioritaria.

Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones descentralizadas del estado, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.

Realizar actividades de capacitación y adiestramiento para la operación de los programas descentralizados en materia de salubridad general en la República.

1 Art. 73. - El Congreso tiene facultad: ...

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

1°. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones serán obligatorias en el país;

2°. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades tóxicas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas después por el Presidente de la República;

3°. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país;

4°. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

2 Artículo 181

En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República.

Artículo 182

En caso de emergencia causada por deterioro súbito del ambiente que ponga en peligro inminente a la población, la Secretaría de Salud adoptará las medidas de prevención y control indispensables para la protección de la salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda al Consejo de Salubridad General y a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (hoy Secretaría de Desarrollo Social).

Artículo 183

En los casos a que se refieren los artículos anteriores, el Ejecutivo Federal podrá declarar, mediante decreto, la región o regiones amenazadas que queden sujetas, durante el tiempo necesario, a la acción extraordinaria de salubridad general. Cuando hubieren desaparecido las causas que hayan originado la declaración de quedar sujeta a una región a la acción extraordinaria en materia de salubridad general, el Ejecutivo dictará un decreto que declare terminada la acción.

Artículo 184

La acción extraordinaria en materia de salubridad general será ejercida por la Secretaría de Salud, la que podrá integrar brigadas especiales que actuarán bajo su dirección y responsabilidad y tendrán las atribuciones siguientes:

I. Encomendar a las autoridades federales, estatales y municipales, así como a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, el desempeño de las actividades que estime necesarias y obtener para ese fin la participación de de los particulares;

II. Dictar medidas sanitarias relacionadas con reuniones de personas, entrada y salida de ellas en las poblaciones con los regímenes higiénicos especiales que deban implantarse, según el caso;

III. Regular el tránsito terrestre, marítimo y aéreo, así como disponer libremente de todos los medios de transporte de propiedad del estado y de servicio público, cualquiera que sea el régimen legal a que estén sujetos éstos últimos;

IV. Utilizar libre y prioritariamente los servicios telefónicos, telegráficos y de correos, así como las transmisiones de radio y televisión, y

V. Las demás que determine la propia Secretaría.



Título 3

Realizar la evaluación general de la prestación de los servicios de salud descentralizados del estado.

Ejercer la coordinación y vigilancia general del cumplimiento de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias en todas las materias de salubridad general de la República.

La Secretaría de Salud podrá asumir temporalmente cualquiera de las actividades de salubridad general, y en consecuencia organizar y operar los servicios de salud en el estado, en cualquier tiempo, conforme a las siguientes bases:

1. En caso de acción extraordinaria en materia de salubridad general en el estado, hasta en tanto subsista la causa que lo hubiera originado; en tal supuesto, las autoridades Federal, Estatal o Municipales quedarán bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.
2. A solicitud del gobernador de San Luis Potosí, para efecto de los eventos señalados en los artículos 181 y 182 de la Ley General de Salud y sin que medie declaración expresa de quedar sujeto el Estado al ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad en general, por el tiempo estrictamente indispensable para controlar los riesgos a la salud de la población.
3. A solicitud del gobernador del estado, para efectos de salubridad en general, ante la dificultad técnica de la entidad para prestar un servicio determinado, o ante un hecho súbito que origine el riesgo de grave deterioro en su prestación, por el tiempo estrictamente indispensable para normalizar el servicio.

La Secretaría de Salud se compromete a entregar al estado los instrumentos normativos, programas y soportes documentales de los diferentes Programas de Salud de cada una de las unidades administrativas correspondientes, asimismo brindará al estado, la asesoría necesaria para el buen funcionamiento de las funciones delegadas.

Nivel Estatal

Establecer los procedimientos necesarios para mejorar la calidad de los servicios a su cargo, de conformidad con las normas, políticas y estrategias del nivel federal.

Formular y ejecutar los Programas Estatales de Salud.

Realizar actividades de capacitación y adiestramiento para la realización de actividades descentralizadas.

Elaborar información estadística, debiendo proporcionarla a la Secretaría de Salud, así como rendir los informes que se le solicite.

Cumplir con lo dispuesto en la Ley General de Salud y otras disposiciones reglamentarias.

El estado se compromete a revisar las disposiciones contenidas en su legislación sanitaria, a efecto de realizar las modificaciones necesarias para no invadir el ámbito de competencia federal.



Títulos

Es muy importante señalar cuál es la finalidad que busca la descentralización de los servicios de salud, siendo ésta, la satisfacción completa de las necesidades en materia de salud e higiene, con especial atención a la población de escasos recursos, a través de una organización acorde a las características de cada entidad, esperándose con esto, lo siguiente:

- * Eficiencia en la administración de los recursos.
- * Adecuación de los programas a la realidad de la salud estatal, ya que tiene 58 municipios distribuidos en cuatro zonas claramente diferenciadas desde la perspectiva de salud: huasteca, altiplano, media y centro.
- * Implementación de un solo modelo de atención a la salud, lo cual permitirá la no duplicación de las unidades y de acciones y la regionalización de los servicios para una mayor cobertura. Esto permitirá un Sistema Único de Vigilancia de Salud, así como la regulación sanitaria a partir de cada una de las unidades de salud.
- * Facilitaría la oportunidad de la toma de decisiones a nivel local y por ende la resolución más ágil de los problemas de salud.
- * Con relación a la organización, un modelo de administración para la racionalidad de los recursos.

TÍTULO 5. Transferencia de los recursos.....	145
Servicios personales.....	147
Recursos financieros.....	148
Recursos materiales.....	149
Modernización administrativa.....	149
Redefinición de procesos administrativos.....	150

Servicios Personales

Se inició la descentralización del pago de salarios y prestaciones a los trabajadores de la Secretaría de Salud en el estado, de tal manera que los cheques de pago fueron remitidos a una institución bancaria con sede en el estado y previo depósito en cuenta corriente por parte del sector central.

En relación a los recursos humanos se tomó la previsión de cambiar el régimen bajo el cual laboraban 265 empleados, con cargo a la nómina estatal; se canceló así la relación contractual que se tenía con ellos y se determinó una nueva forma bajo el régimen de contratación por honorarios. De igual forma, se buscó evitar el impacto que constituiría la demanda de homologar los sueldos del personal (más de mil empleados) del Hospital Central y la Clínica Vicente Chico Sefn (Dr. Everardo Newman) a los tabuladores del gobierno federal.

Cabe señalar que la homologación de sueldos no se hizo necesaria por haberse preparado de antemano el proceso por parte del estado, contratando al personal solamente por honorarios, en espera de la transferencia del personal.

Asimismo, para eliminar posibles complicaciones derivadas de la transferencia de recursos humanos al Sistema Estatal de Salud, especialmente en cuanto al aspecto sindical se refiere, se invitó a todas las negociaciones realizadas a nivel central y a las reuniones informativas que se celebraron en el Sistema Estatal de Salud del Estado, a los representantes sindicales del personal de la Secretaría, para informarles con toda claridad los alcances del proceso descentralizador de este sector.

La plantilla de personal transferida se integraba de la siguiente manera:

Personal de base	1946
Personal de confianza	243
Médicos Residentes Nacionales	64
Médicos Internos de Pregrado	84
Pasantes de Servicio Social	365
Total	2702

La Secretaría de Salud transfiere inicialmente al estado 2,702 empleados que se mantienen bajo el régimen del I.S.S.S.T.E. Federal y respetando estrictamente sus derechos.

A continuación mostraremos una tabla comparativa entre el personal administrativo y el personal médico, que labora en el Servicio Estatal de Salud:

AÑOS	ADMINISTRACIÓN	MÉDICO
1994	673	1495
1995	578	1366
1996	547	1518
1997	526	1648

*Trilobis*

Recursos Financieros

La descentralización financiera pretende mejorar sensiblemente la eficiencia de los servicios de salud, mediante una asignación de recursos más eficaz, un incremento en la capacidad de respuesta de las unidades operativas y una mayor transparencia en la distribución de responsabilidades.

Sin embargo, en el corto plazo el nivel central determinó establecer solamente una línea de crédito en la que se radican los recursos destinados al gasto de operación del Servicio Estatal de Salud.

Cabe señalar que del presupuesto anual con que operaban los servicios estatales de salud el 85% (28.05 m.p.) se destinaban al gasto de operación; el 10% (3.3 m.p.) conforma el Fondo de Reserva Estatal; y el 5% (1.65 m.p.) restante se radican al gasto de operación de la Secretaría en el estado. Conviene señalar que una fuente importante de recursos del Sistema Estatal de Salud, la constituyen los ingresos derivados de las multas, licencias y otro tipo de aprovechamientos.

Los recursos financieros que la Federación radica al estado fueron en 1996, de alrededor de 52.2 millones de pesos y para 1997 se esperaba ejercer un presupuesto anual de 104.1 millones de pesos.

Por su parte, el estado continuó aportando al organismo público descentralizado antes mencionado los recursos que hasta esa fecha destinaba al sector.

RECURSOS FINANCIEROS

ANO	PRES. FEDERAL	PRES. ESTATAL	CUOTAS RECÚP.	TOTAL
85	863,553	27,229	770,053	1,66,0835
86	2,067,200	35,506	905,944	3,008,650
87	3,568,801	280,000	1,068,817	4,917,618
88	10,592,856	893,200	1,253,903	12,739,959
89	14,013,957	1,297,095	1,475,180	16,786,232
90	19,226,288	2,015,214	3,942,000	25,183,502
91	19,585,346	3,477,879	4,876,520	27,939,745
92	20,109,380	4,500,000	6,937,962	31,547,342
93	21,967,751	4,500,000	8,476,520	34,944,563
94	32,786,583	4,500,000	9,309,789	46,596,372
95	38,600,861	4,500,000	10,411,259	53,512,121
96	52,279,878	4,500,000	15,432,000	72,211,878
97	182,546,776	4,500,000	16,202,615	203,249,391
98	212,131,800	4,500,000	17,785,568	234,417,368

CUADRO 1



Recursos Materiales

El traspaso de la propiedad de la infraestructura de la Secretaría de Salud existente en el Estado, requirió llevar a cabo varias tareas entre las que destacan: el levantamiento del inventario físico del mobiliario, equipo y maquinaria instalado en las diversas jurisdicciones; oficinas administrativas, hospitales y centros de salud.

El Servicio Estatal de Salud contaba con los siguientes bienes inmuebles:

Hospitales	4
Centros de Salud Urbanos	28
Centros de Salud Rural Concentrado.	29
Centros de Salud Rural Dispersos	54
Unidades Auxiliares de Salud	16
Centros de Salud con hospital.	2
Centros Estatales	2
Almacenes	1
Laboratorio Estatal	1
Terrenos	13
Total de inmuebles	150

En términos generales los bienes muebles que integraban el patrimonio del Servicio Estatal de Salud eran los que a continuación se detalla:

Ambulancias	6
Vehículos Terrestres	155
Equipos de Cómputo (incluyendo equipos periféricos)	118
Camas de Hospital	661
Equipo de Rayos "X"	8
Laboratorios	14

El gobierno del Estado recibe una infraestructura de servicios consistente en 129 Centros de Salud, 4 hospitales con 661 camas; 14 laboratorios, así como varios equipos de rayos "X" y mobiliario y equipo de oficina instalados a lo largo de todo el territorio estatal. Es receptor asimismo de 150 inmuebles y de un parque vehicular que asciende a 161 unidades.

Modernización Administrativa

En virtud de que se realizarán actividades y funciones que actualmente se desarrollan por el nivel Central, resultará necesario contar con procedimientos específicos para los procesos de almacenamiento, abastecimiento, control de calidad, administración de inventarios de bienes inmuebles y activos fijos, así como la baja y destino de los mismos. Iniciándose la revisión de estos procedimientos.

Además las nuevas funciones y actividades que planteará el sistema descentralizado requiere modificación en la estructura orgánica actual de los servicios coordinados. Por lo antes mencio-



Título 5

nado, los dos cambios más importantes que se dan con la descentralización son la creación de la Dirección de Planeación y la Redefinición de Procesos Administrativos.

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.

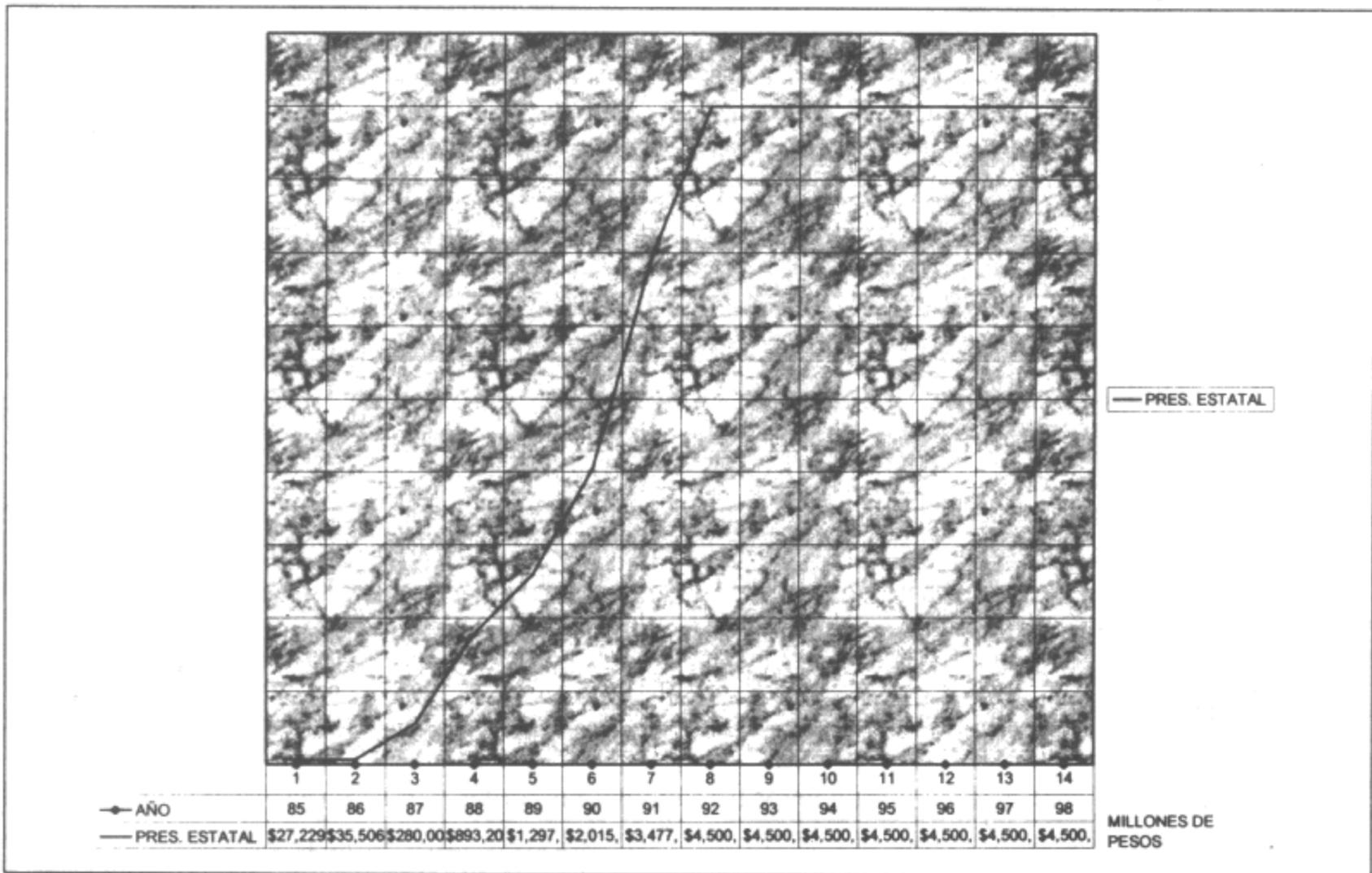
Sus funciones son: organización de la institución, planeación estratégica y táctica, definición del presupuesto y control, acopio de información, administración de una red informática.

El objetivo principal de la Planeación Estratégica es crear líneas de acción que solucionen los problemas de salud en el estado, por su parte, la Planeación Táctica, consiste en conocer la manera en como la Planeación Estratégica va a funcionar, identificando los insumos que se necesitan.

REDEFINICIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

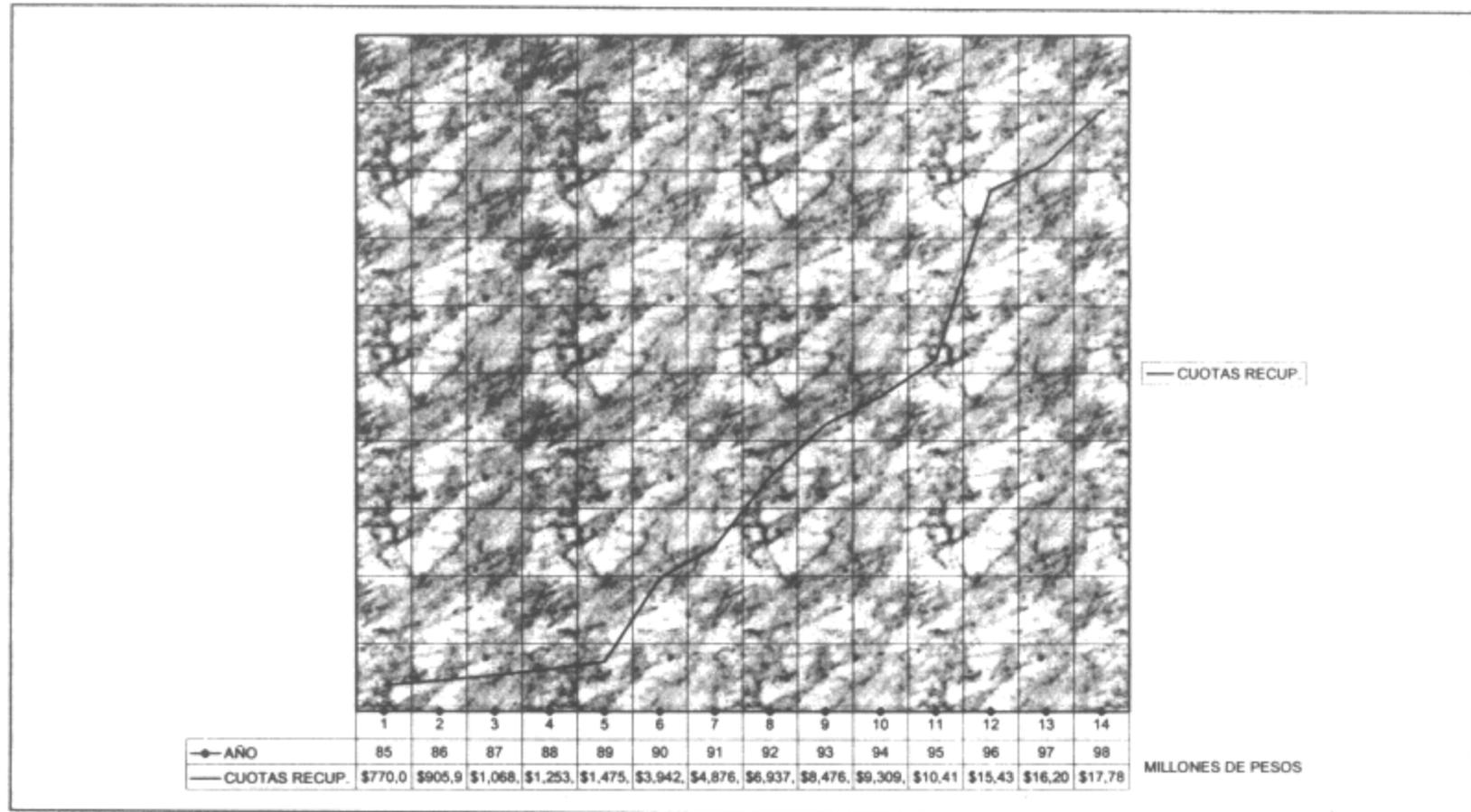
A través de esta transformación se garantiza que la organización ya no realice actividades innecesarias que disminuyen la fluidez de la información.

RECURSOS FINANCIEROS (PRESUPUESTO ESTATAL)



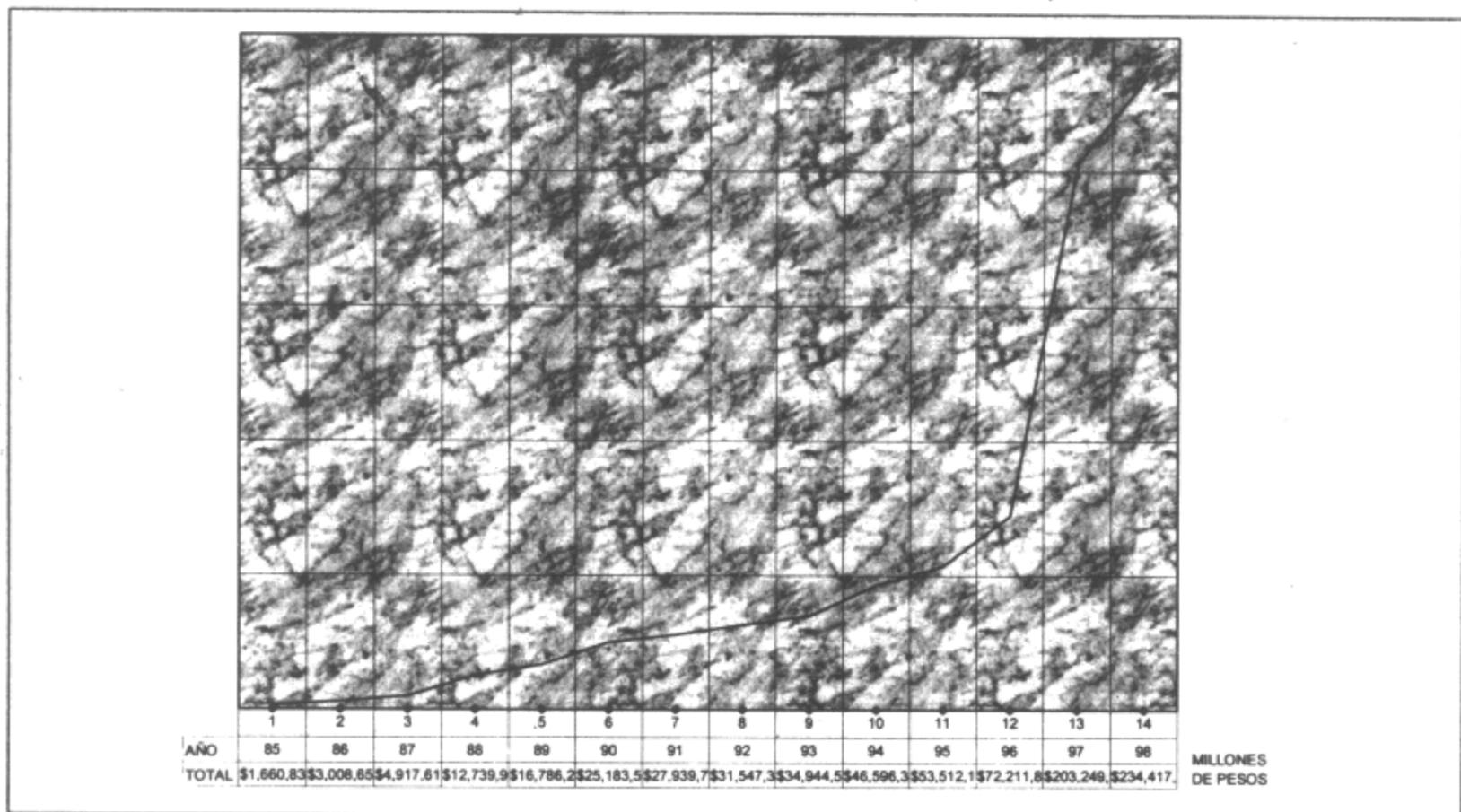
GRÁFICA 1

RECURSOS FINANCIEROS (CUOTAS DE RECUPERACIÓN)



GRÁFICA 2

RECURSOS FINANCIEROS (TOTAL)



GRÁFICA 3

TÍTULO 6. Evaluación de los servicios de salud a población abierta.....	153
Evaluación de servicios médicos a población abierta.....	155
Mecánica operativa.....	156
Variables a evaluar.....	156
Instrumentos de recolección de información.....	156
Procedimiento de trabajo.....	156
Cobertura del servicio.....	157
Calidad de atención al público.....	157
Capacitación al personal a cargo de los servicios.....	159
Condiciones generales de operación.....	159

El proceso de descentralización en el estado de San Luis Potosí ha sido muy relativo, puesto que el gobierno federal conserva demasiadas facultades dentro de su competencia, lo cual impide lograr una verdadera autonomía de los servicios de salud, un ejemplo de ello es la evaluación de los servicios de salud que se realizó durante el último trimestre de 1998 y el mes de enero de 1999 donde la Contraloría General del Estado, actuó bajo las indicaciones del gobierno federal.

Evaluación de Servicios Médicos a Población Abierta

El éxito de cualquier programa o acción de gobierno, además de relacionarse con la transparente y oportuna aplicación de los recursos públicos, tiene que ver con el impacto que genere sobre las dinámicas de desarrollo, y el grado en que permita revertir las tendencias socioeconómicas que se traducen en atraso y pobreza.

Los servicios de salud representan una pieza clave en la política social tanto del gobierno federal como de los gobiernos estatales. Por la importancia que reviste, su evaluación involucra no solo criterios de pertinencia en la aplicación de los recursos, sino elementos asociados a la calidad, cobertura y condiciones en que se prestan los servicios.

Este documento presenta una síntesis de la información recopilada por la Contraloría General del Estado (CGE) durante el último trimestre de 1998 y el mes de enero de 1999 en centros de salud a Población abierta en la mayor parte de los municipios del estado de San Luis Potosí. Es resultado de la primera etapa de un proceso de evaluación que en momentos posteriores ampliará el número de variables e indicadores a observar.

La premisa que sustenta los trabajos de evaluación desarrollados por la CGE, es la incorporación de la voz ciudadana en los procesos de control y evaluación de la gestión pública. La opinión de la sociedad constituye ahora una herramienta clave en la tarea de mejorar la acción del gobierno.

También se recupera el punto de vista de los servidores públicos directamente involucrados en los servicios de salud, y lo que según su criterio es necesario atender para mejorar la prestación del servicio.

A continuación se detalla la metodología utilizada para la evaluación de estos programas y los resultados de los operativos desarrollados.

OBJETIVO:

Corroborar la eficiencia operativa de los servicios médicos gubernamentales que se ofrecen a población abierta y proporcionar elementos que permitan estimar los niveles de satisfacción ciudadana resultante, los principales factores de desviación y las posibilidades de mejora.



*** *Mecánica Operativa:***

DISEÑO DE LA MUESTRA.

Con base en el directorio de unidades médicas proporcionado por los servicios de salud del estado de San Luis Potosí, se diseñó una muestra aleatoria de 42 centros que representan el 31% de las unidades médicas distribuidas en el territorio estatal.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Se elaboraron cuestionarios específicos que fueron aplicados al personal involucrado en la prestación de servicios médicos así como a los usuarios del mismo. Durante los meses de octubre y noviembre de 1998 y enero de 1999 se calendarizaron visitas a los 42 centros de salud incluidos en la muestra. Durante cada visita se aplicó un promedio de 13 encuestas, de las cuales 1 corresponde al Director o responsable de la unidad; 2 a médicos y 10 a usuarios del servicio, para un total de 546 encuestas.

*** *Variables a evaluar:***

1. Cobertura del servicio.
2. Calidad de atención al público.
3. Condiciones de operación de las unidades médicas.
4. Apoyo administrativo y material que reciben las unidades médicas.
5. Programas de capacitación al personal a cargo de los servicios.

*** *Instrumentos de Recolección de Información***

Los cuestionarios dirigidos a captar información de los sujetos involucrados en la prestación de Servicios de Salud a Población Abierta, constituyen el instrumento principal de evaluación. En total se aplicaron 3 cuestionarios diferentes: 1 para Directores de Unidades Médicas dependientes de los Servicios de Salud del Estado; 1 para médicos y 1 para usuarios.

Procedimientos de Trabajo

El proceso de trabajo se desarrolló con base en las siguientes etapas sucesivas:

1. Determinación del tamaño de la muestra y las poblaciones a encuestar.
2. Capacitación a encuestadores.
3. Trabajo de campo.
4. Codificación y captura de información.
5. Análisis de la información.
6. Presentación de resultados.

De las variables evaluadas se desprenden las siguientes observaciones:



Título 6

*** Cobertura del Servicio**

La edad promedio de los doctores es de 32.5 años, de los directores 40 años y de los usuarios 33 años.

La antigüedad en la Unidad Médica es de 3.5 años de los doctores y de 5 años de los directores.

Del total de usuarios del servicio, el 90.0% manifiesta que NO es la primera vez que asiste a la Unidad Médica y el 10.0% que SÍ.

Su anterior visita fue hace más de un año: el 25.48% de los usuarios dijo que SI, y el 75.52% dijo que NO.

El 72.5% de los usuarios viven en la localidad y el 27.75 NO.

El tiempo de traslado a la Unidad Médica de los usuarios.

Menos de una hora el 72.5%

De una a tres horas el 26.0%

Más de tres horas el 1.25%

*** Calidad de Atención al Público**

Se tiene que atender un número preestablecido de pacientes; los doctores contestaron que SÍ 76.81% y un 23.19% que NO; los directores dijeron que SÍ en un 75.25% y NO el 24.75%.

El promedio de atención a usuarios es de 2.66/ hora, en jornada de 7.5 horas/día.

La calidad de los servicios médicos que ofrece la Unidad.

ENTREVISTADO CALIDAD	DOCTORES	DIRECTORES
MUY BUENA	8.55%	15.75%
BUENA	87.85%	73.25%
REGULAR	3.60%	11.0 %

Los usuarios asisten a:

Consulta general en un 25.18%.

Consulta preoperatoria el 28.28%

Recibir medicamentos el 12.05%

Consulta postoperatoria el 3.37%

Otro tipo de servicios el 31.13%

El 55.20% de los usuarios NO conocen los tipos de servicios que ofrece la Unidad Médica.



Título 6

CONDICIONES DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS

Los trámites para recibir servicios:

ENTREVISTA CONDICIONES	DOCTORES	DIRECTORES
MUY COMPLICADOS	6.25%	10.75%
REGULARES	14.38%	0.00
SENCILLOS	61.25%	60.0%
MUY SENCILLOS	18.12%	29.25%

Es suficiente el personal médico para cubrir la demanda de servicios:

ENTREVISTA CONCEPTO	DOCTORES	DIRECTORES
SÍ	46.45%	66.50%
NO	53.55%	28.50%
NO CONTESTÓ	0.00 %	5.0 %

En los aspectos de limpieza e higiene y mobiliario consideran que:

	LIMPIEZA E HIGIENE		MOBILIARIO	
	MÉDICOS	DIRECTORES	MÉDICOS	DIRECTORES
BUENO	86.06%	76.23%	67.5 %	76.23%
MALO	5.0%	18.76%	21.78%	18.76%
REGULAR	0.00%	5.01%	1.78%	5.01%
NO CONTESTÓ	8.94%	0.00%	8.94%	0.00%

APOYO ADMINISTRATIVO Y MATERIAL QUE RECIBEN LAS UNIDADES MÉDICAS

A través de la caja de la unidad se cobra una cuota para recibir atención médica.

Se reciben apoyos administrativos para el desempeño de su labor; el 65% de los doctores dijo SÍ; el 5% NO y algunas veces el 30%.

Los suministros son adecuados en las Unidades Médicas, los doctores contestaron:

Suministros	SÍ	NO	No contestó
Medicamentos	75.73%	10.0 %	14.27%
Material de curación	70.0 %	15.73%	14.27%
Material quirúrgico	73.55%	12.10%	14.35%
Instrumental	65.0 %	15.73%	19.27%
Equipo médico y refacciones	50.0%	20.00 %	30.0 %
Uniformes	55.0%	15.73%	29.27%



Título 6

Los Directores:

Suministros	SI	NO	No contestó
Medicamentos	53.0 %	36.12 %	10.88%
Material de curación	67.5 %	22.5%	10.0%
Material quirúrgico	42.41%	47.5%	11.09%
Instrumental	55.0 %	33.25%	11.75%
Equipo médico y refacciones	65.0%	25.00 %	10.0 %
Uniformes	43.66%	30.0%	26.34%

*** Capacitación al Personal a cargo de los Servicios**

La Institución ofrece programas de capacitación y/o actualización médica:

El 86.43% de los doctores dijo que SI, y el 13.58% dijo que NO.

El 67.50% de los directores dijo que SÍ, y el 32.50, que NO.

Se otorgan promociones e incentivos al personal médico por calidad en el servicio:

El 25.7% de los doctores dijo que SI, y el 74.3% dijo que NO.

El 51.5% de los directores manifestó que SÍ y el 48.5% que NO.

*** Condiciones Generales de Operación**

El 61.7% de los directores de las unidades manifiestan que SÍ hay módulos de orientación a los usuarios.

El 87.85% de los doctores y el 73.25% de los directores manifiestan que es BUENA la calidad de los servicios médicos.

El 51.25 de los doctores y el 60% de los directores consideran MUY SENCILLOS los trámites para recibir el servicio.

El 67.50% del MOBILIARIO ES BUENO en las Unidades Médicas.

El suministro en las Unidades Médicas ES SUFICIENTE sin ser excelente.

Se cuenta con ADECUADO REGISTRO por cada paciente que asiste a las Unidades Médicas.

El 66.5% de los directores consideran suficiente el personal médico para cubrir la demanda de servicios, y el 53.55% de los doctores que NO lo es.

*** Quejas y Denuncias**

El 80.7% de los doctores SÍ saben a quien acudir para presentar una queja relacionada con su trabajo.

El 74.3% de los doctores manifiestan que NO se ofrecen promociones e incentivos por calidad en el servicio y el 51.5% de los directores que SÍ hay para ellos.

El 64.5% de los directores manifiestan que NO hay líneas de investigación médica en las unidades.

El 66.0% de los directores manifiestan que el cuadro básico de insumos del Sector Salud NO está suficientemente actualizado.



Título 6

USUARIOS

El 72.5% de los usuarios viven en la localidad.

El 55.2% de los usuarios NO conocen los tipos de servicios que ofrece la Unidad Médica.

El 72.5% de los usuarios utilizan menos de una hora para trasladarse a la Unidad Médica.

EL 71.4% de los usuarios considera ADECUADO el precio de la consulta.

El 78.5 de los usuarios SÍ le tienen CONFIANZA a los médicos que les están atendiendo.

Título 7

El descentralizar de manera sustantiva implica a los estados mayor autonomía en el diseño de las estrategias de salud, conforme a sus características demográficas, geográficas y epidemiológicas. Esta libertad de planeación y acción conlleva también a responsabilidades que los estados mismos tuvieron que asumir plenamente, como son: la prestación de los servicios de salud, el control y vigilancia sanitarios sobre productos, establecimientos y servicios.

Esta transición, permitiría que los servicios de salud de San Luis Potosí, tuvieran autonomía de gestión para el manejo de los recursos, cumplir eficientemente con las funciones de promoción y atención a la salud encomendadas, por esto el estado de San Luis Potosí optó por constituir un Instituto de Salud, de carácter descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios.

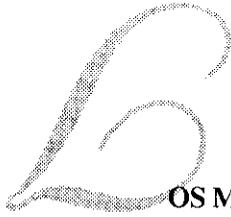
La emisión de normatividad en materia de salubridad general se conservaría como única facultad del nivel central; así por ejemplo, las licitaciones de obra que se realizan en este sector; así como las adquisiciones (en particular las compras consolidadas) seguirán normándose y centralizándose en la Cd. de México, derivándose solamente algunos rubros de adquisiciones hacia los estados (cerca del 30% del presupuesto destinado a este rubro).

Adicionalmente, la descentralización sustantiva de la Secretaría de Salud contempla la reorganización de la estructura interna en cada uno de los estados, incluyendo la reestructuración de las jurisdicciones sanitarias y en algunos casos del grado de coordinación y vinculación de estas con los municipios.

En este sentido, el Servicio Estatal de Salud inició la adecuación de su organización interna, formando áreas de apoyo como son: el Departamento de Desarrollo Organizacional y el área de control operativo, que refuerzan la unidad de planeación y proyectos especiales. De la misma forma, se ha integrado de manera temporal y con recursos del Banco Mundial, la unidad de descentralización.

La descentralización de los servicios de salud en el estado de San Luis Potosí no ha sido la esperada, ya que como se había mencionado anteriormente, el gobierno federal conserva aún demasiadas facultades, por lo que este proceso no ha rendido los frutos esperados.

TÍTULO 2.....	195
Capítulo 1. La descentralización de los servicios de salud.....	197
- Los mecanismos iniciadores de la descentralización.....	197
- Postura federal.....	197
- Postura estatal.....	198
- Los centros de salud involucrados.....	198
Capítulo 2. Los instrumentos jurídicos de la descentralización.....	199
La elaboración de los instrumentos.....	199
La firma de los acuerdos del Convenio.....	199
Los compromisos estatales derivados de la descentralización.....	200
Capítulo 3. La absorción de la descentralización.....	201
Las adecuaciones organizativas.....	201
Las modificaciones operativas.....	201
Las adecuaciones jurídicas.....	201
Impacto en recursos.....	202



LOS MECANISMOS INICIADORES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Postura Federal

Desde la conformación de la República Federal en la Constitución de 1917, se contempló el fortalecimiento de los estados y municipios en cuanto a la toma de decisiones y la capacidad de respuestas a las necesidades en los niveles locales. El artículo de la Carta Magna establece la planeación democrática para el desarrollo nacional. El artículo 40 registra el concepto de federalismo. El artículo 115 determina al municipio libre como la base de la división territorial, la organización política y administrativa en el régimen interior de los estados.

En 1984 se inicia el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta. Tales acciones incluían a los servicios de la Secretaría de Salud y a los que proporcionaba el programa hoy conocido como IMSS-Solidaridad, considerado como: "La participación de la comunidad a diferentes niveles de la organización: a nivel Estatal, con los Consejos Estatales de Vigilancia, integrados por representantes del gobierno estatal; de las dependencias del gobierno federal involucradas; de las organizaciones campesinas e indígenas de los grupos voluntarios....". Por Decreto Presidencial se previó establecer un Comité de Operación de los Servicios, encargado de llevar a cabo una descentralización, paulatina y ordenada, evitando el deterioro de los servicios y buscando su fortalecimiento y consolidación. En dicho proceso los Consejos Estatales deberían participar en forma activa.

Entre 1984 y 1985 se descentralizan solamente 14 entidades federativas, mientras que en las restantes se procede desconcentrándolas de la Secretaría de Salud a nivel central. En tal virtud, la descentralización que se efectuó en esta etapa fue parcial y se puede concluir que nunca alcanzó, los ambiciosos propósitos pretendidos.

En 1995 el Plan Nacional de Desarrollo, retoma la descentralización de los servicios de salud a población abierta, documento que a la letra consigna:

"EN UNA PRIMERA FASE DE LA DESCENTRALIZACIÓN TERMINARÁN DE DELEGARSE A TODOS LOS ESTADOS Y AL DISTRITO FEDERAL LAS FACULTADES, DECISIONES, RESPONSABILIDADES Y EL CONTROL SOBRE LA ASIGNACIÓN Y EL USO DE LOS RECURSOS QUE PERMITAN A LAS AUTORIDADES LOCALES UN FUNCIONAMIENTO DESCENTRALIZADO REAL. DE TAL FORMA, SERÁN TRANSFERIDOS A LOS GOBIERNOS ESTATALES LOS SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL IMSS-SOLIDARIDAD JUNTO CON LOS RECURSOS Y APOYOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y ORGANIZATIVOS NECESARIOS PARA SU OPERACIÓN".

En el mismo año se crea el Consejo Nacional de Salud, como responsable de agrupar a los servicios de salud estatales. El Consejo Nacional de Salud se constituye como la máxima autoridad de Salud a nivel nacional y la Secretaría de Salud se transforma en un organismo con más amplias funciones de carácter administrativo y más reducidas en el ámbito rector.



Capítulo 1

Esta es, en teoría, la postura federal, que en la operatividad real no ha rendido lo esperado. El proceso de la descentralización de los servicios de salud de la SSA prosigue en 1996 y concluye con la conformación de los organismos públicos descentralizados en los estados, en los primeros meses de 1997, que hasta la fecha no se ha cumplido totalmente. En Zacatecas el OPD se conforma el 4 de diciembre de 1996, mediante Decreto emitido por el Ejecutivo Estatal.

En cuanto al programa IMSS-Solidaridad, a pesar de lo consignado en el Plan Nacional de Desarrollo, la Federación mantiene un hermetismo absoluto y no se sabe a nivel estatal qué va a suceder con él mismo y con toda su infraestructura.

Postura Estatal

Todos los estados de la República han buscado desde su origen una verdadera autonomía, que es factible en la medida en que se logre la descentralización del quehacer gubernamental. Zacatecas se ha distinguido en el curso de la historia de México, como uno de los estados que concibieron y que han impulsado decididamente al federalismo.

En el presente ejercicio el gobierno estatal ha postulado lo que denomina federalismo renovado como alternativa de solución para abatir las desigualdades a nivel nacional, lo que constituye la piedra angular de su política económica y administrativa. En Zacatecas se reconoce la necesidad ineludible de fortalecer al municipio y a la descentralización como la herramienta idónea para conseguirlo.

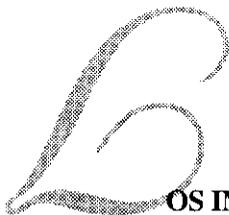
Para el sector salud se ha contemplado el proceso de descentralización desde el Plan Estatal de Desarrollo 1993-1998 y se puntualiza en el Programa de Mediano Plazo 1995-1998 donde se prevé lo concerniente.

El Gobierno de Zacatecas crea en noviembre de 1995 la Coordinación Estatal para la descentralización del IMSS-Solidaridad, que en febrero de 1996 se convierte en la Unidad de Apoyo a la Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta. Entre noviembre de 1995 y enero del 96, la coordinación mencionada presenta un Plan Estatal para la Descentralización del Sector Salud, cuyo objetivo es adecuar el proceso a sus necesidades y respondiendo a la demanda de los zacatecanos. Sin embargo, la postura federal no ha facilitado las acciones, continuando el proceso prácticamente igual que en otros estados, sin tomar en consideración las particularidades propias de la entidad.

Los Centros de Salud Involucrados

Al comienzo de la descentralización, los servicios coordinados de salud pública contaban con 116 Unidades Médicas de primer nivel y tres Hospitales de segundo nivel. Respecto al programa IMSS-Solidaridad, se disponía de 146 Unidades Médicas de primer nivel y 5 hospitales de segundo nivel.

Estos datos comprenderían los Centros de Salud Involucrados, con la salvedad que en lo referente al Programa IMSS-Solidaridad, hasta el momento no se tiene ninguna información veraz de su descentralización, al margen de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo. Lo anterior significa que sólo se han inluido los Centros de Salud que pertenecían a la SSA.



LOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La elaboración de los instrumentos

La elaboración de los ordenamientos dependió casi en su totalidad de la autoridad federal. El estado de Zacatecas intervino exclusivamente con el Decreto para la conformación del organismo público descentralizado, que establece la recepción de los servicios coordinados de salud pública en el estado, publicado en el Periódico Oficial del Estado el día 4 de diciembre de 1996; intervino también en la conformación del acta complementaria a la de entrega-recepción entre el gobierno federal y el estatal, que hasta el momento no ha sido concluida; se responsabilizó de redactar el reglamento interno de los servicios de salud de Zacatecas, documento terminado pero aún no autorizado.

Todos los acuerdos y modificaciones a la normatividad general de salud, dependieron del gobierno federal. Dentro de la Secretaría de Salud a nivel federal, se conformaron comisiones para la revisión y propuesta de instrumentos, incluso los de índole jurídico. Dichas comisiones fueron creadas en el seno del Consejo Nacional de Salud con la participación de cada estado, en alguna de ellas. Zacatecas participó en la Comisión 3, responsable de revisar lo referente a recursos humanos y se le invitó a participar en la Comisión 5, encargada de revisar modificaciones a la estructura orgánica. No obstante dichas participaciones, la decisión final correspondió a las autoridades federales.

Es importante mencionar que el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, participó y sancionó, en todo lo relacionado con la descentralización, aunque resulta difícil determinar el peso específico de su actuación, ya que la información de estos procesos se mantiene en reserva por la Federación. Es dable suponer que el concurso del Sindicato fue determinante para la protección de sus agremiados, más que para proteger la salud de la población.

La firma de los Acuerdos del Convenio

El 20 de agosto de 1996 se firman, en el salón Adolfo López Mateos de la residencia oficial de Los Pinos, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud; el Acuerdo de Coordinación que celebran la SSA, la SHCP, SECODAM y el Gobierno del Estado de Zacatecas; y el Convenio de Incorporación Total Voluntaria de los Trabajadores de la SSA al régimen Obligatorio de Seguridad Social de la Ley del ISSSTE.

El 19 de diciembre de 1996, se celebra la ceremonia protocolaria de entrega-recepción entre el gobierno federal, representado por el Secretario de Salud y el Gobierno del Estado, representado por el titular del Ejecutivo Estatal, en el Palacio de Gobierno de Zacatecas.



Capítulo 2

Los compromisos estatales derivados de la descentralización

El compromiso principal que asume el estado es acercar más la salud a la población y brindarla con calidad y calidez. Las entidades federativas cumplirán cabalmente las responsabilidades que la Ley General de Salud les ha asignado; manejarán y operarán directamente los servicios de salud en el ámbito de su nueva competencia; asimismo manejarán y operarán los recursos financieros para asignarlos según las necesidades de los servicios y en respuesta a las prioridades locales; deberán participar efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.

Los compromisos adquiridos en materia del servicio de salud son:

- Adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar y salud mental.
- Orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- Prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- Salud ocupacional y el saneamiento básico.
- Prevención y control de enfermedades transmisibles
- Prevención y atención de enfermedades no transmisibles y accidentes
- Prevención de la invalidez y la rehabilitación a discapacitados
- Programa contra el alcoholismo, tabaquismo y las adicciones.
- Programas de asistencia social.

Además de los antes expuestos, existen otros compromisos de trabajo conjunto con la Federación que en su mayoría se refieren al control sanitario en general.

Con la publicación del decreto para la conformación del OPD, repetimos, el estado asume el compromiso de realizar un Reglamento Interno para la operación de los servicios de salud y se compromete a otorgar a los trabajadores el trato determinado por la Federación, actuando como patrón sustituto de la SSA, lo referente a los trabajadores se seguirá ventilando entre el Sindicato Nacional y las autoridades federales de salud.

Con el acto protocolario de entrega-recepción, el estado se comprometió a revisar y en su caso elaborar un Acta complementaria a la entrega, en un período no mayor a 90 días naturales.



A ABSORCIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN

Las adecuaciones organizativas

En Zacatecas la única adecuación organizativa consistió en crear la Junta de Gobierno de los Servicios de Salud Estatales y convertir a ésta en la máxima autoridad de salud en el estado. De ejercitarse con la debida responsabilidad las atribuciones de la Junta de Gobierno, ésta se podrá convertir en un fuerte contrapeso ante la tendencia centralista. Hasta este momento, ni la Federación ni el estado, le han adjudicado el valor que merece y las decisiones siguen siendo centralizadas.

En el lapso de descentralización comprendido entre 1984 y 1985, la Federación analizó y autorizó modificaciones a las estructuras orgánicas de los servicios de salud en los estados donde se dio el cambio. Tales modificaciones consistieron básicamente en el aumento de personal de confianza y su recategorización, resultando un incremento que se duplicó casi en todos los casos. El soporte se justificaba teóricamente en el aumento de las cargas de trabajo que se presentarían.

Actualmente la Federación sólo autoriza modificaciones a la estructura orgánica con cargo al presupuesto del estado. No hay apoyo federal para que los estados, ahora que se ha incrementado efectivamente la carga de trabajo incrementen sus planillas para poder brindar un servicio como el que está plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo. Lo ocurrido en 1984 demuestra desigualdad entre las diversas entidades provocando que algunas dispongan de mayor capacidad de respuesta a los problemas de salud mientras que en otras persiste el rezago por carecer de una adecuada estructura organizacional.

En el nivel central se reconoce lo que implica la descentralización en cuanto a modificaciones estructurales, procediendo sin limitaciones. Se acepta el aumento en cargas de trabajo, pero se restringen los recursos necesarios para satisfacerlas. Este proceder se está convirtiendo en un serio problema que amenaza el futuro de la salud de los mexicanos.

Las modificaciones operativas

En el texto anterior relativo a los compromisos del estado derivados de la descentralización se señalaron las más importantes. Las áreas que requirieron más modificaciones operativas, son la administrativa y la de regulación sanitaria, absorbiendo más tareas delegadas por la Federación.

Las adecuaciones jurídicas

La Ley General de Salud tuvo que adecuarse a la nueva realidad y fue objeto de diversas modificaciones aprobadas con fecha 7 de mayo de 1997, sobre todo en los ámbitos antes señalados.



Capítulo 3

En Zacatecas no fueron necesarias adecuaciones jurídicas, en razón de que tanto la Ley de Salud Estatal como los reglamentos y normas relacionados con la operación, se adaptaban correctamente a la nueva realidad de los servicios de salud estatales. Si acaso habría que considerar la modificación del nombre de la institución.

La Ley de Salud del Estado no ha sido totalmente operante por deficiencias administrativas, si bien atiende jurídicamente el funcionamiento de los servicios. Debe ser más específica para facilitar el control y la operación.

Impacto en recursos

El universo está conformado por los recursos financieros, humanos y materiales.

En el Estado, los recursos financieros se han visto afectados considerablemente con la descentralización. Las causas son varias y mencionaremos las más importantes: El análisis de los presupuestos asignados y ejercidos para los años 1995, 1996 y 1997, muestra que en términos reales el presupuesto ha decrecido en comparación con la demanda y se ha visto menguado por la inflación. La Federación ha delegado la responsabilidad de la salud a los estados, pero mantiene injerencia en los mismos mediante la asignación del techo presupuestal, que engloba la totalidad del mismo. Anteriormente existían partidas que se manejaban independientemente del techo presupuestal. La Federación solicitó el Programa Operativo Anual para el 98 pidiendo que se basara en el presupuesto asignado para el 97 agregando las nuevas asignaciones que se hubieran dado hasta esa fecha, sin que se presentara ninguna. Las nuevas asignaciones se generaron justamente después de la solicitud federal. Durante 1997 cualquier incremento surgido en la operación que afectara al presupuesto, debía ser cubierto con cargo a los recursos locales, lo que ha provocado disminución en su capacidad para resolver otros problemas específicos por carecer de disponibilidad adicional. Concluyendo, la postura federal en este apartado es la siguiente: el estado es responsable y que haga lo que pueda.

Los recursos materiales se pueden considerar suficientes, pero presentan problemas relativos a su calidad y situación. Recientemente se levantó un inventario físico de recursos materiales en unidades de primer nivel, cuyos datos preliminares confirman que más del 50 % del instrumental y equipo médico se encuentra en condiciones que van de lo regular a lo malo. En 32 inmuebles se detectan irregularidades en la tenencia de los mismos o del terreno donde se ubican. El nivel administrativo adolece de recursos informáticos, lo que ocasiona no contar con datos expeditos y dificulta la operación. Por lo antes expuesto se deduce que en poco tiempo los recursos materiales se van a convertir en un serio problema financiero para el gobierno estatal.

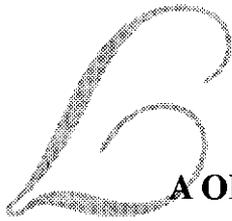
Los recursos humanos son los más importantes en la institución. Como se mencionó con anterioridad, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la SSA, estuvo muy atento al proceso de descentralización, logrando que sus agremiados no resultaran afectados. Se homologaron a 237 empleados que tenían contrato con Gobierno del Estado, ofreciéndoles las mismas condiciones, que a los empleados con base federal. Se ha comprobado que en el estado son necesarias aproximadamente 400 plazas más, sin que la Federación haya dado respuesta a esta demanda.



Capítulo 3

En Zacatecas hay conciencia de la difícil realidad económica por la que aún atraviesa el país, lo que nos obliga a no pretender más que lo que se puede y se debe. Gran parte de lo aquí planteado podría resolverse con voluntad política, propiciando un mayor acercamiento entre autoridades federales y estatales, sin perder de vista que la salud es el sustento primordial de un país fuerte.

La descentralización de los servicios de salud en el estado de Zacatecas.....	183
TÍTULO 1.	185
Capítulo 1. Los servicios de salud antes de la descentralización.....	187
La organización de los servicios de salud.....	187
Los recursos de los servicios de salud.....	190
La operación de los servicios de salud.....	191
Indicadores básicos de los servicios de salud.....	193



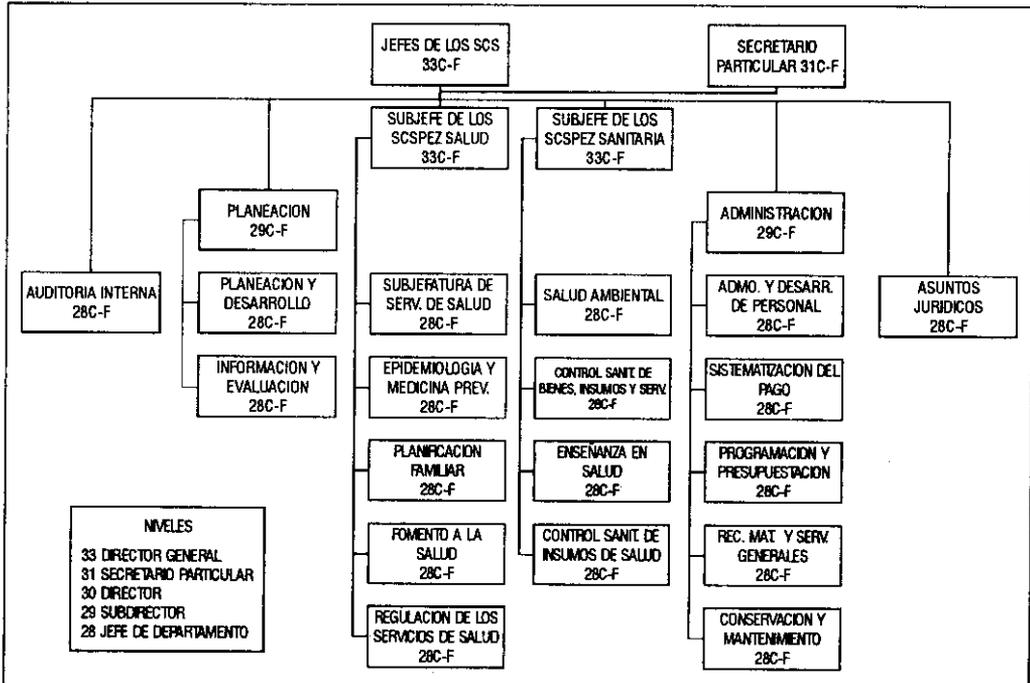
A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1) Organización de los servicios

Estructura organizacional operativa (central y delegada)

La estructura de organización de los antes denominados Servicios Coordinados de Salud Pública de Zacatecas, se considera fuera de balance, lo que dificulta seriamente la operación, comunicación y control. Como ejemplo, en lo que compete a la Dirección General dependen 17 tramos directos y 2 Staff.

A continuación se presenta el organograma actual y delegado por la Federación. Se advierte que no se consignan las áreas desconcentradas tales como: 3 Hospitales; el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea; el Centro Estatal de Salud Mental; el Laboratorio Estatal y las 7 Jurisdicciones Sanitarias, que se encuentran dependiendo de la Dirección General.





Capítulo 1

Las deficiencias de la estructura actual son evidentes. Se comentan algunas de las más notorias:

1. Demasiados tramos de control para el Director General.
2. Los niveles desconcentrados han generado cotos de poder independiente, en los que la toma de decisiones no obedece en muchas ocasiones al nivel central.
3. El cambio del nivel de Director al nivel del Jefe de Departamento, lo único que significa es mayores percepciones para el Director. No es conveniente ese puesto sin las necesarias Subdirecciones bajo su control.
4. No se justifican las Subdirecciones de Planeación y Administrativa, en tanto no dependan de una Dirección.
5. Con la descentralización, la estructura actual ha sido rebasada por las funciones delegadas, lo que provoca problemas. Persisten varias áreas operando sin estar reconocidas en la estructura formal.

La Federación no ha contemplado la modificación de la estructura como una responsabilidad propia, sino que la transmite al estado, sin responsabilidades ni apoyo financiero.

Coordinación interinstitucional de los centros de salud con el estado, la federación y los municipios, considerando los ámbitos respectivos.

Antes de la descentralización de los Servicios de Salud, no existía en Zacatecas una jefatura real del sector salud. Los entonces Servicios Coordinados de Salud Pública se encontraban desconcentrados de la Administración Pública Federal y ejercían tales funciones, a diferencia de lo que acontecía en otras entidades federativas en las que los servicios de salud dependían de la estructura federal. En consecuencia, en Zacatecas **no existía una política de salud propia.**

La cabeza del sector salud correspondía a los Servicios Coordinados de Salud, con la responsabilidad de la coordinación interinstitucional con otras dependencias, lo que se lograba parcialmente y solo en programas ordenados desde el nivel federal. **Ello provocó la duplicidad y la falta de servicios, así como una respuesta pobre a las necesidades del estado.**

A continuación se presenta una breve descripción por ámbitos y niveles de la coordinación interinstitucional de salud:

1. Nivel Federal. Es el responsable de la coordinación nacional y marca las políticas generales, normatividad y programas prioritarios. La Secretaría de Salud a nivel federal es la cabeza del Sector Salud, que gobierna, determina y opera el presupuesto. **Antes de la descentralización asumía además la operación de los servicios de salud a población abierta en la entidad. En resumen, decidía todo lo referente a los quehaceres en materia de salud.**

2. Nivel Estatal. Antes de la descentralización el Gobierno del Estado se mantenía al margen de la toma de decisiones y operación de los servicios de salud. Se limitaba a designar al Jefe de los Servicios y participaba de manera reducida con recursos propios. En caso de requerir información para acciones específicas, la obtenía de los Servicios Coordinados de Salud.

*Capítulo 1*

3. Nivel de los Servicios Coordinados de Salud Pública a Población Abierta. (Oficina Central). Les correspondía la responsabilidad de la operación de los servicios a nivel estatal. Se conducían bajo las directrices y lineamientos marcados por la federación. Eventualmente atendían algún ordenamiento del propio Estado. Proponían directamente a la Federación su Programa Operativo Anual, ajustándose a las modificaciones que la Federación determinara. Procesaban y recababan la información en materia de salud estatal, para presentarla a la Federación, que la validaba o modificaba. Posteriormente, vertían la información debidamente avalada por la Federación al estado, a los municipios y a las jurisdicciones sanitarias. Representaban a la cabeza del sector salud, con todas sus implicaciones.

4. Nivel de Jurisdicciones Sanitarias. En Zacatecas se cuenta con 7 jurisdicciones sanitarias que pertenecen a los servicios de salud, y se encuentran desconcentradas en la estructura de los mismos. Estos organismos han tenido la finalidad de lograr un conocimiento mas oportuno y directo de las necesidades; ubicarse más cerca de la operación, para una mejor supervisión y la más expedita toma de decisiones. En razón del flujo de información, de las decisiones y lineamientos que privaban antes de la descentralización, comprobamos que estos objetivos no se cumplían. Las jurisdicciones han sido las responsables del contacto directo y del control sobre los Centros de Salud. Deben informar a los Servicios Estatales de Salud lo que acontece en su ámbito de operación y cumplir lo que estos ordenen.

5. Nivel Municipal. Antes de la descentralización, la participación de los ayuntamientos había sido escasa, prácticamente nula en esta materia. Solo en caso de requerir información o de efectuar acciones específicas, recurrían a los servicios estatales de salud.

6. Nivel de Centro de Salud. Constituyen el frente de batalla de la salud. Operan todo lo referente a la materia, **en contacto estrecho con los usuarios. Se cuenta con 120 instalaciones de este tipo**, bajo la tutela de las jurisdicciones respectivas, que proporcionan los recursos y establecen los lineamientos necesarios.

Antes de la descentralización, el nivel federal poco tomaba en cuenta al Estado.

En seguida se presenta un diagrama de flujo de los distintos niveles que intervenían en el proceso antes de la descentralización:



*Capítulo 1*

El trabajo realizado por los Servicios Estatales de Salud resultó viciado por el tiempo y las costumbres. No se obtuvo la cabal responsabilidad en las acciones en virtud de la ingerencia de la Federación, que por otra parte se ubica a 650 kilómetros de distancia. El presupuesto estatal en este renglón representaba apenas el 2% del total asignado a la Secretaría de Salud.

Al no contar con un sistema estatal propio, la relación interinstitucional servía únicamente para proporcionar información al centro, o en las campañas nacionales de vacunación, sin acciones conjuntas y sin involucrar las políticas específicas de la entidad.

Hoy en día, los cambios derivados de la descentralización son mínimos y han arrojado solamente desconcierto y pocos beneficios. La Federación nos considera descentralizados en cuanto a la obtención de recursos financieros y de manera opuesta en la toma de decisiones.

2) Los Recursos de los Servicios de Salud**RECURSOS HUMANOS**

RECURSOS HUMANOS POR ÁREA	Dic. 96	Oct. 97
Area Médica	1243	1276
Area Administrativa y Servicios Generales	440	427
SUBTOTAL	1683	1703
Becarios	486	450
TOTAL	2169	2153

Nota: El personal becario incluye médicos internos de pregrado, médicos y enfermeras en servicio social y residentes, con permanencia temporal y número variable por año.

Fuente: Subdirección Administrativa. Departamento de Sistematización del Pago.

**RECURSOS MATERIALES
UNIDADES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

DENOMINACION	1996	1997
Unidad Auxiliar de Salud	15	25
Centro de Salud para Población Dispersa	72	70
Centro de Salud para Población Concentrada	12	8
Centro de Salud con Hospital	9	8
Centro de Salud Urbano	8	9
TOTAL	116	120



Capítulo 1

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DENOMINACIÓN	1996	1997
Hospital General	3	3
TOTAL	3	3

Fuente: Subdirección de Planeación.

CENTRALES

DENOMINACIÓN	Simbología	1996	1997
Oficina Central	OF	1	1
Almacén Central	Ac	1	
TOTAL		2	2

**PERIFÉRICAS
(A NIVEL DE CASA JURISDICCIÓN)**

Denominación	Simbología	1996	1997
Jurisdicción Zacatecas	JZ	1	1
Jurisdicción Ojo Caliente	JO	1	1
Jurisdicción Fresnillo	JF	1	1
Jurisdicción Río Grande	JRG	1	1
Jurisdicción Jalpa	JJ	1	1
Jurisdicción Tlaltenalgo	JT	1	1
Jurisdicción C. del Oro	JCO	1	1
TOTAL		7	7

Fuente: Subdirección de Planeación.

3) La Operación de los Servicios de Salud

- El marco jurídico de operación
 - Servicios de atención
 - Servicios Administrativos
 - Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, título segundo, capítulo II,(Reforma D.O. 21 - 11 - 92).
 - Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, capítulo II, artículos 13, 17 y 19, D.O. 31 - 12 - 76
 - Ley de Planeación, capítulo I, artículos 3 y 9; capítulo II, artículo 16; capítulo IV, artículo 27, D.O. 5 - 01 - 83 .
 - Ley General de Salud, capítulo I, artículo 7, fracción VI (D. O. 01 -7- 84).
 - Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
 - Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas (D. O. 11-10-86)

*Capítulo 1*

- Reglamentos
 - Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, título segundo, capítulo I, artículo 8; capítulo II, artículos 14 y 16; capítulo III, artículo 21 (D.O. 18 - 11 - 81).
 - Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
 - Manual de Organización Específico de los Servicios de Salud (12 - 93).
- Las relaciones laborales
 - Personal de servicio médico
 - Personal administrativo
 - Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (D.O. 28 - 12 - 63).
 - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
 - Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
 - Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene.
 - Decreto que crea un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal, Periódico Oficial 04 - 12 - 96 .
- Decisión sobre planes y programas
 - Plan Estatal
 - Programas Estratégicos
 - Programas Operativos
 - Programas de servicios generales
- Plan Estatal de Desarrollo 1992 - 1998.

Para la elaboración y decisión de planes y programas, es necesario presentarlos atendiendo a las particularidades de la salud. Deben considerarse los aspectos normativos y los ordenamientos emanados de la Ley de Planeación, Ley Estatal de Planeación (D.O. 04 - 02 - 84), del sistema nacional de planeación y de los procedimientos que dicta la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través del Manual para el proceso de planeación de la Programación-Presupuestación.

El programa de servicios generales se realiza a través de la Subdirección Administrativa con el apoyo de Recursos Materiales y Servicios Generales, fundamentado en el diagnóstico situacional de las Unidades de los Servicios de Salud.

- Mecanismos de aprobación y liberación de los recursos financieros.
 - Adquisiciones
 - Mantenimiento

Se efectúan mediante la observación y cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Operativo Anual. La liberación de los recursos debe autorizarse por el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal. La asignación de recursos obedece al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Por el conducto de la Secretaría de Planeación y Finanzas Estatal, conforme a calendario, se radican los recursos financieros; se liberan a través de la correspondiente Dirección Administrativa mediante depósito a cuenta específica. El ejercicio de¹ to se canjea de la cuenta específica a la Cuenta por Liquidar Certificada.

*Capítulo 1*

La liberación de recursos para adquisiciones requiere también aprobación del Comité de Adquisiciones con apego a la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas. En cuanto al mantenimiento se observa el mismo procedimiento anterior.

4) Indicadores Básicos de los Servicios de Salud

En la actualidad no se dispone de información respecto a los rubros de cobertura, eficacia programática, eficiencia presupuestal, economías y ahorros, inversión y porcentaje de gastos administrativos sobre gasto total, en razón de que recientemente se han firmado los convenios para la descentralización entre la Federación y el estado.

Los únicos datos recabados son los siguientes:

Indicadores de inversión	4 %
Gastos de Operación	2 %
Gasto Administrativo sobre Gasto Total	11 %

TÍTULO 3. Los servicios de salud después de la descentralización.....205

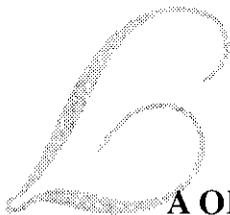
 Capítulo 1. La organización de los sistemas de salud.....207

 Organización de los servicios.....207

 Los recursos de los servicios de salud.....207

 La operación de los servicios de salud.....208

 Indicadores básicos de los servicios de salud.....208



A ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Organización de los servicios

Es imprescindible señalar en este capítulo que el proceso de descentralización no ha concluido, por lo que en este momento el análisis de los servicios de salud posterior al proceso que nos ocupa resulta prematuro y parcial.

Según lo expuesto en los contenidos anteriores, se hace evidente que el Gobierno del Estado de Zacatecas ha asumido la tarea de conocer y reconocer la problemática inherente a la salud de sus habitantes. Lograr lo anterior de manera seria y responsable, conlleva un esfuerzo que requiere de tiempo y dedicación, que ha sido cabalmente efectuado por la administración local, por lo que se advierten positivos avances en todos los ámbitos de la salud en la entidad.

En la actualidad se está realizando de manera integral la reorganización en los servicios de salud, que afecta la totalidad de la operación: se incluyen las jurisdicciones, los hospitales y la oficina central. Se utilizan los recursos existentes y se continúa replanteando ante la Federación el cambio de la estructura orgánica vigente.

Para acceder con éxito a una completa reorganización, han de superarse diversos obstáculos: uno de ellos lo constituye el desconocimiento de la operación por parte del Gobierno del Estado respecto a los servicios de salud antes de la descentralización, debido al manejo centralizado previo, otros se originan por factores heterogéneos que han sido considerados puntualmente en el curso del presente trabajo.

2. Los recursos de los servicios de salud

En este apartado la única modificación que se ha realizado es la relativa a la facultad que actualmente ejerce el estado para decidir cómo y en dónde invierte los recursos que otorga la Federación. No obstante, si bien corresponde al estado cómo invertirlos, están condicionados a destinarse al área de la salud, con limitantes en lo referente al capítulo 1000, servicios personales, en el que la Federación establece las directrices para cuánto y cómo deben ser aplicados.

La totalidad de los recursos se ejercen por las autoridades federales y el Gobierno de la Entidad, por lo que es conveniente que se negocie mediante la Junta de Gobierno, la autorización para el Programa Operativo Anual de los Servicios de Salud de Zacatecas.

A través de la descentralización, la Federación busca incrementar la participación de los estados en el presupuesto destinado a la salud. Sin embargo, en nuestra entidad, merced a una insuficiente



Capítulo 1

recaudación propia, se amplía la distancia en relación a otros estados con mayor capacidad tributaria y desarrollo económico. Repetimos que solamente se recibe en participaciones el 2% del total asignado por el presupuesto federal a la Secretaría de Salud.

3. La operación de los servicios de salud

La operación básica de los Servicios de Salud propiamente dichos, no ha experimentado alteraciones sustanciales; las existentes, de carácter complementario, han sido abordadas con anterioridad en el rubro de compromisos del estado ante la descentralización.

En este inciso hay que insistir en el criterio de que los cambios provechosos no serán inmediatos por cuanto a que la descentralización apenas comienza a efectuarse. El proceso, de conformidad con los actuales planes federales y estatales programados, requiere de más tiempo, más esfuerzo, más voluntad, más corresponsabilidad, más experiencia y más conocimiento para progresar hacia su consolidación satisfactoria y así otorgar el beneficio social que en esta materia reclama el pueblo de Zacatecas.

4. Indicadores básicos de los servicios de salud

SERVICIO DE SALUD DE ZACATECAS INSUMENTAL Y EQUIPO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL Distribución de la totalidad del Instrumental y Equipo por número de Módulos de Atención						
INSUMENTAL Y EQUIPO	Un Módulo	Dos Módulos	Tres Módulos	Seis Módulos	Nueve Módulos	Total
Pinzas de Kelly curva de 14 cm	188	94	54	24	18	340
Pinzas de Mosco curva de 12.5 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas de disección con dientes de 14.5 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas de disección sin dientes de 14.5 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas Rochester Oschner recta de 14.5 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas Forester curva de 24 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas Forester recta de 24 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas de Allis de 16 cm	94	28	27	12	9	170
Pinzas de Pozzy recta de 24 cm	94	28	27	12	9	170
Porta agujas de Mayo Hegar de 16 cm	94	28	27	12	9	170
Tijera Metzbaum curva	94	28	27	12	9	170
Tijera Metzbaum recta	94	28	27	12	9	170
Mango para Bisturi	188	94	54	24	18	340
Separadores de Miller	94	28	27	12	9	170
Hojas de Bisturi	94	28	27	12	9	170
Espejo vaginal chico	94	28	27	12	9	170
Espejo vaginal mediano	94	28	27	12	9	170
Espejo vaginal grande	94	28	27	12	9	170
Estetoscopio Braunhartz	94	28	27	12	9	170
Estetoscopio Pinard	94	28	27	12	9	170
Erfingmomandmetro portátil	94	28	27	12	9	170
Estuche de diagnóstico sin oftalmoscopio	94	28	27	12	9	170
Olla express de 8 litros o esterilizador	94	28	27	12	9	170
Parrilla eléctrica o cocineta	94	28	27	12	9	170
Refrigerador de 4.5 p.c. o de tres vías	94	28	27	12	9	170
Termómetro de doble columna	94	28	27	12	9	170
Lavabo, tarja o lavamanos	94	28	27	12	9	170
Charola con tapa de acero inoxidable	94	28	27	12	9	170
Rifón de acero inoxidable	94	28	27	12	9	170
Cajita de Kelli	94	28	27	12	9	170
Lampara de mano (de baterías)	94	28	27	12	9	170
Equipo de ventilación donde se requiera	94	28	27	12	9	170
Estuche comparador de cloro	94	28	27	12	9	170

Fuente: Módulo de Atención a la Salud para Población Abierta. Paquete Básico de Servicios de Salud, 1995.

Cantidad de Módulos por unidad médica de primer nivel	
Un Módulo	94
Dos Módulos	14
Tres Módulos	9
Seis Módulos	2
Nueve Módulos	1
Total	120

SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS
MOBILIARIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL
Distribución de la totalidad de los bienes muebles por número de Módulo de Atención

MOBILIARIO	Un Módulo	Dos Módulos	Tres Módulos	Seis Módulos	Nueve Módulos	Total
Escritorio para médico	94	28	27	12	9	170
Silla o sillón para médico	94	28	27	12	9	170
Sillas para pacientes	188	56	54	24	18	340
Archivero	94	28	27	12	9	170
Mesa de exploración ginecológica con piernas	94	28	27	12	9	170
Banqueta de altura	94	28	27	12	9	170
Banco giratorio	94	28	27	12	9	170
Báscula con estadímetro	94	28	27	12	9	170
Báscula para bebé	94	28	27	12	9	170
Lámpara de pie o chicote	94	28	27	12	9	170
Mesa de mayo	94	28	27	12	9	170
Mesa Pasteur	94	28	27	12	9	170
Portavenoclisis	94	28	27	12	9	170
Biombio	94	28	27	12	9	170
Gabinete con puerta doble de vidrio	94	28	27	12	9	170
Cama clínica de dos posiciones	94	28	27	12	9	170
Cama	94	28	27	12	9	170
Buró	94	28	27	12	9	170
Regadera	94	28	27	12	9	170
Calentador de agua	94	28	27	12	9	170
Muebles de baño (juego)	94	28	27	12	9	170
Refrigerador	94	28	27	12	9	170
Mesa	94	28	27	12	9	170
Silla	94	28	27	12	9	170
Cocineta	94	28	27	12	9	170
Utensilios de cocina (juego)	94	28	27	12	9	170

Clasificación de las unidades médicas por número de módulo		Fuente
Un Módulo	94	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta Paquete Básico de Servicios de Salud 1995
Dos Módulos	14	
Tres Módulos	9	
Seis Módulos	2	
Nueve Módulos	1	
TOTAL	120	

Capítulo 1



ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACION
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD	
01								ADMINISTRACIÓN GUBERNAMENTAL
	01							Dirección y Apoyo Administrativo
		AA						Administración
			08					Administración central
			09					Administración paraestatal
02								POLÍTICA Y PLANEACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
	02							Social
		BL						Política y planeación de la salud
			01					Conducción y coordinación general
			02					Planeación, programación y presupuestación
			03					Control y evaluación
03								FOMENTO Y REGULACIÓN
	02							Económica
		3O						Desarrollo de la Investigación Aplicada
			05		04	110	X9	Investigación en salud y seguridad social
								Desarrollar investigaciones clínicas
		3S						Desarrollo y Apoyo de la Investigación Básica
			04		03	110	X9	Investigación en ciencias médicas
								Realizar investigaciones básicas
	03							Social
		3V						Fomento y Regulación del programa nacional de
			08					Capacitación para los Trabajadores
					01	162	1X	Capacitación en el sector salud y seguridad social
								Capacitar al personal profesional, técnico, auxiliar y
					04	162	X9	administrativo de los servicios
								Formar personal profesional y técnico en las diferentes
								ramas de la salud
		3X						Regulación y Fomento Sanitario
			01					Regulación sanitaria
					01	161	X9	Otorgar licencias sanitarias
					02	082	X9	Realizar estudios para la elaboración de normas
								técnicas



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACION			
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD				
04	02	DJ	02		03	061	X9	Emitir dictámenes sanitarios			
					04	183	X9	Otorgar registros sanitarios			
					05	161	X9	Otorgar permisos sanitarios			
					06	038	X9	Certificar la calidad de las unidades de sangre			
					01	107	X9	Realizar verificaciones sanitarias			
					02	038	X9	Realizar certificaciones sanitarias			
				03	143	X9	Tomar muestras para control sanitario				
										DESARROLLO SOCIAL	
										Servicios de Salud	
										Atención preventiva	
						01		02	065	X9	Aplicar esquemas de vacunación a menores, mujeres embarazadas y población en riesgo
						02		03	065	X9	Aplicar esquemas de vacunación antirrábica a animales
								01	047	X9	Detectar y controlar enfermedades transmisibles
					02	089	X9	Proteger a la población contra daños transmisibles			
					03	047	X9	Detectar y controlar casos de enfermedades de transmisión sexual			
					04	047	X9	Detectar y controlar enfermedades transmitidas por vector			
					05	047	X9	Detectar y controlar enfermedades respiratorias agudas			
					06	047	X9	Detectar y controlar enfermedades diarreicas agudas			
					09	153	X9	Detectar y controlar casos de tuberculosis			
					10	162	X9	Detectar y controlar personas agredidas por animales rabiosos			
					11	153	X9	Detectar y controlar casos de brucelosis			
					12	153	X9	Detectar al enfermo teniásico			
			03		13	153	X9	Detectar enfermos de lepra			
								Detección oportuna de enfermedades			
					01	162	X9	Detectar padecimientos crónico-degenerativos			
					02	047	X9	Detectar padecimientos mentales y adicciones			
					04	047	X9	Prevenir padecimientos bucodentales			
					05	047	X9	Detectar y tratar el cáncer cérvico-uterino y mamario y tratar displasias			
					06	082	X9	Detectar casos de cisticercosis			
					08	162	X9	Prevenir diagnosticar y controlar la diabetes mellitus			
					09	162	X9	Prevenir y controlar la hipertensión arterial			
			05					Planificación familiar			



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACIÓN
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD	
					01	047	X9	Orientar y atender a la población en materia de planificación familiar
					02	162	X9	Atender a nuevas aceptantes
					03	162	X9	Atender a usuarios activos
			06					Orientación para la salud
					01	130	X9	Orientar e informar a la población para mejorar sus condiciones de salud
			07		02	162	X9	Capacitar a la población en materia de salud Materno infantil
					01	047	X9	Controlar el crecimiento y desarrollo de menores de 5 años
					02	047	X9	Controlar el estado de salud de la embarazada y su producto
					03	162	X9	Atender el parto en comunidades sin servicios de salud por parteras tradicionales
					07	145	X9	Detectar el hipotiroidismo congénito en el recién nacido
		DK						Atención curativa
			01					Consulta externa general
					02	047	X9	Proporcionar consulta externa general
			02					Consulta externa especializada
					02	047	X9	Proporcionar consulta externa especializada
			03					Hospitalización general
					01	066	X9	Proporcionar atención médico-quirúrgica
			04					Hospitalización especializada
					01	066	X9	Proporcionar atención médico-quirúrgica especializada
			05					Rehabilitación
					01	047	X9	Proporcionar atención en rehabilitación
			06					Atención en urgencias, emergencias y desastres
					01	047	X9	Proporcionar atención médica en urgencias
	02							Servicios Culturales ,Recreación y Deporte
		DL						Difusión cultural
			04					Promoción de actividades educativas y culturales
					03	162	X9	Promover actividades educativas y culturales para el uso del tiempo libre
		DM						Recreación, Deporte y Esparcimiento
			01					Desarrollo del deporte
	04				02	162	X9	Promover la práctica del deporte
		DN						Asistencia y Seguridad Social
								Asistencia Social, Servicios Comunitarios y Prestaciones Sociales



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACIÓN			
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD				
05			01			03	180	X9	Atención y mejoramiento nutricional		
							156		Distribuir raciones alimenticias		
							04	162	X9	Proporcionar orientación nutricional	
							05	162	X9	Entregar paquetes de semillas para huertos	
					03					Promoción del desarrollo familiar	
							01	162	X9	Promover el bienestar comunitario	
							02	162	X9	Promover la participación comunitaria y familiar	
								083			
							03	093	X9	Fomentar y asesorar grupos comunales	
								162			
							04	083	X9	Promover el mejoramiento de la comunidad	
							05	093	X9	Promover la formación de grupos para la actividad productiva	
								083			
							06	083	X9	Promover el desarrollo integral del adolescente	
								162			
								082			
							08	062	X9	Orientar y capacitar a la población en materia de bienestar social	
							07	037	X9	Promover y evaluar la instrumentación de cocinas populares	
								162			
							09	072	X9	Promover microempresas familiares y comunitarias	
						11				Protección y asistencia a población en desamparo	
							01	162	X9	Brindar protección y atención a desamparados	
								006			
							02	162	X9	Promover la prestación de servicios básicos de asistencia social	
						12				Atender diariamente en centros asistenciales	
								03	162	X9	Asistencia a minusválidos
							01	162	X9	Orientar y detectar la invalidez	
								083			
				02	047	X9	Atender la invalidez				
				03	047	X9	Proporcionar terapia rehabilitatoria				
				04	165	X9	Proporcionar ayudas funcionales				
				05	162	X9	Otorgar atención y asistencia integral al senecto				
							INFRAESTRUCTURA				
	09						Educación, Cultura y deporte				
		SF					Ampliación y Mejoramiento de a Planta Física para la Educación y Capacitación				
			11				Obras especiales				



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACIÓN
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD	
	10				02	037	IV	Rehabilitar centros de investigación y enseñanza de la salud
		51						Salud y Seguridad Social
			01					Edificios para Servicios de Salud y Seguridad Social
				06				Unidades de atención médica de primer nivel
					01	039	IV	Programa Normal
					02	039	IV	Construir clínicas
			02					Ampliar clínicas
				06				Hospitales
					01	103	IV	Programa Normal
					02	103	IV	Construir hospitales
					03	103	IV	Ampliar hospitales
					04	103	IV	Construir hospitales de especialidades
								Ampliar hospitales de especialidades
			06					Centros de atención social, rehabilitación y educación especial
					01	037	IV	Construir Centros
					02	037	IV	Ampliar Centros
			07					Laboratorios
				06				Programa Normal
					01	117	IV	Construir laboratorios
					02	117	IV	Ampliar laboratorios
			08					Conservación y rehabilitación
				06				Programa Normal
					01	037	IV	Conservar y rehabilitar unidades de primer nivel
					02	037	IV	Conservar y rehabilitar unidades de segundo nivel
					03	103	IV	Conservar y rehabilitar otras unidades de apoyo
					04	037	IV	Rehabilitar centros de asistencia social
					05	117	IV	Rehabilitar laboratorio
					12	037	IV	Conservar y rehabilitar unidades de tercer nivel
				07				Programa de solidaridad-SSA
					01	047	IV	Conservar y rehabilitar unidades de primer nivel
					02	147	IV	Conservar y rehabilitar unidades de segundo nivel
					03	147	IV	Conservar y rehabilitar otras unidades de apoyo
					04	147	IV	Rehabilitar centros de asistencia social
					05	117	IV	Rehabilitar laboratorios
					12	147	IV	Conservar y rehabilitar unidades de tercer nivel



Capítulo 1

CLAVE								DENOMINACIÓN	
F	SF	PG	SP	PY	MT	UM	GD		
06	11	5K	01		08	037	IV	Edificios Públicos	
								Edificios Administrativos	
								Construcción y ampliación Construir y ampliar unidades de apoyo	
	03	FN	01						PRODUCCIÓN
									Petróleo, Petroquímica y Manufactura
									Producción de Insumo Médicos y Material de Curación
									Productos Biológicos y reactivos
									Producir biológicos
									Producir reactivos
									Producción de prótesis, órtesis y ayudas funcionales
Producir prótesis, órtesis y ayudas funcionales									
			02		01	065	III	Producir biológicos	
			02		02	119	III	Producir reactivos	
			02		01	165	III	Producción de prótesis, órtesis y ayudas funcionales	
					01	165	III	Producir prótesis, órtesis y ayudas funcionales	

PROPUESTAS DE MODIFICACION
A LA ESTRUCTURA PROGRAMATICA
1996

CLAVE					DENOMINACIÓN
PG	SP	PY	MT	UM	
3X	01		07	078	REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
					REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
					Atender avisos
DE	01		01	062	VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO
					VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
					Identificar riesgos y daños para control epidemiológico
DJ	02		01	162	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
					Identificar riesgos y daños para control epidemiológico
					ATENCIÓN PREVENTIVA
			12		CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
					Detectar y tratar al enfermo de Teniasis/Cisticercosis

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRÁCTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
1	ADMINISTRACIÓN	929,196.00	2'418,624.47	609,540.01	2'538,282.46	2'538,280.48	1.98
8	ADMINISTRACIÓN CENTRAL	729,198.00	2'418,624.47	609,540.01	2'538,282.46	2'538,280.48	1.98
18-1101	SUELDOS	0.00	918,714.59	0.00	918,714.59	918,714.59	0.00
18-1139	AGUINALDOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
18-1135	COMPENSACIONES	0.00	75,565.30	0.00	75,565.30	75,565.30	0.00
18-1150	PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL	0.00	18,112.98	0.00	18,112.98	18,112.98	0.00
18-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	53,917.00	896,929.20	0.00	952,846.20	952,846.20	0.00
18-1140	PRIMA VACACIONAL	0.00	35,377.44	0.00	35,377.44	35,377.44	0.00
18-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	118,652.10	0.00	118,652.10	118,652.10	0.00
18-1210	INTERINATOS	316,181.00	0.00	316,181.00	0.00	0.00	0.00
18-2110	EDIFICIOS Y LOCALES	80,000.00	21,441.98	0.00	101,441.98	101,441.98	1.98
18-2130	EQUIPO DE TRANSPORTE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
18-2140	SEGUROS Y FINANZAS	40,000.00	0.00	40,000.00	0.00	0.00	0.00
18-2141	SEG. Y FIAN. DE VEHICULOS	0.00	18,515.41	0.00	18,515.41	18,515.41	0.00
18-2142	SEG. Y FIAN. DE EDIFICIOS	0.00	7,859.00	0.00	7,859.00	7,859.00	0.00
18-2150	ARRENDAMIENTOS (VARIOS)	0.00	446.20	0.00	446.20	446.20	0.00
18-2210	CORREOS Y TELÉGRAFOS	11,000.00	0.00	1,925.00	9,075.00	9,075.00	0.00
18-2220	TELÉFONOS Y TÉLEX	145,000.00	19,340.84	145,000.00	19,340.84	19,340.84	0.00
18-2221	TELÉFONOS CONVENCIONALES	0.00	145,000.00	60,479.21	84,520.79	84,520.79	0.00
18-2230	ENERGÍA ELÉCTRICA	25,100.00	0.00	18,111.00	6,989.00	6,989.00	0.00
18-2280	GASTOS MENORES	0.00	296.63	0.00	296.63	296.63	0.00
18-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	15,000.00	0.00	15,000.00	0.00	0.00	0.00
18-2340	OTROS GASTOS DE DIFUS. E INFORMACIÓN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
18-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	29,862.05	4,843.80	25,018.25	25,018.25	0.00
18-2346	ADQUISICIÓN DE PERIÓDICOS Y REVISTAS	0.00	6,467.00	0.00	6,467.00	6,467.00	0.00

Capítulo 1



ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
18-2450	ATENCIÓN A VISITANTES FUN	0.00	96,834.94	0.00	96,834.94	96,834.94	0.00
18-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	2,115.00	0.00	2,115.00	2,115.00	0.00
18-2490	COOPERACIONES Y DONATIVOS	8,000.00	0.00	8,000.00	0.00	0.00	0.00
18-2660	MANT. EDIF. Y A. REC.	0.00	1,662.26	0.00	1,662.26	1,662.26	0.00
18-3140	MATERIAL DE COMPUTADORA	5,000.00	0.00	0.00	5,000.00	5,000.00	0.00
18-3160	MATERIAL ELÉCTRICO	0.00	515.00	0.00	515.00	515.00	0.00
18-3210	VALORES EN TRÁNSITO	10,000.00	0.00	0.00	10,000.00	10,000.00	0.00
18-3320	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	20,000.00	642.10	0.00	20,642.10	20,642.10	0.00
18-3390	VARIOS	0.00	709.06	0.00	709.06	709.06	0.00
18-4140	EQUIPO DE COMUNICACIÓN	0.00	1,564.89	0.00	1,564.89	1,564.89	0.00
2	DE ATENCIÓN PREVENTIVA	535,809.00	418,124.34	268,961.51	684,971.83	684,971.57	0.26
1	CONT. DE ENFERM. PREV. POR VAC.	140,834.00	46,150.41	59,445.89	127,538.52	127,538.52	0.26
21-1130	AGUINALDOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-1135	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	87,334.00	0.00	43,334.00	44,000.00	44,000.00	0.00
21-1210	INTERINATOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-2260	SERVICIO DE FOTOCOPIADO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	15,000.00	0.00	15,000.00	0.00	0.00	0.00
21-2330	GASTOS DE PROPAGANDA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	29,025.80	0.00	29,025.80	29,025.80	0.00
21-2343	SPOTS Y DIFUSIONES SOC. EN RADIO	0.00	9,082.50	0.00	9,082.50	9,082.50	0.00
21-2345	DIFUSIÓN EN T.V.	0.00	7,400.00	0.00	7,400.00	7,400.00	0.00
21-2460	ARTIC. REGION. P/OBSEQUIO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21-3140	MATERIAL COMPUTACIONAL	5,000.00	0.00	0.00	5,000.00	4,999.74	0.26
21-3210	VALORES EN TRÁNSITO	5,000.00	0.00	1,111.89	3,888.11	3,888.11	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRÁCTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
21-3320	COMBUS. LUBRIC. Y ADITIVOS	28,500.00	642.11	0.00	29,142.11	29,142.11	0.00
2	CONT. DE ENFERM. TRANSMISIBLES	40,500.00	26,555.43	13,730.44	53,324.99	53,324.99	0.00
22-1195	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	2,000.00	0.00	1,000.00	1,000.00	1,000.00	0.00
22-1210	INTERINATOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22-2260	SERVICIO DE FOTOCOPIADO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	10,000.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00
22-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	18,513.32	0.00	18,513.32	18,513.32	0.00
22-2345	DIFUSIÓN EN T.V.	0.00	7,400.00	0.00	7,400.00	7,400.00	0.00
22-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22-3210	VALORES EN TRÁNSITO	4,000.00	0.00	2,730.44	1,269.56	1,259.56	0.00
22-3320	COMBUSTIBLES LUB. Y ADITIVOS	24,500.00	642.11	0.00	25,142.11	25,142.11	0.00
22-4410	VEHÍCULOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	DETECCIÓN DE ENFERMEDADES	7,000.00	11,555.57	0.00	18,555.57	18,555.57	0.00
23-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	10,915.80	0.00	10,915.80	10,915.80	0.00
23-3320	COMBUSTIBLES LUB. Y ADIIVOS	7,000.00	639.77	0.00	7,639.77	7,639.77	0.00
5	PLANIFICACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA	115,917.00	10,933.78	49,922.36	76,928.42	76,928.42	0.00
25-1135	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	81,917.00	0.00	41,084.00	40,833.00	40,833.00	0.00
25-1210	INTERINATOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-2260	SERVICIO DE FOTOCOPIADO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	5,000.00	0.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00
25-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	10,291.68	0.00	10,291.68	10,291.68	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
25-2460	ARTIC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-3140	MATERIAL COMPUTACIONAL	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	2,500.00	0.00
25-3210	VALORES EN TRÁNSITO	4,000.00	0.00	3,838.36	161.64	161.64	0.00
25-3320	COMBUST. LUBRIC. Y ADITIVOS	22,500.00	642.10	0.00	23,142.10	23,142.10	0.00
25-4410	VEHÍCULOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25-4530	EQUIPOS VARIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	ORIENTACIÓN PARA LA SALUD	17,500.00	8,653.54	7,180.20	18,973.34	18,973.34	0.00
26-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	5,000.00	0.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00
26-2330	GASTOS PROPAGANDA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
26-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	5,211.66	0.00	5,211.66	5,211.66	0.00
26-2345	DIFUSIÓN EN T.V.	0.00	2,800.00	0.00	2,800.00	2,800.00	0.00
26-3140	MATERIAL COMPUTACIONAL	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	2,500.00	0.00
26-3210	VALORES EN TRÁNSITO	3,000.00	0.00	2,180.20	819.80	819.80	0.00
26-3320	COMBUSTIBLES LUB. Y ADITIVOS	7,000.00	641.88	0.00	7,641.88	7,641.88	0.00
7	MATERO INFANTIL	214,058.00	314,275.61	138,682.62	389,650.99	389,650.99	0.00
27-1101	SUELDOS	0.00	247,567.85	0.00	247,567.85	247,567.85	0.00
27-1130	AGUINALDOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
27-1140	PRIMA VACACIONAL	0.00	1,749.38	0.00	1,749.38	1,749.38	0.00
27-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	0.00	10,031.10	0.00	10,031.10	10,031.10	0.00
27-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	21,985.18	0.00	21,985.18	21,985.18	0.00
27-1210	INTERINATOS	100,558.00	0.00	100,558.00	0.00	0.00	0.00
27-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
27-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	2,300.00	0.00	2,300.00	2,300.00	0.00
27-3120	MATERIAL DIDÁCTICO	32,000.00	0.00	6,434.09	25,565.91	25,565.91	0.00
27-3210	VALORES EN TRÁNSITO	2,000.00	0.00	1,690.53	309.47	309.47	0.00
27-3320	COMBUS. LUBRIC. Y ADITIVOS	49,500.00	642.10	0.00	50,142.10	50,142.10	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
27-3340	MAT. DE FOTO CINE Y GRABACIÓN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
27-3375	DESPENSAS	0.00	30,000.00	0.00	30,000.00	30,000.00	0.00
27-3385	MEDIC. Y PRODUC. FARMACEÚTICOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
27-3390	VARIOS	30,000.00	0.00	30,000.00	0.00	0.00	0.00
27-4530	EQUIPOS VARIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	DK ATENCIÓN CURATIVA	3'564,415.00	3'030,257.90	2'188,803.80	4'405,869.10	4'405,867.92	1.18
1	CONSULTA EXTERNA GENERAL	1'647,909.00	1'163,355.74	1'147,492.80	1'663,772.14	1'663,772.14	0.00
31-1101	SUELDOS	0.00	948,327.74	0.00	948,327.74	948,327.74	0.00
31-1130	AGUINALDOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-1135	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-1140	PRIMA VACIONAL	0.00	7,282.28	0.00	7,282.28	7,282.28	0.00
31-1150	PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	572,333.00	1,086.44	278,115.19	295,304.25	295,304.25	0.00
31-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	97,353.84	0.00	97,353.84	97,353.84	0.00
31-1210	INTERINATOS	607,476.00	0.00	607,476.00	0.00	0.00	0.00
31-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-2210	CORRESOS TELÉGRAFOS Y TELEX	8,000.00	0.00	1,050.00	4,950.00	4,950.00	0.00
31-2220	TELÉFONOS Y TÉLEX	80,000.00	0.00	80,000.00	0.00	0.00	0.00
31-2221	TELÉFONOS CONVENCIONALES	0.00	80,000.00	22,787.10	57,212.90	57,212.90	0.00
31-2230	ENERGÍA ELÉCTRICA	140,100.00	0.00	32,265.49	107,834.51	107,834.51	0.00
31-2250	SERVICIO DE AGUA POTABLE	75,000.00	4,015.00	24,932.49	54,082.51	54,082.51	0.00
31-2280	GASTOS MENORES	20,000.00	0.00	6,803.00	13,197.00	13,197.00	0.00
31-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	10,000.00	0.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00
31-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOC	0.00	18,041.34	0.00	18,041.34	18,041.34	0.00
31-2344	INSERCIÓNES EN REVISTAS	0.00	3,630.00	0.00	3,630.00	3,630.00	0.00
31-2450	ATN. VISIT. FUNC. Y EMP.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-2660	MANT. DE EDIFIC. ESCUELAS Y ÁREAS INFAN.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-2710	VIÁTICOS Y PASAJES	70,000.00	2,977.00	70,000.00	2,977.00	2,977.00	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
31-3110	MATERIAL DE OFICINA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-3120	MATERIAL DIDÁCTICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-3210	VALORES EN TRÁNSITO	25,000.00	0.00	14,063.33	10,936.67	10,936.67	0.00
31-3320	COMBUST. LUBRIC. Y ADITIVOS	42,000.00	642.10	0.00	42,642.10	42,642.10	0.00
31-3385	MEDIC. Y PRODUC. FARMACEÚTICOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
31-3390	VARIOS (MAT DE CONSTRUCCIÓN)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	381,203.00	166,234.09	147,827.43	399,609.66	399,608.48	1.18
32-1101	SUELDOS	120,940.00	7,699.79	39,586.84	89,052.95	89,052.95	0.00
32-1107	BONO DE DESPENSA	0.00	4,719.18	0.00	4,719.18	4,719.18	0.00
32-1120	CUOTAS PATRONALES IMSS	0.00	6,114.58	0.00	6,114.58	6,114.58	0.00
32-1125	CUOT. PATRONAL ISSSTEZAC	18,240.00	324.16	14,915.66	3,648.50	3,648.50	0.00
32-1130	AGUINALDO	0.00	639.28	0.00	639.28	639.28	0.00
32-1135	COMPENSACIONES	0.00	59,865.67	0.00	59,865.67	59,865.67	0.00
32-1140	PRIMA VACACIONAL	44,323.00	3,669.72	43,134.18	4,858.54	4,858.54	0.00
32-1150	PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL	38,421.00	986.05	26,953.28	12,453.77	12,453.77	0.00
32-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	0.00	16,669.87	122.41	16,547.46	16,547.46	0.00
32-1156	BONO DE PRODUCTIVIDAD	0.00	1,369.85	0.00	1,369.85	1,369.85	0.00
32-1160	BONO BIMESTRAL	13,779.00	31,900.91	0.00	45,679.91	45,679.91	0.00
32-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	23,815.02	0.00	23,815.02	23,815.02	0.00
32-1175	SIST. DE AHORRO PARA EL RET.	0.00	458.60	0.00	458.60	458.60	0.00
32-2220	TELÉFONOS Y TÉLEX	8,000.00	0.00	8,000.00	0.00	0.00	0.00
32-221	TELÉFONOS CONVENCIONALES	0.00	8,000.98	2,795.75	5,205.22	5,205.22	0.00
32-2230	ENERGÍA ELÉCTRICA	14,000.00	0.00	6,493.30	7,506.70	7,506.70	0.00
32-2250	SERV. DE AGUA POTABLE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
32-2610	MANT. REP. Y REFACC. DE VEHÍCULOS	8,000.00	0.00	1,275.64	6,723.36	6,723.36	0.00
32-2620	MANT. REP. Y EQUIPO Y MOBILIARIO	1,500.00	0.00	0.00	1,500.00	1,500.00	0.00
32-2630	MANT. REP. Y EQUIPO MAQ. Y APOYO	4,000.00	0.00	113.00	3,887.00	3,887.00	0.00
32-2660	MANT. EDIF. ESC. ÁREAS RECREATIVAS	10,000.00	0.00	25.02	9,974.98	9,974.98	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
32-2710	VIÁTICOS Y PASAJES	6,000.00	0.00	1,115.55	4,884.45	4,884.45	0.00
32-3110	MATERIAL DE INVESTIGACIÓN	6,000.00	0.23	0.00	6,000.23	6,000.01	0.22
32-3120	MATERIAL DIDÁCTICO	8,000.00	0.00	23.85	7,976.15	7,976.15	0.00
32-3150	MATERIAL DE LIMPIEZA	8,000.00	0.00	0.00	8,000.00	7,999.04	0.96
32-3160	MATERIAL ELÉCTRICO	5,000.00	0.00	2,003.56	2,996.44	2,996.44	0.00
32-3320	COMBUS. LUBRIC. Y ADITIVOS	14,000.00	0.00	1,168.05	12,831.95	12,831.95	0.00
32-3320	UNIFORMES Y VESTUARIOS	3,000.00	0.00	24.37	2,975.63	2,975.63	0.00
32-3385	MEDIC. Y PRODUC. FARMACEÚTICOS	50,000.00	0.20	75.98	49,924.24	49,924.24	0.00
3	HOSPITALIZACIÓN GENERAL	1'535,303.00	1'700,000.07	893,483.77	2'342,487.30	2'342,487.30	0.00
33-1101	SUELDOS	0.00	1'070,614.94	0.00	1'070,614.94	1'070,614.94	0.00
33-1130	AGUINALDOS	0.00	16,919.57	0.00	16,919.57	10,919.57	0.00
33-1135	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-1140	PRIMA VACACIONAL	0.00	5,739.73	0.00	5,739.73	5,739.73	0.00
33-1155	ESTÍMULOS AL PERSONAL DE APOYO	223,666.00	366,988.69	0.00	590,654.69	590,654.69	0.00
33-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	180,497.33	0.00	180,497.33	180,497.33	0.00
33-1210	INTERINATOS	635,837.00	0.00	635,837.00	0.00	0.00	0.00
33-2210	CORREOS TELÉGRAFOS Y FLETES	3,000.00	0.00	524.30	2,475.70	2,475.70	0.00
33-2220	TELÉFONOS Y TELEXS	52,000.00	0.00	52,000.00	0.00	0.00	0.00
33-2221	TELÉFONOS CONVENCIONALES	0.00	52,000.00	21,052.84	30,947.16	30,947.16	0.00
33-2230	ENERGÍA ELÉCTRICA	140,800.00	0.00	76,981.36	63,818.64	63,818.64	0.00
33-2250	SERVICIO DE AGUA POTABLE	235,000.00	0.00	97,916.69	137,083.31	137,083.31	0.00
33-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	7,265.70	0.00	7,265.70	7,265.70	0.00
33-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-3210	VALORES EN TRÁNSITO	3,000.00	0.00	2,082.65	917.35	917.35	0.00
33-3320	COMBUSTIBLES Y LUBEICANTES	42,000.00	642.11	0.00	42,642.11	42,642.11	0.00
33-3330	UNIFORMES Y VESTUARIOS	0.00	0.00	0.00	0.000	0.00	0.00
33-3385	MEDIC. Y PRODUC. FARMACEÚTICOS	200,000.00	0.00	7,088.93	192,911.07	192,911.07	0.00
33-3390	VARIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
33-4220	MUEBLES DE OFICINA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-4410	VEHÍCULOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-4510	EQ. DE LAB. Y APARAT. CIENT.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
33-4530	EQUIPOS VARIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
4	3V FORM. DESARR. PROG. NAL. CAP. P/TRAB.	30,000.00	3,172.11	0.00	33,172.11	33,172.11	0.00
8	CAP. AL SECTOR SALUD Y SEGURID. SOCIAL	30,000.00	3,172.11	0.00	33,172.11	33,172.11	0.00
48-2260	SERVICIOS DE FOTOCOPIADO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
48-2410	CONGRESOS CONVENCIONES Y EXPOSICIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
48-2440	ACTIV. CIV. Y FESTIVAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
48-2460	ARTIC. REG. P/OBSEU. Y PROM.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
48-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
48-2495	CURSOS DE CAPACITACIÓN	0.00	2,530.00	0.00	2,530.00	2,530.00	0.00
48-3140	MATERIAL COMPUTACIONAL	5,000.00	0.00	0.00	5,000.00	5,000.00	0.00
48-3320	COMBUST. LUBRIC. Y ADITIVOS	25,000.00	642.11	0.00	25,642.11	25,642.11	0.00
5	3B REGULACIÓN Y FOMENTO A. LA SALUD	113,378.00	237,001.01	91,972.82	258,406.19	258,406.19	0.00
1	REGULACIÓN SANITARIA	113,378.00	237,001.01	91,972.82	258,406.19	258,406.19	0.00
51-1101	SUELDOS	0.00	199,593.16	0.00	199,593.16	199,593.16	0.00
51-1130	AGUINALDOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-1135	COMPENSACIONES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-1140	PRIMA VACACIONAL	0.00	1,350.79	0.00	1,350.79	1,350.79	0.00
51-1155	ESTIMULOS AL PERSONAL DE APOYO	2,000.00	12,796.95	0.00	14,796.75	14,796.75	0.00
51-1165	BONO ESPECIAL ANUAL	0.00	18,011.15	0.00	18,011.15	18,011.15	0.00
51-1210	INTERINATOS	89,378.00	0.00	89,378.00	0.00	0.00	0.00
51-2140	SEGUROS Y FIANZAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-2260	SERVICIO DE FOTOCOPIADO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-2341	INSERC. OFIC. EN PERIODICOS LOCALES	0.00	1,955.00	0.00	1,955.00	1,955.00	0.00
51-2345	DIFUSIÓN EN T.V.	0.00	2,800.00	0.00	2,800.00	2,800.00	0.00
51-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-3210	VALORES EN TRÁNSITO	4,000.00	0.00	2,594.82	1,405.18	1,405.18	0.00
51-3320	COMBUS. LUBRIC. Y ADITIVOS	18,000.00	494.14	0.00	18,494.14	18,494.14	0.00
51-4410	VEHÍCULOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SUMAS TOTALES		4'972,800.00	6'107,179.83	3'159,278.14	7'920,701.69	7'920,698.27	3.42

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE ZACATECAS
PRESUPUESTO ASIGNADO FEDERAL 1998

CLAV	CONCEPTO O PARTIDA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	TOTAL	1998	1998
1200	REMEMBRAC AL PERSONAL DE CARACT TRANS																828 412		
1201	SUBSIDIOS COMPACTADOS AL PERSONAL EVENTUAL																899 412		
1202	COMPENSACION POR SERV DE CARACT SOCIAL																27 000		
1300	REMEMORACIONES ADICIONALES Y ESPECIALES																3 265		
1306	GRATIFICACION DE FIN DE AÑO																3 265		
2100	MATERIALES DE ADMINISTRACION	4 300	1 100	20 800	71 000	15 300	96 600	27 200	85 800	64 700	257 400	284 600	4 900	77 000	14 500	14 100	1 030 700		953 797
2101	MATERIAL DE OFICINA	3 300	1 100	16 688	56 900	10 300	74 341	18 428	33 463	50 912	130 040	126 157	2 100	83 600	14 500	8 900	802 727		537 865
2102	MATERIAL DE LIBRETA			3 052							98 982	147 148					246 993		245 441
2103	MATERIAL DE IMPRESION	1 000			2 000	2 251	5 711	28 312	3 488	10 119		12 360	3 400		8 200		73 931		69 024
2105	MATERIALES Y UTILES DE IMPRESION			863	2 000	1 500	5 818		3 025	5 300	8 018		5 400				36 228		17 769
2106	MATERIAL Y UTILES DE IMPRESION PISO COMP.				10 100	1 500	16 900	3 000		5 000	12 531		14 000				66 221		63 734
2200	ALIMENTOS Y UTENCILIOS	200	100	0	3 000	0	0	0	0	0	1 045 700	100	2 900	0	800	1 063 800		828 862	
2201	ALIMENTACION DE PERSONAS	200	100	0	3 000	0	0	0	0	0	1 045 700	100	2 900	0	800	1 063 800		828 862	
2202	UTENCILIOS PARA SERV DE ALIMENTACION										50 838						50 838		50 838
2300	MAT PRIMAS Y MAT DE PRODUCC	400	100	108 500	129 700	7 200	0	29 600	0	0	45 100	238 900	0	21 300	3 000	1 200	683 000		686 963
2302	REFACCIONES ACCES HERIAM MENORES	400	100	108 500	129 700	7 200	29 600	0	0	0	45 100	238 900	0	21 300	3 000	1 200	583 000		586 963
2400	MAT Y ARTICULOS DE CONSTRUCCION	0	0	3 600							38 400	94 800	0	0	0	0	136 800		168 711
2401	MATERIALES PARA CONSTRUCCION										18 400	36 200					54 600		58 024
2402	ESTRUCTURAS Y MANUFACTURAS										8 900	20 000					28 900		33 259
2404	MATERIAL ELECTRICO			3 600							10 200	36 600					46 800		51 824
2500	PROD QUIMICOS FARMAC Y DE LABORATORIO	200	100	0	224 400	541 900	581 000	965 800	0	0	2 245 200	3 748 500	0	156 200	0	800	8 463 500		8 041 667
2501	SUSTANCIAS QUIMICAS				5 125	15 484					52 622	287 185					450 148		1 209 863
2502	PLAGUICIDAS INSECT ABONOS Y FERTILIZANTES				50 878						6 085						56 963		16 863
2503	MEDICINAS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS	200	100		105 850	415 107	480 000	875 611			1 248 626	1 912 901				800	4 698 176		1 063 474
2504	MATERIALES Y SUMINISTROS MEDICOS				113 625	42 581	42 000	290 189			678 552	1 348 128					2 918 278		1 588 466
2505	MATERIALES Y SUMINISTROS DE LABORATORIO					17 852	40 000				265 420		75 470				581 963		280 870
2600	COMBUSTIBLES LUBRICANTES Y ADITIVOS	600	200	18 700	208 300	252 300	11 900	96 300	14 400	17 300	217 700	463 700	4 500	80 300	58 600	2 000	1 458 600		1 480 818
2601	COMBUSTIBLES	600	200	18 800	203 588	247 350	11 200	94 000	13 300	15 800	209 000	458 186	4 200	85 340	57 260	2 000	1 419 734		1 448 282
2602	LUBRICANTES Y ADITIVOS				800	4 702	4 850			4 300	1 100	1 500	8 700	300	4 760	1 340	40 058		33 648
2700	VEST BCS PREND PROTECC Y ART DEPORTIVOS	200	100	2 000	8 600	6 400	22 900	0	0	0	67 000	191 500	0	7 600	1 100	800	308 200		1 001 468
2701	VEST UNIF Y BLANCOS	200	100	2 000	8 600	4 200	22 900				67 000	161 700		3 000	500	800	292 000		887 536
2702	PRENDAS DE PROTECCION					2 200					9 800			4 600	600		17 200		3 823
2703	ARTICULOS DEPORTIVOS										9 800						9 800		9 800
3100	SERVICIOS BASICOS	100	0	130 000	0	0	0	0	0	0	118 000	748 500	0	25 200	4 000	400	1 025 500		960 819
3101	SERVICIO POSTAL				5 161						5 300	9 800					23 261		13 964
3102	SERVICIO TELEGRAFICO																100		51
3103	SERVICIO TELEFONICO	100			96 632						67 200	273 965		13 700	3 000	400	464 967		454 831
3104	SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA				23 970						27 500	298 233		8 000			355 703		291 438
3105	SERVICIO DE AGUA POTABLE				2 137						19 000	167 802					188 738		220 230
3200	SERVICIO DE ARRENDAMIENTO	0	0	14 600	0	1 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15 900		15 710
3201	ARRENDAM EDIFICIOS Y LOCALES					1 300											1 300		1 300
3202	ARRENDAMIENTO DE MAQU Y EQUIPO																0		0
3400	SERVICIOS GENERAL Y BANCARIO	400	100	244 800	63 300	2 600	0	0	8 000	0	34 400	813 000	0	0	0	1 200	1 187 800		678 762
3402	FLETES Y MANOBRAS	400	100	83 600	1 100						8 000	4 300				1 200	171 720		146 950
3404	SEGUROS Y PLANAS			144 200	24 300	1 500											170 000		96 777
3407	OTROS IMPUESTOS Y DERECHOS			17 000	8 300						2 300	12 880					38 280		27 618
3412	SERV DE LAV LIMPIE Y PINTACION										27 800	780 000					787 800		608 317
3500	SERV DE MANT CONSERV E INSTALACION	500	100	12 400	237 700	358 800	42 200	8 900	14 800	0	1 641 000	2 781 800	7 300	37 400	23 000	1 600	5 186 500		7 676 567
3501	MANT Y CONSERV DE MOB Y EQUIPO			5 580	54 800	37 728	22 200	3 400	2 400		88 600	87 143	1 700	21 467	7 688		332 842		268 530
3502	MANT Y CONSERV DE EQUIPO DE COMPUTO				12 000	29 312	20 200				1 000	44 200					85 512		145 240
3503	MANT Y CONSERV DE MAQ Y EQUIPO	500	100	6 820	170 900	292 700	5 500	11 400			274 600	1 882 467	5 600	15 915	15 334	1 800	2 683 518		3 125 907
3504	MANT Y CONSERV DE INMUEBLES										1 233 400	766 590					1 999 990		4 100 881
3505	INSTALACIONES																0		0
3700	SERV DE TRASLADO E INSTALACION	3 800	1 000	13 000	320 500	324 900	96 200	270 500	45 900	133 500	313 000	127 800	188 100	231 900	105 000	12 500	2 186 400		1 853 966
3701	PASAJES			1 000	13 500	10 950	5 890	10 800	7 128	8 300	28 500	13 432	8 700	24 500	8 900		142 198		148 247
3702	VIAJES	3 800	1 000	11 980	305 000	313 950	80 540	258 800	38 772	127 200	283 500	114 168	180 400	207 329	95 900	12 500	2 045 216		1 704 708
3800	SERVICIOS OFICIALES	0	0	1 243 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 243 800		1 245 042
3806	ASIS PREQ SERV PUBLICOS MANDOS MEDIOS				1 243 800												1 243 800		1 243 042
4103	AYUDAS A SECTORES SOCIALES Y PRIVADOS	0	0	0	0	0	0	283 601	0	21 300	0	0	0	0	0	0	284 900		284 900
4104	AYUDAS CULTURALES Y SOCIALES	0	0	0	0	0	0	283 601	0	21 300	0	0	0	0	0	0	284 900		284 900
4105	PAGOS DE DIFUSION																0		0
3600	SERVICIOS DIFUSION E INFORMACION	1 500	400														4 800		8 700
3301	ASESORIA Y CAPACITACION																0		42 340
1507	OTRAS PRESTACIONES																0		269 200
3505	INSTALACIONES																0		14 637
1402	INSTRUMENTAL MEDICO																0		100 000
TOTAL		12 200	3 300	1 811 000	1 267 500	1 811 700	852 800	1 961 800	148 500	234 600	4 878 500	10 687 700	206 900	648 800	208 200	40 200	24 290 800		21 211 807

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 Capítulo 1

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE ZACATECAS
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO
PRACTICADO AL 30 DE DICIEMBRE DE 1995

Cuenta	Nombre	AUTORIZADO	AMPLIACIÓN	REDUCCIÓN	AUT. MODIFICADO	EJERCIDO	POR EJERCER
51-2310	PUBLICACIONES OFICIALES	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-2341	INSERC. OFIC. EN PERIÓDICOS LOCALES	0.00	1,955.00	0.00	1,955.00	1,955.00	0.00
51-2345	DIFUSIÓN EN T.V.	0.00	2,800.00	0.00	2,800.00	2,800.00	0.00
51-2470	REUNIONES OFICIALES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
51-3210	VALORES EN TRÁNSITO	4,000.00	0.00	2,594.83	1,405.18	1,405.18	0.00
51-3320	COMBUS. LUBRIC. Y ADITIVOS	18,000.00	494.14	0.00	18,494.14	18,494.14	0.00
51-4410	VEHÍCULOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SUMAS TOTALES		4'972,800.00	6'107,179.83	3'159,278.14	7'920,701.69	7'920,698.27	3.42

Capítulo 1

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TÍTULO 4. Comentarios finales.....	227
Factores que impulsan el proceso descentralizador.....	229
Factores que inhiben el proceso descentralizador.....	231
Comparativo de algunos indicadores de los servicios de salud.....	233
Cobertura.....	233
Eficiencia programática.....	234
Eficiencia presupuestal.....	235
Economía y ahorros.....	240
Inversión.....	240
Porcentaje de gastos administrativos sobre el gasto total.....	240
Tendencias de la descentralización de la salud en Zacatecas.....	241
Consideraciones finales.....	242

TÍTULO 4



ACTORES QUE IMPULSAN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR

El federalismo sustenta la tesis medular que impulsa la descentralización del quehacer público. Se ha hecho referencia a que no se concibe el ejercicio ideal de una Federación si la toma de decisiones y acciones son centralistas.

El diagnóstico oportuno de la problemática de salud y las posibilidades de dar respuesta inmediata y eficiente a ésta, es otro factor importante que justifica la descentralización. El conseguir que las autoridades locales, en contacto directo y permanente con su población dispongan de la capacidad real para atenderlos, es una demanda reiterada de los gobernados que requiere de vías que conduzcan hacia la modernidad administrativa.

El programa político y administrativo que ejecuta el gobierno federal, es también factor que ha determinado el avance de la descentralización. Procurando la más eficaz y equitativa distribución de derechos y obligaciones, se impulsa el proceso descentralizador, que conlleva a la capacitación indispensable en todos los niveles. Se eliminan las desigualdades que privaron en épocas pasadas, especialmente para los municipios, lo que demuestra que la descentralización es un instrumento esencial del federalismo.

Particularmente en el sector salud existe la necesidad de soluciones inmediatas ante las problemáticas de esta índole, motivo por el que el transporte de las capacidades de respuesta a los estados es factor determinante. Este criterio no margina las políticas nacional e internacionales en la materia, los problemas específicos y necesidades particulares de las comunidades, mediante la descentralización incluyen las decisiones inherentes.

El crecimiento de la población, la dispersión y su diversidad, colocan a la descentralización como factor primordial en el futuro de la salud pública a la que aspiramos. Al analizar y comparar indicadores de salud de diversos estados, advertimos que las diferencias son notables y que las medias nacionales no se ajustan a lo esperado. Revisemos como ejemplo la tasa de mortalidad en 1994:

ESTADOS	Pre - Escolar	Materna	Enf. Inf. Intestinales
Oaxaca	3.5	9.4	53.7
Zacatecas	0.8	4.2	25.4
Nuevo León	0.6	1.5	2.9
Media Nacional	1.4	4.5	14.9

El cuadro es explícito en cuanto a la diferencia. La media nacional induce a sumar en donde no se amerita y restar en donde sucede lo contrario.



ACTORES QUE INHIBEN EL PROCESO DESCENTRALIZADOR

A nuestro juicio el principal factor que inhibe el proceso es el financiero. Ante el imperativo de transformaciones operacionales y administrativas, se requiere de presupuestar y cubrir los costos de su implementación especialmente en la descentralización de los servicios de salud a población abierta. El proceso, que debió iniciar en 1995, se vio demorado y obstaculizado por motivos originados por la severa crisis económica. Ello provocó reajustes a lo planeado para la descentralización y modificó aspectos de importancia. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público difirió la reorganización de las plantillas estatales para soportar y operar los servicios de salud ya descentralizados; la capacitación, factor fundamental en el proceso, resultó con disminución considerable. Las adquisiciones de medicamentos y material de curación efectuadas a nivel central durante 1996, impidieron a los estados la facultad de decir, cómo y cuándo se requerían para la operación. Se compró lo que no se necesitaba y se omitió lo que hacía falta. Enseguida se muestra un cuadro que ilustra lo ocurrido:

PARTIDAS	PRESUPUESTO AUTORIZADO (A)	COMPRAS CONSOLIDA.	COMPRAS EXTRAORD.	COMPRAS TOTAL	DIFERENCIA A-B+C
2503 Y 2504	4,578,187	4,668,999	604,249	5,273,249	-695,062

PARTIDAS	DIFERENCIA A-B+C	EJERCIDO OF. CENTRAL (D)	COMPROMISO OF. CENTRAL (E)	COMPRAS DE MENOS (F)	RESULTADO C+D+E+F=G
2503 Y 2504	695,062	399,841	44,617	1,584,187	2,723,707

El resultado "G" es lo que se requería como recurso adicional para liquidar deudas y adquirir los faltantes. Si revisamos lo que se compró de más, \$2,539,282, y lo restamos de «G», nos damos cuenta que el presupuesto asignado no esta muy lejos de la realidad, puesto que solamente faltarían \$184,425.

No obstante el propósito de mejorar sustancialmente las aportaciones federales, estas se redujeron en el estado de Zacatecas para el ejercicio de 1997, la institución operó con déficit por la distribución del aporte local y por soportar una política de cambios que debió subsanar para ahorros presupuestales que el centro decidió.

Otro factor que ha inhibido el proceso de descentralización es la tendencia centralista. Se conserva esta política tanto en el ámbito federal como en el estatal, en cuanto a continuar lo que se hacía. Por un lado el centro no acepta la capacidad del estado para decidir y por el otro el propio estado no asume toda la responsabilidad que ahora le corresponde.

Correspondió a la Subsecretaría de Planeación, diseñar e iniciar el proceso a nivel central, mediante un criterio integral y apegado a las realidades específicas de cada estado. La desaparición de esta



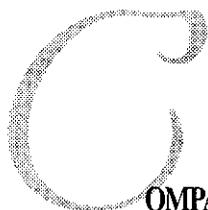
Capítulo 2

dependencia originó el retraso referido y se modificó el esquema original. Esto es un ejemplo de que otros movimientos similares ocurridos en el centro, han afectado y afectan al proceso. El Consejo Nacional de Salud, responsable de vigilar y orientar el proceso, solo se reunió en una ocasión en un período superior a un año. Los trabajos efectuados por las comisiones del citado Consejo, no se tomaran en cuenta debidamente y en algunos aspectos las decisiones fueron centralistas; tal caso se presentó en los cambios propuestos por la comisión número 5 relativo a la revisión de la plantilla de personal de confianza en los estados.

La carencia de información fundamental a los estados, también contribuye a inhibir el proceso, tal como sucedió con el programa IMSS - Solidaridad. Sabemos que se debía descentralizar a los estados al igual que a los Servicios de la SSA desde 1996, según lo consigna el Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000 y diversos documentos de la propia SSA. Hasta la fecha no se dispone de información actualizada y confiable en este sentido.

La deficiente coordinación entre los organismos gubernamentales de estado; la Secretaría de Planeación y Finanzas y la Secretaría de la Contraloría General por ejemplo, ha inhibido la fluidez de las acciones. El limitado acercamiento de las autoridades federales con las estatales, ha influido negativa y continuamente en el proceso. Se crea el OPD, mediante decreto que establece las funciones de supervisión y control a cargo de la Secretaría de la Contraloría General del Estado, mientras que la SECODAM establece criterios distintos.

Resumiendo, la federación no termina de delegar lo necesario para una verdadera descentralización y el estado no acaba de asumir sus responsabilidades. Es posible que esto obedezca a que el proceso avanza y sobre la marcha superará los obstáculos.



COMPARATIVO DE ALGUNOS INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

3.1 Cobertura:

Durante 1996, la cobertura poblacional atendida en el estado de Zacatecas en materia de salud fue de 1'350, 101 personas. A finales de este ejercicio se inició la descentralización de los recursos federales.

Para 1997 la cobertura se incrementó solamente en un 0.6% es decir, 8,202 personas, por lo que la población atendida aumentó a 1'358,303 beneficiarios. (Cuadro 3.1.1)

COBERTURA POBLACIONAL ATENDIDA EN SALUD

1996	1997	1998
1'350,101	1'358,303	1'369,415

CUADRO 3.1.1

En 1998 hubo un incremento de 0.8% respecto al año anterior, atendiendo a 11,112 personas más. (Cuadro 3.1.2)

DIFERENCIA Y CRECIMIENTO DE COBERTURA

1996-1997	1997-1998	1998-1999
8,202	11,112	19,314
0.6%	0.8%	1.4%

CUADRO 3.1.2

La plantilla de personal durante los ejercicios de 1996, 1997 y 1998 se integró de la siguiente manera:

PLAZAS

CONCEPTO	1996	1997	1998
BASE	1,696	1,720	1,720
HOMÓLOGA	0	237	237
P.A.C.	0	105	105
TOTAL	1,396	2,062	2,062

CUADRO 3.1.3



Capítulo 3

La cobertura poblacional en relación con la plantilla de personal para la atención de la misma fue como sigue:

En 1996 se atendieron 796 beneficiarios por cada empleado de la institución. La totalidad de la plantilla constaba de 1,561 empleados, exclusivamente federales en ese momento.

En 1997, ya en proceso de descentralización se atendieron 659 beneficiarios por cada empleado, tanto federales, como homologados estatales y lo correspondiente al Programa de Ampliación de Cobertura (P.A.C.).

Lo proyectado para el ejercicio 1998, se estima en la atención a 664 beneficiarios por cada empleado.

Si consideramos que en un año se laboran 229 días hábiles, tenemos que durante 1996, 1997 y 1998 se atiende por día y por cada servidor público de la plantilla de trabajadores de los servicios de Salud de Zacatecas, a un total de (ver cuadro 3.1.4)

ANO	TOTAL DE PLANTILLA DE TRABAJO	BENEFICIARIOS ATENDIDOS POR CADA SERVIDOR PUBLICO AL AÑO	BENEFICIARIOS ATENDIDOS POR CADA SERVIDOR PUBLICO AL DIA
1996	1,696	796	3.5
1997	2,062	659	2.9
1998	2,062	664	2.9

CUADRO 3.1.4

COBERTURA GENERAL DE SALUD EN EL ESTADO: SSA, IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, ISSSTE, ETC.

EJERCICIO	POBLACION	COBERTURA	RECURSOS	
			ASIGNADOS	EJERCIDOS
1996	1'371,334	1'350,101	\$ 114'089,115.62	\$ 113'914,016.56
1997	1'114,474	1'358,303	\$ 135'460,472.00	\$ 147'321,884.91
1998	1'461,910	1'369,415	\$ 197'548,081.00	EN PROCESO

CUADRO 3.1.5

3.2 Eficiencia Programática

Para el ejercicio de 1997 la meta programada fue de 3'338,308 acciones, realizándose 3'494,081 acciones, es decir, se aumentó el beneficio hasta un 103%.



Capítulo 3

PROGRAMA	ACCIONES PROGRAMADAS	%	ACCIONES REALIZADAS	%	DIFERENCIAS	%
REGULACIÓN SANITARIA	56,958	1.68	64,647	1.91	7,689	0.23
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTOR	18,675	0.55	21,890	0.65	3,215	0.09
PROMOCIÓN DE LA SALUD	809,036	23.88	689,922	20.37	(119,114)	-3.52
ATENCIÓN CURATIVA A PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	846,216	24.98	824,102	24.33	(22,134)	-0.65
ATENCIÓN MATERNO INFANTIL	186,773	5.51	177,124	5.23	(9,649)	-0.28
ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN POR GRUPOS DE EDAD	145,670	4.30	144,772	4.27	(898)	-0.03
DETECCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS	354,791	10.47	370,905	10.95	16,114	0.48
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	176,638	5.21	162,965	4.81	(13,673)	-0.40
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARRÉICAS	414,128	12.23	368,793	10.89	(45,335)	-1.34
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	64,369	1.90	62,105	1.83	(2,264)	-0.07
DOSES POR TIPO DE BIOLÓGICO Y GRUPO DE EDAD	265,110	7.83	559,714	16.52	294,604	8.70
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	14,422	0.43	16,589	0.49	2,267	0.07
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL	34,502	1.02	30,453	0.90	(4,049)	-0.12
SUMAS	3,387,308	100.00	3,494,081	103.15	106,773	3.15

3.3 Eficiencia Presupuestal

En el año de 1996, del presupuesto autorizado, no se ejerció un 0.15%, es decir, \$175,099.06. Durante el ejercicio de 1997, en pleno proceso de la descentralización, el presupuesto asignado y autorizado de \$135'460,472.00 requirió de un 8.76% adicional para cumplir con todos los compromisos asumidos, por lo que el estado ejerció \$11'861,412.91 no contemplados en dicha asignación de recursos.

Respecto a 1998, aún no es posible informar, debido a que se está ejerciendo el presupuesto asignado, el cual es de \$197'584,081.00.

RESUMEN 1996, 1997 Y 1998

EJERCICIO	PRESUPUESTO					
	ASIGNADO	%	EJERCIDO	%	DIFERENCIA	%
1996	114,089,115.62	100	113,914,016.56	99.85	(175,099.60)	-0.15
1997	135,460,472.00	100	147,321,884.91	108.76	11,861,412.91	8.76
1998	197,548,081.00	100	<i>EN PROCESO</i>			

CUADRO 3.3.1

Se incrementaron los puestos de 1996, 1997 y 1998, que no han sido suficientes para el cumplimiento a la demanda en materia de salud como se puede observar:

1996	1997	INCREMENTO	
		\$	%
114,089,115.62	135,460,472.00	21,371,356.38	18.73%

CUADRO 3.3.2

1996	1997	INCREMENTO	
		\$	%
135,460,472.00	158,958,000.00	23,497,528.00	17.35%

CUADRO 3.3.3

1996	1997	INCREMENTO	
		\$	%
114,089,115.62	158,958,000.00	44,868,884.38	39.33%

CUADRO 3.3.4

De acuerdo a la estructura presupuestal, en 1996 del 100% de recursos federales, el estado aportó un 9.7%; en el concepto de cuotas de recuperación 7.4% y a la P.A.C. correspondió un 7.8%

Para 1997 de los \$113'057,200.00 que aportó la federación, el estado asignó \$6'683,172.00 (5.9%) por cuotas de recuperación, \$8'450,000.00 (7.5%) y, por parte del P.A.C. \$7'270,100.00 (6.4%).

En 1998 del 100% que aporta la federación, al estado de Zacatecas le corresponde aportar el 9.15%. La recuperación de cuotas es del 5.3% y lo asignado al programa de ampliación de cobertura es del 9.8%.

Se concluye, que la mayor aportación de recursos es efectuada por la Federación, los cuales a partir del 9 de diciembre de 1996 se han transferido a la administración y responsabilidad del propio estado.

Capítulo 3

RESUMEN 1996, 1997 Y 1998												
CONCEPTO	FEDERAL			GODEZAC			CUOTAS DE RECUPERACIÓN			P.A.C.		
	ASIGNADO	EJERCIDO	%	ASIGNADO	EJERCIDO	%	ASIGNADO	EJERCIDO	%	ASIGNADO	EJERCIDO	%
Presupuesto 1996	91,364,905.27	31,267,027.51	99.89	8,821,641.60	8,831,641.60	100.00	6,778,590.46	6,778,590.46	100.00	7,113,978.29	7,036,756.99	98.91
Presupuesto 1997	113,057,200.00	124,171,896.84	109.83	6,683,172.00	10,144,517.91	151.79	8,450,000.00	5,795,898.38	65.59	7,270,100.00	7,209,571.78	99.17
Presupuesto 1998	158,958,000.00	EN PROCESO		14,545,681.00	EN PROCESO		8,450,000.00	EN PROCESO		15,594,400.00	EN PROCESO	

CUADRO 3.3.5

DICIEMBRE 1996					
FEDERAL			GODEZAC		
CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO	CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	61,777,932.71	61,775,532.71	1000	6,709,787.82	6,709,787.82
2000	15,324,844.00	15,323,204.97	2000	753,727.09	753,727.09
3000	11,621,826.31	11,528,329.03	3000	1,357,626.69	1,357,626.69
4000	298,122.08	298,122.08	4000	10,500.00	10,500.00
5000	1,872,573.89	1,872,232.44		8,831,641.60	8,831,641.60
6000	469,606.28	469,606.28			
	91,364,905.27	91,267,027.51			

CUOTAS DE RECUPERACIÓN					
CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO	CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	119,196.90	19,196.90	1000	1,108,700.00	1,107,231.03
2000	6,438,474.95	6,438,474.95	2000	1,779,834.03	1,776,713.68
3000	220,918.61	220,918.61	3000	649,600.00	598,362.31
4000	--	--	4000	--	--
5000	--	--	5000	3,262,485.05	3,247,965.29
6000	--	--	6000	313,359.21	306,214.68
	6,778,590.46	6,778,590.46		7,113,978.29	7,036,486.99

TOTALES		
CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	69,715,617.43	69,711,748.46
2000	21,296,880.07	24,292,120.69
3000	13,849,971.61	13,705,506.64
4000	308,622.08	308,622.08
5000	5,135,058.94	5,120,197.73
6000	782,965.49	775,820.96
	111,089,115.62	113,914,016.56

CUADRO 3.3.6



Capítulo 3

DICIEMBRE 1997

FEDERAL

CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	81,849,700.00	86,095,244.90
2000	18,942,600.00	21,606,626.07
3000	8,947,200.00	10,352,130.39
4000	809,600.00	821,643.89
5000	1,342,300.00	3,703,553.10
6000	1,165,800.00	1,592,698.49
	113,057,200.00	124,171,896.84

GODEZAC

CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	4,177,405.00	7,179,238.58
2000	798,500.00	1,309,572.81
3000	1,707,267.00	1,615,140.02
4000	--	--
5000	--	40,566.50
	6,683,172.00	10,144,517.91

CUOTAS DE RECUPERACIÓN

CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	14,086.00	651,165.11
2000	6,076,700.00	4,517,892.06
3000	464,700.00	397,772.41
4000	--	--
5000	300,000.00	229,068.80
6000	200,000.00	--
	8,450,000.00	5,795,898.38

P.A.C.

CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	35,728.00	3,528,006.64
2000	1,650,300.00	1,644,836.93
3000	1,377,800.00	1,368,601.11
4000	--	--
5000	269,200.00	268,222.10
6000	400,000.00	400,000.00
	7,270,100.00	7,209,666.78

TOTALES

CAPÍTULO	AUTORIZADO	EJERCIDO
1000	91,008,505.00	97,453,655.23
2000	27,468,100.00	29,078,927.87
3000	12,496,967.00	13,733,548.93
4000	809,600.00	821,643.89
5000	1,911,500.00	4,241,410.50
6000	1,765,800.00	1,992,698.49
	135,460,472.00	147,321,884.91

CUADRO 3.3.7

Capítulo 3

ESTADO DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO POR VÍAS DE FINANCIAMIENTO 1998

FEDERAL

CAPITULO	AUTORIZADO
1000	1,255,766.00
2000	222,991.00
3000	101,788.00
4000	903,500.00
5000	--
6000	--
	158,958,000.00

GODEZAC

CAPITULO	AUTORIZADO
1000	7,422,499.00
2000	3,653,560.00
3000	3,469,622.00
4000	--
5000	--
	14,545,681.00

CUOTAS DE
RECUPERACIÓN

CAPITULO	AUTORIZADO
1000	1,408,600.00
2000	6,076,700.00
3000	464,700.00
4000	--
5000	300,000.00
6000	200,000.00
	8,450,000.00

P.A.C.

CAPITULO	AUTORIZADO
1000	7,937,900.00
2000	3,308,800.00
3000	1,781,900.00
4000	--
5000	1,725,800.00
6000	840,000.00
	15,594,400.00

TOTALES

CAPITULO	AUTORIZADO
1000	142,245,599.00
2000	35,338,160.00
3000	15,895,022.00
4000	903,500.00
5000	2,025,800.00
6000	1,040,000.00
	197,548,081.00

CUADRO 3.3.4

Capítulo 3

3.4 Economía y Ahorros

Antes de la descentralización, durante 1996, se dió una economía y/o ahorro por un 0.15%, es decir, \$175,099.06; sin embargo, para 1997, una vez recibida por el estado la responsabilidad de administrar los recursos federales, se reflejó un déficit de \$11'861,412.91, que significa un 8.76%.

CONCEPTO	PRESUPUESTO		DIFERENCIA	
	ASIGNADO	EJERCIDO		
PRESUPUESTO 1996	114,089,115.62	113,914,016.56	175,099	0.15%
PRESUPUESTO 1997	135,460,472.00	147,321,884.91	(11,861,412.91)	-8.76%
PRESUPUESTO 1998	197,548,081.00	EN PROCESO		

CUADRO 3.4.1

3.5 Inversión

En cuanto a los rubros de inversión: En el ejercicio 1997 se autorizó un 37.87% menos que en 1996; sin embargo se ejerció un 69.52% mas de lo autorizado y para el ejercicio 1998, se autorizó un 16.63% menos que para 1997, tal como se refleja en el cuadro siguiente:

INVERSIÓN AUTORIZADA Y EJERCIDA EJERCICIOS 1996, 1997 Y 1998

CONCEPTO	PRESUPUESTO		DIFERENCIA	% EJERCIDO
	ASIGNADO	EJERCIDO		
PRESUPUESTO 1996	5,918,024.43	5,896,018.69	22,005.74	99.63%
PRESUPUESTO 1997	3,677,300.00	6,234,108.99	(2,556,808.99)	1169.53%
PRESUPUESTO 1998	3,065,800.00	EN PROCESO		

CUADRO 3.5.1

3.6 Porcentaje de Gastos Administrativos sobre Gasto Total

Al elaborar un comparativo de los gastos administrativos en el concepto de servicios personales, se obtiene un promedio del 13.72% en 1996-1997, que es mínimo en relación a los gastos totales presupuestados.

CONCEPTO	GASTOS TOTALES	GASTOS ADMINISTRATIVOS	%
	PRESUPUESTO EJERCIDO	CAPÍTULO 1000	
EJERCICIO 1996	113,914,016.56	14,953,159.71	13.13%
EJERCICIO 1997	147,321,884.91	147,321,884.91	14.31%

* CAPÍTULO 1000.- SERVICIOS PERSONALES

CUADRO 3.6.1

Capítulo 3

Del total de la plantilla en 1996 el 83.38% de los recursos asignados para pagos correspondería al personal administrativo, mientras que a quienes se encargan directamente de atender a la población sólo se les asigna un 16.62%.

EJERCICIO 1996

TIPO DE GASTO	TOTAL. CAPÍTULO 1000	PERSONAL	
		ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
FEDERAL	15,020,023.68	13,091,823.51	1,928,200.17
GODEZAC	2,253,242.02	1,861,336.20	391,905.82
CUOTAS	107,336.82		107,336.82
P.A.C.	554,086.16		554,086.16
TOTAL	17,934,688.68	14,953,159.71	2,981,528.97
PORCENTAJE	100%	83.38%	16.62%

CUADRO 3.6.2

De un total de \$ 24,345,603.81 destinados al pago de servicios personales en 1997, sólo se le asignó al personal operativo \$ 3,269,389.25, mientras que al personal administrativo, se le otorgó la cantidad de \$ 21,076,214.56.

EJERCICIO 1997

TIPO DE GASTO	TOTAL. CAPÍTULO 1000	PERSONAL	
		ADMINISTRATIVO	OPERATIVO
FEDERAL	21,612,637.75	19,338,536.62	2,274,101.13
GODEZAC	1,956,918.00	1,481,884.42	475,033.55
CUOTAS	481,731.20	173,993.49	307,737.71
P.A.C.	294,316.86	81,800.00	221,516.86
TOTAL	24,345,603.81	21,076,214.56	3,269,389.25
PORCENTAJE	100%	86.57%	13.43%

CUADRO 3.6.3

4.-Tendencias de la descentralización de la Salud en Zacatecas.

Para analizar esta tendencia es necesario revisar lo que se ha hecho, lo que se podría haber hecho, lo que puede hacerse y lo que debe hacerse.

Hay que precisar puntos vitales de la política central en salud, principalmente en el aspecto administrativo. Zacatecas ocupa el octavo lugar en marginación a nivel nacional, reconociéndose el desequilibrio que priva entre el recurso disponible y la asignación para el mismo estado.

El presupuesto asignado para 1996 a distintas entidades federativas se detalla en el siguiente cuadro donde se consigna el gasto ideal *per cápita*.

Capítulo 5

ESTADO	GASTO PER CAPITA		GASTO POR ESTADO		ESTADOS CON	
	IDEAL	A EJERCER	IDEAL	A EJERCER	SUPERAVIT	DÉFICIT
AGUASCALIENTES	162.6	315.3	39,403,685	76,380,999	36,977,314	
COLIMA	153.7	468.7	23,733,017	72,394,402	48,661,385	
DURANGO	189.2	303.0	107,351,362	171,873,820	64,522,458	
GUANAJUATO	195.2	102.9	331,078,663	174,416,346	156,662,318	
NAYARIT	178.8	295.3	68,690,346	113,443,486	44,753,140	
JALISCO	164.9	97.1	455,534,163	268,170,936		187,363,227
SAN LUIS POTOSÍ	206.8	148.5	231,385,934	166,186,121		65,199,814
ZACATECAS	215.4	166.5	187,852,230	145,256,261		42,595,969

FUENTE:SSA.

Para calcular el gasto per cápita se utilizó una fórmula que contempla la población de responsabilidad, el grado de marginación y la mortalidad infantil en cada una de las entidades. Es un parámetro confiable para medir el reparto de recursos a los estados, observándose que no corresponde a la realidad. A la fórmula aplicada habría que agregarle la capacidad de cada gobierno estatal para subsanar con recursos propios el desequilibrio entre lo asignado y lo ideal. De persistir este tipo de desigualdades, la brecha ya existente entre estados desarrollados y marginados, se continuará ensanchando.

5.-Consideraciones Finales.

El proceso de descentralización conlleva a que la capacitación se tome indispensable en todos los niveles, a fin de eliminar las desigualdades que privaron en épocas pasadas, especialmente para los municipios. Así demostrará el proceso que es verdaderamente una herramienta esencial del federalismo.

El estado de Zacatecas, que se ubica a 650 kilómetros de la capital del país, representa menos del 2% del presupuesto total de la Secretaría de Salud, cantidad que le es insuficiente para hacer frente a las necesidades de la población, ya que la cobertura a corto mediano y largo plazos no se logrará en gran medida por falta de recursos financieros. Otra de las causas por las cuales no es más amplia la cobertura en salud en la población, obedece al poco o escaso operativo asignado para atender directamente la demanda de salud en el estado.

Antes de la descentralización, la Secretaría de Salud reportaba economías y ahorros y después de la misma se reporta insuficiencia de recursos para cumplir en su totalidad con los compromisos con la ciudadanía zacatecana.

Preocupa al Gobierno del Estado de Zacatecas el futuro de programas nacionales de tiempo limitado, como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que atiende actualmente a 46,000 zacatecanos y que es financiado con recursos del Banco Mundial únicamente hasta el año 2000. Se incrementará para entonces la cobertura a más de 100,000 habitantes, lo que genera incertidumbre porque la Federación no tiene considerado canalizar recursos adicionales para cumplir esta responsabilidad y compromiso con la población de nuestro estado.

El lugar de Zacatecas ocupa en la marginación a nivel nacional, traduce fielmente el desequilibrio existente entre el recurso disponible y la asignación del mismo al estado, por lo que se deberá insistir ante las instancias centrales para lograr una mayor equidad en la distribución de los recursos federales.

El grado de descentralización que se pretende, dependerá de varios factores ya considerados como son:

- * Antigüedad del ejercicio
- * Evolución de los recursos económicos disponibles
- * Alcance real de las aportaciones estatales
- * Autonomía de la operación
- * Estado de los recursos humanos

Se deben considerar en el proceso de cambio las variables correspondientes entre las que se mencionan:

- * Económicas
- * Sociales
- * Políticas
- * Demográficas
- * Administrativas
- * Comparativo de resultados entre los estados ya descentralizados y los que no lo están

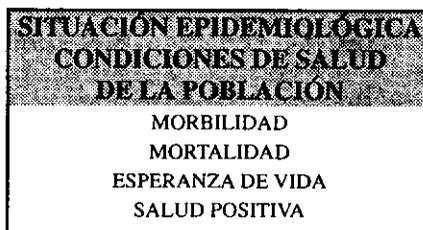
Son de analizar y confrontarse los siguientes indicadores:

- * Recursos físicos / población
- * Recursos humanos / población
- * Recursos financieros / población
- * Cobertura real de servicios
- * Utilización de consulta externa, planificación familiar y partos

Resulta complejo medir el impacto del proceso, por lo que se propone a futuro, para tal efecto, el análisis de las siguientes variables dependientes:

SERVICIOS DE SALUD
ACCESIBILIDAD
COBERTURA
CALIDAD
EQUIDAD

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
COMPETENCIA
ADMINISTRACIÓN
PATRIMONIO
ASUNTOS LABORALES
FINANCIAMIENTO
LOGÍSTICA



Una vez analizados los parámetros anteriores, estaremos en condiciones de evaluar con mayor objetividad el impacto real del proceso y efectuar sobre la marcha las modificaciones y adecuaciones que la operación exija.

Tener en mente que todo proceso es perfectible y que el tiempo, los resultados y los mecanismos de control habrán de determinar finalmente su utilidad.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia de control sanitario de la disposición de sangre humana.

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias a que se sujetarán, 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 servicios descentralizados en esta materia de salubridad general de la República;

Organizar y operar el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, el cual fungirá como centro nacional de referencia en materia de Hematología y Medicina Transfuncional;

Ejercer el control y vigilancia sanitarios del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y de los establecimientos públicos que realicen actos de disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos de docencia e investigación;

Desarrollar temporalmente acciones en esta materia de salubridad general, dentro del territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente acuerdo;

En tratándose de la acción extraordinaria en materia de salubridad general de la República, cuando ésta se realice en “LA ENTIDAD”, realizar, mediante ordenamientos que tendrán aparejada ejecución prioritaria, en su carácter de disponente secundario, actos de disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación;

Coordinar la campaña nacional de obtención altruista de sangre;

Realizar actividades de capacitación y adiestramiento y educación para la salud en materia de Hematología y Medicina Transfuncional, dictando las normas, criterios y políticas de carácter nacional, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA ENTIDAD”, los servicios de control y vigilancia sanitarios de la disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;

Organizar y operar el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, conforme a las normas y políticas nacionales del nivel federal;

Coordinar los programas a cargo de los sectores público, social y privado para la disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación;

Organizar, coordinar y en su caso operar, la campaña estatal de obtención altruista de sangre, y realizar actividades de promoción en la materia, conforme a las normas y políticas del nivel federal;

Actuar como disponente secundario respecto de la sangre, sus componentes, productos y

derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación, en términos de lo previsto en la Ley General del Salud y sus disposiciones reglamentarias;

Realizar actividades de capacitación, adiestramiento y educación para la salud en materia de Hematología y Medicina Transfuncional, conforme a las normas, criterios y políticas del nivel federal, debiendo solicitar dictamen aprobatorio previo a “LA SECRETARÍA”;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal;

Elaborar información estadística local respecto a la disposición de sangre, sus componentes, productos y derivados, con fines terapéuticos, de docencia e investigación, y proporcionarla a “LA SECRETARÍA”, conforme a las disposiciones aplicables;

Vigilar el cumplimiento por los sectores social y privado, de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias en esta materia de salubridad general de la República; quedando facultada para realizar, en su carácter de autoridad sanitaria, el control y vigilancia de sanitarios, al efecto podrá realizar y revocar autorizaciones, imponer sanciones y medidas de seguridad;

En tratándose de internación y salida de unidades de sangre con fines terapéuticos, de docencia e investigación, otorgar y revocar los permisos correspondientes;

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan en el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia preventiva

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias a que se sujetará, en todo el territorio nacional, la prevención y control de enfermedades y accidentes, especialmente las inherentes a la prestación de servicios descentralizados en esta materia de salubridad general de la República; Organizar, coordinar y en su caso operar, los servicios de medicina preventiva de carácter nacional, en términos de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables; Ejercer el control y vigilancia sanitarios de los establecimientos públicos que realicen actos de medicina preventiva;

Desarrollar temporalmente acciones en esta materia de salubridad general, dentro del territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente acuerdo;

Realizar actividades de capacitación, adiestramiento y educación para la salud en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente ACUERDO, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, coordinar, en su caso operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA ENTIDAD”, los servicios de prevención y control de enfermedades y accidentes;

Operar, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal, los programas

nacionales de medicina preventiva citados a continuación:

Enfermedad diarreica aguda;
Infecciones respiratorias agudas;
Rabia;
Brucelosis;
Taeniosis/cisticercosis;
Lepra;
Tuberculosis;
Enfermedades de transmisión sexual;
Paludismo;
Dengue;
Oncocercosis;
Leishmaniasis;
Tripanisomiasis;
Picadura de alacrán;
Hipertensión;
Diabetes Mellitus;
Cirrosis hepática;
Fiebre reumática;
Cáncer cérvico uterino;
Salud bucodental;
Prevención de accidentes;
Atención a la salud en desastres;
Cólera, y
Los demás que se determinen por el nivel federal.

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;

Coordinar los programas a cargo de los sectores público, social y privado para la prevención y control de enfermedades y accidentes;

Organizar, coordinar y en su caso operar, campañas estatales para la erradicación y control de problemas de salud pública, conforme a las normas y políticas del nivel federal;

Realizar actividades de promoción para la prevención y control de enfermedades y accidentes, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Realizar actividades de capacitación, adiestramiento y educación para salud en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal;

Vigilar el cumplimiento por los sectores social y privado, de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias en esta materia de salubridad general de la República; quedando facultada para realizar, en su carácter de autoridad sanitaria, el control y vigilancia sanitarios, al efecto podrá realizar visitas de verificación sanitaria, otorgar y revocar autorizaciones,

imponer sanciones y medidas de seguridad epidemiológica, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia de normas, supervisión y desarrollo de servicios de atención médica y asistencia social.

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias de carácter nacional a que se sujetarán:

La prestación de servicios de atención médica;

La prestación de servicios de asistencia social;

Los actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos con fines terapéuticos, de docencia e investigación, y

La investigación para la salud, especialmente la que se desarrolle en seres humanos.

Las normas, políticas y estrategias respectivas se referirán, especialmente, a la operación, supervisión, control y vigilancia de los mismos en forma descentralizada;

Organizar, coordinar, normar y con la participación de los gobiernos de las entidades federativas, operar el sistema nacional de supervisión y desarrollo de los servicios de salud en el ámbito nacional;

Organizar, y con la participación de los gobiernos de las entidades federativas, controlar y vigilar la prestación de los servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV de la Ley General de Salud;

Coordinar, evaluar y hacer el seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II de la Ley General de Salud;

Organizar, coordinar y vigilar, en el ámbito nacional, el ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

Mantener actualizado el inventario nacional de la investigación para la salud y en auxilio de “LA ENTIDAD” ejercer el control sanitario de ésta en seres humanos;

Operar el Registro Nacional de Transplantes, actuar como disponente secundario, y coordinar el Programa Nacional de Transplantes;

Ejercer el control y vigilancia sanitarios del Centro Estatal de Procuración de Órganos y de los hospitales de suministro de órganos y tejidos con fines terapéuticos;

Desarrollar temporalmente acciones en las materias de salubridad general a que se refiere la presente cláusula, dentro el territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente Acuerdo;

En tratándose de la acción extraordinaria en materia de salubridad general de la República, cuando ésta se realice en “LA ENTIDAD”, realizar, mediante ordenamientos que tendrán aparejada ejecución prioritaria, en su carácter de disponente secundario, actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos con fines terapéuticos, de docencia e investigación;

Ejercer el control y vigilancia sanitarios en las materias de salubridad general a que se refiere esta cláusula y expedir, revalidar o revocar, en su caso, las autorizaciones que se requieran, especialmente para el auxilio de “LA ENTIDAD”;

Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en las materias a que se refiere esta cláusula, con sujeción a las disposiciones aplicables, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las sanciones económicas que impongan para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución, y las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, coordinar, en su caso operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA ENTIDAD”, los servicios de salubridad general de la República a que se refiere la presente cláusula;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en estas materias de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;

Coordinar, evaluar y hacer el seguimiento en el ámbito de “LA ENTIDAD” de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II de la Ley General de Salud, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Organizar, coordinar y vigilar, en el ámbito de “LA ENTIDAD”, el ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

Mantener actualizado el inventario de “LA ENTIDAD” en materia de investigación para la salud y ejercer el control sanitario de ésta en seres humanos, conforme a las normas y políticas y estrategias del nivel federal;

Organizar y operar el Centro Estatal de Procuración de Órganos, conforme a las normas, políticas y estrategias emitidas por el nivel federal y participar en el Programa Nacional de Transplantes, en coordinación con el Consejo de Salubridad General de la República;

Actuar como disponente secundario de órganos, tejidos y cadáveres humanos con fines terapéuticos de docencia e investigación, conforme a las normas, políticas y estrategias emitidas por el nivel federal;

Coordinar los programas a cargo de los sectores público, social y privado en “LA ENTIDAD”, por cuanto se refiere a las materias de salubridad general de la República previstas en la presente cláusula;

Vigilar y controlar la prestación de servicios de atención médica y asistencia social que proporcionen los sectores social y privado, especialmente los establecimientos de atención médica;

Vigilar el cumplimiento de las normas inherentes a la construcción, equipamiento, mantenimiento y conservación, ampliación, remodelación y rehabilitación de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de atención médica y asistencia social de los sectores social y privado;

Emitir el permiso sanitario a nivel estatal para la ejecución de obras de construcción, equipamiento, ampliación, remodelación, rehabilitación y demolición de establecimientos dedicados a la prestación de servicios de atención médica y asistencia social, de los sectores social y privado;

Establecer los procedimientos complementarios de vigilancia sanitaria para garantizar la

calidad en la prestación de servicios de atención médica y asistencia social que otorgue “LA ENTIDAD”, con apego a las normas, estrategias y políticas del nivel federal;

Establecer los procedimientos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Ejercer el control y vigilancia sanitarios y expedir, revalidar o revocar, en su caso, las autorizaciones que se requieran en el ámbito de su competencia;

Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, con sujeción a las disposiciones aplicables, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las sanciones económicas que imponga para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en las materias de salubridad general de la República a que se refiere esta cláusula, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia de promoción de la salud.

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias a que se sujetarán, en todo el territorio nacional, las actividades y servicios de promoción de la salud que, en términos del artículo 111 de la Ley General de Salud, comprenden:

Educación para la salud;

Nutrición;

Control de los efectos del ambiente en la salud;

Salud ocupacional, y

Fomento sanitario.

Las normas y políticas mencionadas, se referirán especialmente a la prestación de servicios descentralizados en materia de salubridad general de la República;

Coordinar, en el ámbito nacional, los programas de promoción de la salud, con la participación de las dependencias y entidades del sector salud;

Desarrollar temporalmente acciones en esta materia de salubridad general, dentro del territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente acuerdo;

En tratándose de la acción extraordinaria en materia de salubridad general de la República, cuando ésta se realice en “LA ENTIDAD”, realizar, mediante ordenamientos que tendrán aparejada ejecución prioritaria, actividades de promoción a la salud, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, coordinar, en su caso operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA ENTIDAD”, los servicios de promoción de la salud, en coordinación con los sectores público,

social y privado;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;

Elaborar y operar sistemas, modelos, estrategias y procedimientos para la promoción de la salud en “LA ENTIDAD”, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Coordinar los programas a cargo de los sectores público, social y privado para la promoción de la salud en “LA ENTIDAD”;

Realizar actividades de capacitación y adiestramiento para la operación de los programas de promoción de la salud en “LA ENTIDAD” conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Reproducir el material educativo y de promoción de la salud que se determine por el nivel federal, a efecto de cumplir los programas nacionales en “LA ENTIDAD”;

Coordinar el diseño, y en su caso, elaborar y reproducir material necesario, especialmente el de carácter educativo, para el desarrollo de los programas de promoción de la salud propios de “LA ENTIDAD”, conforme a las normas del nivel federal;

Supervisar y evaluar las actividades de promoción de la salud en “LA ENTIDAD”;

Promover, y en su caso, realizar actividades de investigación en cuanto a promoción de la salud y supervisar y evaluar las que realicen los sectores social y privado;

Cumplir y vigilar el cumplimiento, por los sectores social y privado, de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias por cuanto hace a la promoción de la salud en el territorio de “LA ENTIDAD”, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan la Ley General del Salud y otras disposiciones generales aplicables.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia de salud reproductiva y planificación familiar.

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias a que se sujetarán, en todo el territorio nacional, las actividades y servicios de salud reproductiva y planificación familiar, especialmente a la prestación de servicios descentralizados en estas actividades de salubridad general de la República;

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;

Desarrollar temporalmente acciones en esta materia de salubridad general, dentro del territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente acuerdo, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, coordinar, en su caso operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA

ENTIDAD”, los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con la participación que corresponda a los sectores público, social y privado;

Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;

Operar sistemas, modelos, estrategias y procedimientos para la atención de la salud reproductiva y la planificación familiar en “LA ENTIDAD”, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;

Coordinar los programas de salud reproductiva y planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado, en “LA ENTIDAD”;

Realizar actividades de capacitación y adiestramiento para la operación de los programas de salud reproductiva y planificación familiar en “LA ENTIDAD”, conforme a las normas y políticas del nivel federal;

Reproducir el material que se determine por el nivel federal, a efecto de cumplir los programas nacionales en “LA ENTIDAD”;

Coordinar el diseño, y en su caso, elaborar y reproducir material necesario, especialmente el de carácter educativo, para el desarrollo de los programas de salud reproductiva y planificación familiar propios de “LA ENTIDAD”, conforme a las normas del nivel federal;

Promover y en su caso realizar actividades de investigación en cuanto a la salud reproductiva y planificación familiar, así como supervisar y evaluar las que realicen los sectores social y privado de conformidad con las normas del nivel federal;

Cumplir y vigilar el cumplimiento, por los sectores social y privado, de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias por cuanto hace a la salud reproductiva y la planificación familiar en el territorio de “LA ENTIDAD”;

Elaborar información estadística local respecto a la salud reproductiva y la planificación familiar en el territorio de “LA ENTIDAD”;

Elaborar información estadística local respecto a la salud reproductiva y planificación familiar y proporcionarla a “LA SECRETARÍA”, conforme a las disposiciones aplicables;

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

De la distribución de competencias entre “LA FEDERACIÓN” y “LA ENTIDAD” en materia de vigilancia epidemiológica

Nivel Central

Dictar las normas, políticas y estrategias de carácter nacional en materia de vigilancia epidemiológica de padecimientos transmisibles, no transmisibles y de la mortalidad, especialmente las inherentes a la prestación de servicios descentralizados en esta materia de salubridad general de la República;

Organizar, coordinar y en su caso operar, los servicios de vigilancia epidemiológica, en términos de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables;

Establecer, normar, asesorar, coordinar, supervisar y evaluar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica;

Establecer, normar, asesorar, coordinar, supervisar y evaluar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica internacional;
Desarrollar temporalmente acciones en esta materia de salubridad general, dentro del territorio de “LA ENTIDAD”, cuando ésta lo solicite, de conformidad con el presente acuerdo;
Coordinar las actividades de:
El Consejo Nacional de Vacunación;
El Consejo Nacional para la Prevención del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;
El Consejo Nacional contra las Adicciones, y
Los demás que se determinen en lo sucesivo;
Establecer, supervisar y evaluar los registros nominales de casos nuevos de enfermedades que sean de interés epidemiológico;
Planear, normar, en su caso operar, y evaluar los programas de capacitación dirigidos al personal operativo del sistema nacional de vigilancia epidemiológica;
Planear, operar, supervisar y evaluar el sistema de encuestas nacionales de salud, con la colaboración de los servicios estatales de salud, y
Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Nivel Estatal

Organizar, coordinar, operar, supervisar y evaluar en el territorio de “LA ENTIDAD”, el sistema estatal de vigilancia epidemiológica;
Atender urgencias epidemiológicas;
Operar el sistema estatal de vigilancia epidemiológica internacional;
Participar en las actividades de sanidad internacional, cuando exista el servicio correspondiente en “LA ENTIDAD”;
Desarrollar las actividades que determinen los Consejos mencionados en la fracción VII del apartado A;
Operar, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal, los programas nacionales de vigilancia epidemiológica;
Coordinar la elaboración, en su caso elaborar, y mantener actualizados los registros nominales de casos nuevos de enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles que sean de interés epidemiológica;
Formular y ejecutar programas estatales de salud en esta materia de salubridad general de la República, conforme a las normas, estrategias y políticas del nivel federal, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud;
Coordinar, en el ámbito de “LA ENTIDAD”, los programas a cargo de los sectores público, social y privado para la vigilancia epidemiológica;
Realizar actividades de capacitación y adiestramiento dirigidos al personal operativo del sistema estatal de vigilancia epidemiológica, conforme a las normas, políticas y estrategias del nivel federal;
Apoyar la planeación y operación del sistema de encuestas nacionales de salud y desarrollar, conforme a las normas de carácter federal, encuestas estatales de salud que respondan a las necesidades de “LA ENTIDAD”;

Identificar, cuantificar e investigar los problemas epidemiológicos sujetos a las medidas de prevención y control;

Difundir de manera oportuna los resultados y la información generada, a nivel estatal, por las actividades de vigilancia e investigación epidemiológicas;

Vigilar el cumplimiento por los sectores social y privado, de la Ley General de Salud y sus disposiciones reglamentarias en esta materia de salubridad general de la República, y

Las demás necesarias para hacer efectivas las atribuciones anteriores y las que establezcan el presente Acuerdo, la Ley General de Salud y otras disposiciones generales aplicables.

Distribución de competencias entre la “FEDERACIÓN” y “IAS ENTIDADES DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO”

Nivel Central

Establecer la regulación, control y el fomento sanitarios a que deberán sujetarse las actividades, conductos, establecimientos, equipos y servicios relacionados con el proceso, importación y exportación de los alimentos, bebidas no alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, así como las materias primas y aditivos que intervengan en su elaboración y sustancias y elementos que puedan prestar su proceso.

Artículo 3, Fracción XXIV y 194 F. L.G. S. Artículo 2, Fracción I, Inciso C en relación con la F: III de la L.G.S., en materia de control sanitario, actividades, establecimientos, productos y servicios y Artículo 13, Fracción II del Reglamento Interno de la S.S.A.

Elaborar y expedir las normas oficiales y determinar las especificaciones en materia y verificar su cumplimiento.

Artículo 13 Fracción I, 195 y 196 L.G.S. y Artículo 13 Fracción I, Reglamento Interno de la S.S.A.

Registrar los medicamentos, estupefacientes, mercancías estupefacientes, mercancías psicotrópicas y productos que los tengan, los equipos médicos, prótesis, órtesis, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos de (Artículo 376, L.G.S.)

Actualizar y publicar la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos y sus suplementos (Artículos 195 y 258 L.G.S.),

Expedir certificados para exportación de insumos para la salud con excepción de estupefacientes, psicotrópicos y derivados, (Artículos 288, 389 F.IV L.G.S.)

Establecer la regulación, control y el fomento humanitario mediante acciones de orientación, educación, muestreo, verificación, y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, específicamente en el proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y exposición final de equipos médicos prótesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico. Materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos; (Art. 3, Fracción XXIV 194, F.F.II, L.G.S y Artículo 12 F. X del Reglamento Interno SSA)

Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en la materia y verificar su cumplimiento. (Artículos 13 F. I 195 y 196, L.G.S y Artículo 12, Fracciones II del Reglamento Interno de la SSA).

Atender la autorización para la importación y exportación de medicamentos y otros insumos,

estupefacientes y otras sustancias psicotrópicas y productos o preparados que las contengan; así como sus precursores. (Artículo 289 L.G.S.)

Autorizar la publicidad de información para descripción médica (Artículo 300, L.G.S.)

Autorizar medicamentos con base en las características de seguridad y eficacia exigidas (Artículo 222 L.G.S.)

Autorizar a los fabricantes que elaboren insumos de la salud. (Artículo 203 de la L.G.S.)

Autorizar los establecimientos dedicados al acceso de plaguicidas, fertilizantes, fuentes y sustancias tóxicas o peligrosas para salud.

Otorgar registro de los plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas y las materias primas que contengan en su elaboración.

La regulación, control y el fomento, mediante las acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso alineación, de medidas de seguridad y sanciones, proceso, uso, importación, exportación y disposición final de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, o peligrosas para la salud, así como de las materias primas que intervengan en su elaboración.

Expedir permisos para la posesión, comercio, aportación, distribución, transporte y fuentes de radicación y materiales radioactivos de uso médico, así como el desmantelamiento de los mismos y posición de sus desechos.

Expedir las normas, criterios y lineamientos en las materias de salud ambiental, ocupacional y lineamiento básico.

Establecer la vigilancia y el control sanitarios para almacenamientos, distribución, uso y manejo de gas natural, gas licuado de petróleo y otros productos gaseosos que sean de alto riesgo para la salud. Así como, elaborar los requisitos técnicos sanitarios correspondientes.

Actualizar la publicidad que se realice sobre la asistencia, calidad y características, así como promover el uso, venta o consumo en forma directa o indirecta de los insumos para la salud, bebidas alcohólicas y el tabaco, así como los productos y servicios que se determinen en el momento en la L.G.S., en materia de control sanitario de la publicidad.

Controlar la actividad publicitaria de alimentos y bebidas no alcohólicas, productos de aseo, artículos de perfumería y belleza, en medios de control nacional.

Efectuar la vigilancia sanitaria en medios publicitarios nacionales.

Nivel Estatal

Efectuar el control y el fomento sanitario, recibir y registrar avisos de apertura o funcionamiento, dictaminación, toma de muestras, notificación de resultados, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, respecto de los 76 giros de salubridad general, según listado A.

Atender las solicitudes y expedir los permisos de importación y recibir los avisos sanitarios de importación conforme a las políticas establecidas.

Vigilar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas.

Prestar el servicio de expedición de licencias sanitarias y recibir avisos de apertura o funcionamiento en su caso, actualización, verificación de datos, verificación sanitaria, toma de muestras, notificación de resultados, aplicación de medidas de seguridad y sanciones administrativas, respecto a los 15 giros de salubridad general, según listado B.

Efectuar el control y el fomento sanitario de los establecimientos que realicen actividades relacionadas con el acondicionamiento, envasado, manipulación, transporte, distribución, almacenamiento y expendio o suministros de insumos para la salud.

Expedir permisos de importación para equipos y dispositivos médicos que tengan registro sanitario.

Informar reacciones adversas de medicamentos.

Emitir autorizaciones de responsables de maquilas, en establecimientos de dispositivos médicos que cuenten con registro.

Efectuar el servicio de expedición de licencias sanitarias y avisos de apertura o funcionamiento en su caso, actualización de datos, verificación sanitaria, toma de muestras, notificación de resultados, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, respecto de 49 giros, en los niveles de riesgo del I al IV según listado C.

Establecer métodos, procedimientos y coordinación del sistema local de saneamiento básico.

Realizar la certificación de pozos públicos y privados y de sistemas formales de abastecimiento de agua potable.

Ejercer el control sanitario de almacenamiento de gas L.P; y otros gases no peligrosos.

Autorizar y verificar la publicidad relacionada con prestación de servicios de salud, de instrumental y material médico y de productos higiénicos, que cuenten con registro sanitario y de procedimientos de embellecimiento.

Verificar la actividad publicitaria de alimentos y bebidas no alcohólicas, productos de aseo, artículos de perfumería y belleza, en medios de difusión local.

Efectuar el monitoreo de medios publicitarios locales de la publicidad de bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos de libre venta, plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.

GIROS DE SALUBRIDAD GENERAL A DESCENTRALIZAR

Bienes y Servicios

1. Aceites y grasas alimenticias, Planta procesadora y envasadora
2. Aditivos o condimentos, bases o aderezos para alimentos, envasadora
3. Agua purificada, planta procesadora y envasadora de
4. Aguardiente, vinos y licores, planta de añejamiento de
5. Aguardiente, vinos y licores, planta elaboradora o envasadora de
6. Alimenticios congelados, planta de productos
7. Alimentos dietéticos, pediátricos, geriátricos, planta elaboradora de
8. Alimentos para animales, planta elaboradora y empacadora de
9. Alimentos preparados en general para humanos, planta elaboradora de
10. Alimentos, frutas y legumbres, empacadora de
11. Animales comestibles, planta productora de
12. Aseo, fábrica o laboratorio de materias primas para la elaboración de
13. Bares, cantinas o cervecerías
14. Cabarets o centros nocturnos
15. Café, otros granos y semillas, planta procesadora y empacadora de

-
16. Cafeterías o salones de té y fuentes de sodas
 17. Cajetas, mermeladas, ates, jaleas, compotas, fábricas de
 18. Cámara de maduración o refrigeración o bodega para alimentos
 19. Caramelos, chocolates, golosinas o chicles, fábrica o empacadora de
 20. Carne, productos de la pesca y de hielo, vehículos para el transporte de
 21. Carnes, planta procesadora y empacadora de
 23. Cerveza, fábrica de
 24. Cigarros, puros y tabacos, fábrica de
 25. Crema, mantequilla y queso de origen animal o vegetal
 26. Chiles molidos y en pasta, procesadora, empacadora o fábrica de
 27. Churros, buñuelos, donas, elaboración y expendio de
 28. Encurtidos, planta elaboradora y envasadora de productos
 29. Fondas o cocinas económicas
 30. Frituras de harina y botanas, planta elaboradora y empacadora de
 31. Fruta partida, jugos o licuados, expendio de
 32. Frutas y vegetales, jugos, néctares y bebidas deshidratadas elaboradora o envasadora de
 33. Gelatinas en polvo, gelatinas y flanes, fábrica elaboradora de
 34. Harinas, galletas y pastas, fábrica de
 35. Hielo, fabrica de

Insumos para la salud.

1. Almacén de acondicionamiento y distribución de agentes de diagnóstico
2. Almacén de acondicionamiento y distribución de instrumental y equipo médico
3. Almacén de acondicionamiento y distribución de material odontológico
4. Almacén de depósito o distribución de instrumental y equipo médico
5. Almacén de depósito y distribución de Agentes de diagnóstico
6. Almacén de depósito y distribución de fuentes de radiación de uso médico
7. Almacén de depósito y distribución de gases medicinales
8. Almacén de depósito y distribución de material de curación y prótesis
9. Almacén de depósito y distribución de medicamentos de herbolarios
10. Almacén de depósito y distribución de medicamentos homeopáticos
11. Almacén de depósito y distribución de medicamentos o productos biológicos para uso humano.
12. Almacén de distribución de productos higiénicos
13. Almacén de distribución o de acontecimiento y depósito de productos higiénicos
14. Almacén de distribución de depósito de material, instrumental y equipo médico odontológico.
15. Farmacias alopáticas, homeopáticas y droguerías. Con o sin venta de medicamentos controlados.

Salud Ambiental

1. Accesorios para vehículos en general, fábrica de
2. Afiladoras o cortadoras de acero, taller para
3. Almacén o bodega de productos químicos, orgánicos e inorgánicos
4. Artesanía, piezas de alfarería, artículos de metales preciosos y restauración de objetos de arte, taller de
5. Aserraderos
6. Automotriz de hojalatería y pintura, taller
7. Aviones, helicópteros, fábrica de
8. Cigarros, puros y tabacos, fábrica de
9. Combustibles para baño, fábrica de
10. Comercio al por mayor de fertilizantes y plaguicidas
11. Comercio al por mayor de productos químicos para usos industriales
12. Elevadores y montacargas, fábrica de
13. Fabricación de discos
14. Fabricación de envases y ampollas de vidrio
15. Fabricación de envases y productos de hojalata y lámina
16. Fabricación de gases industriales
17. Fabricación de laminados de acero
18. Fabricación de otros productos de acero
19. Fabricación de productos diversos de vidrio y cristal refractario y técnico
20. Fabricación de tubos y postes de acero
21. Fibras vegetales, fábrica de
22. Filtros purificadores de agua, fábrica de
23. Fundición de piezas de hierro y acero
24. Fundición, laminación, extrusión, refinación y/o estiraje de aluminio
25. Grabado y estampado, taller de
26. Herrería y plomería, taller de
27. Industrias para protección y prevención de accidentes, fábrica de artículos
28. Ingeniería, arquitectura y dibujo, fábrica de artículos de
29. Instrumentos de precisión y aparatos de medicina, fábrica de
30. Jabones y detergentes, fábrica de
31. Jardinería, servicio de
32. Juguetes, fábrica de
33. Lavado y engrasado, servicio de
34. Maquinaria pesada, fábrica o armadora de
35. Maquinaria y herramientas, fábricas de
36. Mármol, fábrica de
37. Mecánico, industrial, taller
38. Molido de hule, plástico y similares, taller para
39. Motocicletas, bicicletas y refacciones, fábrica o armadora de
40. Pintura, esmaltes, solventes, tintas y similares, expendio de
41. Quebradora de piedra
42. Reciclado de residuos tóxicos y peligrosos

-
43. Recolección, transporte, almacenamiento temporal de residuos o materiales peligrosos.
 44. Servicio de electromecánico automotriz, taller
 45. Servicios urbanos de fumigación, desinfección y control de plagas
 46. Taxidermia, taller de
 47. Terminales de autotransporte
 48. Tipos y grabados para imprenta, fábrica de
 49. Válvulas y bombas para agua, fábrica de