



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**



FACULTAD DE ECONOMÍA

**“COMPRAS GUBERNAMENTALES, EL COMBATE A LA COLUSIÓN SOBRE
ADQUISICIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO, 2015”**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN RELACIONES ECONÓMICAS INTERNACIONALES**

PRESENTA:

LIZBETH REYNA RECILLAS

ASESORA:

DRA. EN C. ED. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ CHAGOYA

REVISORES:

M. EN E. JUAN JOSÉ LECHUGA ARIZMENDI

DR. EN C.S RAFAEL JUARÉZ TOLEDO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO MAYO 2016.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I	9
MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL	9
1.1 Origen del Estado	10
1.1.1 Elementos del Estado	14
1.2 Antecedentes del Estado Mexicano	15
1.3 Sector Público	17
1.3.1 Sector Privado	22
1.4 Sector Salud.....	22
1.4.1 Modelos de sistema de salud	24
1.4.2 Organismos que han influido en el sistema de salud.....	30
1.4.3 Sistema de Salud en México	35
1.4.4 Situación reciente y actual del sistema de salud en México	37
1.4.5 Origen de la Seguridad Social	39
1.5 Teoría que sustenta la Investigación.....	48
CAPÍTULO II	51
COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....	51
2.1 Componentes del sistema de salud en México	52
2.2 Instituciones públicas del sector salud en México	53
2.3 Programas Gubernamentales	61
CAPÍTULO III	72
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS).....	72
3.1 Origen del Seguro Social	73
3.1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	74
CAPÍTULO IV	81

COLUSIÓN.....	81
4.1 Origen de la colusión	82
4.1.1 Colusión.....	84
4.2 Combate a la colusión sobre adquisiciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	87
4.2.1 Recomendaciones al IMSS sobre cómo mejorar los procedimientos de compras públicas.....	89
4.3 Propuesta para una reforma integral del sector salud en México	97
4.3.1 Cobertura universal de salud (CUS)	98
4.3.2 Sistemas de salud más eficientes del mundo	99
CONCLUSIONES.....	104
BIBLIOGRAFÍA	107

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1.1	La constitución y el régimen federal.....	18
Esquema 1.2	Cronología de los distintos eventos de la medicina en México.....	36
Esquema 1.3	Principales características del sistema de seguridad social.....	42
Esquema 1.4	Estructura del sistema de seguridad social en México.....	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1	Aspectos institucionales del sector público.....	19
Cuadro 1.2	Modelos de sistemas de salud.....	25
Cuadro 1.3	Reformas de los sistemas de salud según la OMS.....	27
Cuadro 2.1	Primer Nivel “Sector al que pertenecen las instituciones de salud”	54
Cuadro 2.2	Segundo Nivel “Clase de instituciones”	55
Cuadro 2.3	Tercer Nivel “ Instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas	56
Cuadro 2.4	Cuarto Nivel “Tipos de unidades médicas”	57
Cuadro 2.5	Instituciones del sector público.....	58
Cuadro 2.6	Instituciones de salud del sector privado	60
Cuadro 2.7	Otras instituciones.....	61
Cuadro 2.8	Secretaría de salud servicios y programas de apoyo	62
Cuadro 3.1	Montos destinado en compras (2010-2014)	75
Cuadro 3.2	Compras de bienes, servicios y obras por el IMSS 2015.....	76
Cuadro 3.3	Compras por delegación del IMSS.....	77
Cuadro 3.4	Procedimientos de compra del IMSS	79

INTRODUCCIÓN

El estado mexicano ha buscado lograr ser eficaz en la resolución de los problemas políticos, sociales y económicos, por tal motivo se han planteado reformas que buscan o que pretenden solucionar la problemática social. Para el desarrollo de cualquier estado es indispensable contar con instituciones eficaces que sepan captar los problemas de los ciudadanos, a través de sus diferentes organizaciones, que ayuden a resolver los problemas presentados con reformas y políticas públicas.

Las políticas públicas generalmente se definen desde el punto de vista de la “decisión” del gobierno, que opta o no por aplicar. Dye (Ruíz, 2002; 13) menciona que una política pública es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer. Algunas de las políticas establecidas con el paso del tiempo han sido en materia de seguridad pública, pobreza, empleo, salud, transporte, etc., para dar una mejora continua en las necesidades de la sociedad mexicana mejor conocidos como planes de desarrollo.

La elaboración de las políticas públicas en México han tenido cambios a lo largo del tiempo debido a las situaciones políticas, sociales y económicas que propician los mismos reestructurando normas, estrategias que den origen a un plan eficiente y efectivo en cuanto a la política establecida sea de salud, empleo, seguridad solo por mencionar algunas y cumplan con los objetivos fijados en las mismas. Lo cual no es fácil de hacer, las decisiones por quienes generan estas políticas deben beneficiar a la sociedad entera y no solamente a unos cuantos.

Si bien en la actualidad nuestro país ha logrado mejorar el bienestar de una buena parte de sus habitantes, en especial en materia de salud en cada una de sus organizaciones establecidas a lo largo del tiempo. Asimismo ha establecido políticas y lineamientos en materia de adquisiciones públicas que regulan cada uno de los recursos otorgados a cada una de estas instituciones públicas de salud y se contribuya al beneficio de la sociedad mexicana en cuanto a servicios médicos de calidad.

Dada la importancia que tiene el sector salud como institución para mejorar y mantener la salud de los mexicanos y con ello tengan una mejor calidad de vida, también es

participe en contribuir al desarrollo de la economía mexicana consolidándose cada vez más en el área de compra-venta, lo cual lo hace ser un sector sensible a realizar prácticas de colusión y por ende se vea mermado los servicios médicos para la sociedad mexicana.

En la actualidad son pocas las personas que reciben una atención médica que cumpla con los estándares desde consulta general, entrega de medicamentos, estudios y se contribuya a optimizar la vida de los que tienen este servicio ya que al igual que la educación es un derecho que se tiene por ser mexicano. Se sabe que desde una gripe, vacuna hasta enfermedades crónicas degenerativas y terminales tienen altos costos sin embargo la capacidad de atención se ha visto disminuida por las prácticas de colusión observando claramente que la calidad tanto en el servicio médico como en los medicamentos y tratamientos ha impactado de manera negativa la calidad de vida de los pacientes por lo que ha perdido credibilidad a tal grado que la población prefiere buscar alternativas en farmacias similares o farmacias que ofrecen algunos servicios a bajos costos, este problema sin lugar a dudas nos traslada a la observancia de la enorme colusión que existe dentro del sector salud mexicano por ello el objetivo de la presente investigación es identificar en que organismo del sector salud es más notorio la colusión con respecto a sus procedimientos de compra.

El contenido del siguiente trabajo de investigación se encuentra dividido en cuatro capítulos con los cuales se fue desglosando la información partiendo de lo general a lo particular, en el primer capítulo encontraremos el marco teórico y/o conceptual en el cual se abordará el tema del Estado, así como del sector público, el sector privado también se hará referencia al sector salud ya que de este apartado se desprende el objeto de estudio además de conocer la teoría que sustenta dicha investigación a través del modelo benefactor keynesiano. El segundo capítulo va a continuar con información referente al sistema de salud en México desde sus componentes, las instituciones que lo conforman así como los programas gubernamentales. Mientras que el tercer capítulo hablará por completo del seguro social mejor conocido como Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de entrada, se abordará el tema del origen o creación del seguro social con su debida definición y posteriormente presentar información de todo lo que lo

vincula. Para después llegar al último capítulo en este apartado se hará mención al fenómeno de colusión partiendo de su definición, cuándo se presenta y los modelos de colusión existentes además de incluir los lineamientos del comité de competencia de la OCDE para combatir la colusión en las compras públicas asimismo brindar una propuesta para una reforma integral del sector salud y concluir si se puede abatir el problema de la colusión en los procedimientos de compra del sector salud en México.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL

El objetivo del presente capítulo es analizar el origen del Estado partiendo de conceptos básicos seguido de sus elementos que lo conforman acto seguido hacer un breve recorrido por la historia del país que hizo evolucionar su forma de gobierno a la cual existe hoy en día para después abordar el tema del sector público y todo lo que lo involucra y así llegar al factor salud el cual es el objeto de estudio, de igual manera plantear información desde orígenes, evolución y situación reciente y actual del sistema de salud mexicano para finalizar con la teoría que sustenta la presente investigación.

1.1 Origen del Estado

Se va a comenzar el estudio del presente apartado con el análisis del origen del estado. El origen del Estado puede explorarse desde un punto de vista histórico o desde un punto de vista racional. El punto de vista **histórico** es el que trata de determinar cuando surgió el Estado, cuándo apareció una sociedad humana.

Para (Posada, en Porrúa; 2008) este problema del origen del Estado es distinto del correspondiente a su justificación, mencionando que no es lo mismo resolver cuál es el origen del Estado, que contestar a la interrogante de por qué debe existir el Estado, el habla que la diferencia es también de método, pues el segundo problema, el relativo a la justificación, implica la necesidad de emplear el *método filosófico* para resolverlo al tratar de definir, no cuándo se origina un Estado determinado, sino cuándo se plantea en abstracto el origen del mismo y se trata de resolver este problema de la aparición histórica del Estado, no refiriéndose a uno en concreto, sino de manera general. Unida con este segundo aspecto del problema, se encuentra la otra cuestión significativa, que corresponde a la interrogación de por qué debió surgir el Estado es decir, su justificación moral. El problema de saber cómo surgió el Estado según (Posada, en Porrúa; 2008) es puramente histórico u objetivo, este consiste en determinar el proceso que lo originó.

Para lo cual se abordarán las teorías propuestas para explicar el origen del Estado. (Posada, en Porrúa; 2008) considera que se pueden agrupar en tres categorías: la **teológica**, la del **pacto social** y la **histórica**. La doctrina **teológica** dice que el Estado

es creado por Dios. El origen del Estado es, entonces, sobrenatural. Las doctrinas del **pacto social** afirman que el Estado es una creación humana, es obra de la voluntad del hombre, y su origen se encuentra en el pacto social. La última doctrina que se define “**histórica o sociológica**” menciona que el Estado es un fenómeno natural, originado por el libre juego de las leyes naturales, entendiendo por éstas no únicamente las estrictas consideradas como tales, o sean, las leyes físicas, sino las derivadas de las funciones espirituales del hombre, considerándolas también como fenómenos naturales.

Los pensadores afiliados a esta teoría se apoyan de un método complejo: utilizan los datos de la Historia, analizan los fenómenos sociales y políticos de la vida real, de manera directa, estudiando las sociedades humanas, sirviéndose de las conclusiones de las Ciencias Sociales. El estudio de cuándo se originó el Estado, tiene, en efecto, que apoyarse en los datos que proporcione el conocimiento histórico y tienen que utilizarse igualmente, las conclusiones que aporte la Sociología. Como se ha mencionado, la doctrina sociológica del Estado lo considera como una realidad o fenómeno que se da históricamente, que surge en el transcurso de la historia como un hecho real, y, por tanto su origen se establece, se determina mediante el examen de datos reales, reconstruyendo la sociedad primitiva, entendiendo por esta la que se considera está más cerca o dentro de los orígenes de la comunidad política.

Otra teoría que se considera es la ideal en relación con el origen del Estado es la “Teoría correcta del origen del Estado” antes Porrúa (2008) hace una crítica a la doctrina de Rousseau, considerando que el Estado no surge en virtud de un contrato, sino que el mismo es una realidad natural, no se debe desconocer el hecho de que en la formación misma del Estado interviene la voluntad humana guiada por la necesidad natural de que exista ese organismo. En efecto, la sociedad política, el Estado, no existió siempre, sino que se originó, surgió, nació a la vida en determinado momento histórico, a consecuencia de un proceso sociológico que llevó a la conciencia de los hombres la necesidad de constituirlo. Esta necesidad se hizo presente, porque los hombres vieron que tenían que lograr un bien de categoría superior al bien propio de cada persona, *el bien público*.

Él también menciona que al nacer este elemento, al entrar este ingrediente teleológico en la sociedad, está se convierte en sociedad política, se sabe que precisamente esa teleología¹, el buscar el bien común, obedeciendo al grupo dirigente que se ha formado en el mismo grupo social, es lo que especifica a las sociedades humanas permitiendo que se las califique de políticas. Continuando con las teorías una en relación con el problema del origen del Estado, que es observado desde el punto de vista filosófico es la teoría de Hauriou el considera que su fundamentación proviene no del consentimiento otorgado para formar un pacto, sino de un consentimiento “consuetudinario”, es decir, algo que sucede o se realiza por costumbre como él lo califica.

Un poder fundador crea una institución en torno de una idea y para realizarla, está es aceptada como tal por los ciudadanos, que la respetan de manera continuada. Al cabo de cierto tiempo, esa aceptación engendra la *opinio juris*, (siendo la convicción de que una acción se llevó a cabo porque era una obligación) el carácter jurídico. Por lo cual la formación del Estado para Hauriou, tiene el doble carácter de ser histórico (por fundarse en hechos) y jurídico, por estar sancionada su existencia por el consentimiento consuetudinario otorgado de manera continuada. Partiendo de las teorías propuestas para explicar el origen del estado es importante hacer la conciliación de las mismas.

Para Porrúa (2008) en conclusión a las teorías expuestas comenta que el Estado es en efecto, un hecho histórico. Ocurrió su nacimiento en el transcurso del tiempo. Su motivación ha sido sociológica y voluntaria. En su formación ha intervenido la voluntad humana, pero en atención a una necesidad de la naturaleza del hombre. Él cree con Hauriou, que esa voluntad humana no se presentó en forma de pacto, a la manera que quiere Rousseau, sino como aceptación consuetudinaria de un hecho que rodea a los hombres como una realidad necesaria. Por otra parte, acepta la doctrina teológica de la atribución a Dios del origen del Estado; pero solo en forma mediata, como creador que es del hombre, pues de manera inmediata cree que el Estado es producto de la actividad humana libremente orientada de acuerdo con la especial cualidad de arbitrio

¹ La teleología forma parte de la metafísica, una rama de la filosofía. Puede entenderse a la teleología como el análisis de los propósitos o de los objetivos que persigue un ser o un objeto, <http://definicion.de/teleologico/> (20/05/2015).

indeterminado que corresponde a la naturaleza de la persona humana. Por consiguiente una vez establecido el hecho de cómo surgió el Estado algo primordial es el concepto del mismo para lo cual se tiene las siguientes definiciones de distintos autores.

Como concepto jurídico define (Jellinek, en Porrúa; 2008) al Estado como la corporación formada por un pueblo, dotada de un poder de mando originario y asentada en un determinado territorio; o, en forma más resumida, la corporación territorial dotada de un poder de mando originario.

Para (Verdross, en Teitelboim; 1966), un estado soberano es una comunidad humana perfecta y permanente que se gobierna plenamente así misma, está vinculada a un ordenamiento jurídico funcionando regularmente en un determinado territorio y de inmediata conexión con el derecho internacional, cuyas normas en general respeta.

Grissoni y Magiori definen el Estado de la siguiente manera: “El Estado es el conjunto de organismos por medio de los cuales se ejerce la hegemonía y la coerción de la clase dirigente sobre las clases subalternas, no con la mera intención de preservar, defender y consolidar sus intereses económico-políticos, sino también para elaborar una acción educativa de conformidad del conjunto del cuerpo social, de manera que los objetivos e intereses de la clase dominante aparezcan como datos y valores universales”. (Grissonil, D. y Magiori, 1974. Pág. 167).

(García Maynez, en Brenes Rosales; 1992) menciona que el Estado es la organización que se ejerce en determinado territorio.

El concepto de Estado no es completo sino es referido al aspecto jurídico. El Estado se auto-limita sometiéndose al orden jurídico que lo estructura y da forma a su actividad. El Estado es sujeto de derechos y deberes, es persona jurídica y en este sentido es también una *corporación* ordenada jurídicamente. El sustrato de esa corporación lo forman hombres que constituyen una unidad de asociación, unidad que persigue los mismos fines y que perdura como unidad a influjo o por efecto del poder que forma dentro de la misma. Esta personalidad jurídica del Estado no es una ficción; es un hecho que consiste en que el ordenamiento jurídico le atribuye derechos y deberes,

derechos y deberes que crean en el hombre la personalidad jurídica y en los entes colectivos la personalidad moral.

1.1.1 Elementos del Estado

En este apartado se va a examinar los elementos del Estado (Arellano García, en Brenes Rosales; 1992) refiere a que el Estado tiene cuatro elementos esenciales: El elemento humano nacional (población), el elemento geográfico (territorio, espacios aéreos, plataforma submarina), el elemento político (conocido genéricamente como “gobierno”) y el elemento jurídico (es el elemento que da cohesión a los anteriores y que permite constituir la unidad Estatal). Según estos elementos, la soberanía es un resultado del elemento jurídico. Toca examinar a cada uno de estos elementos.

- Territorio, se entiende que es el (elemento geográfico) que alude al espacio terrestre, marítimo y aéreo es decir, se extiende en tres dimensiones; superficie, altura y profundidad. Como superficie se entiende la parte terrestre los ríos, lagos y mares interiores, como altura se entiende el espacio aéreo, masa de aire que está en el territorio terrestre, aguas interiores y mar territorial y por último el espacio marítimo que se extiende 188 millas mar adentro, que suma con el mar territorial 200 millas.
- Población (Elemento humano nacional), llámese población a la totalidad de individuos que habitan el territorio de un estado, la población representa dos aspectos uno demográfico o cuantitativo, referido a su número y densidad y uno cualitativo vinculado a la raza herencia y selección.
- Gobierno (Elemento político), sobre la base de que es el ente que ejerce el poder dentro del estado. El gobierno es la acción por la cual la autoridad impone una línea de conducta a individuos; su misión principal es ordenar, ordenes que han de dirigirse hacia la consecución del bien público, fin del estado.
- Soberanía (Elemento jurídico), este es un elemento de esencia en todo el estado tal elemento jurídico es tan importante que es el que coordina todos los demás

elementos para darle unidad, es el que define como se integra el elemento humano, el elemento geográfico y específica como se forma el elemento político.

La soberanía es la manifestación que distingue y caracteriza el poder del estado, la cual se afirma su superioridad jurídica sobre cualquier otro poder, sin aceptar limitación ni subordinación que cercene sus facultades ni su independencia dentro de su territorio y posesiones.

1.2 Antecedentes del Estado Mexicano

El México prehispánico tuvo una serie de evoluciones tanto políticas, sociales y económicas para poder ver más detalladamente estos cambios y las formas de gobierno², que fueron implantadas y posteriormente modificadas debido a los acontecimientos de poder y lucha se tomara como punto de partida a partir del siglo XVI en el cual se vivió la invasión y sometimiento de los imperios Azteca e Inca por parte de Hernán Cortés conquistando la nueva tierra en nombre de Carlos I de España. Además que en 1535 llegó a tierras mexicanas el primer virrey, Antonio de Mendoza, con lo cual se buscó la conquista espiritual, el proceso de evangelización e hispanización de los indígenas, asimismo que el imperio español extendió sus dominios hacia otros países siendo el imperio global más extenso durante 300 años. El siglo XVII se considera un periodo gris, pero en ese lapso se consolidaron las instituciones y próspero la pluralidad racial. Durante el siglo XVIII en la década de 1730 la peste causo un millón de muertos. Los criollos formaban ya el 16 por ciento de la población. La opulencia beneficiaba a un sector pequeño que se enriquecía gracias al trabajo de una mayoría oprimida. El conjunto de crecientes tensiones en todos los dominios españoles hizo que el 1767 Carlos III decretara la expulsión de los jesuitas. Para el siglo XIX en México, un suceso importante y que cambio el estereotipo de gobierno fue cuando el 16 de septiembre de 1810, en el pueblo de Dolores, el cura Miguel Hidalgo llamó a la insurrección contra el

² Se tiene que en el mundo antiguo, Herodoto en "Los nueve libros de la Historia" hace referencia a las diversas formas de gobierno clasificándolas en monarquía, democracia y aristocracia. Por otro lado Aristóteles en un estudio realizado a 158 Estados se dio cuenta de que en ocasiones el poder era ejercido por un solo individuo y clasificó al Estado que se encuentra en esta situación que tiene como titular de la soberanía a una sola persona, como monarquía (de monos: uno), en ocasiones ese poder se ejercía por un grupo de individuos, Aristóteles la denominó aristocracia. Y también observo que existía otra situación, en la que no se trataba ni de un individuo ni de un grupo especial de hombres, sino de un conjunto de ellos y denominó a esta forma democracia.

gobierno español iniciando la lucha por la independencia del país, siendo la primera opción política fundamental a la que se enfrentaría siendo la sustitución de un régimen político por otro. Además de que Francia intento imponer una monarquía en el país con Maximiliano de Habsburgo (1864-1867), que constituyo un fracaso. Durante el periodo de 1821-1854 se lograron las opciones políticas y se definieron las instituciones jurídicas que fueron objeto de consolidación a partir de la Constitución de 1857.

Durante el siglo XX Porfirio Díaz rigió la vida política mexicana durante más de treinta años. Su sueño de poder inmovible quedó roto cuando en 1910, al intentar su séptima reelección como presidente, originó el estallido de la Revolución Mexicana, marcando el fin de su mandato. Después de los acontecimientos sucedidos en el país y hasta hoy en día quedo implantada como forma de gobierno una república representativa, democrática y federal, compuesta por estados libres, pero unidos en una federación.

Por *República* se entiende la forma de gobierno en la cual los ciudadanos eligen periódicamente al presidente, quien desempeña ese cargo de manera temporal; además, el poder no radica en una sola persona. *Representativa*, es en la cual el pueblo participa en el gobierno a través de sus representantes; las leyes se elaboran por medio de ellos (diputados y senadores) electos por los ciudadanos a través del voto. *Democrática*, significa que el pueblo es el que gobierna, es decir, que todos los ciudadanos tienen la oportunidad de participar directa o indirectamente en el gobierno y *Federal*, porque los estados que integran la república mexicana son libres y soberanos en su gobierno y organización internos, pero se deben sujetar a las disposiciones de la Constitución Federal.

1.3 Sector Público

Bien se sabe que el sector público de la economía comprende una parte relevante de los recursos económicos de una sociedad, factores productivos y de la producción que son de apropiación pública, es decir, todas las empresas y servicios estatales y gubernamentales, a nivel local, regional y nacional. Los recursos están organizados y sus objetivos y funciones sometidos a un determinado orden institucional y legal prescrito en la Constitución y las leyes reglamentarias.

Como definición, el sector público es la autoridad formal para tomar decisiones que trascienden a los grupos privados y al mercado, lo cual le otorga un gran poder e influencia sobre los recursos totales de los cuales disponen la economía y la sociedad en su conjunto (Ayala: 2005). Ello se refleja en el peso de los gastos y los ingresos públicos dado que en los países industrializados el gasto del sector público ha alcanzado casi la mitad del producto interno bruto, haciendo notar la relevancia que tiene el sector y que puede llegar a ser un aspecto positivo de crecimiento pero también negativo si se exceden los gastos públicos.

Ahora bien el sector público de la economía mexicana puede ser estudiado desde cuatro perspectivas complementarias: a) su institucionalidad o marco normativo, b) su estructura orgánica o tipo de organización, c) el proceso político de toma de decisiones públicas y, d) por la evolución de sus principales indicadores económicos o tamaño del Estado. A continuación se describirá de forma más detallada a cada uno.

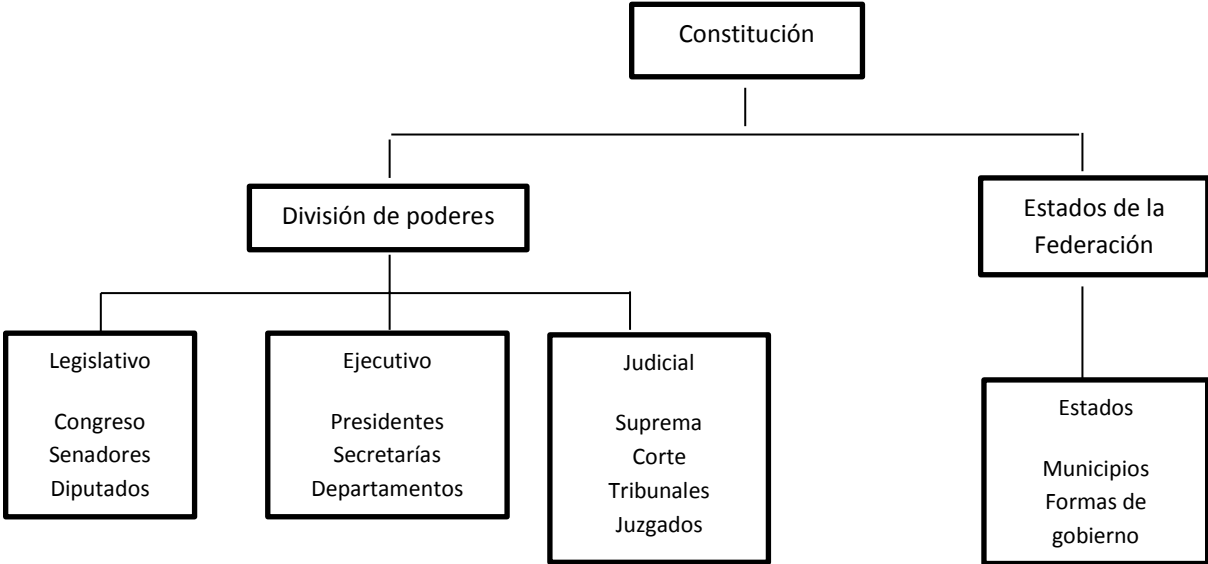
a) Institucionalidad

La estructura constitucional y las leyes reglamentarias que establecen el marco jurídico, se definen objetivos, funciones y atributos es decir, se fija el marco de restricciones institucionales o lo que es igual, aquello que la ley permite o prohíbe hacer. En el régimen político mexicano existe una estructura jerárquica según la cual la validez de todas las normas del ordenamiento jurídico depende de la concordancia con ella. El régimen democrático permite la competencia entre los distintos agentes para imponer a la propia Constitución las funciones y los contenidos que permitan el desarrollo

económico, político, social y democrático. En el siguiente diagrama se ilustran las características de la Constitución mexicana.

ESQUEMA 1.1

La Constitución y el régimen federal



FUENTE: Ayala Espino, 2005.

La Constitución define legalmente la idea del Estado nacional y unitario de acuerdo con el cual cualquier acción, función o atributo del Estado deberá estar referida a ella. En el cuadro 1.1 se señalan los principales aspectos institucionales del sector público.

CUADRO 1.1

Aspectos Institucionales del sector público

Aspectos Jurídicos	Derivados de un orden supremo como expresión de la soberanía popular: la Constitución.
	La Constitución crea un solo orden jurídico válido para todo el territorio nacional.
	El Estado unitario parte del vértice superior hasta las normas inferiores formando una estructura jerarquizada.
	La Constitución del Estado unitario no impone la necesidad de un texto escrito y rígido porque no requiere precisar la competencia dentro de diferentes órdenes.
	El orden jurídico corresponde a los órganos centrales por lo que no existe autonomía como una facultad de los estados o las provincias para autoconstituirse y autoelegirse.

FUENTE: Martínez Almazán, 1996.

La importancia de una institucionalidad dentro del sector público se basa en vivir en una sociedad regida por leyes y el respeto a las mismas es una condición necesaria para que haya avance económico, para que se desarrolle la sociedad y para que progrese el país.

b) Organización

El sector público se organiza de acuerdo con el marco legal existente. Éste determina la estructura del gobierno central, de los gobiernos de los estados y los municipios, del sector paraestatal y en general de sus entidades y órganos. El sector público necesita organizarse de acuerdo con el cumplimiento eficiente y eficaz de sus objetivos y

funciones. Ello requiere de una organización de sus estructuras y procedimientos de acuerdo con las reglas definidas en el marco legal.

La Constitución mexicana señala en los artículos 124, 115, 117 y 118 que la administración pública debe guiarse por los criterios modernos de organización de toda administración pública: eficiencia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación. Los principios generales que rigen a las administraciones públicas modernas son los siguientes:

- *Principio de competencia.* Define la capacidad de cada órgano o entidad pública. La ley fija los atributos, los órganos que forman una entidad, su jerarquía y relaciones, y la titularidad de las responsabilidades, posibilitando delimitar con mayor precisión la competencia de un ente y de este modo evitar duplicidades o incongruencias.
- *Principio de jerarquía.* Permite la organización de distintos órganos de un mismo ramo de la administración dotados de competencia propia, mediante su organización jerárquica, por medio de la cual las jerarquías superiores dirigirán y fiscalizarán las funciones de los mandos medios e inferiores, intentando resolver conflictos que pudieran surgir, para conseguir unidad de mando pero también unidad del trabajo.
- *Principio de descentralización.* Se pueden transferir competencias desde la administración central hacia otros entes administrativos, generalmente de una jerarquía menor.
- *Principio de desconcentración.* Es la transferencia de competencias de modo permanente de un órgano de mayor jerarquía a otro de menor dentro de un órgano público.
- *Principio de delegación.* Es la traslación de competencias a que da lugar la descentralización y desconcentración. Ello significa cambios importantes con respecto a la titularidad y la organización administrativa.

De acuerdo con esos principios la Constitución fija las facultades y los niveles de competencia a las distintas estructuras de gobierno.

El sector público mexicano se divide en tres grandes categorías:

- ❖ El gobierno general, incluye al gobierno central (gobierno federal), los gobiernos locales (estatales y municipales), y la seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- ❖ El sector paraestatal constituido por las empresas públicas.
- ❖ El sector público financiero formado por los organismos financieros del Estado o también denominada banca de desarrollo y el banco central.

Dentro de estas categorías uno de los puntos a analizar con mayor interés para objeto de la presente investigación es el tema de la seguridad social que más adelante se hablará.

- c) Política. El proceso político es el medio a través del cual se relacionan los distintos grupos de la sociedad con el Estado, pero también los distintos niveles del gobierno y sus distintos órganos y agencias. La política es la arena en la cual se toman las decisiones públicas, se define el presupuesto público, y las principales políticas públicas.
- d) Tamaño. El tamaño del sector público refleja la importancia que le dan los distintos grupos sociales; las necesidades sociales y económicas acumuladas o futuras, y finalmente la ideología política dominante en un régimen o sistema.

Por esto, el sector público tiene una gran importancia debido a todo lo que representa y en el poder que tiene como autoridad para tomar decisiones, mostrando que el desarrollo de la economía mexicana no sólo depende de las actividades económicas en un mercado así como del comportamiento del sector privado, de los bienes y servicios, como de las leyes, normas, educación, bienestar social y de la infraestructura dados por el Estado (Ayala: 2005).

1.3.1 Sector Privado

En relación con todo lo que vincula al sector público parte importante es el sector privado mencionado anteriormente, el cual tiene un papel fundamental en el desarrollo de una economía, puesto que es el principal generador de empleos y de inversión. Así como lo es el papel del gobierno en el desarrollo del sector empresarial, ya que él es quien debe establecer los lineamientos bajo los cuales las empresas operan. Estos lineamientos o reglas deben asegurar la existencia de mercados competitivos y a su vez ofrecer un marco jurídico y normativo adecuado.

Por tanto, el marco regulatorio constituye una parte fundamental de las reglas bajo las cuales se rige el desarrollo del sector privado. El gobierno, en sus tres órdenes, debe promover un marco regulatorio que genere un buen ambiente de negocios. Para ello, se debe facilitar el proceso de apertura de un negocio (en términos de costo, tiempo y número de trámites), la obtención de licencias de funcionamiento y de construcción, la contratación de empleados, el registro propiedad y el pago de impuestos, todo ello involucra a la administración pública la cual se refiere a la organización del sector público y en general a todas las acciones económicas, sociales y políticas comprendidas en la actuación del gobierno³, (Foncerrada: 2009).

1.4 Sector Salud

Los sistemas de salud se forman ante la necesidad de responder a los problemas y necesidades de salud y enfermedades a partir de una estructura económica y política de cada sociedad de modo que, el factor salud ha sido muy importante a lo largo de los años y ha ido evolucionando en los distintos periodos de tiempo desde la medicina

³ Las distintas funciones que realiza el gobierno son “administradas” de modo similar a como lo harían los agentes aunque ciertamente existen peculiaridades en el caso del gobierno que lo diferencian del sector privado, por ejemplo; el gobierno administra la aplicación de las leyes a través del Poder Judicial y la interpretación de las leyes por medio de las cortes y los tribunales de un modo claramente diferente a los procesos administrativos del sector privado reflejando el poder que tiene el gobierno como marco regulatorio establecido por el sector público como medio para que el sector privado tenga lo necesario para cumplir con sus objetivos de desarrollo y crecimiento para la economía mexicana.

tradicional hasta la medicina actual es decir, la cantidad de farmacéuticos para las distintas enfermedades así también el equipo para los diferentes centros de atención médica y hospitales los cuales existen hoy en día y a su vez la creación de organismos internacionales que fomentan y promueven la salud a nivel mundial, partiendo de estos y que ayuda a definir a los sistemas de salud y que también es uno de los organismos internacionales existentes más importantes que tiene la ONU para trabajar en todo lo referente a la salud es la Organización Mundial de la Salud la (OMS) quien establece que un sistema de salud abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud (más adelante se hablará con más detalle de esta organización y demás organismos encaminados con esta labor).

Los sistemas de salud se pueden analizar a través de dos grandes dimensiones que se conjuntan entre sí. La primera es su dimensión *técnica* y la segunda su dimensión *social*. Las actividades para promover, mantener o restablecer la salud son diversas y varían según el grado de desarrollo *técnico* y la cultura de las sociedades, es decir varía el grado de desarrollo que tenga cada país. De ahí que las primeras formas de “sistema de salud” sean bastantes sencillas: una suma de curadores o sanadores que actúan de manera individual atendiendo enfermos y que transmiten sus conocimientos de manera oral o escrita “Estrada: 2015”.

Luego se tiene la parte social una muestra de ello lo da la sociedad teotihuacana en donde solo las clases superiores tenían la posibilidad de atender sus lesiones dentales con incrustaciones, fue un elemento que a lo largo de los años marco una diferencia en la atención que reciben las personas según el lugar que ocupan en la sociedad.

1.4.1 Modelos de sistema de salud

Desde el punto de vista social, los sistemas de salud se clasifican según la forma en que se encuentren estructurados, sus fuentes y formas como obtienen financiamiento y las formas a través de las cuales los distintos grupos o clases sociales acceden a ellos. De modo que es posible tener distintos modelos que a continuación se presentan:

- **Sistema de propiedad estatal**, con financiamiento proveniente de impuestos o de cuotas obreros-patronales de la seguridad social.
- **Sistema de propiedad privada**, es financiado bajo la forma de pago directo del bolsillo o bien bajo la forma de prepago por medio de aseguramiento privado.
- **Sistema se basa en formas tradicionales de atención**, en general con formas privadas o de redes de apoyo comunitario cercanas a las culturas de los grupos sociales de las que emergen.

Para el autor (Estrada: 2015) la forma concreta de organización en cada país o época por lo general no obedece a estructuras rígidas sino que es resultado de políticas aplicadas según el desarrollo histórico, ideológico, político, cultural y económico de cada país. Todos los sistemas de salud actuales han pasado por numerosos cambios que se han llevado a cabo como parte del proceso de mejora en el rubro de las políticas aplicadas a partir de modelos iniciales que surgieron desde el siglo XIX; el cuadro 1.2 representa los tres modelos más comunes.

CUADRO 1.2

Modelos de sistemas de salud

Primer modelo Sistema de seguro social	Se propone cubrir a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad. La prestación de servicios en general viene de proveedores públicos.
Sistema de seguro Social II	Centraliza la planificación y el financiamiento, depende sobre todo de ingresos provenientes de los impuestos generales y de prestación de servicios por el sector público.
Segundo modelo	La participación del gobierno es más limitada. La cobertura se da sólo a ciertos grupos de población, el resto de la gente depende del sector privado.
Tercer modelo	Medicina tradicional; sin participación del Estado, los prestadores dan atención a cambio de pago directo o en especie o bien como parte de redes sociales de apoyo (medicina popular). Muy amplio en algunos países o regiones.

FUENTE: Creado a partir de la información de documento Informe sobre la salud en el mundo 2000. World Health Organization. "Sistemas de salud" Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? pp.3-21.

De ahí que el sistema de cada país sea "mixto" pues combina formas y peso relativo variados de cada uno de esos tres modelos principales. Así por ejemplo, la mayoría de los países europeos cuentan con un predominio del modelo de propiedad estatal y financiamiento mediante impuestos, el sistema estadounidense, en cambio, usa principalmente el modelo privado, mientras que los sistemas latinoamericanos son combinaciones variadas de los tres modelos.

Un elemento muy importante para la configuración de los actuales sistemas de salud ha sido la generación de "políticas sociales" mismas que de acuerdo con Gordon, son el conjunto de intervenciones públicas dirigidas a asegurar a los ciudadanos un estándar mínimo de salario, alimentación, salud, vivienda, educación, como derechos sociales y

no como caridad o mera beneficencia que se puede o no otorgar a voluntad del donante.

De hecho, muchos de los sistemas de salud imperantes en el mundo actual fueron fuertemente influidos por un conjunto de políticas sociales orientadas por el llamado “Estado de bienestar”, considerado como un conjunto de instituciones estatales orientadas a desarrollar políticas sociales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, además de facilitar la “integración” de clases y grupos sociales nivelando o igualando (aunque no homogeneizando) sus recursos materiales.

Durante las primeras ocho décadas del siglo XX, se dio el auge y consolidación del Estado bienestar, resultado de las luchas y conflictos sociales en el mundo en la primera mitad del siglo XX. Eso hizo posible el surgimiento de amplios sistemas estatales y públicos de atención a la salud y la enfermedad (como en Europa o Canadá), así como la cobertura de las necesidades básicas de los ciudadanos mediante la provisión de seguridad de ingresos, atención sanitaria, vivienda, educación y otros tantos servicios sociales.

De ahí que la OMS afirme que el mayor auge de los sistemas de salud se observó durante el siglo pasado, ya que pasaron de ser entidades en pequeña escala, en su mayoría privadas o caritativas a ser entidades con un gran crecimiento y que han contribuido a mejorar la salud, finalidad principal de un sistema de salud, aunque no la única, ya que de acuerdo con la OMS también deben proteger a las personas de pérdidas financieras debidas al costo de la enfermedad y tratarlas con dignidad.

Los sistemas de salud han sufrido pequeños y grandes cambios, de tal manera que se propone que hay tres generaciones de reformas del sistema de salud en general, mismas que se esquematizan en el cuadro 1.3.

CUADRO 1.3

Reformas de los sistemas de salud según la OMS

Primera generación	<ul style="list-style-type: none">❖ Creación de sistemas nacionales de atención sanitaria❖ Extensión de los sistemas de seguridad social a los países de medianos ingresos❖ Aumento de atención hospitalaria y aumento de costos❖ Mayor utilización de los servicios por personas de mejor nivel económico❖ Atención de poca calidad❖ Exclusión de las poblaciones indígenas
Segunda generación	<ul style="list-style-type: none">❖ Promoción de la atención primaria a la salud❖ Compromiso de que todos los habitantes recibieran un nivel mínimo de servicios de salud, junto con un suministrado de agua potable y saneamiento básico❖ Medidas de salud pública, prevención, medicamentos esenciales y educación para la salud❖ Financiamiento inadecuado❖ Los trabajadores disponían de

	<p>poco tiempo para actividades de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Capacitación y calidad de la atención deficientes
<p>Tercera generación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Busca ampliar el acceso para los pobres ❖ Muy relacionados con los cambios políticos y económicos que se han producido en el mundo ❖ Ajustes de acuerdo con la capacidad financiera y de organización de cada país ❖ Aumento del financiamiento privado ❖ Unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro ❖ Atención sanitaria costeadada por el seguro y directamente por el asegurado

FUENTE: Informe sobre la salud en el mundo 2000. World Health Organization. "Sistemas de salud" Cap. 1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? pp.3-21.

Como es evidente en el cuadro 1.3 en un principio, los sistemas de salud atendían sólo a las personas con un buen nivel económico y su actividad principal se centraba en atención médica en consultorios y hospitalaria. Tal situación presentaba varios problemas, en primer lugar representaba enormes costos además de que los servicios no eran utilizados por los sectores más pobres de la población.

Así surgió una segunda generación de reformas, en buena medida demandada por las clases trabajadoras, en la que aumentaron en número y crecieron las instituciones que atendían a trabajadores urbanos adheridos a planes de seguridad social y redes de atención en el medio rural y urbano (trabajadores informales); de esta manera se

impulsó la atención primaria a la salud cuyo fin fue el de introducir medidas preventivas y de salud pública que redujeran los costos y que incluyeran al sector más pobre de la población. En esta etapa los cambios realizados estuvieron orientados por la política general de estado de bienestar.

A pesar de los grandes logros que tuvieron algunos países, otros tantos enfrentaron muchos problemas de financiamiento, de falta de recursos humanos, burocratización, mala calidad y deficiente utilización de los servicios, además de que el sector más rico de la población seguía utilizando los servicios en mayor proporción que los más pobres. Caminando de la mano con la crisis económica que afectó al mundo desde inicios del decenio de 1980-1989, ocurrió un cambio en las políticas generales de los Estados conocido como neoliberalismo; esta nueva política busca dismantelar las instituciones públicas del llamado estado de bienestar y pretende sustituir las instituciones públicas por las privadas con formas mercantiles de regulación, además busca darle mayor peso y hacer predominar el modelo privado de prestación de servicios.

Así en la tercera generación de reformas se observaron muchos cambios en los sistemas de salud de cada país, mismos que tuvieron todavía más relación con la situación económica y política de cada nación. De hecho, cabe afirmar que muchos de los cambios en la dirección neoliberal, lejos de disminuir la inequidad en la atención a la salud, la aumentaron, de forma que hoy en varios países de América Latina se ha abandonado esta dirección y están regresando a formas dirigidas hacia el modelo de sistema universal de salud con financiamiento estatal, a partir de los impuestos y acceso universal (Bolivia, Venezuela, Brasil, Uruguay, Paraguay, Ecuador). De forma adicional otros países (Bolivia, Ecuador, Paraguay) han desarrollado esfuerzos importantes para la fusión adecuada entre el modelo universal y el modelo de medicina tradicional mediante el impulso de formas de *interculturalidad*. A pesar de todos los esfuerzos realizados todavía hay mucho por hacer en virtud de que, hasta la fecha, la abrumadora mayoría (quizá cabría decir que todos) de los sistemas de salud en el mundo aún no han alcanzado sus objetivos primordiales, sobre todo en lo referente a la equidad.

1.4.2 Organismos que han influido en el sistema de salud

Acerca de organismos y ya citado con anterioridad las Naciones Unidas o mejor conocida como (ONU) organismo internacional o también organización intergubernamental⁴, desde su creación se ha implicado activamente en promover y proteger la salud en todo el mundo. A la cabeza de ese trabajo, dentro del sistema de las Naciones Unidas, se encuentra la Organización Mundial de la Salud (OMS), el primer organismo especializado para coordinar la acción mundial contra las enfermedades creado el 7 de abril de 1948, su fin es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (OMS: 2015).

Por tanto la OMS tiene tres objetivos específicos en cuanto a salud se refiere menciona que el principal objetivo de un sistema de salud debe ser mejorar la salud de la población. En segundo lugar, debe intentar mejorar la capacidad de respuesta del sistema, al tiempo que contempla los aspectos éticos necesarios para la atención, respeta en todo momento la dignidad de las personas, así como su autonomía para elegir qué tipo de intervenciones aceptan o no, y respeta la confidencialidad de la información emitida por el paciente. Dentro de las metas y que se desprende de este objetivo es la orientación hacia el paciente, factor que permite al médico responder a sus necesidades, brindar un trato adecuado y en un entorno que cuente con un ambiente donde el paciente logre restablecer su salud y tenga el derecho a elegir quién le provee la atención médica. El tercer objetivo es la equidad en el financiamiento y la protección financiera de los hogares, lo cual alude a que los hogares no deberían empobrecerse o hacer gastos catastróficos con la única finalidad de procurar su salud (OMS: 2015).

⁴ Los organismos internacionales son, a grandes rasgos, organizaciones o sistemas diseñados para lograr metas y objetivos de carácter y espectro internacional. Estos se dividen en dos grandes vertientes:

*Las organizaciones internacionales intergubernamentales (OII), que se caracterizan por que sus miembros se componen de los representantes de los Estados soberanos o incluso por otras agencias u organismos intergubernamentales como es el caso de la Unión Europea (UE) o de la Organización Mundial de Comercio (OMC), entre otras.

*Las organizaciones no gubernamentales o mejor llamadas ONGs, que se componen principalmente de miembros de la sociedad civil y operan de manera privada con su propia libertad de gestión e ideología. ([http://portalsostenibilidad.upc.edu/\(05/09/2015\)](http://portalsostenibilidad.upc.edu/(05/09/2015)))

A consecuencia de, la OMS desempeña un papel esencial en la promoción de la atención primaria de la salud, el suministro de medicamentos esenciales, la mejora de la salubridad de las ciudades y la promoción de entornos y estilos de vida sanos.

Así también la OMS en cooperación con sus socios realiza actividades de investigación para la salud, recopila datos sobre condiciones y necesidades actuales, especialmente en los países en desarrollo. Estas actividades permiten supervisar y mejorar la supervisión nacional e internacional de las epidemias y elaborar estrategias preventivas contra las nuevas enfermedades que integren los descubrimientos de los laboratorios con la información más reciente misma que es adquirida sobre el estudio que se realiza, en conjunto con otras actividades de investigación que van desde efectuar investigación epidemiológica en remotas selvas tropicales hasta la supervisión de los avances de la investigación genética.

Por tanto la OMS, establece normas internacionales sobre productos biológicos y farmacéuticos coopera con los países miembros, la sociedad civil y la industria farmacéutica para elaborar nuevos medicamentos primarios para combatir los problemas de salud más importantes en los países pobres y de ingresos medios, así como en la producción de medicamentos de utilización habitual.

Continuando y siendo parte de sus funciones la Organización Mundial de la Salud revisa la recopilación de información mundial sobre enfermedades transmisibles, efectúa estadísticas comparativas sobre salud y enfermedades y establece normas internacionales para la salubridad de los alimentos, así como para los productos biológicos y farmacéuticos. También es la entidad que mejor ha evaluado los posibles efectos carcinógenos de ciertos contaminantes y ha promulgado directrices para la lucha mundial contra el VIH/SIDA que han sido aceptados por todos los países.

Sin duda alguna la OMS es una organización que trabaja arduamente para preservar y hacer que las personas de todo el mundo tengan una mejor calidad de vida por ello y sabiendo que aún hay por hacer y para ayuda de la misma, dentro de la ONU existen otras organizaciones dirigidas a mejorar la salud mundial o en su defecto que contribuyen en promoverla y que están comprometidas con esta labor de suma importancia.

De entrada muchos de los temas relacionados con la salud se tratan directamente en **la Asamblea General**, quien es el principal órgano deliberativo de la ONU. Las decisiones sobre cuestiones consideradas importantes como por ejemplo, las recomendaciones relativas a la paz y la seguridad, la admisión de nuevos miembros y las cuestiones presupuestarias, se realizan a través de esta organización en la cual se requieren de una mayoría de dos tercios, las decisiones sobre otras cuestiones se deciden por mayoría simple.

Siguiendo se tiene al **Consejo Económico y Social**, quien se ocupa de los problemas económicos, sociales y ambientales del mundo es uno de los órganos constituyentes de las Naciones Unidas que figuran en la Carta, fue establecido en 1946 y es el foro en que esas cuestiones se examinan y debaten y en el que se formulan recomendaciones de política. En ese sentido, el Consejo tiene una amplia responsabilidad respecto del 70% aproximadamente de los recursos humanos y financieros de todo el sistema de las Naciones Unidas, incluidos 14 organismos especializados, 9 comisiones orgánicas y cinco comisiones regionales.

Luego está la organización (**ONUSIDA**) que se desprende del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, este organismo lidera e inspira al mundo para hacer realidad su meta global de contar con cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida asimismo aúna esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) actualmente trabaja en estrecha colaboración con asociados mundiales y nacionales para poner fin a la epidemia de sida dicho objetivo está previsto para el año 2030.

Otra organización es el **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)** en apoyo de la salud reproductiva, adolescente y materna, el (**UNFPA**) trabaja en todo el mundo a fin de proporcionar servicios de salud reproductiva para que las personas puedan conservar su salud y planificar sus familias y sus futuros, además de otras cuestiones relacionadas con la población tales como:

- ❖ El aumento de la esperanza de vida
- ❖ La reducción de la mortalidad materna

- ❖ La salud de las personas adultas mayores y los jóvenes
- ❖ La población y el medio ambiente
- ❖ La planificación de la familia
- ❖ La atención durante el embarazo y el parto
- ❖ El asesoramiento y prevención de la infecundidad
- ❖ La prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)
- ❖ El tratamiento de las consecuencias sobre la salud del aborto realizado en malas condiciones
- ❖ El mejoramiento de la condición jurídica y social de las mujeres y las niñas tiene máxima prioridad para el UNFPA

Hay que destacar que el UNFPA coopera estrechamente con la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial y es un miembro importante del Programa pro Maternidad sin Riesgo, que ha estado trabajando desde 1987 a fin de formular políticas y programas que protejan a las mujeres durante el embarazo y el parto también es miembro del Grupo Interinstitucional de Maternidad sin Riesgo.

Continuando se encuentra el **Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)** el cual tiene como objetivo crear las condiciones necesarias para que los niños y las niñas puedan vivir existencias felices, saludables y dignas. El UNICEF se centra en la salud materna infantil y otras cuestiones relativas a la salud materna infantil. Un programa conjunto entre el UNICEF y la OMS logró aumentar del 5 al 80 % la cobertura mundial de inmunización contra seis enfermedades mortales, salvando las vidas de 2.5 millones de niños anualmente. Estas enfermedades son:

- ❖ Poliomieltis
- ❖ Tétanos
- ❖ Sarampión
- ❖ Tos ferina
- ❖ Difteria
- ❖ Tuberculosis

Otro apoyo fundamental se da a través de **la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización**, en cuyo marco se están ampliando los servicios de inmunización a fin de incluir la protección contra la hepatitis B y contra la Haemophilus influenzae tipo B. Esta Alianza está integrada por la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, la Fundación pro Naciones Unidas y diversos socios del sector privado y opera desde 1999 con fondos de la Bill and Melinda Gates Foundation.

También se encuentra la **Organización Internacional del Trabajo (OIT)**, creada en 1919, como parte del Tratado de Versalles que terminó con la Primera Guerra Mundial, y reflejó la convicción de que la justicia social es esencial para alcanzar una paz universal y permanente.

Además de otros miembros que igualmente trabajan son: la **Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo (UNRWA)**, quien está financiado casi en su totalidad por las contribuciones voluntarias de los Estados Miembros de la ONU.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), su objetivo es alcanzar la seguridad alimentaria para todos y asegurar que las personas tengan acceso a alimentos de buena calidad que les permitan llevar una vida activa y saludable es la esencia de la FAO.

El **Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA)**, fundado como organización autónoma de las Naciones Unidas en 1957, es el principal foro gubernamental internacional para la cooperación científica y técnica en la utilización de la tecnología nuclear con fines pacíficos. Los servicios que ofrece se basan en las necesidades de sus 146 Estados Miembros, principalmente en materia de transferencia de tecnología, seguridad nuclear y no proliferación de las armas nucleares.

El **Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)**, quien es la autoridad ambiental mundial, promueve la aplicación coherente de la dimensión ambiental del desarrollo sostenible dentro del sistema de las Naciones Unidas y sirve como defensor autorizado del medio ambiente mundial.

La **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)**, quien es un líder global en la lucha contra las drogas ilícitas y la delincuencia internacional. Fundada en 1997 a través de una fusión entre el Programa de Control de Drogas de las Naciones Unidas y el Centro para la Prevención Internacional del Delito, ONODC opera en todas las regiones del mundo a través de una extensa red de oficinas exteriores. ONODC depende de contribuciones voluntarias, principalmente de gobiernos, el 90 por ciento de su presupuesto.

Y finalmente el **Banco Mundial**, quien se integra por 188 países miembros estos países miembros o accionistas, están representados por una junta de gobernadores, que son los encargados de formular políticas en última instancia en el Banco Mundial. Por lo general, los gobernadores son los ministros de los países miembros de las finanzas o ministros de desarrollo. Se reúnen una vez al año en las reuniones anuales de las juntas de gobernadores del grupo del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Lo más importante es que existen organizaciones trabajando y cooperando entre sí con diferentes tareas y funciones pero todas con un mismo fin promover la salud mundial.

1.4.3 Sistema de Salud en México

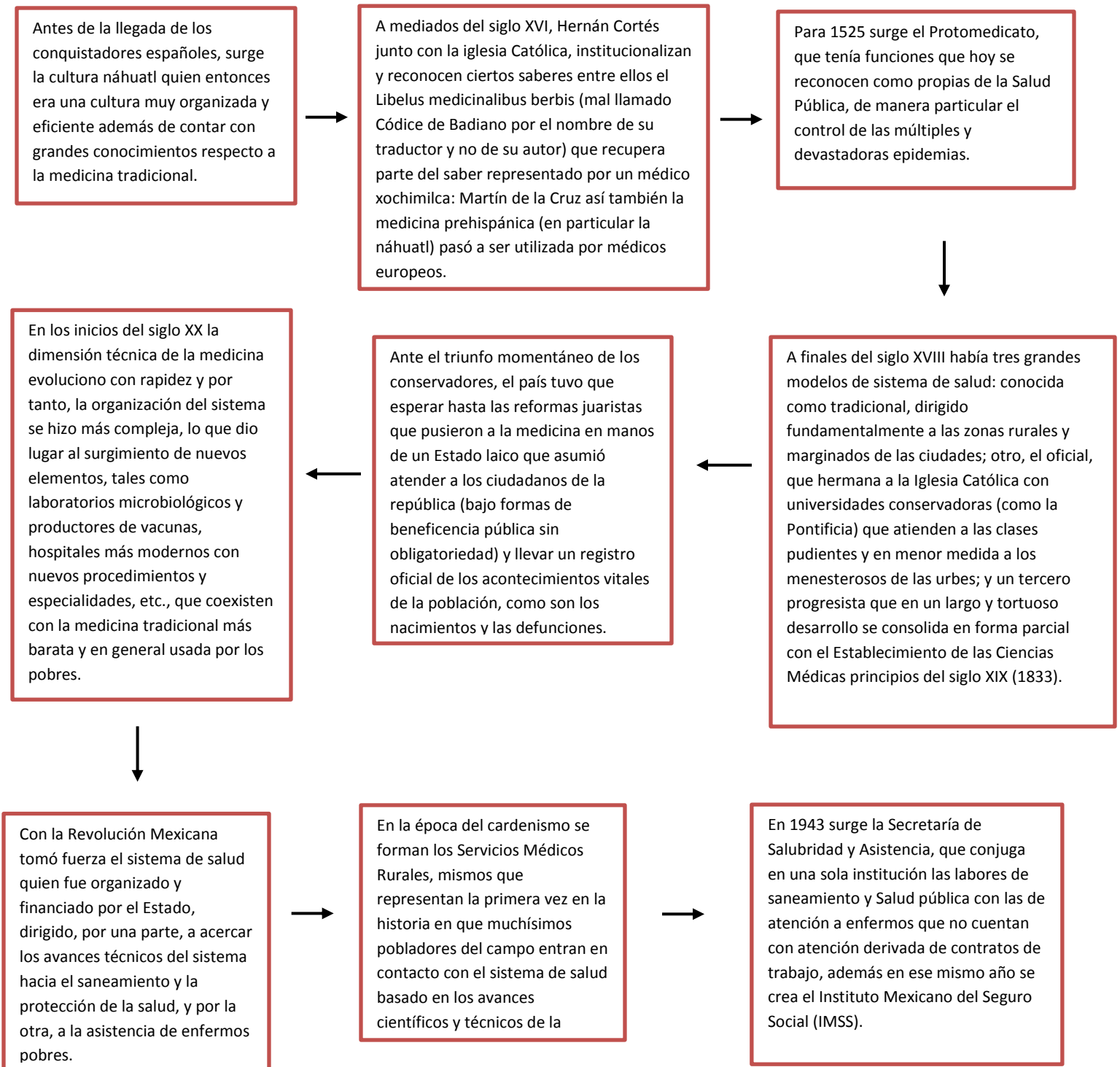
Dicho anteriormente y enfatizando en que los sistemas de salud son el resultado del desarrollo de las dimensiones técnica y social ya definidas, lo que incluye los problemas de salud a que se enfrentan, la conciencia de las necesidades, la capacidad de respuesta política y técnica del momento e incluso de elementos fortuitos se tiene que el sistema de salud existente en México de igual manera (instituciones públicas y privadas; gubernamentales o no gubernamentales) corresponde a diferentes culturas, distintos momentos históricos e intereses económicos y al reconocimiento político de varios sectores de la población (Estrada: 2015).

Ahora bien para identificar la forma en cómo se fue desarrollando el sistema de salud mexicano se abordarán ciertos eventos de la historia para ello se tiene el siguiente

esquema en el cual se podrá observar cada uno de los sucesos que impactaron y que hicieron evolucionar la medicina y con ello a la salud actual en nuestro país.

Esquema 1.2

Cronología de los distintos eventos de la medicina en México





En forma paralela, el ascenso en las luchas de una creciente clase trabajadora industrial consiguió que los trabajadores contaran con servicios médicos y pensiones pagados por los empleadores. De esta forma, los trabajadores urbanos se incorporaron también a la posibilidad de acceder al sistema de salud basado en los avances científicos y técnicos. Dichos avances se consolidaron y ampliaron con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1961).

FUENTE: Elaboración propia en base a información obtenida en (Estrada: 2015)

Resumiendo, lo anterior no significó la desaparición de la medicina tradicional ni del ejercicio de la medicina liberal (privada); de hecho, esta última evolucionó de los consultorios y pequeños hospitales a los grandes hospitales privados que atendían la demanda de las clases medias y ricas. En menor medida continuó ejerciéndose la medicina caritativa a manos de la iglesia y también de muchas instituciones civiles no gubernamentales y que hoy en día dirigen sus trabajos hacia enfermedades que son causas de muerte en el país además de ayudar a los más necesitados.

1.4.4 Situación reciente y actual del sistema de salud en México

El sistema nacional de salud en México ha respondido a lo largo de siete décadas a los múltiples retos planteados desde sus inicios el sistema de salud mexicano ha enfrentado el problema de ampliar la cobertura a todas las zonas del país, sobre todo a las más remotas y pobres, esta tarea ha estado a cargo principalmente de los servicios que brinda la Secretaría de Salud y el IMSS Oportunidades, los que permiten que una persona pobre o que no cuenta con seguridad social, tenga la posibilidad de acudir a estos servicios a cambio de un costo mínimo o nulo (aunque, en los últimos años este ha aumentado de manera notable).

Sin embargo, esta atención se ha limitado casi en forma exclusiva a la atención médica de primer nivel⁵, en ocasiones de segundo nivel⁶; además, las personas que acuden a estos servicios no cuentan con seguridad social (en el siguiente apartado se hablará a más profundidad acerca de este término) como tal. En este sentido, sólo los trabajadores del sector formal tienen derecho a seguridad social que incluye la atención médica desde el primer hasta el tercer nivel de atención, para sí mismos y su familia, sin comprender límites o paquetes de prestaciones y dando cobertura a todos los beneficios que puede dar el sistema de atención médica.

En el periodo de 1990-1999 se impulsaron varias reformas entre las que se incluye un proceso denominado “descentralización”, que consiste de manera esencial en otorgar a cada entidad federativa la autoridad para ejercer funciones y responsabilidades con más independencia del gobierno central, asignando al mismo tiempo los recursos correspondientes es decir, programas gubernamentales. Así, se permitió que los Estados decidieran de algún modo que programas aplicar de acuerdo con la situación de cobertura, pobreza y necesidades primordiales de su población.

Por lo cual la prestación de servicios de atención médica y de salud pública de la Secretaría de Salud Federal pasó así a las secretarías de salud estatales. Estos eventos constituyen los inicios que han dado pie a lo que se denomina “tercera generación de reformas”, mismas que se impulsaron con base en el reconocimiento de que el sistema de salud mexicano actual tiene muchos problemas que han repercutido en la salud de la población y en su calidad de vida.

⁵ El primer nivel de atención, opera mediante una red de unidades médicas que cuentan con diferentes servicios como son: consulta de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, trabajo social, algunas con atención médica continua o urgencias, nutrición y dietética, trabajo social, psicología, epidemiología, salud en el trabajo, laboratorio clínico, imagenología, rehabilitación y farmacia. En algunos casos están adyacentes a hospitales o unidades médicas de atención ambulatoria (http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-003_1.pdf/11/09/2015).

⁶ Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atienden a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos (http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-016_1.pdf/11/09/2015).

1.4.5 Origen de la Seguridad Social

La seguridad social surgió en Inglaterra en los años de la segunda guerra mundial, con Willian Beverige en 1942 el propuso ampliar la cobertura de seguros a toda la población, naciendo así el concepto integral de la seguridad social.

Más tarde se realizó la primera legislación sobre accidentes de trabajo y seguro contra enfermedades la cual se obtuvo del canciller Bismarck; a partir de entonces crecieron bajo la forma de seguro social⁷ que se diferencia de la seguridad social por el extenso número poblacional que atiende y que se encuentra reducido a los trabajadores asalariados (Ayala: 2005). En sentido estricto, pocos países en el mundo poseen un sistema de seguridad social con cobertura universal⁸ y es frecuente encontrar sólo la existencia de sistemas de seguro social que pretenden crecer hasta abarcar a la población total en la mayor parte de los países capitalistas en proceso de desarrollo.

El sistema bismarckiano o profesional tiene tres rasgos básicos:

- I. La población protegida es aquella que tiene una relación laboral remunerada y sólo se extiende a grupos no asalariados de modo limitado. Por esto se le llama “profesional” porque sólo las profesiones o gremios tienen seguro social.
- II. La aportación al trabajo es al mismo tiempo condición y medida para tener acceso a la seguridad social, es decir, la contribución al seguro social es definida por el salario, pero determina la cobertura del seguro.
- III. El seguro se constituye a partir de los riesgos que surgen del trabajo o de la actividad profesional.

Mientras que el modelo Beveridge tiene como características las siguientes:

1. Cobertura universal de la población independientemente de su situación laboral, gremial o profesional.

⁷ Los sistemas de seguro social están basados en las relaciones que se establecen entre el trabajador y su empleador, sea éste un particular o el Estado, a partir del empleo formal (Ayala: 2005).

⁸ Actualmente un tema central en la agenda global es precisamente la cobertura universal en salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como: “*el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud*”.

2. Se define un mínimo de ingreso y de prestaciones a las cuales tienen acceso cualquier persona. Los asalariados y profesionales tendrán prestaciones superiores al mínimo de acuerdo con sus contribuciones al seguro social.

En cualquiera de los dos casos el financiamiento del seguro social puede estar a cargo del Estado, o bien a cargo de las cuotas de los afiliados pudiéndose técnicamente instrumentar a través de un *sistema de reparto* o de un *sistema de capitalización*.

El modelo a partir del cual se desarrollaron la mayor parte de los sistemas de seguro social en el mundo fue el de *reparto*, el sistema funciona con base en una cuenta única (retiro, enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo) a la que ingresan las cotizaciones de los trabajadores en activo y de la que se pagan las pensiones de los trabajadores jubilados, las licencias de las madres cuando se acerca el parto, durante su convalecencia y los servicios médicos, sociales y de guardería.

1.4.5.1 Seguridad Social en México

El término de seguridad social se utiliza frecuentemente para referirse al conjunto de seguros y prestaciones sociales de cobertura universal que se han implantado en los países capitalistas desarrollados a lo largo de este siglo (Ayala: 2005). Este sistema cuenta con un conjunto amplio de instituciones y organismos; entre estas funciones se encuentran: la salud, pensiones, educación, vivienda y prevención de enfermedades y accidentes, estos elementos han tenido un importante papel para el desarrollo económico del país.

Su propósito fundamental consiste en proteger al individuo y a su familia de inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida normal de las personas: su muerte, la de sus seres más cercanos, la pérdida del empleo, la enfermedad, etc. La seguridad tiene normalmente un carácter estatal y obligatorio, gestionada por la administración, pero en ciertos casos coexisten en ella otras organizaciones de seguridad social de menor nivel para atender los ámbitos:

profesional, sectorial y mutualista⁹, que son el resultado de acuerdos especiales entre determinados grupos de patrones y obreros o resultado de la unión de profesionales liberales o también como uniones mutualistas voluntarias (Ayala: 2005).

En consideración a lo anterior, puede señalarse que los modelos de seguridad social reúnen una serie de características que definen su perfil central. Entre las más destacadas pueden citarse las siguientes:

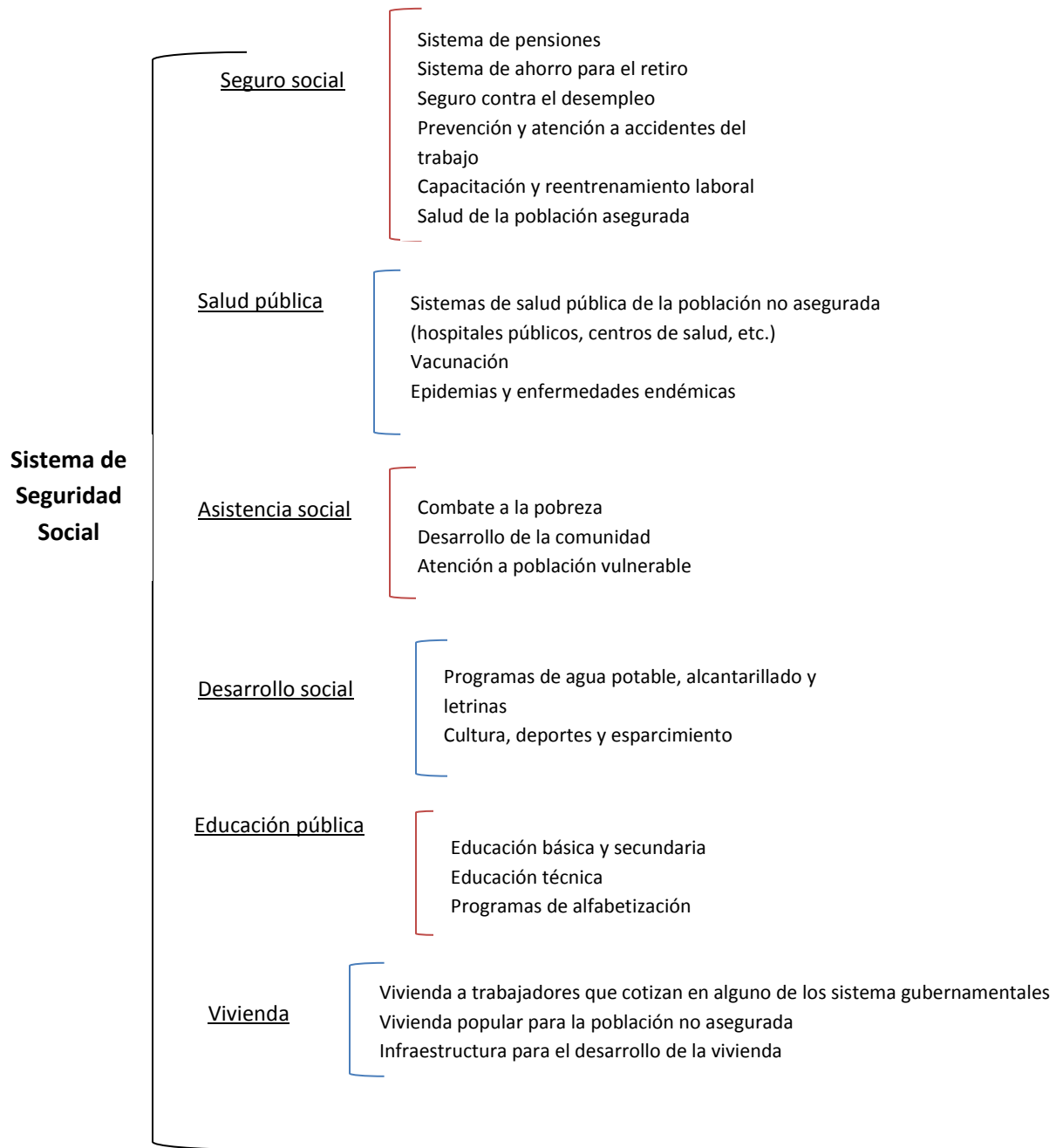
- Es un medio que pretende amparar al individuo frente a las contingencias de la vida, además de promover su bienestar y estimular la más completa expresión y desarrollo de sus capacidades.
- Es un instrumento de toda organización social moderna que se diseña y ajusta a las necesidades de una colectividad.
- Es una respuesta organizada y pública frente a las privaciones y desequilibrios económicos y sociales que impone la vida contemporánea y que necesariamente demanda la participación activa de los individuos que serán beneficiados.
- Es un compromiso colectivo que permite compartir los riesgos y los recursos de las personas, su misión supera la simple lucha contra la pobreza y se propone incrementar la calidad de vida, fortalecer la seguridad personal para generar condiciones de mayor equidad.
- Es un derecho fundamental y un poderoso instrumento de progreso social, que actúa mediante la solidaridad y la distribución de la riqueza que con su trabajo genera una comunidad.

En el siguiente esquema 1.3 se presentan las principales características de este sistema.

⁹ También conocida como mutualidad, es una institución que carece de fines de lucro y que está regida bajo el precepto de la asistencia mutua. Los integrantes de una mutual trabajan de manera coordinada y solidaria para brindar servicios a los miembros de la asociación. [http://definicion.de/mutualismo/\(26/09/2015;7:30PM\)](http://definicion.de/mutualismo/(26/09/2015;7:30PM))

ESQUEMA 1.3

Principales características del sistema de seguridad social



Por otro lado la parte institucional se dio con la aprobación de la Constitución en 1917 teniendo sus fundamentos en los artículos 4, 73 y 123 representando el inicio de la construcción del sistema de seguridad social, al reconocer los derechos sociales de los trabajadores y recomendar el establecimiento de instituciones de seguridad. El último

artículo establece el derecho a la seguridad social de todos los asalariados, mediante un sistema dual en el que organismos análogos se encargan de administrar los servicios de salud, seguros por enfermedades profesionales y no profesionales, y vivienda de los trabajadores del sector privado y de los trabajadores al servicio del Estado.

Razón por la cual es que dentro de su organización el sistema de seguridad social en México se constituye principalmente por cuatro grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de la población claramente diferenciados. En el esquema 1.4 se podrá observar a cada una de ellas.

ESQUEMA 1.4

Estructura del sistema de seguridad social en México



FUENTE: Elaboración propia.

El *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)* quien es una organización que tiene en su origen y estructura una composición tripartita, la conjunción de esfuerzos de los sectores de los trabajadores, empresarial y gubernamental en la condición del instituto es uno de los pilares en los que reside su fortaleza institucional. Esta estructura tripartita se hace presente de manera sistemática en los trabajos que llevan a efecto los órganos superiores de la institución: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Comité Técnico del SAR de reciente creación.

Dentro de la estructura orgánica del instituto se han establecido dos niveles fundamentales: en primer lugar, el central, compuesto por algunos órganos

administrativos con función normativa y en segundo lugar, el delegacional, en el cual descansa la función operativa.

A fin de que los servicios se otorguen con un conocimiento más amplio de las necesidades y problemas locales, el instituto se ha organizado en 36 delegaciones, 32 de orden regional cuyo ámbito de competencia, en la mayoría de los casos es equivalente al territorio de los estados de la república y destina cuatro para el Distrito Federal.

Las prestaciones sociales que otorga el IMSS se clasifican en dos grandes rubros:

- Prestaciones enfocadas hacia el desarrollo individual, el bienestar familiar y comunitario; en este rubro se ordenan los programas referidos a guarderías, bienestar y desarrollo familiar, atención a jubilados y pensionados, actividades deportivas y centros recreativos (vacacionales).
- Prestaciones que apoyan directamente los procesos productivos y la economía familiar, que en este caso se agrupan en los siguientes programas: tiendas, velatorios, actividades culturales y artísticas

Con respecto al *Instituto de Servicios de la Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE)* se define como un organismo público y bipartito que tiene el encargo de otorgar los servicios de la seguridad social a los trabajadores al servicio del Estado. Dentro del régimen obligatorio se ofrecen los siguientes seguros, prestaciones y servicios:

- a) Seguro de enfermedades y maternidad.
- b) Seguro de riesgos de trabajo.
- c) Seguros de jubilación, invalidez, muerte y cesantía.
- d) Seguro de retiro.
- e) Prestaciones sociales y culturales.
- f) Servicios para el bienestar y desarrollo infantil.
- g) Prestaciones económicas.

Los trabajadores cubiertos por la Ley del ISSSTE aportan al instituto una cuota equivalente a 8% del sueldo básico de cotización, que se distribuye como se señala a continuación:

- 2.75% para el seguro de enfermedades y maternidad.
- 0.5% para los préstamos a mediano y corto plazo.
- 0.5% para los servicios de bienestar y desarrollo infantil.
- 3.5% para los seguros de jubilaciones y pensiones.
- 0.75% para cubrir los gastos de administración del ISSSTE.

Por su parte, las dependencias y entidades públicas incluidas en la ley están obligadas a efectuar una aportación equivalente a 17.75% del sueldo básico de cotización.

Después se tiene al *Seguro Social de las Fuerzas Armadas (ISSSFAM)* la ley vigente del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas entró en vigor en mayo de 1976, se abrogaron entonces la Ley de Retiros y Pensiones Militares del 30 de diciembre de 1955 y la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas del 30 de diciembre de 1961.

En este régimen de seguridad social se anota la obligación de “difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social” correspondientes a las siguientes prestaciones: venta de artículos de consumo necesario y operación de granjas, servicios de lavandería, planchado, costura, peluquería y otros en las unidades habitacionales del instituto; hoteles de tránsito, casas hogar para retirados, centros de bienestar infantiles para hijos de militares, servicios funerarios, escuelas, becas y créditos de capacitación, internados oficiales, centros de alfabetización y extensión educativa, centros de adiestramiento y superación para esposas e hijas de militares, centros deportivos y de recreo y servicios de orientación social.

Y finalmente *Petróleos Mexicanos (PEMEX)* quién es el organismo paraestatal encargado de la extracción y procesado de petróleo y gas. Además de ser una de las empresas más importantes de México y una de las más grandes de América Latina y el mayor contribuyente fiscal para el país. Es una de las pocas compañías que desarrolla toda la cadena productiva: exploración, producción, transformación industrial, logística y comercialización.

Para realizar estas operaciones la empresa cuenta con experiencia y personal capacitado, lo cual ha permitido sacar adelante proyectos de exploración y extracción de hidrocarburos, así como producir diariamente cerca de 2.5 millones de barriles de petróleo y más de 6 millones de pies cúbicos de gas natural.

En materia de transformación industrial PEMEX cuenta con 6 refinerías, 8 complejos petroquímicos y 9 complejos procesadores de gas, que permiten producir derivados de petróleo para hacerlos llegar a los distintos sectores económicos e industriales.

En logística cuenta con 83 terminales terrestres y marítimas (así como poliductos, buques, carros tanque y autos tanque) para abastecer a las más de 10 mil estaciones de servicio a lo largo del país.

Además de ser una empresa socialmente responsable que trabaja con estrictos estándares de seguridad, salud en el trabajo y protección del medio ambiente; por lo que sus centros de trabajo y procesos cuentan con certificaciones y reconocimientos. Asimismo, efectúan importantes donaciones en las comunidades en las que operan. Todos estos hechos posicionan a PEMEX como una empresa petrolera competitiva a nivel mundial. (PEMEX: 2015)

Del mismo modo, los gobiernos de los Estados de la Federación tienen la capacidad de implantar sus propios esquemas de seguridad social, en ellos también se han incluido las prestaciones sociales. Por ejemplo, el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYN), quien es el encargado de la aplicación y el cumplimiento de la ley que establece un régimen de seguridad social en favor de los servidores públicos y de sus familiares o dependientes económicos para proteger su salud y para mejorar sus condiciones económicas, sociales y culturales.

Asimismo el Estado mexicano cuenta también con una estructura para la atención de población abierta, integrada por la Secretaría de Salud (SSA) y por los programas especiales que el gobierno federal acuerda con los estados y municipios. Cabe señalar que la SSA se creó al mismo tiempo que el IMSS, con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sin embargo a diferencia del IMSS o del ISSSTE, que son organismos descentralizados, la SSA forma parte del sector central por lo que el

secretario de salud sólo es responsable de informar de las acciones y programas de su dependencia al presidente de la República y al Congreso de la Unión.

1.4.5.1.1 Problemática actual de la seguridad social

Para el autor (Ayala: 2005) los problemas a los cuales se enfrenta la seguridad social son tres, el primer problema se refiere a las restricciones de la cobertura del sistema actual pues como se sabe, está sujeta a la posibilidad de aseguramiento sólo en el caso de tener un empleo formal, lo cual ha ocasionado que sólo un 38% de la población económicamente activa y 52% de la población total cuente con algún tipo de aseguramiento público. Esta última limitante es crucial en los procesos de expansión y logro de los objetivos del instituto pues en las condiciones actuales de creciente desempleo y pérdida del poder adquisitivo de los salarios estos objetivos se ven truncados.

Un segundo problema del sistema de seguridad social es el desfinanciamiento crónico especialmente grave en el IMSS, que ha estado en riesgo de no poder mantener el pago de las pensiones, disminuir el nivel de cobertura y abatir la calidad de los servicios de salud.

El tercer problema es la disminución en la calidad de los servicios, sobre todo en lo que se refiere a la atención médica que ofrece el IMSS. La presión de la demanda asociada a la necesidad de atención creciente no es sólo el resultado de un cambio demográfico, sino también de la demanda creciente en un periodo largo de crisis económica, inflación, desempleo, y en general de una disminución de la calidad de vida con respecto a años anteriores.

Con todo lo anterior podemos observar que el sistema de seguridad social es complejo pero a pesar de sus deficiencias ha jugado un papel importante para proteger a la población y ha sido un instrumento invaluable para la estabilidad nacional. Además de que nos permite identificar claramente sus principios básicos los cuales se analizarán detalladamente en el capítulo II.

1.5 Teoría que sustenta la Investigación

Para efectos de la presente investigación y a su vez para concluir este primer capítulo se va a mostrar la teoría que ayuda a dar sustento a dicha investigación en la cual se va a emplear el “Modelo del estado benefactor Keynesiano” de John Maynard Keynes. El estado benefactor Keynesiano tiene su origen en la Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, su fundamento ideológico está en correspondencia plena con la fase imperialista del modo de producción capitalista, del cual Keynes es un ferviente portavoz; encarnando su modelo, el capitalismo monopolista de estado. Keynes confiaba en que las crisis económicas se pueden controlar a través de la intervención de los diferentes poderes públicos del Estado el cual siendo un ente con autoridad y poder de decisión importante haría frente a cualquier contingencia presentada a través de políticas públicas, reformas, programas gubernamentales, etc. con las cuales se puede ayudar a mantener en equilibrio la economía de un país. Partiendo de este fundamento iremos desagregando el modelo y así llegar a la conclusión planteada por Keynes con respecto al Estado.

Dentro del modelo, Keynes utilizó el concepto de demanda total bajo la denominación de demanda agregada y propuso que la demanda agregada se analizara a partir del estudio de cuatro elementos, que corresponden a los componentes del Producto Interno Bruto, sin embargo para fines de la investigación solo destacaremos tres elementos los cuales son:

- 1) Los gastos del consumo privado. Que es el gasto realizado por las unidades familiares, las empresas privadas y las instituciones privadas, las cuales ayudan a que haya dinamismo en la economía aquí se excluye las compras en bienes inmuebles.
- 2) La demanda de inversión (demanda de equipos, planta, edificios y nuevas tecnologías). Está el consumo público, que es el que realizan las administraciones públicas.
- 3) Las compras de bienes y servicios por parte del Estado.

Este tercer punto es el más importante ya que para efectos del tema de estudio la parte a analizar son las compras que realiza el sector salud.

Continuando dentro del modelo del Estado benefactor, Keynes mencionó que a pesar de que el consumo es el componente mayor de la demanda agregada, la demanda de inversión y el gasto del Estado, juegan un papel aún más importante en la economía keynesiana, sin embargo estos factores son fundamentales para cualquier economía, el aludió a que la demanda de inversión es importante debido a que es la causa principal de la inestabilidad económica, donde el volumen de inversión depende de la eficacia marginal del capital y del tipo de interés con lo cual resaltó que los empresarios solo desean invertir cuando esperan obtener beneficios por las inversiones. Pero las expectativas son frágiles, cuando la economía comienza a estar en declive, los empresarios se vuelven pesimistas y por tanto, recortan la inversión, acelerando el descenso. En otras palabras, Keynes utilizó la demanda de inversión, para subrayar lo inestable que podía ser la economía de mercado.

Y lo cual es cierto hoy en día la inversión para el país ha sido uno de los factores más importantes para su crecimiento ejemplo de ello lo da la reforma energética que se aprobó con el fin de modernizar al sector energético del país, sin privatizar a las empresas públicas dedicadas a los hidrocarburos y a la electricidad. Además de que empresas extranjeras han optado por establecerse en diferentes empresas mexicanas lo cual ha contribuido a mantener una economía estable con empleo.

Por otro lado el gasto del Estado como lo citó Keynes juega un papel clave en la economía de cualquier país como remedio a la inestabilidad económica, donde el Estado debe proporcionar una solución mediante el incremento del componente de la demanda agregada, directamente bajo su control. Es decir, el Estado debe intervenir incrementando su gasto, cuando hay descenso en la demanda de inversión y de este modo, restaurar el empleo para mantener el nivel global de gasto en la economía.

Es aquí cuando surge el Estado benefactor Keynesiano, puesto que Keynes ofreció las bases para su teoría, presentando la posibilidad de que las crisis económicas puedan controlarse, en alguna manera, mediante la intervención del Estado, Keynes mostró que el sistema no podía regenerarse por sí mismo, si no mediaba la voluntad política del

Estado y su intervención directa en la economía global de un país y señaló que para los periodos de deflación, de desempleo masivo, de recesión en la economía, era necesario el papel corrector que debe jugar el Estado. Por tal motivo, el Estado va a actuar en beneficio de los trabajadores, implementando reformas para beneficiar a la población, como los programas de salud, vivienda, leyes para regular el salario, educación y en virtud de ello, el Estado puede considerar al gasto social como una inversión productiva y una solución a la crisis.

Con la información anterior acerca del modelo benefactor keynesiano se constata la información planteada acerca del Estado en cuanto a su autonomía y jurisdicción que tiene a través de sus diferentes organizaciones en las cuales podemos encontrar la división de aquellas que son del sector público, sector privado, así también el hecho de destacar al sector salud este último con un valor mayor respecto al tema de estudio de la presente investigación en relación a que es uno de los sectores más importantes y propenso a prácticas de colusión visto previamente tema que actualmente es de suma interés debido no solo a la importancia económica que tiene para la economía del país sino también en el peso que tiene cada una de las instituciones que brindan sus servicios en la atención médica para la sociedad mexicana, y en especial el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el gran número de personas que atiende además de contar con uno de los presupuestos más grandes y por ende de las contribuciones más altas de los empleadores o jefes y de los mismos trabajadores para efectuar sus adquisiciones y al mismo tiempo brindar cada uno de sus servicios por ello se va a realizar el análisis respecto a la colusión que existe en el sector salud y concluir si es posible abatirla.

CAPÍTULO II

COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Este segundo capítulo continúa con el análisis del sistema de salud mexicano como primer elemento se va a analizar los componentes del sistema de salud así como la división del sistema y con ello conocer a las instituciones públicas de salud que conforman al sector a fin de conocer los programas gubernamentales existentes e identificar cuáles son dichos programas que son brindados para la sociedad.

2.1 Componentes del sistema de salud en México

El sistema de salud mexicano se encuentra dividido en tres grandes grupos, y el acceso a la atención se encuentra a cargo de varias instituciones de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas. La consecución de sus objetivos dista mucho de ser igual para todos según los criterios de la OMS establecidos con anterioridad.

El primer grupo corresponde a las **instituciones de seguridad social**. Atienden a personas llamadas *derechohabientes*¹⁰ por haber cotizado cuotas obrero-patronales. Es otorgada por el IMSS además de otras instituciones entre las que se encuentra el ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales. Tales instituciones atienden a cerca de la mitad de la población del país; de entre ellas las que tienen mayor presupuesto por cada derechohabiente son SEDENA y Marina, seguidas por PEMEX, IMSS y por último ISSSTE. No hay paquetes recortados de servicios, sino que las instituciones ofrecen a los derechohabientes todos los servicios que tienen a su disposición (Gobierno Federal 2014).

El segundo grupo corresponde a un **sistema de atención dirigido a la población “abierto”** o no asegurada, en el que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatales) en zonas rurales y en zonas urbanas, y el programa IMSS Solidaridad, que atiende a poblaciones de algunas zonas rurales. La

¹⁰ Es el (la) asegurado(a), el (la) pensionado(a) y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la LSS tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.
[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20122013/Glosario.pdf\(25/09/2015;5:30pm\)](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20122013/Glosario.pdf(25/09/2015;5:30pm))

Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según tabulador socioeconómico y cuenta con una forma de aseguramiento que ofrece un paquete parcial de servicios. Las personas pagan cuotas de prepago según un tabulador socioeconómico y quienes son demasiado pobres reciben subsidio para pagar el seguro.

El tercer grupo está conformado por el **sector privado** al que la persona puede acudir, sobre todos quienes poseen la capacidad económica necesaria para solventar los gastos generados por esta atención. Dentro de los servicios privados se halla una amplia red de consultorios solos o anexos a farmacias y hospitales pequeños que atienden a personas de bajos recursos, en general con materiales escasos. Hay también una red de servicios con más recursos dirigidos a las clases medias y ricas, que incluyen consultorios y grandes hospitales mejor equipados con todas las especialidades.

En este grupo se encuentran formas de pago directo o bien planes de seguros organizados por aseguradoras privadas transnacionales que ofrecen planes con distinto alcance según las capacidades de pago de las personas. Los planes más básicos se dan por ejemplo a profesores de carrera de las universidades, quienes si lo desean pueden ampliar la cantidad de prestaciones aportando más dinero.

2.2 Instituciones públicas del sector salud en México

Considerando que dentro del sistema de salud en México se encuentran las instituciones públicas de salud, es decir, aquellas organizaciones que constituyen el sistema de seguridad social a continuación se presentará la clasificación de las mismas. Para ello se tiene la presente información respecto a las instituciones públicas y privadas del sector salud cabe mencionar que es en base a información obtenida por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) dicho estudio fue realizado en el periodo 2004-2005.

La clasificación está organizada en varios niveles, el primer nivel corresponde al grupo que identifica el sector al que pertenecen las instituciones de salud, y está conformada de un total de 6 grupos información que se presenta en el cuadro 2.1.

CUADRO 2.1

Primer nivel “Sector al que pertenecen las instituciones de salud”

CLAVE	GRUPO
1	INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO
2	INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO
3	ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
4	INSTITUCIONES DE SALUD DEL RESTO DEL MUNDO
5	DESCRIPCIONES PARA NO DERECHOHABIENCIA
6	DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004-2005).

El segundo nivel de la estructura de la clasificación de instituciones de salud corresponde a la clase de instituciones de un total de 10 clases. La información se puede observar en el cuadro 2.2.

CUADRO 2.2

Segundo nivel "Clase de instituciones"

CLAVE	CLASE
11	INSTITUCIONES DE SALUD Y DE SEGURO SOCIAL
12	INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
19	OTRO TIPO DE INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL
21	INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS SUBROGADOS
22	INSTITUCIONES DE SALUD
31	ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
41	INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS DE ESTADOS UNIDOS Y OTROS PAÍSES
51	DESCRIPCIONES PARA NO DERECHOHABIENCIA
91	INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA
92	CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004-2005).

El tercer nivel es la subclase con la que se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas y está conformada de un total de 21 subclases, dicha información se presenta en el cuadro 2.3.

CUADRO 2.3

Tercer nivel "Instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas"

CLAVE	SUBCLASE INSTITUCIONES
111	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
112	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
113	INSTITUCIONES DE SALUD Y/O SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GOBIERNOS ESTATALES
114	INSTITUCIONES DE SALUD DE PETROLEOS MEXICANOS (PEMEX)
115	INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)
116	INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR)
119	OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

CLAVE	SUBCLASE INSTITUCIONES
121	SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
122	IMSS OPORTUNIDADES
123	UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)
129	OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
191	OTRO TIPO DE INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL
211	INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS
221	INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
222	INSTITUCIONES PRIVADAS DE BENEFICENCIA
229	OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
311	ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
411	INSTITUCIONES DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS Y OTROS PAÍSES
511	DESCRIPCIONES PARA NO DERECHOHABIENCIA
911	INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA
921	CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA NO ESPECIFICADA

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004-2005).

El cuarto nivel de la estructura de la clasificación de instituciones de salud son los tipos de unidades médicas y se presenta en el cuadro 2.4.

CUADRO 2.4

Cuarto nivel “Tipos de unidades médicas”

CLAVE	TIPO DE UNIDAD MÉDICA
1111	UNIDADES O CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS
1112	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS DEL IMSS
1119	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004).

Teniendo en cuenta la clasificación por niveles que se observó anteriormente y a fin de comprender mejor la estructura de dicha clasificación, se tiene a continuación desglosado a aquellas unidades médicas que pertenecen al sector público, al sector privado y a otras instituciones este orden se conforma por tres grupos el primer grupo comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente.

CUADRO 2.5

Grupo 1 Instituciones del sector público

GRUPO	CLASE	SUBCLASE	TIPO DE UNIDAD MÉDICA	
1	11		INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO	
			INSTITUCIONES DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL	
		111	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)	
		1111	UNIDADES O CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR	
			1112	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
			1119	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS
		112		INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
			1121	CLÍNICAS O UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR
			1122	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
			1129	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DEL ISSSTE
		113		INSTITUCIONES DE SALUD Y/O SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GOBIERNOS ESTATALES
			1131	CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
			113	INSTITUCIONES DE SALUD Y/O SEGURIDAD SOCIAL DE LOS GOBIERNOS ESTATALES
		1132	HOSPITALES O SANATORIOS	
		1139	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DE LOS GOBIERNOS ESTATALES	
	114		INSTITUCIONES DE SALUD DE PETRÓLEOS MEXICANOS	
		1141	CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	
		1142	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS	
		1149	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS	
	115		INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	
		1151	CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	
		1152	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS	
		1159	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS	
	116		INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SECRETARÍA MARINA	
		1161	CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	
		1162	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS	
		1169	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS	
	119		OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	
		1191	CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	
		1192	HOSPITALES O SANATORIOS	
		1199	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	

	12			INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
		121		SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
			1211	CENTROS DE SALUD, CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
			1212	HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS
			1219	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

		122		IMSS OPORTUNIDADES
			1221	UNIDADES MÉDICAS, CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
			1222	HOSPITALES
			1229	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS OPORTUNIDADES

GRUPO	CLASE	SUBCLASE		TIPO DE UNIDAD MÉDICA
-------	-------	----------	--	-----------------------

		123		UNIDADES DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)
			1231	CENTROS DE SALUD Y REHABILITACIÓN
			1232	HOSPITALES
			1239	OTRAS DESCRIPCIONES O TIPOS DE UNIDADES MÉDICAS DEL SNDIF

		129		OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS
			1291	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
			1292	HOSPITALES O SANATORIOS
			1299	OTRO TIPO DE DESCRIPCIONES DE UNIDADES MÉDICAS DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA

	19			OTRO TIPO DE INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL
		191		OTRO TIPO DE INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL
			1911	INSTITUCIONES O PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA O SEGURIDAD SOCIAL

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004).

Mientras que el grupo 2 comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector privado que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente previo convenio o contrato y a la no derechohabiente o abierta.

CUADRO 2.6

Grupo 2 Instituciones de salud del sector privado

GRUPO	CLASE	SUBCLASE	TIPO DE UNIDAD MÉDICA
2			INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO
	21		INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS
		211	INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS
			2111 CLÍNICAS O UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA
	22		INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
		221	INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD
			2211 UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR PRIVADO
		222	INSTITUCIONES PRIVADAS DE BENEFICENCIA
			2221 UNIDADES MÉDICAS DE BENEFICENCIA
		229	OTRO TIPO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
			2291 OTRO TIPO DE DESCRIPCIONES DE UNIDADES MÉDICAS DE INSTITUCIONES PRIVADAS

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004).

Y por último el grupo 3 comprende a todas las instituciones de seguros a través de las cuales las personas garantizan su acceso a los servicios de salud mediante un pago anticipado.

CUADRO 2.7

Grupo 3 Otras instituciones

GRUPO	CLASE	SUBCLASE		TIPO DE UNIDAD MÉDICA
3				ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
	31			ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
		311		ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
			3111	ASEGURADORAS
		311		ASEGURADORAS, BANCOS Y OTRAS INSTITUCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS
			3112	BANCOS
			3119	OTRO TIPO DESCRIPCIONES DE PREPAGO DE SERVICIOS MÉDICOS

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos (INEGI: 2004).

Es importante resaltar que en el estudio que realizó INEGI menciona que dicho listado de unidades médicas en sentido estricto no es un clasificador, dado que en cada entidad federativa existen un sin fin de unidades médicas con el mismo nombre y el clasificador solamente contempló una descripción de la misma.

2.3 Programas Gubernamentales

Los programas gubernamentales son aquellos procesos que comprenden todas las decisiones y operaciones realizadas por el gobierno como autoridad política del Estado.

En la actualidad con apoyo de las autoridades sanitarias mexicanas existen diversos programas de salud que coadyuvan entre sí para el bienestar de la sociedad mexicana, como se sabe hay padecimientos que todavía son causa de mortalidad algo alarmante. El cuadro 2.8 describe a los programas y/o servicios que ofrece la secretaría de salud en el país.

CUADRO 2.8

Secretaría de Salud servicios y programas de apoyo que ofrece (2009)

NOMBRE DEL PROGRAMA O SERVICIO QUE OFRECE	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN	REQUISITOS PARA ACCESAR AL PROGRAMA	POBLACIÓN A LA QUE VA DIRGIDA	METAS
1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	DETECTAR Y CONTROLAR EL MAYOR NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS PARA DISMINUIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar búsqueda intensiva de enfermos nuevos para lograr un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno - Requisar los pacientes que abandonaron el tratamiento. - Revisión de contactos al 100% de los casos diagnosticados.- Fortalecer la coordinación interinstitucional.- Disminuir la mortalidad y morbilidad por abajo de la tasa nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser diagnosticado por médico con baciloscopia positiva, radiografía o cultivo. 	POBLACION ABIERTA. (NIÑOS, JOVENES Y ADULTOS MAYORES).	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir 5% anual la mortalidad por tuberculosis pulmonar - Garantizar el 100% de los insumos necesarios para la detección y tratamiento de casos. - Curar al 90% o más de los casos que terminan tratamiento. - Estudiar al 100% de los contactos de casos diagnosticados, ofreciendo evaluación clínica de calidad. - Consolidar un equipo especializado para ofrecer atención de calidad para el fármaco-resistencia. - Atender con calidad al 100% de los casos fármaco-resistentes, incluyendo su tratamiento. - Contar con un Comité Estatal de Fármaco-resistencia. - Garantizar la normatividad para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad y morbilidad, prioritariamente el EPI-TB, así como los sistemas de información epidemiológica. - Mantener actualizada la información de laboratorio y los estándares del programa de control de calidad en laboratorio. - Evaluar trimestralmente y anualmente los indicadores del Programa - Consolidar el programa de supervisión, aprobación, indicadores y desempeño.
2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEPROA	CAPTAR LAS FUENTES DE INFECCIÓN PARA INTERRUMPIR LA TRANSMISIÓN DEL PADECIMIENTO Y LOGRAR LA DISMINUCIÓN DE SU PREVALENCIA A CIFRAS MENORES DE 1 X 10,000 HABITANTES.	<ul style="list-style-type: none"> - Concluir el tratamiento a los enfermos con poliquimioterapia. - Realizar búsqueda intensiva de enfermos nuevos para conseguir el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. - Mantener una vigilancia a 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser diagnosticado por médico, estudios de baciloscopia y biopsia. 	POBLACION ABIERTA.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar al personal de las Unidades Aplicativas un instrumento de trabajo que oriente operativamente las acciones que se realizan para el control de la lepra y uniformar su aplicación, en todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

		<p>todos los casos que han concluido su tratamiento, para detectar recaídas y reincorporarlos al tratamiento si se presentaran.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar acciones tendientes a prevenir deformidades e incapacidades. 			<ul style="list-style-type: none"> - Promover y facilitar el adiestramiento del personal que realiza acciones de control de lepra, en todas las instituciones del Sector Salud. Mejorar la calidad de atención a los enfermos de lepra. - Cortar las fuentes de infección para disminuir su incidencia y prevalencia y eliminar como problema de Salud Pública. - Asegurar que todos los enfermos que constituyen la prevalencia reciban tratamiento con poliquimioterapia supervisada en forma regular para alcanzar su negativización bacilos cópica. - Vigilar estrechamente a los enfermos al término de la poliquimioterapia para detectar recidivas y reincorporarlos oportunamente al tratamiento.
<p>3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA/ITS</p>	<p>CREAR, ESTABLECER, EJECUTAR Y COORDINAR ACCIONES QUE PERMITAN MECANISMOS DE CONCERTACIÓN Y COLABORACIÓN CON INSTITUCIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y SOCIALES DEL ESTADO DE COLIMA A FIN DE IMPULSAR LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA E I.T.S. CON EL OBJETO DE DISMINUIR EL RIESGO, LA VULNERABILIDAD Y SU EFECTO EN LAS PERSONAS Y COMUNIDADES QUE LOGREN GENERAR Y FORTALECER ACTITUDES Y APTITUDES EN LA POBLACIÓN QUE PERMITAN A SU VEZ QUE LAS PERSONAS AFECTADAS TENGAN ATENCIÓN INTEGRAL CON CALIDAD, CALIDEZ Y EQUIDAD EN UN MARCO DE RECONOCIMIENTO A LA DIVERSIDAD SEXUAL Y RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentar programas municipales de promoción de la salud que facilitan la implementación de proyectos con la participación de la sociedad y permitan la atención de prioridades locales y regionales. - Dotar a las comunidades de información clara, precisa y realista encaminada al autocuidado de la salud individual y colectiva. - Fortalecer las capacidades del personal que participa en el programa a nivel Jurisdiccional y local. 	<p>Ser mexicano, no contar con ninguna derechohabencia, presentar copia fotostática de la credencial de elector, copia de comprobante de domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si es extranjero presentar carta de naturalización, que en este caso el Gobierno del Estado, establecerá el criterio adecuado para la otorgación de medicamento anti-retroviral - Acreditar su residencia en la entidad. - En caso de ser menor de edad o persona con capacidad diferente, presentar carta de padres o tutores o representante legal. - Comprometerse a seguir las instrucciones de los 	<p>ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES Y POBLACIÓN CON PRACTIVAS DE RIESGO (HSH, TRABAJADORES S (AS) DEL SEXO COMERCIAL, USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS Y LOS MAS VULNERABLES, MUJERES Y NIÑOS.</p>	<p>PREVENCIÓN SEXUALDE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el desarrollo de actividades preventivas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición de VIH/SIDA e ITS mujeres, jóvenes, hombres que tiene sexo con hombres HSH poblaciones móviles, trabajadores y trabajadoras del sexo comercial TSC, usuario de drogas intravenosos UDI y personas privadas de su libertad. - Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad de impacto. - Reducir 15% la prevalencia de VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes.

			médicos tratante (s). - Comprobar que sea usuario de servicio de SEA (servicio especializado de atención), es decir llevar control de citas con el médico e integración a grupo de ayuda mutua (psicología).		
4. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y EL ANCIANO	EL OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA ES: PROTEGER LA SALUD, PREVENIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS O DISCAPACIDADES Y ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA Y ANCIANA, QUE CONTRIBUYA A LA REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR ESTAS CAUSAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la prevención primaria. - Ampliar la detección de individuos diabéticos, hipertensos y obesos "No diagnosticados". - Facilitar la utilización de los servicios. - Mejorar la calidad de atención médica en todos los niveles. - Desarrollar medidas de prevención específica mediante capacitación al personal de salud - Fortalecer el desarrollo de acciones de educación para la salud y promoción de la participación social, sobre factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades como diabetes, Hipertensión Arterial, obesidad, enfermedades del corazón, enfermedad cerebro vascular y Ca. de Próstata. - Llevar a cabo la distribución y seguimiento de la cartilla de salud del hombre y la de los adultos mayores- - Prevenir el desarrollo del Cáncer de Próstata en la edad adulta y adulta mayor. - Registrar y analizar la tendencia de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónico degenerativas. 	Las actividades de prevención y detección de estas enfermedades, se otorgan a la población demandante de manera gratuita en todas las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención de estos Servicios de SALUD; por otro lado aquellas personas a las que se les confirma el diagnóstico de la enfermedad se les otorga atención, control y seguimiento de su padecimiento.	POBLACIÓN DE 20 Y MAS AÑOS DE EDAD.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campañas permanentes de comunicación social y educativa. - Alcanzar una cobertura de detección integrada (diabetes, hipertensión y obesidad) del 85% de la población total de 20 y más años de edad. - Lograr una cobertura de detección de hiperplasia benigna de próstata del 60% en el grupo de 65 y más años de edad. - Ingresar a tratamiento a por lo menos el 95% de los casos nuevos con Diabetes e Hipertensión Arterial y obesidad. - Ingresar a tratamiento en el primer nivel de atención al 80% y 20% en el segundo nivel de los casos de hiperplasia benigna de próstata. Establecer que por lo menos en el 95 % de todas las unidades médicas de los servicios de salud exista un grupo de ayuda mutua. - Lograr 50% del control de las cifras de glucemia (por abajo de 126 mg/dl) de los pacientes diabéticos en tratamiento. - Lograr 70% del control de las cifras de presión arterial (menos de 140/90 mmHg.) de los pacientes hipertensos en tratamiento § Alcanzar una cobertura del 95% en la distribución de las Cartillas de Salud del Adulto Mayor. - Instalar una unidad de Servicios de Atención Especializada en Geriatría. - Implementar tres Centros de Atención Diurna para adultos

					<p>mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desplazar la edad promedio de la muerte por Enfermedades del Corazón de 73.9 en el 2001 a 75.3 en el 2009. - Desplazar la edad promedio de la muerte por Diabetes de 67.8 en 2001 a 69.5 en el 2009. - Desplazar la edad promedio de la muerte por Enfermedad Cerebrovascular de 73.8 en el 2001 a 75 en el 2009.
5. COMUNIDADES SALUDABLES	<p>IMPULSAR Y FORTALECER LA PARTICIPACION DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, LA COMUNIDAD ORGANIZADA Y LOS SECTORES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, AFIN DE GENERAR Y FORTALECER APTITUDES Y ACTITUDES EN LA POBLACION PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLIMENSES.</p>	<p>EL PROGRAMA DE COMUNIDADES SALUDABLES TIENE COMO FINALIDAD PROMOVER LA SALUD DE LOS MEXICANOS POR MEDIO DEL DESARROLLO DE ACCIONES SOCIALES Y EDUCATIVAS QUE INCREMENTAN LA CONVIVENCIA PUBLICA EN MATERIA DE SALUD PARA PROPORCIONAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ADEMAS DE ESTIMULAR LA ACCION COMUNITARIA Y LA PARTICIPACION SOCIAL A FAVOR DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- INTEGRAR UN COMITÉ MUNICIPAL Y LOCAL DE SALUD 2.- INTEGRAR UN DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD LOCAL Y MUNICIPAL 3.- REALIZAR UN TALLER INTERSECTORIAL MUNICIPAL 4.- IMPLEMENTAR PROYECTOS Y PROGRAMAS DE SALUD EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD. 	<p>COMITES LOCALES Y MUNICIPALES DE SALUD, GRUPOS DE PROMOTORES VOLUNTARIOS Y A LA RED COLIMENSE DE MUNICIPIOS POR LA SALUD.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- MANTENER ACREDITADOS COMO SALUDABLES AL 100% DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO 2.- MANTENER INTEGRADA Y ACTIVA LA RED COLIMENSE DE MUNICIPIOS SALUDABLES CON EL 100% DE LOS MUNICIPIOS EN EL ESTADO. 3.- MANTENER INCORPORADOS Y ACTIVOS EL 100% DE LOS MUNICIPIOS DE LA ENTIDAD EN LA RED MEXICANA DE MUNICIPIOS POR LA SALUD. 4.- CERTIFICAR COMO SALUDABLES AL 100% DE LAS LOCALIDADES QUE CUENTAN CON UNIDAD DE SALUD.
6. EDUCACION SALUDABLE	<p>MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS ESCOLARES CON ENFASIS EN LOS GRUPOS RURALES Y DE BAJOS RECURSOS COMO PARTE DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL PARA LOGRAR UNA EDUCACION DE ALTA CALIDAD ATRAVEZ DE LA COORDINACION INTERINSTITUCIONAL Y CON EL APOYO DE OTROS ORGANISMOS PUBLICOS, PRIVADOS Y LA PARTICIPACION SOCIAL.</p>	<p>EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL GARANTIZA QUE LOS MEXICANOS ADQUIERAN LOS CONOCIMIENTOS, COMPETENCIAS, DESTREZAS, ACTITUDES Y VALORES PARA LOGRAR SU PLENO DESARROLLO, ASI COMO TAMBIEN CONDICIONES DIGNAS A LOS ESCOLAR SIENDO ESTE GRUPO DE POBLACION EN EDAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- INCORPORARSE VOLUNTARIAMENTE AL PROGRAMA 2.- ELABORACION DEL DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD ESCOLAR 3.- ELABORAR PROGRAMA DE EDUCACION SALUDABLE 4.- VALIDACION DEL PROGRAMA POR EL CONSEJO ESCOLAR DE PARTICIPACION SOCIAL PARA 	<p>COMITES DE SALUD ESCOLAR, COMITE ESTATAL DE SALUD BUCAL, CONSEJOS MUNICIPALES DE PARTICIPACION SOCIAL, GRUPOS DE PROMOTORES VOLUNTARIOS, CLUBES DE SALUD DEL NIÑO.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- LOGRAR LA INTEGRACION DEL 50% DEL TOTAL DE LAS ESCUELAS DEL NIVEL BASICO EDUCATIVO DEL ESTADO AL PROGRAMA. 2.- CAPACITAR AL 100% DEL PERSONAL EDUCATIVO Y DE SALUD SOBRE LA METODOLOGIA DEL PROGRAMA. 3.- DISMINUIR LA AUSENCIA O DESERCIÓN ESCOLAR POR MOTIVOS DE SALUD. 4.- LOGRAR LA FORMACION DE LA RED ESTATAL DE ESCUELAS SALUDABLES Y SEGURAS INCORPORANDO EL 100% DE LAS ESCUELAS A

		<p>ESCOLAR DE LOS MAS IMPORTANTES, DE AHI LA PREOCUPACION DE LOS SECTORES EDUCATIVOS Y DE SALUD EN IMPLEMENTAR UN PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD CON EL PROPOSITO DE PROMOVER LA SALUD A TRAVES DE ESTRETEGIAS FUNDAMENTALES COMO LA VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL AMBIENTE ESCOLAR, EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA EDUCACION PARA LA SALUD CONTRIBUYENDO DE ESTA MANERA A LA DISMINUCION DE LOS PROBLEMAS QUE PROVOCAN AUSENTISMO, DESERCIÓN Y BAJO APROVECHAMIENTO ACADEMICO.</p>	<p>OTORGAR LA CERTIFICACION DE LAS ESCUELAS COMO SALUDABLES Y SEGURAS.</p>	<p>TRABAJAR. 5.- CERTIFICAR COMO SALUDABLES Y SEGURAS AL 100% DE LAS ESCUELAS PARTICIPANTES. 6.- CONTAR CON LA PARTICIPACION DE TODAS LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD EN LA ATENCION OPORTUNA A LOS ESCOLARES CON PROBLEMAS DE SALUD. 7.- INTEGRAR Y MANTENER ACTIVOS A GRUPOS DE ADOLESCENTES VOLUNTARIOS EN EL 100% DE LAS ESCUELAS SECUNDARIAS AL PROGRAMA.</p>	
<p>7. SALUD FAMILIAR</p>	<p>PROMOVER LA PARTICIPACION Y LA RESPONSABILIDAD EN EL AUTOCUIDADO Y CONSERVACION DE LA SALUD, ASÍ COMO EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN LA MISMA.</p>	<p>LA INCIDENCIA DE LA POBREZA Y LA DEPENDENCIA ECONOMICA DE LA MUJER, SU EXPERIENCIA SOBRE LA VIOLENCIA, LAS ACTIVIDADES SOCIALES NEGATIVAS HACIA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, EL CONTROL LIMITADO QUE MUCHAS DE ELLAS EJERCEN SOBRE SU PROPIA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ASI COMO SU FALTA DE INFLUENCIA EN LA TOMA DE DESICIONES, SON REALIDADES SOCIALES QUE TIENEN EFECTO CRUCIAL SOBRE SU SALUD Y LA DE SU ENTORNO, FRENTE A ESTA PANORAMICA</p>	<p>1.- LA SALUD EMPIEZA EN CASA: PADRES DE FAMILIA Y RESPONSABLES DEL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. 2.- MUJER, SALUD Y DESARROLLO: MUJERES ANCIANAS, MUJERES RURALES, RECLUSAS Y SEXO SERVIDORAS. 3.- ORIENTACION ALIMENTARIA: POBLACION EN GENERAL.</p>	<p>GRUPOS DE AGENTES Y PROCURADOR AS, GRUPOS DE MUJERES EN SITUACIONES DIFICILES, GRUPOS DE EJERCICIOS PARA SANOS.</p>	<p>1.- IZAR BANDERAS BLANCAS EN EL 100% DE LAS LOCALIDADES QUE CUENTEN CON UNIDADES DE SALUD. 2.- INSTALAR POR LO MENOS UNA CASA AMIGA EN LOCALIDADES QUE CUENTEN CON UNIDADES DE SALUD. 3.- FORMAR Y MANTENER ACTIVO AL MENOS UN GRUPO DE MUJERES EN CIRCUNSTANCIAS DIFICILES EN CADA LOCALIDAD QUE CUENTEN CON UNIDAD DE SALUD. 4.- INSTALAR AL MENOS UN MODULO DE EJERCICIOS PARA LA SALUD EN EL 100% DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO.</p>

		<p>SURGE EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR QUE INTEGRA LOS PROGRAMAS DE LA SALUD EMPIEZA EN CASA, MUJER, SALUD Y DESARROLLO Y ORIENTACION ALIMENTARIA EN UNA PROPUESTA METODOLOGICA PARA IMPULSAR LA SALUD COMUNITARIA EN DONDE LA PARTICIPACION DE LA MUJER ES EL ELEMENTO CLAVE PARA LAS ACCIONES DE SALUD.</p>			
<p>8. DE ATENCION A LA SALUD DEL INFANTE Y ADOLESCENTE</p>	<p>MEJORAR LOS ACTUALES NIVELES DE SALUD MEDIANTE LA INTEGRACION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES QUE MÁS FRECUENTEMENTE PUEDEN AFECTARLOS.</p>	<p>PROGRAMA PREVENTIVO, CURATIVO Y DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.</p>	<p>ACCESO UNIVERSAL.</p>	<p>DESDE RECIENTES NACIDOS HASTA LOS 19 AÑOS DE EDAD CUMPLIDOS.</p>	<p>MANTENIMIENTO DE LAS COBERTURAS DE VACUNACION CON ESQUEMAS COMPLETOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN UN 95%. MANTENER ERRADICADA LA POLIOMIELITIS. MANTENER ELIMINADA LA DIFTERIA, SARAMPION Y EL TETANOS NEONATAL. REDUCIR EN UN 50% LA TASA DE MORTALIDAD POR E.D.A. EN MENORES DE 5 AÑOS, EN RELACION A LA TASA DE 1999. REDUCIR EN UN 50% LA TASA DE MORTALIDAD POR I.R.A. EN MENORES DE 5 AÑOS EN RELACION A LA TASA DE 1999. INCORPORAR A PROGRAMAS DE REHABILITACION NUTRICIONAL, AL 100% DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES IDENTIFICADOS CON FORMAS GRAVES Y MODERADAS DE DESNUTRICION. TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO INTESTINAL AL 100% DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 14 AÑOS, CON PERIODICIDAD SEMESTRAL.</p>
	<p>REDUCIR Y MANTENER BAJO CONTROL EPIDEMIOLOGICO Y LAS ENFERMEDADES</p>	<p>PROGRAMA PREVENTIVO, CURATIVO Y DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.</p>	<p>ACCESO UNIVERSAL.</p>	<p>TODA LA POBLACION.</p>	<p>MANTENER LA ELIMINACIÓN DEL PALUDISMO FALCIPARUM. LOGRAR LA ELIMINACION DEL</p>

<p>9. DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.</p>	<p>TRANSMITIDAS POR VECTOR.</p>				<p>PAULDISMO VIVAX. MANTENER EN CERO DEFUNCIONES POR INTOXICACION DE PICADURA DE ALACRAN. CON RELACION A LOS INDICADORES ENTOMOLOGICOS, LOGRAR QUE EL INDICE DE CASA POSITIVA SE MANTENGA POR ABAJO DEL 5%. MANTENER LA ENDEMIAS POR DENGUE EN UNA TASA POR 100,000 HABITANTES MENOR AL 33.0.</p>
<p>10. URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES.</p>	<p>ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN, ANTE LA POSIBLE PRESENCIA DE URGENCIAS DE REPERCUSION EPIDEMIOLOGICA, ASI COMO LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS A LA PRESERVACION Y RESTAURACION DE LA SALUD DE LA POBLACION INDEMNES Y PLANIFICADA DAMNIFICADA.</p>	<p>PREVENTIVO Y MITIGACION DEL DAÑO.</p>	<p>ACCESO UNIVERSAL.</p>	<p>TODA LA POBLACIÓN.</p>	<p>PROPORCIONAR UNA RESPUESTA ORGANIZADA, INMEDIATA Y EFICAZ, MINIMIZANDO LOS DAÑOS A LA SALUD, DERIVADAS POR URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES.</p>
<p>11. CÓLERA.</p>	<p>MANTENER BAJO CONTROL EPIDEMIOLOGICO AL PADECIMIENTO.</p>	<p>PROGRAMA PREVENTIVO, CURATIVO Y DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.</p>	<p>ACCESO UNIVERSAL.</p>	<p>TODA LA POBLACION.</p>	<p>" MONITOREAR EN UN 10% DEL TOTAL DE LAS DIARREAS, EN BÚSQUEDA INTENCIONADA DE CASOS DE VIBRIO CHOLERAE. "MANTENER LOS NIVELES DE CLORACIÓN A TRAVÉS DE LOS H. AYUNTAMIENTOS. " PROPORCIONAR TRATAMIENTO PROFILÁCTICO AL 100% DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE CÓLERA. "ANTE LA PRESENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE CÓLERA, REALIZAR AL 100% LOS CERCOS EPIDEMIOLOGICOS.</p>
<p>12. ZOONOSIS</p>	<p>PROPONER Y PROMOVER LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA BRUCELOSIS, RABIA Y EL COMPLEJO TAENIOSIS/CISTICERCOSIS.</p>	<p>PROGRAMA PREVENTIVO Y CURATIVO.</p>	<p>ACCESO UNIVERSAL.</p>	<p>COMPONENTE BRUCELOSIS Y CISTICERCOSIS A LA POBLACION EN GENERAL. COMPONENTE RABIA A MASCOTAS</p>	<p>"MANTENER EN TASA CERO LA MORTALIDAD DE RABIA HUMANA. "MANTENER EN CERO LOS CASOS DE RABIA EN PERROS. "JURISDICCIONES SANITARIAS No. II Y III CUENTE CON UN CENTRO DE CONTROL CANINO.</p>

				COMO SON PERROS Y GATOS.	"CERTIFICAR AL ESTADO COMO "ESTADO LIBRE DE RABIA". "MANTENER EN TASA CERO LA MORTALIDAD POR BRUCELOSIS
13. CANCER EN LA MUJER.	BRINDAR INFORMACION Y SERVICIOS DE CALIDAD EN MATERIA DE PREVENCION Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO Y DE MAMA.	CONTRIBUYE A QUE TODAS LAS MUJERES COLIMENSES PROLONGUEN SU VIDA SALUDABLE Y SIN RIESGOS, CON RESPETO ABSOLUTO A SU LIBRE DECISION Y ASI CONTRIBUIR A LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD POR CANCER CERVICO UTERINO Y DE MAMA EN LAS MUJERES DEL ESTADO DE COLIMA.	ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA A SU DOMICILIO.	MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA POBLACION ABIERTA.	CANCER CERVICO UTERINO: CITOLOGIAS GINECOLOGICAS: 37,960 CASOS ESPERADOS DE DISPLASIAS LEVES: 570 CASOS ESPERADOS DE DISPLASIAS MODERADA:266 CASOS ESPERADOS DE DISPLASIA SEVERA : 190 CASOS ESPERADOS DE CANCER IN SITU: 114 CASOS ESPERADOS DE CANCER INVASOR: 76 CASOS SUJETOS A CONTROL Y VIGILANCIA: 1,216 CANCER DE MAMA: EXPLORACION CLINICA MAMARIA: 78,037 MASTOGRAFIAS: 7,920 ULTRASONIDO MAMARIO:6,600 SOSPECHA CLINICA DE CANCER DE MAMA: 792
14. " ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA"	BRINDAR INFORMACION Y SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD PARA GARANTIR UN EMBARAZO SALUDABLE, UN PARTO SEGURO, UN PUERPERIO SIN COMPLICACIONES, CUIDADOS EN LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO Y EL MENOR DE DOS AÑOS.	CONTRIBUYE A OTORGAR ATENCION MEDICA A TODAS LAS MUJERES COLIMENSES, ASI COMO IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A TODAS LAS NIÑAS Y NIÑOS, DESDE ANTES DE SU NACIMIENTO HASTA LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.	ACUDIR TODA MUJER EMBARAZADA, RECIEN NACIDOS, ASI COMO NIÑOS O NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD A UNA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANO.	A TODA MUJER EMBARAZADA, RECIEN NACIDO Y NIÑOS(AS) MENORES DE DOS AÑOS DE POBLACION ABIERTA.	PARTOS ESPERADOS: 5,449 ABORTOS ESPERADOS: 859 EMBARAZADAS A ATENDER: 6,308 CONSULTAS A EMBARAZADAS: 31,540 PROMEDIO DE CONSULTA POR EMBARAZADA: 5 NACIMIENTOS ESPERADOS: 5,449 CESAREAS ESPERADAS: 1,300 NACIDOS VIVOS DE BAJO PESO: 460 NIÑOS A TAMIZAR: 5,449 PUERPERIOS ATENDER. 6,308 CONSULTAS DE PUERPERIO; 18,924 TD. A EMBARAZADAS PRIMERA DOSIS; 6,308 TD. A EMBARAZADAS SEGUNDA DOSIS; 5,449 VDRL A EMBARAZADAS: 6,308
	BRINDAR INFORMACION Y SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR.	CONTRIBUYE A QUE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DEL ESTADO DE COLIMA	ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA A SU DOMICILIO.	HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FERTIL DEL ESTADO	USUARIOS NUEVOS.- 10,544 USUARIOS ACTIVOS.- 28,483 CONSULTAS DE PRIMERA VEZ.- 18,491

<p>15. SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR.</p>		<p>DISFRUTEN DE UNA VIDA SEXUAL, REPRODUCTIVA Y POSTREPRODUCTIVA SATISFACTORIA, SALUDABLE Y SIN RIESGOS, CON ABSOLUTO RESPETO A SUS DERECHOS Y A SU LIBRE DECISION ACERCA DEL NUMERO DE HIJOS Y DEL ESPACIAMIENTO DEL NACIMIENTO DE ESTOS.</p>		<p>DE COLIMA.</p>	<p>CONSULTAS SUBSECUENTES.- 34,194 VASECTOMIAS SIN BISTURI.- 88</p>
<p>16. VIGILANCIA SANITARIA A FARMACIAS, BOTICAS Y DROGUERIAS.</p>	<p>REALIZAR VIGILANCIA SANITARIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE PRESCRIBEN, SUMINISTRAN Y EXPENDEN ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS.</p>	<p>LA FARMACOVIGILANCIA SE OCUPA DE LA NOTIFICACION, EL REGISTRO, LA EVALUACION SISTEMATICA Y LA PREVENION DE LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE PRESENTAN CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.</p>	<p>IDENTIFICAR Y NOTIFICAR LAS REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS.</p>	<p>A TODA LA POBLACION.</p>	<p>MOTIVAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO; ASI COMO AL PUBLICO EN GENERAL, PARA QUE NOTIFIQUEN LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE PRESENTEN CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.</p>
<p>17. FARMACOVIGILANCIA</p>	<p>IDENTIFICAR LAS REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS.</p>	<p>LA FARMACOVIGILANCIA SE OCUPA DE LA NOTIFICACION, EL REGISTRO, LA EVALUACION SISTEMATICA Y LA PREVENION DE LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE PRESENTAN CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.</p>	<p>IDENTIFICAR Y NOTIFICAR LAS REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS.</p>	<p>A TODA LA POBLACIÓN.</p>	<p>MOTIVAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO; ASI COMO AL PUBLICO EN GENERAL, PARA QUE NOTIFIQUEN LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE PRESENTEN CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.</p>
<p>18. PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA DE BIENES Y SERVICIOS</p>	<p>CONTRIBUIR A PROTEGER LA SALUD DE LOS COLIMENSES, MEDIANTE LA ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTROL SANITARIO, LOS CUALES PERMITAN DETECTAR Y PREVENIR A TIEMPO RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD, PRINCIPALMENTE LOS DERIVADOS DE LA FABRICACIÓN, DISTRIBUCIÓN, COMERCIALIZACIÓN, USO Y CONSUMO DE PRODUCTOS Y</p>	<p>VERIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS DICTAMEN (OPINION TECNICA) DE LAS ACTAS DE VERIFICACION SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA SANITARIA(APLICACION DE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES), OTORGAR FOMENTO SANITARIO Y PROMOVER LA</p>		<p>SECTOR PRODUCTIVO, PRIVADO Y SOCIAL, DEDICADO AL PROCESO, IMPORTACION Y EXPORTACION DE ALIMENTOS, BEBIDAS NO ALCOHOLICAS, BEBIDAS ALCOHOLICAS, PRODUCTOS</p>	<p>ABATIR LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL CONSUMO Y USO DE ALIMENTOS, BEBIDAS, PRODUCTOS DE BELLEZA, PERFUMERIA, ASEO Y LIMPIEZA CONTAMINADOS. CREAR UNA CULTURA DE AUTORRESPONSABILIDAD EN LA CONSERVACION Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y CONSECUENTEMENTE DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN</p>

SERVICIOS.	PARTICIPACION SOCIAL (VENEDORES DE ALIMENTOS, CONSUMIDORES Y AUTORIDADES MUNICIPALES, ESTATALES Y FEDERALES). IMPLEMENTACION DE CAMPAÑAS SANITARIAS		DE PERFUMERIA, BELLEZA Y ASEO, TABACO, ASÍ COMO DE LAS MATERIAS PRIMAS Y, EN SU CASO, ADITIVOS QUE INTERVENGAN EN SU ELABORACION.	GENERAL, MEDIANTE EL FOMENTO SANITARIO CONJUGADO CON LAS ESTRATEGIAS DE EDUCACION Y DE PARTICIPACION SOCIAL.
------------	---	--	---	--

FUENTE: Elaboración propia con datos obtenidos en la Secretaría de Salud.

Cabe mencionar que los nombres y a su vez el número de los programas presentados pueden variar dependiendo el estado en el cual uno se encuentre y resaltar que cada uno de estos programas gubernamentales que ofrece la Secretaría de Salud es en virtud a mejorar la salud de las personas que son beneficiadas con cada uno de ellos.

Gracias a que se planteó toda esta información además de la vista en el capítulo I sirvió para llegar al objeto de estudio de la presente investigación que es el seguro social y que se presenta en el siguiente capítulo número 3.

CAPÍTULO III

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Este capítulo 3 está comprendido en su totalidad por el seguro social mejor conocido como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que visto anteriormente se fue descubriendo la importancia que tiene esta gran institución como activo de la economía así también el importante trabajo que realiza para cada uno de los mexicanos en cuanto a sus servicios de salud que otorga razones por las cuales vale la pena analizar de forma más minuciosa, de entrada se abordará el tema del origen o creación del seguro social con su debida definición y posteriormente tener información de todo lo que lo vincula.

3.1 Origen del Seguro Social

Fue durante la época revolucionaria cuando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se publicó; Venustiano Carranza, como jefe del ejército constitucionalista y encargado del poder ejecutivo de la nación, firmó la Carta Magna que nos rige hasta la actualidad.

Esta Constitución, que fue promulgada el 5 de febrero de 1917 incluía, en su artículo 123 “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley”, responsabilidades de los patrones en accidentes laborales, entre otras cosas. Sin embargo, fue hasta el 19 de enero de 1943 que, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, nació el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un organismo integrado por representantes de los empleados, de los patrones y del gobierno denominado **seguro social** y que se define como el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional.

Lo anterior quiere decir que el seguro social por definición es un servicio público que brinda el Estado, o dicho en otras palabras, es un servicio que se debe dar a todas aquellas personas que cumplan con los requisitos para tener derecho al mismo.

3.1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS, es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, para brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina (IMSS: 2015), cabe señalar que el IMSS empezó a funcionar hasta el 1 de enero de 1944, luego de ser fundado el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) el 6 de abril de 1943.

La misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Por otra parte se encuentra su marco normativo, la legislación con la que se complementan las obligaciones y atribuciones del instituto dentro del marco jurídico mexicano. A su vez se tiene los reglamentos, que son el conjunto de preceptos que regulan la adecuada aplicación de las leyes bajo las que se rige el instituto es decir, las normas y manuales aquellos criterios institucionales que definen la correcta aplicación de acciones en los procesos que realiza el IMSS.

Cabe señalar que actualmente el IMSS es el comprador más grande de productos farmacéuticos y otros suministros médicos siendo el tercer adquiriente público mayor de bienes y servicios en México, después de las compañías estatales de petróleo y electricidad (PEMEX y CFE respectivamente). Con ello se demuestra que es una de las instituciones que más compran motivo por el cual también es y visto anteriormente la institución que más presupuesto obtiene para todas sus adquisiciones. Cabe mencionar que el presupuesto otorgado se da a través del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) quien es el encargado de realizar los presupuestos para las instituciones, además de que el ingreso también es por parte de los empleadores o jefes así como de los mismos trabajadores del IMSS. Por lo cual se analizará toda la parte de compras del seguro social con el fin de ampliar aún más la información.

Las compras del IMSS se basan en la Ley Federal de Adquisiciones de acuerdo a sus necesidades en:

- Bienes
- Servicios
- Obra Pública

Puede seguir tres procedimientos:

- 1) **Licitación pública:** Donde se convoca abiertamente a las personas a ofrecer sus servicios sobre una necesidad específica y es elegida la mejor propuesta.
- 2) **Invitación a cuando menos 3 personas:** Donde se eligen posibles proveedores que cumplan requisitos determinados y se contrata a quien ofrece mejores condiciones y mayor seguridad.
- 3) **Adjudicación directa:** La cual ocurre cuando los anteriores procedimientos se declaran desiertos o nulos.

NOTA: Cuando las compras son mayores a \$100, 000, 000.00 se acompañan con un testigo social lo que otorga mayor confianza y seguridad a los procesos de adquisición (IMSS: 2015).

Para ir conociendo a más detalle todo lo relacionado a las compras por parte del IMSS se tienen los siguientes cuadros. El primer cuadro muestra los montos destinados en compras para el periodo 2010-2014 en MXN (moneda nacional).

CUADRO 3.1

Monto destinado en compras para el periodo (2010-2014)

Año	Total
2010	50, 390, 660, 534.09
2011	65, 757, 639, 256.22
2012	77, 587, 595, 381.88
2013	55, 814, 554, 590.51
2014	44, 114, 834, 113.84

FUENTE: Elaboración propia con datos de compras en el portal IMMS (2015).

Como se puede ver el total de compras por año varía considerablemente dejando ver que en el año 2012 fue el periodo en el cual se gastó más en adquisición de bienes y servicios siguiéndole el año 2011 y a su vez el periodo 2013 y 2010 pudiendo analizar que en el último año 2014 fue menos el monto que se gastó.

Después se presenta el cuadro 3.2 en el cual se podrá visualizar lo que compra el IMSS la información es referente al último periodo 2015.

CUADRO 3.2

Compras de bienes, servicios y obras por el IMSS

Rubro	Total compras
Bienes	41, 911, 355, 339.62
Bienes terapéuticos	39, 113, 136, 013.32
Bienes No terapéuticos	2, 742, 301, 262.92
Equipo	40, 309, 517.96
Mobiliario	14, 271, 539.04
Otros	1, 337, 006.38
Servicios	22, 889, 633, 778.35
Montos Contratados	6, 951, 165,121.52
Servicios Generales	5, 961, 897, 230.91
Servicios Integrales	4, 838, 257, 487.91
Conservación	3, 681, 246, 515.10
Otros	1, 414, 657, 207.78
Oportunidades	32, 407, 455.13
Emergentes	2, 760.00
Obras	0.00
Total:	64, 800, 989, 117.97

FUENTE: Elaboración propia con datos de compras en el portal IMMS (2015).

NOTA: La información mencionada aquí se refiere a los montos de los contratos celebrados en el año correspondiente periodo 2015.

Como se puede observar la compra en bienes es mayor a los demás rubros, siguiéndole servicios y finalmente obras que en este año no realizó ninguna adquisición estando en cero, sin embargo el monto total de este año es superior al periodo 2014 que fue de \$50, 609, 034, 792.65 pesos.

Después de visualizar el total de compras en los distintos rubros de bienes, servicios y obras se presenta el cuadro 3.3 en el cual se consulta por Estado lo que el instituto ha comprado.

CUADRO 3.3

Compras por delegación del IMSS

Estado	Total de compras
Aguascalientes	506, 760,546.83
Baja California	661,976,979.02
Baja California Sur	220,067,406.27
Campeche	76,265,878.15
Coahuila	1,075,121,146.60
Colima	90,017,918.55
Chiapas	200, 907,970.20
Chihuahua	561, 815, 811.72
Distrito Federal	4,125,228,463.47
Durango	200,813,695.00
Guanajuato	1,067,907,934.86
Guerrero	221,775,691.21
Hidalgo	648,013,902.82
Jalisco	2,288,582,922.95
Estado de México	1,962,363,714.25
Michoacán	801,054,659.37
Morelos	684,728,082.46

Nuevo León	1,608,602,460.27
Oaxaca	154,226,293.32
Puebla	1,192,834,950.49
Querétaro	425,335,933.48
Quintana Roo	245,485,704.51
San Luís Potosí	624,223,125.79
Sinaloa	329,285,411.73
Sonora	1,290,693,421.49
Tabasco	114,700,642.68
Tamaulipas	473,058,926.92
Tlaxcala	248,190,469.55
Veracruz	984,186,081.76
Yucatán	694,565,232.27
Zacatecas	286,303,512.09
Nivel central	40,735,894,227.88
Total	64,800,989,117.97

FUENTE: Elaboración propia con datos de compras en el portal IMMS (2015).

En este cuadro se puede visualizar a todas las entidades de la república mexicana que han comprado durante el año 2015 llegando al total de \$64, 800,989, 117.97 pesos, monto visto en el cuadro 3.2 que desglosa las cantidades de bienes, servicios y obras.

Finalmente se tiene el cuadro 3.4 en el cual se podrá observar por procedimiento de compra lo que el instituto ha comprado.

CUADRO 3.4

Procedimientos de compra del IMSS

Procedimiento de compra	Total compras
Licitación pública	42, 678, 697, 706.44
Bienes	32,180,719,074.12
Servicios	10,497,978,632.32
Adjudicación directa	21, 470, 952, 739.86
Servicios	11,901,850,966.94
Bienes	9,569,101,772.92
Invitación a cuando menos tres proveedores	583, 765, 782.90
Servicios	489,801,419.09
Bienes	93,964,363.81
Compra emergente en unidades de servicio	67, 572,888.78
Bienes	67,570,128.78
Servicios	2,760.00
Total	64,800,989,117.97

FUENTE: Elaboración propia con datos de compras en el portal IMMS (2015).

Se puede ver que a través del procedimiento de compra por licitación pública es mayor al procedimiento de adjudicación directa con un monto menor siguiéndole el procedimiento de invitación a cuando menos tres proveedores y el procedimiento de compra emergente en unidades de servicio con cantidades menores.

Recapitulando la información referente a los procedimientos de compras del IMSS se pudo observar que las cantidades son enormes tanto en el volumen de adquisición como en los montos totales lo cual nos deja ver que esta área es muy susceptible a

actos de colusión¹¹ problema que hoy en día se enfrenta el IMSS, sin duda alguna es un aspecto que vale la pena analizar con más detalle lo cual se hará en el capítulo IV.

¹¹ Acuerdo o cooperación entre un grupo de empresas para fijar políticas comunes. Estas políticas involucran fijar precios, establecer cuotas de producción para el mercado y coordinar planes de Inversión. En general tienen el propósito de limitar la competencia, <http://www.eco-finanzas.com/diccionario/C/COLUSION.htm> (28/09/2015; 12:15pm)).

CAPÍTULO IV
COLUSIÓN

Para este último capítulo se hablará acerca de la colusión partiendo de su definición, cuándo se presenta y los modelos de colusión existentes ya que en el capítulo anterior se pudo apreciar con base a la información planteada referente al IMSS que en el área de compras si se pueden realizar actos de colusión por lo cual este capítulo tendrá la finalidad de poder plantear el modelo de colusión bajo el cual el IMSS pudiera estar inmerso y los efectos negativos que esto conlleva pero también incluir iniciativas por la OCDE para combatir la colusión y con ello brindar una propuesta para una reforma integral del sector salud.

4.1 Origen de la colusión

Antes de comenzar el estudio con respecto a la colusión es prescindible antes conocer su origen el cual viene a partir de la teoría del oligopolio.

El oligopolio se define como una estructura de mercado en la que existen pocos proveedores (por lo menos dos). Sin embargo lo que importa no es el número de agentes económicos, sino su efecto, siendo este el caso de las empresas estatales las cuales con base a la definición anterior se ve manifiesta la aplicación de la teoría.

Se dice que es por la interdependencia¹² oligopólica que la mejor estrategia de cada agente económico depende de las elecciones de sus rivales, tal es el caso del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) que no puede evitar su mutuo reconocimiento las empresas proveedoras de este sector generan la determinación de precio y abasto. Existiendo interdependencia, las decisiones de proveedores se parecen a las de un jugador de ajedrez. La estrategia óptima tiene que tomar en cuenta las piezas del adversario, es decir de otros proveedores aún y cuando las decisiones sean egoístas, para ser óptimas tienen que tomar en cuenta las de competidores. De ello dependerá que sean acertadas, lo anterior genera un resultado interesante y es doble, primero una comunicación enorme; los competidores se conocen bien. Segundo, una opción;

¹² Es la dinámica de ser mutuamente responsable y de compartir un conjunto común de principios con otros.

competir o coludir. La respuesta a esta opción nos dirá ante qué tipo de oligopolio estamos.

El que los competidores escojan competir o cooperar determinará el tipo de mercado oligopolista que resultará. Los proveedores pueden comportarse cooperativamente en un momento dado, y en forma no cooperativa en otro): oligopolio cooperativo u oligopolio no-cooperativo.

❖ Oligopolio Cooperativo

Un oligopolio cooperativo o colusivo existe cuando agentes económicos cooperan con la finalidad de minimizar la competencia entre ellos. El oligopolio cooperativo puede ser implementado mediante el uso de diversas estrategias o mecanismos que permitan a los agentes económicos lograr los mismos niveles de precio y abasto que serían producidos por un monopolista o un cartel que funcione en forma correcta. Es aquí donde se presenta el acto de corrupción dentro del sector salud ya que al ponerse de acuerdo los diferentes proveedores sea uno, dos o más fijando precios donde son los únicos establecedores los compradores públicos no tienen otras opciones para elegir por lo cual se ven obligados a adquirir, mientras que los proveedores de ser exitosa la colusión, sus ganancias serán enormes. Continuando con el análisis se tiene el segundo tipo de oligopolio.

❖ Oligopolio no-cooperativo

No toda colusión requiere acuerdo expreso puede ser tácito ello se conoce como “colusión tácita” u oligopolio “no-cooperativo”.

Para que la posibilidad de coludirse tácitamente sea una opción, es necesario que el mercado, del lado del oferente, sea pequeño tanto que se propicie interdependencia. Un mercado se caracterizará por ser un oligopolio no-cooperativo cuando un número pequeño de agente económicos actúen interdependientemente pero con conciencia de la existencia los unos de los otros.

Dicho escenario puede entenderse si uno considera un horizonte en el cual, en un extremo, encontramos un monopolio y en el otro un mercado competitivo. El monopolista no tiene por qué preocuparse de la conducta de otros competidores dado que no existen. A su vez las firmas competitivas, no les interesa la conducta de otros competidores dado que son demasiados pequeños como para afectar el precio de la industria.

4.1.1 Colusión

Acción y efecto de coludir. Confabulación o pacto con posible daño y en perjuicio de terceros. Se aplica generalmente este término para designar o calificar los acuerdos inter-empresariales cuya finalidad es la de aumentar los beneficios de las empresas que intervienen, a costa de restringir la competencia y en perjuicio por tanto de los consumidores. Las empresas que participan en pactos de esta naturaleza son con el objeto de fijar precios mínimos y ponerse de acuerdo sobre la manera de repartirse entre ellas el mercado.

Acuerdos a los que las empresas llegan cuando descubren que los beneficios que cada una de ellas puede obtener cooperando son superiores a los que obtendrían compitiendo. La colusión es una práctica competitiva desleal.

A consecuencia de este efecto de coludir es prescindible conocer cuando se presenta la colusión entre las empresas participantes para lo cual se tiene cuatro situaciones:

- I. Existe un sistema legal y eficiente que regule a cada una de las empresas.
- II. Las empresas tengan la disponibilidad de acordar precios y cantidades.
- III. Las empresas reconozcan su interdependencia.
- IV. El Estado no intervenga para influir en las decisiones.

Después se tiene a los diferentes modelos con colusión:

- 1) **Cártel o Monopolio compartido.** Si las empresas se ponen de acuerdo para determinar el nivel de producción que maximice los beneficios totales de la

industria se dice que constituyen un cártel. En ese caso, las empresas no compiten sino que coluden, actuando como un monopolista.

2) **Maximización Conjunta.**

A través de la curva de contrato:

- $Q_1+Q_2=15$

Muestra todos los pares de niveles de producción Q_1 y Q_2 que maximizan los beneficios totales.

Si se reparten por igual el mercado: Q_1 y $Q_2=7.5$

Las empresas producen menos, cobran un precio más elevado y obtienen más beneficios.

- 3) **Liderazgo en precios.** Consiste en otra forma de colusión cuyo comportamiento coordinado de los oligopolistas en el cual la empresa fija el precio y las otras la siguen por la ventaja que ello le representa, o porque prefieren la incertidumbre acerca de las reacciones de sus rivales, aun cuando ello implique que se aparten de la posición maximizadora de sus beneficios.

El liderazgo en precios está muy difundido en el mundo económico, puede practicárselo en forma de acuerdos formales o informales; dado que los acuerdos colusorios son ilegales en la mayoría de los países, en casi todos los casos el liderazgo de precios es tácito. Su difusión es mayor que la de los cárteles porque otorga a los miembros completa libertad en cuanto a las decisiones respecto de sus artículos y actividades de venta, resultando así más aceptable que un cártel total que exige abdicar toda la libertad de acción en la agencia central.

Si el artículo es homogéneo y las empresas están muy concentradas en un lugar geográfico, el precio será idéntico; pero si el artículo está diferenciado los precios diferirán, aunque la dirección de ese cambio será siempre la misma se observarán en líneas generales las mismas diferencias en precios. El liderazgo en precios puede adoptar varias formas, las más comunes son:

- a) Liderazgo de la empresa de bajos costos.
- b) Liderazgo de una gran empresa (dominante).
- c) Liderazgo barométrico.

La característica de la empresa líder en precios es que fija su precio guiándose por las reglas marginalistas o sea en el nivel definido por la intersección de sus curvas $IMg=CMg$, las otras empresas son receptoras de precios y normalmente no maximizarán sus beneficios adoptando el precio de la líder; si lo hacen será por accidente más que por su propia decisión independiente.

Modelo de la empresa de bajos costos como líder de precios, en base a la Teoría del Oligopolio.

Supuesto:

1. Hay dos empresas que producen un artículo homogéneo con distintos costos vendidos al mismo precio.
2. Los mercados pueden ser iguales (o llegar a un acuerdo mediante una participación igualitaria) o distintos (participación desigual en el mercado).
3. Los costos deben ser iguales:
 - La empresa con menores costos fijara un precio menor y este será seguido por la empresa de altos costos, aunque no maximice sus beneficios en ese período.
 - La seguidora obtendría un beneficio más alto produciendo un menor volumen y vendiéndolo a un precio más alto, pero prefiere seguir a la empresa líder sacrificando una parte de sus beneficios a fin de evitar una guerra de precios. Pues si el precio bajara tanto no podría cubrir su CMe y sería eliminada del mercado.
 - La empresa seguidora deberá vender una cantidad suficiente para mantener ese precio establecido por la empresa líder.

Aunque el modelo de liderazgo en precios destaca el hecho de que la líder fija el precio y la seguidora lo adopta es claro que las empresas deben convenir también, formal o informalmente su participación en el mercado pues de otro modo la seguidora puede adoptar el precio de la líder pero no producir una cantidad menor que la necesaria para

mantener ese precio y así empujar a la líder en una posición no maximizadora de sus beneficios.

En este sentido la seguidora no permanece totalmente pasiva puede verse obligada a adoptar el precio de la líder pero sino está atada por un acuerdo formal o informal relativo a las cuotas puede empujar a la líder a esa posición no maximizadora.

4) Empresa dominante en bajos costos. Una situación oligopólica en la que una empresa dominante posee una gran ventaja de costos en comparación con otras empresas, y genera buena parte de la producción de la industria. La empresa dominante establece el precio del mercado y las demás actúan como tomadora de precio.

Vista la información anterior se puede señalar que el modelo de colusión más adecuado o idóneo a practicarse es el modelo cártel con respecto a los procedimientos de compra por parte del IMSS ya que en este solo las empresas o proveedores se ponen de acuerdo para determinar el nivel bajo el cual solo van a ofertar sus servicios así como las cantidades, es decir, coluden para actuar como un monopolio donde no hay más opciones de compra y es aquí donde se realiza el acto de colusión sin embargo lo más importante no es el tipo de acuerdo de colusión que se realice sino saber que cualquier colusión que se esté aplicando se está incurriendo en una falta grave y de ser comprobado el acto de colusión va a generar multas y sanciones enormes.

4.2 Combate a la colusión sobre adquisiciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Para comenzar con este apartado se hablará acerca de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) fundada en 1961, agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. La OCDE ofrece un foro donde los gobiernos puedan trabajar conjuntamente para compartir experiencias y buscar soluciones a los problemas comunes (OCDE: 2015). Además de abordar temas como;

administración pública, agricultura y alimentación, asuntos sociales, migración y salud, ciencia y tecnología, comercio, desarrollo, desarrollo urbano, rural y regional, economía, educación, empleo, energía, energía nuclear, finanzas e inversión, impuestos, industrias y servicios, medio ambiente y transporte. Es una de las organizaciones más importantes a nivel mundial siendo uno de los generadores más grande de estadísticas económicas e información de política en el mundo.

En relación al sector salud se tiene, que la OCDE en enero de 2011 firmó un memorándum de entendimiento con la comisión federal de competencia (CFC) de México, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para apoyar la adopción por el IMSS de la Guía del Comité de Competencia de la OCDE para combatir la colusión entre oferentes en compras públicas.

Estas guías, aprobadas en 2009, proporcionan listas de verificación práctica y fácilmente aplicable para diseñar procedimientos de compras públicas efectivos y para detectar prácticas de colusión en el transcurso de procesos de licitación con la finalidad de reducir el riesgo de colusión o fraude entre los oferentes en licitaciones públicas.

Se sabe que desde enero de 2011, la secretaría de la OCDE, funcionarios del IMSS y de la CFC han trabajado en estrecha colaboración para comprender el marco legal y las prácticas que rigen las compras públicas en el IMSS e identificar áreas que se pueden mejorar. La OCDE mencionó que se presentó un informe preliminar que se analizó con altos funcionarios del IMSS en junio de 2011, y el IMSS ya ha empezado a implementar una serie de recomendaciones que se expusieron en ese contexto. El informe final contiene más de 20 recomendaciones al IMSS sobre cómo mejorar los procedimientos de compras públicas para evitar la colusión entre los proveedores. Identifica también las limitaciones e inconvenientes en el marco legal actual.

La implementación de las recomendaciones de la OCDE junto con la mayor conciencia entre los funcionarios encargados de las compras públicas del IMSS de los costos y riesgos de la colusión contribuirán a que el IMSS incremente la efectividad de su estrategia de compras públicas en beneficio de los cuentahabientes del IMSS y de los contribuyentes mexicanos. Además de mejorar la eficacia del seguro social en identificar actos de colusión y aplicar las sanciones que deriven por esta acción y con

ello disminuir la colusión existente. Cabe señalar que los ahorros generados pueden ser utilizados por el IMSS para ofrecer más y mejores servicios.

4.2.1 Recomendaciones al IMSS sobre cómo mejorar los procedimientos de compras públicas

La (OCDE; 2011) menciona que el IMSS es la primera entidad pública mexicana que se comprometió a adoptar e implementar los lineamientos para combatir la colusión en compras públicas. Este compromiso de recursos es consecuencia de los propios esfuerzos del IMSS para obtener el valor máximo de sus licitaciones en el pasado y de su cooperación con la CFC.

Las recomendaciones que se van a enumerar (agrupadas por amplias áreas temáticas) se apoyan en esos esfuerzos y tienen por objeto capacitar al IMSS para obtener ahorros adicionales en los costos elaborando propuestas que minimicen las oportunidades de colusión, desarrollen prácticas sofisticadas para detectar prácticas colusorias y apoyarse en la fructífera cooperación del IMSS con la CFC para perseguir a los carteles con ofertas coludidas. Para ello a continuación se presenta el listado de 22 recomendaciones por parte de la OCDE.

1. El IMSS debería explorar otras oportunidades de hacer mejor uso de su importante capacidad adquisitiva:

- ❖ Fusionando o consolidando adquisiciones entre sus centros locales.
- ❖ Valiéndose de licitaciones multi-anales siempre que sea adecuado (por ejemplo, para medicinas genéricas que ya han perdido la protección de la patente desde hace varios años, es decir, para las que el número de proveedores elegibles ahora es bastante estable.
- ❖ Adquiriendo bienes y servicios conjuntamente con otras dependencias gubernamentales.
- ❖ Atrayendo el interés y patrocinando la entrada de nuevos proveedores.

El IMSS ha estado consolidando sus compras desde 2006 (cuando la responsabilidad para la adquisición de medicinas genéricas fue transferida en buena medida de las delegaciones locales del IMSS a una unidad central en el Distrito Federal), lo cual tuvo como efecto ahorros considerables. Además, alguna evidencia anecdótica muestra que este tipo de consolidación contribuyó a alterar la colusión existente.

La (OCDE; 2011) recomendó al IMSS explorar más oportunidades de consolidar sus compras, ya sea entre sus centros locales o en cooperación con otras entidades públicas o mediante licitaciones multianuales.

Puede haber también otro beneficio de la fusión o consolidación de las compras para el IMSS, además de alterar y disuadir de la colusión. En concreto, la consolidación daría a los proveedores la oportunidad de explotar economías de escala (y por ende licitar más agresivamente), cuando éstas existen.

Coordinación con la SFP (Secretaría de programación y presupuesto), la CFC y adopción de las mejores prácticas.

2. El IMSS debe coordinar sus procesos de adquisiciones con la SFP, no sólo en la etapa de requerir testigos sociales, sino también antes, en el ciclo de adquisición pidiendo consejo sobre cómo diseñar mejor la adquisición y la estructura de la licitación pública.

Entre otras responsabilidades, la SFP supervisa el funcionamiento de todas las entidades públicas mexicanas, incluido el IMSS.

En lo que respecta a procesos de licitación, además de publicar un número significativo de legislación secundaria como lo pide la Ley de Adquisiciones, la SFP interviene usualmente de dos maneras: a) en una primera etapa, proporcionando consejo sobre el formato de la licitación que se ha de usar y promoviendo la cooperación entre las entidades; y b) en una etapa ulterior, designando “testigos sociales” para que ejerzan una función de control.

3. El IMSS ha de hacer más esfuerzos para promover entre su personal la adopción de las mejores prácticas en adquisiciones y el uso de documentos y procedimientos de licitación estandarizados como se describe en el manual de licitaciones de la SFP.

En agosto de 2010, la SFP publicó un manual de adquisiciones que es obligatorio adoptar por las entidades públicas mexicanas y que sustituye a cualquier otro manual, regulación o lineamientos adoptados por éstas (a no ser que lo ordene la ley) hasta esa fecha.

El manual de la SFP no contiene disposiciones legales además de las que contiene la Ley de Adquisiciones y su reglamento correspondiente. Sin embargo, es una herramienta valiosa ya que proporciona una guía paso a paso para todas las etapas del ciclo de adquisiciones (es decir, desde la planificación y la organización de la licitación hasta la adjudicación del contrato) y estandariza los procedimientos existentes en la administración pública mexicana.

4. El IMSS debería adoptar procedimientos remotos o a distancia y electrónicos para todas sus adquisiciones y en todas las etapas del proceso de licitación.

La ley mexicana de adquisiciones exige que los anuncios de licitación y los documentos estén disponibles en línea (e.j., en COMPRANET y en sitios de internet de las entidades públicas) y también permite que las licitaciones se dirijan a distancia mediante procesos electrónicos.

Además de lo que el IMSS gana en eficacia y en ahorro de costos, la adopción de procedimientos electrónicos puede contribuir también a reducir el riesgo de colusión, eliminando la necesidad de que los licitantes se reúnan en un mismo lugar para presentar sus propuestas o participar en otros actos.

5. El IMSS debe tratar de expandir su cooperación con la CFC y posiblemente hacerla más formal, por ejemplo firmando un protocolo.

El IMSS ya ha cooperado con éxito con la CFC en el combate a la colusión entre sus licitaciones. La OCDE recomienda que esta cooperación se amplíe y se haga más formal, por ejemplo firmando un protocolo oficial de cooperación.

Combatir prácticas que pueden facilitar la colusión

6. Las convocatorias del IMSS a licitaciones deben dejar en claro que las propuestas conjuntas están permitidas únicamente cuando hay justificaciones que favorecen la competencia, por ejemplo:

- ❖ Dos o más proveedores activos en diferentes mercados que suministran un único servicio integrado que ninguno de los dos podría suministrar independientemente.
- ❖ Dos o más proveedores activos en diferentes zonas geográficas que presentan una sola proposición para todo México.
- ❖ Dos o más proveedores que combinan su capacidad de cumplir un contrato que es demasiado amplio para cada uno de ellos individualmente.

7. El IMSS debe dividir un solo contrato entre múltiples proveedores únicamente en circunstancias excepcionales, por ejemplo, para permitir a nuevos participantes obtener una presencia en el mercado.

En los casos en que la seguridad del suministro es lo que preocupa, el IMSS debería considerar o bien re-empaquetar el contrato en lotes más pequeños y asignar cada uno de ellos a un solo proveedor (lo cual puede ser viable en el caso de actores pequeños), o bien consolidar o fusionar las compras (para atraer a otros licitantes de gran envergadura), en vez de adjudicar simplemente el mismo contrato a múltiples proveedores.

La Ley de Adquisiciones permite: a) que dos o más competidores presenten una propuesta conjunta, y b) que las entidades públicas dividan un contrato entre múltiples licitantes (si la diferencia en sus ofertas está dentro de cierto rango).

8. Para disuadir el uso de la subcontratación como un mecanismo para implementar la colusión, el IMSS debería requerir a los licitantes:

I) Revelar abiertamente (en la documentación de la oferta presentada al IMSS) la intención de usar subcontratantes.

II) Identificar claramente a esos subcontratantes.

III) Explicar por qué es necesaria la subcontratación para la ejecución adecuada de contrato.

El problema detrás de esta recomendación es la subcontratación de rivales, es decir, la práctica de que el ganador en un proceso de licitación subcontrata parte del contrato a licitantes que no han sido beneficiados.

9. Dentro de los límites impuestos por la ley, el IMSS debería determinar si la cantidad de información que se publica en su plan anual de adquisiciones, y el nivel que contiene de detalle, puede facilitar la colusión.

La ley mexicana de adquisiciones ordena que el IMSS publique su plan anual de adquisiciones públicas en enero de cada año. Esta información es útil para los potenciales licitadores porque les permite planificar sus esfuerzos de participar en una licitación y puede influir también en otros negocios y decisiones de inversión. La OCDE recomendó que cuando cumpla con la ley, el IMSS evalúe cuánta información y a qué nivel de detalle va a publicar en su plan anual de licitaciones.

10. El IMSS debería limitar el uso de excepciones en las licitaciones públicas (c.f artículo 41 y 42 de la Ley de Adquisiciones).

La ley de adquisiciones públicas permite el uso de diferentes procedimientos de adquisición, a saber un procedimiento para usar como regla general (licitaciones públicas) y dos excepciones (invitaciones a cuando menos tres proveedores y la adjudicación directa).

Estas dos excepciones se pueden usar en las circunstancias enumeradas en el artículo 41 de la ley de adquisiciones (como cuando hay una amenaza al orden social, la economía, los servicios públicos, las condiciones sanitarias, la seguridad o el medio ambiente como resultado de circunstancias imprevisibles o fuerza mayor).

Por otra parte, el artículo 42 permite que las entidades públicas adquieran bienes y servicios sin recurrir a una licitación pública cuando el valor de cada contrato está por debajo de ciertos umbrales establecidos en el presupuesto federal de egresos, siempre

que el valor de los contratos adjudicados cada año en conformidad con este artículo no exceda del 30 por ciento del presupuesto anual para adquisiciones de la entidad.

11. En general, el IMSS debería optar siempre por abrir la participación lo más posible en el proceso de adquisición. En relación con esto, siempre que una licitación nacional se declara desierta, el IMSS debería abrir la licitación a proveedores no mexicanos en vez de usar una de las excepciones a la licitación pública.

Las licitaciones públicas y las dos excepciones que permite la Ley de Adquisiciones se pueden abrir a proveedores mexicanos únicamente o también a licitantes extranjeros (y en algunos casos sólo a licitantes extranjeros que son ciudadanos de un país con el que México haya firmado un acuerdo de libre comercio).

12. El IMSS debe cambiar los mecanismos de licitación, calendarización de las licitaciones y amplitud de la consolidación de manera que haga más difícil que surja la colusión o que continúe existiendo.

Los potenciales coludidos reaccionan a los cambios en políticas públicas y seguramente encontrarán nuevas maneras de llegar a un acuerdo colusorio si tienen la intención de coludirse. Esta es la razón de porqué ninguna recomendación es válida en todos los casos y para siempre.

La OCDE recomendó que el IMSS introdujera cierto grado de imprevisibilidad respecto a la elección del formato de licitación (por ejemplo, si va a usar subastas a la inversa o a la baja, o no) y su oportunidad, así como a la amplitud de la consolidación (e.j., en cuántos lotes se va a dividir un mismo contrato, o si va a comprar conjuntamente con otras entidades públicas o no).

13. El IMSS debe considerar pedir un certificado de determinación de oferta independiente (CDOI) a todos los licitantes.

Una manera de hacer más costosa y arriesgada la colusión a los licitantes deshonestos es requerir a los que presentan ofertas para contratos gubernamentales la presentación de un certificado de determinación de oferta independiente (CDOI).

14. El IMSS debería considerar hacer cambios en sus procesos de planificación de modo que se dispusiera de tiempo suficiente para realizar estudios informativos de mercado.

15. El IMSS debería considerar hacer cambios a la manera en que actualmente se llevan a cabo los estudios de mercado de modo que se recolectara suficiente información de fuentes de buena calidad (incluyendo posiblemente comparadores internacionales) para informar la elección del procedimiento de licitación que se va a usar, así como el nivel de los precios de referencia.

16. La información contenida en las investigaciones de mercado no se debe revelar a los licitantes antes de la licitación.

La Ley de Adquisiciones ordena que las entidades públicas lleven a cabo una investigación de mercado antes de iniciar cualquier proceso de licitación (artículo 26). La finalidad de estos estudios de mercado es verificar las condiciones que imperan en el mercado (e.j., la existencia y el número de proveedores idóneos, si son mexicanos o no, y un cálculo de los precios actuales) en relación con los bienes o servicios que se van a adquirir.

Actividades de monitoreo y para compartir la información

17. El IMSS debería regular y proactivamente monitorear el número de licitantes en cada macro-categoría de gasto y verificar que ese número no está por debajo de los niveles aceptables.

18. En relación con lo anterior, el IMSS debería investigar proactivamente por qué los licitantes deciden dejar de licitar y emprender las acciones adecuadas para eliminar los obstáculos a la participación.

La OCDE recomendó que la recolección proactiva y el análisis de la inteligencia de mercado sea parte de las obligaciones de esta unidad.

19. El IMSS debería mantener una base comprehensiva de datos para todas sus licitaciones y ponerla a disposición de la CFC en un formato que permita analizar con

facilidad los datos, de modo que cualquier modelo sospechoso de oferta en licitaciones pueda ser investigado a la brevedad.

La OCDE mencionó que la cooperación entre el IMSS y la CFC en el pasado y ahora ha llevado a la persecución exitosa de carteles en el sector farmacéutico.

20. El IMSS se debería involucrar en un diálogo sistemático con otras dependencias gubernamentales (e.j., a través del mecanismo de consulta) con el fin de compartir las mejores prácticas, puntos de vista sobre conductas sospechosas al licitar e inteligencia de mercado (e.j., información de precios, identidad y procedencia de los proveedores).

Además de explorar las oportunidades de consolidar las compras con otras entidades públicas, La OCDE pensó que es importante para el IMSS involucrarse proactivamente en un diálogo sistemático con otras dependencias (mediante, por ejemplo, el mecanismo de consulta) con el fin de compartir las mejores prácticas, puntos de vista sobre conductas sospechosas en la licitación e inteligencia de mercado (incluyendo información de precios, identidad y procedencias de los proveedores).

21. El IMSS debería establecer procedimientos claros y líneas de información para que su personal de licitaciones reporte cualquier caso sospechoso de colusión durante las licitaciones. El reporte de las licitaciones debería tomar en cuenta la necesidad, en ciertas circunstancias, de mantener confidencial la identidad del funcionario de la adquisición por licitación.

El IMSS puede querer también considerar junto con la CFC si una línea roja telefónica anónima es la manera más efectiva para que los funcionarios del IMSS reporten conductas de licitación sospechosas.

22. El IMSS tiene que poner en práctica un programa de capacitación para su personal de adquisiciones, centrándose en la colusión y en las maneras de combatirla.

La (OCDE: 2011) menciona que como parte del memorándum de entendimiento firmado por la misma organización, la CFC y el IMSS en enero de 2011, más de 200 miembros del personal del IMSS implicados en adquisiciones procedentes tanto de delegaciones locales como de la sede central asistieron en mayo de 2011 a una sesión de capacitación de dos días sobre cómo combatir la colusión en las adquisiciones públicas.

La capacitación estuvo a cargo de expertos internacionales en competencia (además de personal de la OCDE y la CFC) e incluyó entre otros temas, presentaciones sobre colusión en compras públicas, cómo se aborda ésta en la ley mexicana de competencia, los lineamientos de la OCDE y ejemplos internacionales, así como discusiones sobre las “señales de alarma” que deben alertar a los funcionarios de adquisiciones sobre posibles conspiraciones de colusión.

La OCDE también recomendó que el IMSS en cooperación con la CFC continúe organizando este tipo de capacitación para su personal, como parte de su compromiso en curso para combatir la colusión en sus licitaciones. El programa de capacitación debería reflejar también las lecciones aprendidas de iniciativas anteriores e incluir estudios de caso de licitaciones reales¹³.

4.3 Propuesta para una reforma integral del sector salud en México

A pesar de haber alcanzado una esperanza de vida promedio de 75 años, similar a la de países más desarrollados, (Frenk, et.al: 2007) menciona que México ingresó al siglo XXI con un sistema de salud marcado por su incapacidad para ofrecer protección financiera en salud a más de la mitad de su población. Esto es resultado y causa de las desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo en México. Varias limitaciones estructurales han dificultado el funcionamiento y limitado el avance de su sistema de salud. Consciente de que la falta de protección financiera era su principal debilidad, México emprendió una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual introdujo nuevas reglas de financiamiento e incentivos. La principal innovación de esta reforma fue el Seguro Popular de Salud aprobada en abril de 2003 y que entró en vigor el 1º de enero de 2004, con la meta de alcanzar la cobertura universal en materia de aseguramiento en salud. La cobertura universal de salud ha tomado mucha fuerza y es objetivo primordial de la OMS así

¹³ Para mayor información acerca del listado de recomendaciones a combatir la colusión en los procedimientos de compra del sector salud caso Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra el siguiente link [http://www.oecd.org/mexico/IMSS%20Report_Spanish_FINAL.pdf/\(21/10/2015; 02:24pm\)](http://www.oecd.org/mexico/IMSS%20Report_Spanish_FINAL.pdf/(21/10/2015; 02:24pm)).

como de sus miembros que colaboran para promover la salud. En todo el mundo, los países están innovando sus sistemas de salud como parte de la búsqueda continua de acceso universal, equidad, calidad y justicia en el financiamiento.

4.3.1 Cobertura universal de salud (CUS)

Todas las personas aspiran a recibir atención de salud asequible y de calidad. El concepto de cobertura universal de salud (CUS) implica que la gente acceda a los servicios médicos que necesita sin tener que experimentar dificultades financieras. La CUS apunta a lograr mejores resultados en materia de salud y desarrollo, ayuda a prevenir que las personas caigan en la pobreza debido a enfermedades y les da la oportunidad de llevar una vida más saludable y productiva (Banco Mundial: 2015).

En los últimos años, el movimiento global de la CUS ha ganado impulso gracias a los llamados de la asamblea mundial de la salud y la asamblea general de las naciones unidas a los países a “ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición a servicios de salud asequibles y de calidad”. La CUS tiene como propósito lograr mejores resultados en materia de salud y desarrollo en consonancia con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), que orientarán el programa mundial después de 2015. El ODS 3 incluye la meta de “lograr la cobertura universal de salud (CUS), en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicinas y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

Razón por la cual también es importante que dentro de esta cobertura los medicamentos sean de calidad para México conforme pasa el tiempo cientos de medicamentos se comercializan a lo largo de la república mexicana, donde grandes variedades han salido al mercado bajo distintas marcas, ya sea genéricos, similares, patente, primer nivel o de marca. Los medicamentos patente, de marca o también llamados innovadores son aquellos que tras un período de estudio, son abalados por una reconocida farmacéutica, patente que se le otorga por 20 años mismo que a lo

largo de ese tiempo se ha ganado la confianza de los pacientes y de los profesionales médicos.

Los de tipo genérico intercambiable pueden ser reconocidos con las letras GI, este sale a la luz en el momento en que la patente del medicamento original ha expirado, lo que se presta para que otras farmacéuticas tomen la fórmula para crear el propio, pero de forma equivalente. De hecho, suelen presentarse no con el nombre original, sino bajo la fórmula, como es conocido “principio activo”. Sin embargo, a veces se dedican a su comercialización laboratorios de baja calidad, que lleva a presentar medicamentos con poca efectividad, lo que pondría en riesgo la estabilidad física de la persona.

Los similares tienen una gran demanda debido a su reducido costo, pero carecen de un estudio arduo, además la forma de preparación, aunque sea similar, no contará con las sustancias originales y ni con la misma dosis.

Por ello es importante que cada producto pase por un control de calidad, donde se tomen medidas rigurosas, pero en México, como en otros países, ha llevado crecer este mercado por el encarecimiento de solvencia económica. Es un hecho que la cobertura universal de salud debe ser un compromiso real para las instituciones de salud y en su defecto para el gobierno del país.

4.3.2 Sistemas de salud más eficientes del mundo

El sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud de sus ciudadanos. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios. “La eficiencia mide la obtención de resultados y la cantidad de recursos utilizados para obtener ese fin. El más eficiente será aquel sistema que proporcione un servicio de salud con el menor coste posible, de manera que sea financieramente sostenible” (Álvarez: 2013).

Para ver los sistemas de salud más eficientes, nos remitiremos al ranking de Bloomberg de 2013, que analiza la eficiencia de los sistemas de salud de 48 países desarrollados teniendo en cuenta los siguientes 3 criterios:

- ❖ La esperanza de vida.
- ❖ El coste de salud como porcentaje del PIB per cápita (el tanto por ciento del PIB per cápita que se destina a cubrir los gastos del sistema sanitario).
- ❖ El coste absoluto per cápita del sistema de salud. El gasto total en salud va destinado a cubrir tanto servicios preventivos como curativos, planificación familiar, nutrición y asistencia de emergencia.

Los 3 primeros países de la lista son Hong Kong, Singapur y Japón se caracterizan por tener un gobierno que controla un sistema de salud universal. En el caso de Hong Kong, con una economía considerada de las más libres del mundo, el sector público tiene el peso más importante a la hora de proporcionar un sistema de salud accesible a todos sus ciudadanos. Este país se las arregla para ofrecer una sanidad universal y ser el más eficiente del mundo destinando tan sólo el 3,8% del PIB per cápita. En Japón, el gasto en salud corresponde a un 8,5% del PIB per cápita. La mayoría de los servicios de salud están financiados también por el sistema público, situándose por encima de la media de 72,2% entre los países de la OCDE.

En el caso de Singapur, el estado cubre sólo una cuarta parte de los gastos totales destinados al sistema de salud mediante impuestos y fondos. Los individuos y los empleadores pagan el resto, este sistema requiere que los ciudadanos se responsabilicen de su propia salud y dediquen parte de sus ingresos a cubrir su seguro médico. El estado espera así que los pacientes colaboren mediante el copago¹⁴ y tengan la posibilidad de pagar más en caso de que demanden un mayor nivel. De la misma manera, el estado se compromete a subsidiar a aquellos que no sean capaces de cubrirse los servicios mínimos de salud.

¹⁴ El copago es un concepto relacionado con los seguros de salud privados. Cada vez que alguien acude a la clínica y pasa la tarjeta por el lector, ya sea en la misma consulta o en la recepción de la clínica, está pagando un importe, que le facturarán al mes siguiente con el recibo mensual.

En este sistema el gobierno ejerce dos funciones, la primera es la de obligar a los ciudadanos a ahorrar para cubrir aquellos gastos de salud no esperados. En el caso de las personas que no se puedan permitir ahorrar suficiente para su seguro médico, el estado se encarga de ayudarles. La segunda función es la de regular la oferta y los precios de los servicios médicos. Con esta regulación se persigue que el gasto en salud no aumente considerablemente y sea víctima de presiones inflacionarias.

Por otro lado Singapur siendo una economía pequeña goza de una estabilidad política y cuya sucesión de gobiernos del mismo partido le ha permitido introducir medidas consistentes respecto a la responsabilidad individual, ahorro obligado y desincentivo de consumir más allá de lo que es necesario mediante el copago, y el control regulado de los servicios sanitarios y sus costes.

Mientras que en Europa España es la más eficiente, ocupa el quinto lugar en el mundo, y el primero en Europa en cuanto a eficiencia. Ofrece un ejemplo de sanidad simple y barata, esta se caracteriza por tener una sanidad pública financiada por impuestos con una cobertura completamente universal que extiende los servicios a toda la población gastando 10,4% del PIB per cápita. El sector público determina los impuestos que se destinan al sistema, regula la gestión de los centros sanitarios y la financiación de las prestaciones todo el mundo contribuye a la financiación de manera que el acceso es también universal.

El sistema de salud español sufre sin embargo de largas listas de espera y también cuenta con zonas geográficas donde no hay infraestructura suficiente, la crisis económica ha dado un duro golpe a las finanzas públicas y con la reforma del 2012 se implantaron principalmente dos medidas con el fin de garantizar la eficiencia del sistema sanitario. La primera modificaba la regulación del estado de los no asegurados y beneficiarios del sistema de salud. El cambio más notable fue negar el derecho de acceso a la salud a aquellas personas sin permiso de residencia, así como aplicar reglas más estrictas a los ciudadanos de la Unión Europea que hagan uso del sistema español de salud. La segunda medida consistió en aplicar el copago a los medicamentos dependiendo de los ingresos de los ciudadanos, éstos contribuyen a pagar una parte de su coste.

No obstante, así como hay países que son eficientes en sus respectivos sistemas de salud hay por consecuencia países que no lo son y dentro de los países menos eficientes en sistema de salud se refiere encontramos a EE.UU., como líder entre los 48 países que fueron analizados, EE.UU. ocupa la posición número 46. Esto pone en evidencia los elevados costes del sistema de salud norteamericano uno de los países más ricos del mundo gasta más en salud y obtiene como resultado menos de lo que obtienen el resto de naciones analizadas aún más sorprendente es que también deja a un gran porcentaje de la población sin seguridad o pobremente protegidos en el caso de necesitar asistencia.

Los Estados Unidos, junto con México y Chile, son los únicos países de la OCDE donde menos del 50% del gasto en salud está financiado por el estado, el sistema de salud está gestionado principalmente por aseguradoras privadas, pagadas en su mayoría por las empresas empleadoras. Además, existen programas públicos especiales, pero sólo destinados a aquellos pacientes que las aseguradoras privadas no quieren cubrir y que pertenecen a grupos especiales (jubilados, gente sin recursos, exmilitares y niños de padres sin seguro médico). Las aseguradoras privadas tienen muchos incentivos para no querer asegurar a los pacientes más problemáticos y quedarse con la población más sana. Ofrecen un contrato por paciente, donde se especifican las coberturas generando así un gasto administrativo considerable, además de aplicar unas cuotas elevadas para poder incrementar sus beneficios.

Existe una masa crítica de gente trabajadora cuya empresa no proporciona un seguro médico. Esta gente gana suficiente como para estar excluidos también del sistema público de protección de salud pero sin embargo no tiene suficiente para pagarse por sí mismos un seguro médico, son los perdedores de este sistema de gestión sanitaria. Si tenemos en cuenta las estadísticas, EE.UU. se sitúa por detrás de Japón y numerosos países europeos en medidas estándares de salud: mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y muertes que podrían haber sido evitadas con el cuidado médico apropiado. En este caso un elevado presupuesto no conlleva siempre un mejor servicio,

EE.UU. paga más y obtiene menos. Contrario a los ciudadanos de Singapur que sólo pagan una quinta parte de lo que pagan los americanos por su seguro médico.

Los países que encabezan el ranking Bloomberg tienen en común una participación mayoritaria del estado en cuanto a la gestión: las instituciones públicas ejercen su influencia y deciden la financiación, la gestión y la regularización de las prestaciones sanitarias para evitar el malgasto innecesario de los recursos disponibles.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se pudo observar con base a la información planteada que la función del Estado en la economía es vital como autoridad formal que es para tomar decisiones referentes al ámbito político, social y económico se sabe que el funcionamiento de los mercados no siempre es un éxito razón por la cual el Estado debe intervenir para intentar corregir las ineficiencias y desequilibrios que se puedan presentar en la economía pero también es un sujeto de derechos y obligaciones los cuales se ven reflejados en las normas, políticas públicas así como en los programas y reformas trazadas a través de sus diferentes instituciones y por ende organizaciones públicas para beneficio de la sociedad en conjunto.

Asimismo se planteó el tema de estudio en relación al sector salud ya que las medidas que se adoptan son con la única finalidad de mejorar la salud sin embargo este factor se ha visto dañado por la existencia de la colusión con respecto a los procedimientos de compra en una de las instituciones de salud más importantes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es evidente que actualmente los servicios de salud, entre ellos la prestación profesional de atención médica personal, como también lo son los tratamientos que dan y el uso de toda clase de medicamentos mediante los cuales se tratan todas las enfermedades no están siendo eficaces lo cual se ve reflejado conjuntamente en el aspecto económico tanto de la persona que busca otra opción como de las empresas que tienen asegurados por parte de la institución ya que al verse lastimada y mermada la salud de los pacientes estos se ven obligados a faltar más de lo planeado a sus actividades con lo cual las empresas se ven perjudicadas al tener que pagar incapacidades de periodos largos al mismo tiempo pierden fuerza laboral y por consecuencia utilidades para sus empresas. Esto sin contar con enfermedades virales que llegarán a darse afectarían mucho más la estabilidad económica y un ejemplo lo fue en el año 2009 cuando México presentó una de las epidemias más importantes, la influenza A (H1N1) la cual se consideró que iba a tener magnitud catastrófica como la pandemia de 1918 donde se tomaron medidas drásticas como el cierre de escuelas y lugares de alta concurrencia de personas para evitar contagios. La presencia del virus

afecto el consumo de la sociedad, impactó en actividades como la de restaurantes y bares, actividades de entretenimiento y tiendas departamentales, lo que a su vez afectó al transporte y la entrega de bienes comerciables, generalizándose este efecto negativo, como era lógico suponer, sobre la economía en su conjunto. Hay que hacer notar que con el fin de disminuir las prácticas de colusión en los procedimientos de compra, el IMSS debe seguir firme en adoptar e implementar las recomendaciones por parte de la OCDE, probablemente toda sugerencia será permitida para las licitaciones pero no significa que sean un éxito a largo plazo, las empresas que han llegado a acuerdos de colusión antes o que desean hacerlo en un futuro dado es de esperar que reaccionen a los cambios en las políticas públicas y busquen nuevas formas y modos de colusión. Para combatir la colusión y obtener el valor máximo para sus compras, el IMSS necesita estar siempre vigilante y dispuesto a “cambiar las reglas del juego” ingeniosamente siempre que resulte necesario, también apoyarse de las leyes y que las mismas sean más estrictas con respecto a las sanciones para quienes realicen estas prácticas. El hecho de reducir la colusión evitando acuerdos entre proveedores se verá reflejado en un mejor rendimiento del dinero invertido por parte de las instituciones de salud así también en aumentos de ahorros acumulativos para la sociedad mexicana. Además de tener una población sana, fuerte y controlando las enfermedades que son principalmente causa de muerte hoy en día va ayudar a que haya también un desarrollo y crecimiento mayor en el país.

Ahora bien, el plantear una reforma integral al sistema de salud con cobertura universal sin duda alguna es reflejo de una mejor calidad de vida, apoyar a las personas que trabajan y cuya empresa no proporciona un seguro médico sigue siendo fundamental para el estado, a la par de aquellas personas que tienen un trabajo estable y ganan lo suficiente pero no tanto como para pagar un seguro médico los excluye también del sistema público de protección de salud y son quienes más pierden con este sistema por lo tanto es importante reforzar las instituciones ya existentes y que están a cargo de esta labor asegurando cada uno de los servicios sin que las mismas tengan que pasar por carencias para lograr tener acceso a los medicamentos de patente abalados y el acceso a las últimas tecnologías además de contar con personal capacitado. Crear más

instituciones no es sinónimo de logro al contrario el gasto es mayor para subsidiar todo lo necesario tanto para el estado como para las empresas ejerciendo una gran presión sobre las finanzas públicas, para ello el país tendría que gozar de una estabilidad política tal como lo hace Singapur en la cual los gobiernos siguientes siguen trabajando bajo la misma dirección y así mantienen un sistema de salud eficiente y con ello mejoran el nivel de vida de sus habitantes, indudablemente a México le falta mucho para tener un desarrollo de esa manera y más siendo el aspecto político pero si trabaja arduamente es posible que el país pueda seguir avanzando y posicionarse como una economía fuerte, no solo por los indicadores económicos sino también por tener una población saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala Espino José (2001), "Economía del Sector Público Mexicano", ed. ESFINGE, México.
- Blanchard Oliver (2006), "Macroeconomía", edit. Pearson Prentice Hall.
- Cabral, L. (1997), "Economía Industrial". Madrid: Mc Graw Hill.
- Clarke, R. (1993), "Economía Industrial". Colegio de economistas de Madrid. Madrid Celeste Ediciones.
- Costa, MT (2001), " Teoría de la empresa". Madrid: Civitas.
- Dornbusch Rudiger et.al (2004), "Macroeconomía", edit. Mc Graw Hill.
- Gibbons Robert (1992), "Un primer curso de teoría de juegos", ed. Antoni Bosh, España.
- Jerez Riesco José (2007), "Comercio Internacional", 3era edición, ed. ESIC, España.
- Krugman R. Paul. et. al. (2006), "Economía Internacional", 7° edición, ed. Pearson, España.
- Nicholson Walter (2007), "Teoría Microeconómica", 9° edición, ed. CENGAGE Learning, México.
- Pepall Richards, "Organización Industrial: Teoría y Práctica Contemporáneas", 3era edición, Ed. Thomson, México.
- Ruíz Sánchez Carlos (2002), "Manual para la elaboración de políticas públicas", 2da edición, ed. P y V, México.
- Sampieri Hernández Roberto (2010), "Metodología de la Investigación", 5ta edición, ed. Mc Graw Hill, Perú.

HEMEROGRAFÍA

- Álvarez, Rocío (2013), "¿Cuáles son los sistemas de salud más eficientes del mundo?" [http://www.unitedexplanations.org/2013/11/08/los-sistemas-de-salud-mas-eficientes-del-mundo/\(19/10/2015;5:30pm\)](http://www.unitedexplanations.org/2013/11/08/los-sistemas-de-salud-mas-eficientes-del-mundo/(19/10/2015;5:30pm)).

- CEFP (2014) Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, “Ejercicio del Gasto Público al Primer Trimestre de 2015”,
<http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/infografias/2014/dep/infdep0022014.pdf>,
(10/10/14, 7:25pm)
- Foncerrada, Luis (2009), “Enfoques: La importancia del sector privado en México”,
http://www.coparmex.org.mx/upload/bibVirtualDocs/8_entorno_octubre_09.pdf,
(13/06/2015, 3:30pm).
- Frenk, Julio et.al (2007), “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”,
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007/ (20/10/2015; 8:15pm).
- González de Cossío, Francisco (2012), “Colusión: régimen, problemas y experiencia”,
<http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoPrivado/2/dtr/dtr4.pdf>,
(25/10/14, 5:00pm)
<http://www.cocmed.sld.cu/no133/no133ori04.htm> (12/08/2015; 1:26pm).
http://www.conevyt.org.mx/colaboracion/colabora/objetivos/libros_pdf/sso1_u4lecc3.pdf, (11/03/15, 13:57pm).
- Los tres poderes, Conevyt
- María Ramos, José. et. al. (2011), “La evaluación de políticas públicas en México”,
<http://www.inap.mx/portal/images/RAP/evaluacion%20politicas%20publicas.pdf>,
(10/10/14, 12:00pm)
- OCDE (2011). “Combate a la colusión en los procedimientos de compras públicas en México”,
http://www.oecd.org/mexico/IMSS%20Report_Spanish_FINAL.pdf, (31/05/2014, 2:30pm).
- Salazar Estrada, José G. (2009) “Análisis de la epidemia de influenza A (H1N1) en México durante el periodo abril-mayo 2009”,
- Soto Estrada, Guadalupe, et. al (2015), “Capítulo 9. Rasgos generales del sistema de salud en México,

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf> (15/07/2015; 8:15pm).

REFERENCIAS WEB

- <http://compras.imss.gob.mx/>, (25/05/2014, 3:05pm).
- <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod>, (2079/14, 3:00pm)
- <http://datos.imss.gob.mx/>, (13/10/14,4:22pm)
- <http://pnd.gob.mx/>, (15/9/14, 4:25pm)
- <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2011/08/Material-de-Promoci%C3%B3n-Compras-p%C3%ABlicas-Abr2011.pdf>, (13/10/14, 4:04pm)
- <http://www.presidencia.gob.mx/politica-nacional-de-salud/>, (17/10/14, 5:35pm)
- http://www.sre.gob.mx/coordinacionpolitica/images/stories/documentos_gobierno_s/pbbcs12.pdf, (13/10/14, 7:30pm)
- www.cefp.gob.mx/ (3/10/14, 3:49pm)
- www.imss.gob.mx/, (17/10/14, 8:00pm)