



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y GOBIERNO



**INNOVACIÓN DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES EN MATERIA DE SALUD EN EL
ESTADO DE MÉXICO.**

LA EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y GOBIERNO

PRESENTA

NÉSTOR MEDINA CISNEROS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Juan Carlos Patiño

TOLUCA, MÉXICO; DICIEMBRE DE 2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO 1	12
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	12
1.1. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	12
1.1.1. Centralización–Descentralización	12
1.1.2. Antecedentes de la descentralización en México	16
1.1.3. El caso particular del Estado de México.....	19
1.1.4. La descentralización hacia los municipios	25
1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD.....	28
1.2.1. Concepto de política pública	28
1.2.2. Concepto de salud.....	33
1.2.3. Salud Pública	34
1.2.4. Políticas en salud.....	35
1.2.5. La Descentralización como política pública	37
1.3. INNOVACIÓN DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES EN MATERIA DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO	39
1.3.1. ¿Qué es innovación?	40
1.3.2. La innovación en México	46
CAPÍTULO 2. ESTRUCTURA, COBERTURA E INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO	47
2.1. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DERIVADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN.....	47
2.1.1. Secretaría de Salud.....	49
2.1.2. Consejo de salud del Estado de México	51
2.1.3. Oficina Ejecutiva de Vinculación Interinstitucional	52
2.1.4. Instituto de Salud del Estado de México	52
2.1.5. Jurisdicciones Sanitarias	55
2.1.6. Coordinaciones Municipales de Salud.....	57
<i>Consultorio comunitario</i>	59
<i>Centro de Salud</i>	60

<i>Centro especializado de atención primaria a la salud</i>	63
<i>Hospital municipal</i>	64
<i>Unidades de especialidad médica</i>	64
2.2. ELECCIÓN DE INDICADORES PARA EVALUAR LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	65
2.2.1. Indicadores en salud	65
2.2.2. Indicadores Internacionales	66
Organización Mundial de la Salud.....	66
Organización Panamericana de Salud (OPS)	67
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).....	68
Banco Mundial	69
Organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas, que se define como una fuente de asistencia financiera y técnica para los llamados países en desarrollo, que se ha propuesto dos objetivos: acabar con la pobreza extrema y promover la prosperidad compartida. En materia de salud propone los siguientes indicadores:	69
2.2.3. Indicadores nacionales	71
Indicadores usados a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.	71
Propuesta de indicadores en salud: Desarrollos Instrumentales de un Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión por Resultados.	72
2.3. REVISIÓN DE INDICADORES EN SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO	74
2.3.1. Médicos por habitantes.....	74
2.3.2. Consultorios por habitantes	76
2.3.3. Camas censables	78
2.3.4. Gasto en salud	79
2.3.5. Cobertura universal	81
CAPÍTULO 3. ESTRUCTURA Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CASO DE ESTUDIO	84
3.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	84
3.1.1. Aspectos geográficos.....	84
3.1.2. Población	85
Tasa de crecimiento	85
Población total urbana y no urbana	86
Pirámide poblacional.....	87

3.1.3. Pobreza.....	87
3.1.4. Marginación.....	89
3.1.5. Tasa de fecundidad.....	91
3.1.6. Derechohabiencia.....	92
3.2. INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD.....	93
3.2.2. Camas censables y no censables del sector salud del municipio y tipo de atención según institución.....	96
3.2.3. Servicios generales del sector salud del municipio y tipo de atención según institución.....	97
3.3. DAÑOS Y RIESGOS PARA LA SALUD.....	97
3.3.1. Mortalidad General (2010–2012).....	98
3.3.2. Mortalidad infantil.....	98
3.3.3. Mortalidad en edad Preescolar.....	99
3.3.4. Mortalidad en edad escolar.....	100
3.3.5. Mortalidad en edad productiva.....	101
3.3.6. Mortalidad en edad pos-productiva.....	102
CAPÍTULO 4. CASO DE ESTUDIO.....	104
4.1. SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ.....	104
4.1.1. Objetivo general.....	105
4.1.2. Objetivos específicos.....	105
4.2. DESCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS.....	106
4.3. EVOLUCIÓN DEL MARCO JURÍDICO.....	108
4.4. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD (2013-2015) REVISIÓN A TRAVÉS DE LA AGENDA PARA EL DESARROLLO MUNICIPAL.....	115
4.4.2. Diagnóstico en materia de salud.....	119
4.4.3. Programa municipal de salud.....	122
4.4.4. Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud.....	124
4.5.5. Inversión per cápita en salud.....	124
4.5. LA PARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA SALUD A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (APS).....	126
CONCLUSIONES.....	132

ANEXO 1 - DAÑOS Y RIESGOS PARA LA SALUD EN ALMOLOYA DE JUÁREZ (2010–2011–2012)	139
ANEXO 2. AVANCES Y RESULTADOS PRESENTADOS EN LOS INFORMES DE LA ADMINISTRACION 2013-2015	154
ANEXO 3. INDICADORES DE GESTIÓN DE LA AGENDA PARA EL DESARROLLO MUNICIPAL.....	157
ANEXO 4. CONVENIOS DE COLABORACIÓN MUNICIPAL.....	163
REFERENCIAS.....	164

INTRODUCCIÓN

El acceso a la salud es una garantía constitucional de todos los mexicanos, el crecimiento constante del número de habitantes trae consigo una mayor demanda por parte de los usuarios de los servicios de salud, para ello, es determinante buscar mecanismos que permitan atender al 100% de la población y prever el crecimiento demográfico que se pueda presentar en los siguientes años. La imposibilidad de garantizar este derecho, debe orientarse a la búsqueda de alternativas que permitan elevar la calidad de los servicios de salud, en especial a la población abierta.

La alternativa propuesta, consiste en la participación municipal en este sector, se parte de que esta instancia es la más cercana a la ciudadanía y por ende, con sus problemas. En apego a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015), en el artículo 115, considera al municipio como un prestador de servicios públicos, tales como el agua potable, mercados, rastros, drenajes, limpieza de las calles, obra pública y seguridad. Los servicios de salud no están presentes, y se limita a la posibilidad de “celebrar convenios con el Estado para que este, de manera directa o a través del organismo correspondiente, se haga cargo en forma temporal de algunos de ellos, o bien se presten o ejerzan coordinadamente por el Estado y el propio municipio;” (Cámara de Diputados, 2015)

Sin embargo, conforme se presentan transformaciones en el país, ya sea de carácter económico, político o social, donde ya no es posible ejercer el gobierno de forma centralizada, es necesario buscar mecanismos de participación por parte de los Estados y municipios en la prestación de servicios públicos, tomando en cuenta sus propios cambios y problemas, sobre todo, el crecimiento poblacional que de manera natural provoca un aumento en la demanda en los servicios.

Lo que hace que el municipio busque alternativas de solución para responder a las diversas demandas que a diario se le presentan, esto implica tomar decisiones adecuadas a los límites que el municipio tiene en materia de salud y enfocarse a la prestación de servicios de atención primaria, realizando un diagnóstico municipal de salud que permita localizar daños y riesgos para una adecuada aplicación de los recursos.

En México, a pesar de ya tener algunos años con el proceso de descentralización por parte de la federación a los Estados, si bien es cierto, en las entidades ya es una realidad, las deficiencias en la cobertura es latente y no cubre la totalidad de los habitantes; en este caso del Estado de México. Esto obligó a realizar una serie de cambios en la estructura institucional encargada de los servicios de salud, que ha sufrido variadas modificaciones hasta culminar con la creación de la Secretaría de Salud en el 2000; 14 años después de haber firmado los acuerdos correspondientes para la entrega de unidades médicas y recursos materiales.

Para los municipios aún no se ha concretado un proyecto por diversas razones, la principal es porque las características de los 125 municipios del Estado de México no son las mismas, por consecuencia no se podría aplicar de manera uniforme este proceso; pues implicaría otorgar los recursos financieros, materiales y humanos necesarios, además de autonomía en las decisiones para el diseño de sus propios programas de trabajo. En la presente investigación se realiza una revisión de dicho proceso para ver los avances, las limitaciones y al mismo tiempo proponer alternativas de solución.

En el caso de estudio que se presenta, el gobierno municipal ha asumido, poco a poco, una mayor participación en la promoción y prestación de servicios de salud y un rol de mayor peso en la definición y puesta en marcha de acciones en los espacios bajo su responsabilidad.

El municipio es el nivel más adecuado para realizar acciones integrales de promoción y atención de la salud, donde se puede lograr una coordinación

intersectorial, asimismo permitir la participación ciudadana. Por esta razón, se argumenta que las políticas públicas ofrecen ventajas para la interacción entre sociedad y gobierno, donde se puedan aportar mejores soluciones a los problemas y esto podría incrementar la exigencia en la rendición de cuentas para que los servicios sean oportunos, alcancen mayor cobertura y sean de mejor calidad.

Ante este escenario surge la pregunta inicial ¿Hay políticas innovadoras en salud a nivel municipal?, para responderla es necesario revisar otros factores y surgen los siguientes cuestionamientos ¿Cuáles son los indicadores de salud a nivel internacional, nacional y municipal?, ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y la formulación de políticas públicas en salud?, ¿Existen políticas públicas a nivel municipal en el caso de estudio?, ¿Qué tanto ha aportado el proceso de descentralización para impulsar el desarrollo de políticas públicas en salud?

Para responder a estas interrogantes se plantean los siguientes objetivos:

- Rescatar las experiencias municipales en materia de salud y, con esas premisas proponer escenarios deseables, posibles y probables en políticas de salud.
- Revisar los indicadores de salud a nivel internacional, nacional y municipal.
- Indagar en torno a la normatividad jurídica, particularmente, con relación a las atribuciones municipales.
- Discernir sobre las rutas posibles y probables para un diseño de políticas públicas eficientes, en los municipios.
- Analizar la descentralización de los servicios de salud en el caso particular del Estado de México.

Como consecuencia, planteo algunos aspectos teóricos que servirán como base para desarrollar una investigación más a fondo en un estudio de caso elegido para argumentar si efectivamente los municipios están teniendo participación en materia de salud y expongo la siguiente hipótesis:

En el municipio de Almoloya de Juárez se implementaron variadas técnicas y estrategias innovadoras en materia de políticas y gestión de los servicios de salud, el éxito de estas depende de lo que las variables independientes determinen.

La estructura del presente trabajo se encuentra organizada en cuatro capítulos, donde se expone, la problemática del tema, y un apartado de conclusiones donde se evalúa el contenido y se vierten los criterios y propuestas pertinentes.

En el primer capítulo se presenta un marco teórico conceptual donde se aborda una serie de conceptos que se utilizarán. Se comienza definiendo la centralización y la descentralización, haciendo énfasis en este último, analizando cómo ha evolucionado este proceso en México, específicamente en el sector salud, se hizo una revisión de como las entidades federativas gradualmente se fueron haciendo cargo del sector para llegar específicamente al caso particular del Estado de México, donde se hace un esbozo histórico hasta ser el encargado directo de proveer la salud, derivado de ello, se tuvieron que realizar varias reformas al marco jurídico, provocando readecuaciones en la estructura institucional. En este mismo apartado se incluye al municipio dentro del proceso descentralizador y las posibilidades de este para asumir las funciones en salud.

Las políticas públicas son un aspecto indispensable a revisar, en este capítulo se abordan presentando varios conceptos y tomar uno como referencia; las etapas de la política pública son consideradas y se hace un cuadro comparativo, con el fin de identificar esas etapas en el proceso de la descentralización.

El concepto de salud es indispensable describirlo, por tanto, se presentan diversas propuestas sobre lo que es la salud, sin embargo, para fines de este tema, es fundamental verla como un servicio público, por lo que se define a la salud pública como encargada de la protección a este derecho, mientras que el gobierno como ejecutor de las estrategias para otorgar este servicio busca

alternativas de solución, siendo una de ellas las políticas en salud, y se refieren sus componentes y los aspectos a considerar para su elaboración.

El último aspecto a considerar en este capítulo, es la innovación, se hace una explicación del concepto, buscando claridad en él, con la idea de poder relacionarlo con las acciones que los gobiernos municipales vienen realizando, y se procura no confundir la innovación con la modernización y examinar los criterios para ser considerada como tal.

En el segundo capítulo se hace una revisión, como primer punto de la estructura de los servicios de salud en el Estado de México, sobre todo, aquellos que tienen alguna relación con los municipios, partiendo de la estructura misma de la Secretaría de Salud, donde destaca el Instituto de Salud del estado de México (ISEM), como un organismo descentralizado, de ahí se da todo un esquema orientado hacia los municipios, que desde la Coordinación de Salud, las Jurisdicciones Sanitarias y las Coordinaciones Municipales de salud, en esta última instancia, se ubica una serie de áreas que de acuerdo a las características del municipio se adecuan para realizar sus actividades.

Posteriormente, se presenta una serie de indicadores en salud utilizados internacionalmente, se revisan propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); también a nivel nacional hay una propuesta de indicadores usados por la Secretaría de Salud, una vez revisadas las opciones, se eligen una serie de indicadores para la investigación y se procede a la aplicación de un ejercicio en el Estado de México.

El tercer capítulo está dedicado a nuestro caso de estudio. Se inicia con la descripción de aspectos geográficos, de población, pobreza y marginación; pues son factores que inciden en la prestación del servicio, asimismo se realiza una revisión de los indicadores propuestos en el capítulo anterior a nivel municipal, haciendo énfasis en la infraestructura con la que cuenta el municipio y si es

suficiente para cubrir a toda la población, además de presentar los daños y riesgos en salud que están presentes en Almoloya de Juárez.

El cuarto capítulo se refiere a las acciones y programas que en materia de salud ha venido realizando el municipio de Almoloya de Juárez, el cual se centra en una prestación del servicio en comunidades donde el ISEM no tiene cobertura; lo hace a través de médicos contratados por el propio municipio, destinandp como consultorios las denominadas casas de salud.

Este programa lleva por nombre “Sistema municipal de salud”, se muestra su evolución a lo largo de 15 años de existencia, revisando su marco jurídico y su situación actual, recurriendo a los indicadores propuestos por la Agenda para el Desarrollo Municipal del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED).

Con las conclusiones se resalta la serie de problemas que los municipios tienen para prestar el servicio de salud en sus comunidades, una vez que se ha analizado la revisión de los alcances jurídicos y los indicadores propuestos, se destaca la importancia de la atención primaria a la salud como una propuesta de solución a las dificultades en la materia.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1.1. Centralización–Descentralización

Cuando se habla sobre descentralización siempre es conveniente relacionarla con su opuesto, la centralización; el vínculo que existe entre ambos términos se refiere principalmente con etapas de integración nacional; hay que recordar que al momento de la consumación de la independencia en México, la conformación de la nueva nación hacía necesaria una integración nacional, y el debate entre una forma de gobierno centralizada o federal fue uno de los temas centrales de los diputados de esa época, finalmente en la Constitución Política de 1824 se estableció como forma de gobierno una república representativa popular federal, aunque no es propósito de este trabajo abundar sobre las etapas históricas de las formas de gobierno de este país; solo se mencionará que es en la etapa del porfiriato y la consolidación del régimen revolucionario donde se fortalece el centralismo, que trajo como consecuencia la intervención del Estado en la cobertura de diversos servicios básicos como la educación, la seguridad y la salud, entre otros aspectos;

Históricamente, la centralización se asoció a menudo con el crecimiento del absolutismo real, con la expansión de la burocracia y con el deterioro de la autonomía local; en tanto que la descentralización suponía un riesgo para la estabilidad del Estado y para la conservación del por sus titulares. En el fondo, la centralización y descentralización parecen corresponder a determinadas etapas de integración nacional: en el principio de la integración nacional se acentúan las tendencias descentralizadoras, mientras que cuando ya existe cierta homogeneidad social fundamental es factible permitirse el lujo de un sistema administrativo y de gobierno con cierto número de elementos descentralizadores (Martínez Silva, 1981).

Durante el centralismo, generalmente el Estado adopta políticas económicas proteccionistas, convirtiéndose en el regulador del desarrollo económico y social, este último aspecto se transformó en el desarrollo de una sociedad paternalista y clientelista, creando así estados y municipios supeditados a las disposiciones

dictadas por el Estado, lo que dificultaba la participación en la elaboración de los planes y programas por parte de los ciudadanos; además de existir un fuerte control de la vida política controlada mediante un partido oficial y el corporativismo reflejado en los sindicatos.

A continuación se presenta una definición de centralización y descentralización para reforzar el punto anterior que servirá como base para el desarrollo de los siguientes puntos:

Se entiende por centralización la concentración sistemática y consistente o la reserva de autoridad y responsabilidad en un nivel jerárquico en particular, con el fin de reunir en una sola persona o cargo el poder de tomar decisiones y coordinar labores dentro de su respectivo ámbito de acción (Martínez Silva, 1981).

La centralización es aquella forma de organizar a la administración pública en la que el Estado asume la responsabilidad de proveer los servicios de interés general, dejando a las entidades federativas y a los municipios sujetos a una autoridad central basándose en una jerarquización.

Esta tendencia centralizadora tuvo como consecuencias positivas un crecimiento económico limitado en algunas regiones, acompañado de una industrialización, la cobertura de servicios básicos, pero principalmente en la integración nacional.

Con los cambios que generaron el surgimiento del neoliberalismo en México y otros países, trajo consigo una crisis del centralismo, pues ya no se adecuaba a las exigencias del nuevo modelo económico; una de sus debilidades, fue el hecho de que las decisiones se tomaron con la opinión de solo un círculo, que derivó en una exclusión política para provocar una creciente inflación, motivos principales para iniciar con un proceso descentralizador:

La descentralización es el esfuerzo sistemático de delegar a los niveles más bajos toda la autoridad, con excepción de aquella que sólo puede ser ejercida en los puntos centrales. Puede ser también política y administrativa. La política, hace referencia a la estructura del Estado, en cuanto afecta a la organización de sus poderes o a la integración de su soberanía; la administrativa, se refiere a la manera de realizar los servicios públicos y a la distribución de los órganos encargados de cumplirlos (Martínez Silva, 1981).

Ante este nuevo escenario marcado por los cambios en la economía mundial y la crisis del centralismo, implicó iniciar reajustes en lo económico y en lo político, entonces surgió la urgente necesidad de transferir responsabilidades, lo que provocaría que:

Frente al paradigma económico neoliberal del Estado mínimo emerge la necesidad de un Estado regulador y redistribuidor. Si se suma a estas funciones la responsabilidad de asegurar un funcionamiento democrático, al nuevo Estado democrático le correspondería, básicamente: (i) en lo económico, crear las mejores condiciones para la competitividad; (ii) en lo social, reducir la pobreza y asegurar equidad, y (iii) en lo político, viabilizar una participación constructiva (Finot, 2001).

Con este panorama, la descentralización se presenta como una alternativa de solución para resolver el problema económico, social y político que predominaba, además de ser una manera más eficiente para contribuir en el suministro de bienes públicos, pero para llevar a cabo este proceso es necesario distinguir lo que se iba a transferir, pues entonces esto llevaría a realizar una serie de reformas, lo cual hace necesario visualizar a la descentralización desde una perspectiva política, administrativa o económica. Para reforzar el comentario se mencionan las siguientes definiciones:

Descentralización Política: transferencia de competencias de decisión para la provisión de bienes públicos desde gobiernos centrales a procesos políticos subnacionales. La transferencia de competencias podría dirigirse tanto a organizaciones del Estado como a organizaciones sociales que también realizan funciones de provisión.

Descentralización Operativa: transferencia de competencias de operación de decisiones sobre provisión a administraciones territoriales, o a administraciones funcionales del mismo nivel. La delegación sería una forma de descentralización operativa territorial.

Descentralización Económica: transferencia de procesos productivos referidos a la provisión de bienes públicos, a la competencia económica (Finot, 2001, pág. 41).

Mientras que, “como fórmula o principio de organización, la descentralización puede darse en diferentes ámbitos, como el político, el administrativo o el económico; así se habla de descentralización política, administrativa o económica” (Acosta Romero, 1972)

Bajo este esquema, se concluye que la descentralización facilitaría la administración pública, que provocaría una mejor distribución de los servicios públicos y fomentaría la participación ciudadana bajo una idea democrática.

En consecuencia, la realización de una adecuada descentralización, iba a requerir un fortalecimiento de estados y municipios mediante una mayor libertad de decisión, de proveerles la infraestructura necesaria y asignarles los recursos financieros necesarios que les permitiera llevar a cabo las nuevas responsabilidades asignadas.

Sin embargo, como fue, de acuerdo a lo anterior, que en México se tomó la decisión de descentralizar los servicios de salud, Myriam Cardozo Brum citando a Augusto Fujigaki Lechuga dirá “para que sea necesario descentralizar alguna actividad, ésta tiene que haber nacido de manera centralizada o haber sufrido un proceso previo de centralización. Esto es lo que sucedió con los servicios de salud en México” (Cardozo Brum, 1993 a, pág. 190).

La misma autora, también menciona que la propia Secretaría de Salud se refiere en sus documentos a tres grados de descentralización que coinciden con las tres modalidades que propone Dennis Rondinelli que son delegación, desconcentración y descentralización.

Define la primera como delegación de la responsabilidad sin perder la posibilidad de reasumirla; la segunda, como la delegación de cierta autonomía técnica y operativa de carácter funcional o territorial; y la tercera como la transferencia de facultades, funciones, programas y recursos a una persona moral de derecho público con autonomía técnica y orgánica; reservándose lo que la doctrina denomina control de tutela y, consecuentemente, rompiéndose la línea jerárquica entre el que descentraliza y el que recibe las facultades (Cardozo Brum, 1993 a, pág. 190).

Enseguida se hace el recuento histórico de los servicios de salud en México, donde se aprecia este proceso de centralización-descentralización que menciona Myriam Cardozo Brum.

1.1.2. Antecedentes de la descentralización en México

Los servicios de salud en México en la época colonial estaban en manos de autoridades locales, posteriormente terminada la independencia, algunos municipios se hacían cargo, pero ya eran los estados quienes tenían más competencia y en 1861 las entidades federativas tomaban el control total; en 1877 se comienza con un proceso centralizador cuando la beneficencia pública se hace responsable y a partir del final de la revolución mexicana y su consolidación, poco antes de mediados de siglo XX, se comienzan a crear organismos que se encarguen de la salubridad pública del país.

Como se observa, efectivamente la salud en un principio estaba descentralizada para posteriormente centralizarse en el periodo del porfiriato, más adelante se iniciará con el proceso de descentralización, derivado en buena parte por los modelos económicos que prevalecían en México; que principalmente durante el inicio de la segunda guerra mundial, en el país se adoptó el modelo de sustitución de importaciones, posteriormente de los 50's a finales de los 70's se continua con una política del orden proteccionista conocida como sustitución de importaciones, para finalmente llegar al modelo conocido como neoliberal, México se inserta al mundo globalizado:

lo que se puede llamar prácticamente la globalización y la interdependencia de forma tal que la crisis del Estado benefactor fue producto del endeudamiento y déficit externos, razones bajo las cuales se desprendieron las siguientes recomendaciones hechas por el Banco Mundial, eliminar el déficit fiscal, estabilizar los precios, reducir el papel del Estado en la política social y la economía... a pesar de que se lograron reducir los niveles de inflación el comportamiento macroeconómico se mantuvo lejos de las aspiraciones previstas lo cual trajo consigo la reducción del gasto social (salud, vivienda, educación), siendo la salud una de las áreas más afectadas y más vulnerables debido a las condiciones de vida en que sobrevive la población (Figuroa Mejía, 2008, págs. 33-34).

A pesar de que en la década de los 70's se habían realizado algunos intentos por desconcentrar e iniciar un proceso de descentralización de la salud, no fue sino hasta los 80's cuando realmente se le dio forma cuando se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, quedando plasmado en el

artículo 4° de nuestra Carta Magna, y al mismo tiempo en el Plan Nacional de desarrollo se le otorgaba dar el servicio de salud de primer y segundo nivel a los estados. A partir de ese momento, podemos identificar tres etapas

El proceso ha tenido tres etapas que pueden ser identificadas en las reformas puestas en marcha durante los últimos 30 años. La primera etapa se centró en la creación del Sistema de Salud, con un consejo asesor de médicos y en la transferencia de la administración de las clínicas y hospitales de Salubridad a los gobiernos estatales (1983-1994); la segunda etapa se propuso garantizar una rectoría central clara y flujos financieros adecuados para la atención médica básica de todos los ciudadanos (1994-2000); la tercera consistió en crear una estructura financiera con fondos asegurados que garantizará la atención creciente de todos los padecimientos con base en una evaluación del riesgo nacional (2000-2012) (Sales Heredia, 2012, pág. 4).

Hoy, a treinta años de haber iniciado con el proceso descentralizador, se está en condiciones de revisar y evaluar estas tres etapas identificadas por Francisco J. Sales Heredia, una primera etapa determinada de 1983 a 1994, dentro de los sexenios de Miguel de la Madrid Hurtado y Carlos Salinas de Gortari, cuya característica principal consistió en la creación del sistema de salud y la transferencia administrativa a los estados; etapa en la que se realizan una serie de reformas estructurales, iniciando por incorporar el derecho a la salud en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 3 de febrero de 1983, además de quedar asentada esta garantía, también se estableció la concurrencia entre la Federación y los estados en materia de salud. Derivado de lo anterior, se procedió a la promulgación de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, donde de manera más detallada se establece la distribución de poderes y se presentan las bases para la descentralización; como resultado surgieron modificaciones a las normas como la que tuvo la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39¹ y la expedición del Programa Nacional de Salud 1984–1988, un programa sectorial de mediano plazo.

¹ En dicho artículo se cambió la denominación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social por el de Secretaría de Salud

En un inicio, no se contempló a todos los estados de la república, sino solo a aquellos que cumplieran ciertas características y condiciones para poder prestar este servicio y en una etapa inicial solo 14 estados, de 31, aceptaron la descentralización.

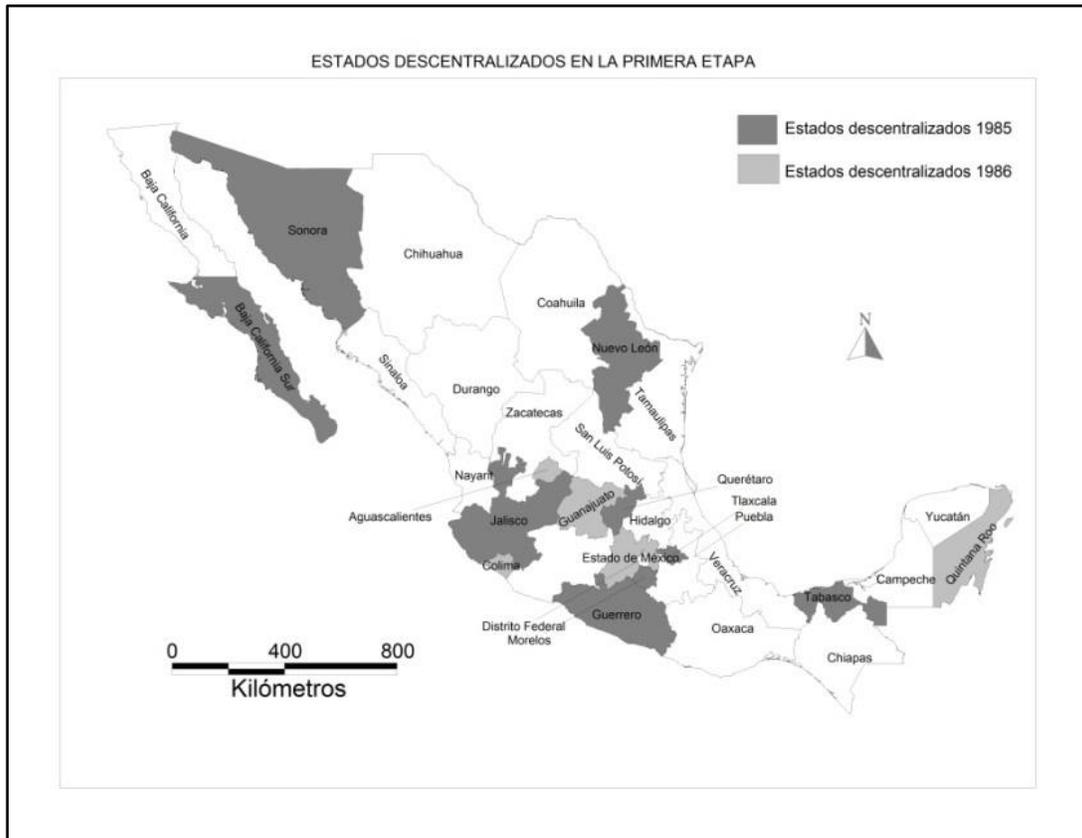
ESTADOS DESCENTRALIZADOS Y FECHAS DE LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES

CUADRO 1

Estados descentralizados	Firmas de acuerdos de coordinación para la integración orgánica	Actas de entrega de unidades médicas y recursos materiales
1. Tlaxcala	24-mayo-1985	24-mayo-1985
2. Nuevo León	31-mayo-1985	9-diciembre-1985
3. Guerrero	11-junio-1895	12-septiembre-1985
4. Jalisco	30-julio-1985	17-diciembre-1985
5. Baja California Sur	30-julio-1985	9-diciembre-1985
6. Morelos	4-octubre-1985	4-octubre-1985
7. Tabasco	6-diciembre-1985	6-diciembre-1985
8. Querétaro	13-diciembre-1985	13-diciembre-1985
9. Sonora	17-diciembre-1985	17-diciembre-1985
10. Colima	7-marzo-1986	7-marzo-1986
11. México	7-marzo-1986	7-marzo-1986
12. Guanajuato	7-marzo-1986	7-marzo-1986
13. Aguascalientes	19-octubre-1986	n.d.
14. Quintana Roo	23-diciembre-1986	n.d.

Fuente: Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, SSA, s/f. (citado en Cardozo Brum, 1993 a)

MAPA No. 1



FUENTE: Elaboración propia

1.1.3. El caso particular del Estado de México

Previo a la descentralización en el Estado de México, con la promulgación de la Constitución de 1917, se iniciaron cambios organizativos y para 1926 se crean las juntas de beneficencia pública y las delegaciones de Sanidad Federal, en 1932 se establece la Oficina de Servicios coordinados de Salubridad y en 1934 como parte de la Secretaría de Asistencia Pública, se instituye la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, (consideraba el nivel jurisdiccional y local).

Para 1938 entran en función los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, que ya consideraba una estructura orgánica, y en 1947 tenía una jefatura y secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa; también jurisdicciones sanitarias de nivel aplicativo:

En el año de 1958 se contaba solamente con el Hospital General “José Vicente Villada” en la ciudad de Toluca, que posteriormente en 1963, fue sustituido por el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”. En ese mismo año, se inició la creación de Centros de Salud “A” Urbanos, uno en la ciudad de Toluca y siete en Nezahualcóyotl; centros de Salud “B”, con Hospital “D” en Tenango, Tejupilco, Ixtlahuaca, Atlacomulco, Valle de Bravo, Tenancingo, Ixtapan de la Sal, Jilotepec, Atizapan de Zaragoza, Texcoco, Amecameca, Zacualpan, Tlalnepantla y Teotihuacan; así como aproximadamente setenta centros de salud rurales en el resto del territorio estatal. (ISEM, 2013, pág. 7)

Los Distritos sanitarios como organismos técnico-administrativo se ponen en marcha entre 1959 y 1964 como parte de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México; aunque desaparecen en 1970 y surgen los Departamentos de Administración Médica, Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Control Sanitario y Administrativo, además de contar con 11 jurisdicciones.

En 1984, con motivo del inicio del proceso de descentralización, era necesario comenzar con adecuaciones que permitieran sentar las bases para el convenio, en dichas modificaciones, se consideró crear las Coordinaciones Municipales de Salud.

La integración al proceso de descentralización, se llevó a cabo hasta el 7 de marzo de 1986, derivado de ello se inició por regular jurídicamente, y en noviembre de 1986 se aprueba la Ley de Salud del Estado de México, promulgándose en diciembre de ese mismo año, entrando en vigor el 1 de abril de 1987, y la cual crea al organismo encargado de administrar los servicios de salud:

Artículo 24.- El organismo público a que se refieren los artículos 19 y 20 de la Ley General de Salud, se denominará Instituto de Salud del Estado de México, el que será un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y funciones de autoridad, cuyo objetivo es la prestación de los servicios de salud en la entidad, la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo la Federación y el Estado, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables (Ley de Salud del Estado de México, 1986, pág. 15).

Inicialmente quedó integrado por un Consejo Interno, una Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración y una subdirección de Regulación Sanitaria que después cambió su nivel a Dirección; territorialmente se crearon cuatro coordinaciones regionales, 19 jurisdicciones sanitarias y 166 coordinaciones municipales de salud.

En dicha ley, se considera la correspondencia entre el gobierno estatal y los gobiernos locales, la forma en cómo se distribuirán las competencias del organismo encargado de administrar los servicios de salud, quiénes serán prestadores de servicios, la reglamentación para el ejercicio de los profesionales técnicos y auxiliares de la salud, se definen los objetivos de la promoción de la salud, las actividades de prevención y control de enfermedades y accidentes, se regula la salubridad local en materia de mercados y centrales de abastos, construcción, panteones, limpieza pública, rastros, agua potable y alcantarillado, establos, reclusorios y baños públicos; haciendo referencia también a las disposiciones sobre la autorización, medidas de seguridad, certificación sanitaria y las sanciones derivadas de los delitos en materia de salud.

Esta ley tuvo vigencia hasta que el 13 de marzo de 2002 se publicó en la Gaceta de gobierno del Estado de México el Reglamento de Salud del Estado de México, como parte del Código Administrativo del Estado de México y que más adelante se abordará con mayor detalle.

Se toma en consideración las tres etapas de la descentralización propuesta por Francisco J. Sales, la segunda etapa comenzó en 1995 y en el caso particular del Estado de México, este momento se identifica cuando se firma el "Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios en salud", el 20 de agosto de 1996, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre del mismo año; asimismo el 20 de agosto se celebró entre la Federación y la Entidad Federativa, "El Acuerdo de Coordinación para la descentralización integral de los Servicios de Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de febrero de 1998.

De la misma forma, la LII Legislatura del Estado de México realiza reformas en la materia y publica el 15 de octubre de 1996 en la Gaceta de Gobierno, las modificaciones efectuadas a varios artículos de la Ley de Salud del Estado de México, donde queda el Instituto de Salud como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica, patrimonio propios y con funciones de autoridad, y estaría sujeto al control y coordinación del Gobierno del Estado, contaría con autonomía técnica y operativa respecto a la administración pública estatal, tanto para el manejo de sus recursos humanos, materiales y financieros, como para la ejecución de los programas de salud a su cargo.

En 1998 también se llevó a efecto una reestructuración integral del Instituto de Salud del Estado de México:

Entre las modificaciones que se realizaron a su estructura de organización, destaca la incorporación de un nuevo nivel para reducir el tramo de control de la Dirección General, así como para fortalecer su papel de supervisión y dirección; en este sentido, se crearon las coordinaciones de Salud y Regulación Sanitaria y de Administración y Finanzas, como unidades administrativas intermedias entre la Dirección General y las direcciones de área. Estas coordinaciones permitieron integrar en un solo mando funciones afines y complementarias (ISEM, 2013, pág. 8).

En ese mismo año se pone en marcha el programa de educación, salud y alimentación, conocido comúnmente como PROGRESA, para ello, se firmó un convenio entre la Federación y el Estado, quedando como órgano operativo la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura.

Para el 2000, el 4 de marzo, mediante decreto 156 se crea la Secretaría de Salud del Estado de México y en ese mismo año, el 7 de agosto, se decreta el Reglamento Interior de dicha Secretaría, especificando que el Instituto de Salud del Estado de México la apoyará en sacar adelante sus metas.

De manera concurrente, en la entidad mexiquense también se hacen modificaciones en materia de salud, comenzando por la derogación de la ley de salud del Estado de México para dar paso al reglamento de salud de la entidad, como parte del Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México. Aunque esta reforma se da a la par del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad, no se origina necesariamente por este motivo; sino que se produce como una forma de codificar, simplificar y modernizar la multiplicidad de leyes administrativas.

La codificación consiste en dar unidad y sistematización a las instituciones y principios jurídicos en cuerpos legislativos, en los que se compilen normas regulatorias de materias afines, que permitan una mayor certeza jurídica y un fácil manejo de la ley, reduciendo a su máxima expresión el universo legislativo del Estado.

La simplificación supone que las leyes deben contener solamente las normas indispensables que se relacionen con los objetivos y fines que se persigan, dejando a los reglamentos la tarea de dar operatividad a los mismos; eliminar los trámites administrativos innecesarios, para dar mayor eficiencia y eficacia a los actos de la administración pública, certeza jurídica a los destinatarios de la norma y promover el desarrollo económico del Estado.

La modernización significa contar con una legislación administrativa actual, depurada y adecuada a las condiciones del entorno; una normatividad más técnica, pero con sentido humano; una regulación más simplificada y comprensiva para la población a la que va dirigida (Código Administrativo del Estado de México, 2001, pág. 1).

Esta diversidad de normas provocó un desmesurado crecimiento de los ordenamientos jurídicos que propició confusiones y falta de certeza jurídica, por lo que fue necesario contar con un solo texto que codifique y ordene sistemáticamente reglas claras. En materia de salud, este código estableció los siguientes cambios en los lineamientos regulatorios de la salud.

En el Libro Segundo, se delimitan de manera sistemática los ámbitos de competencia de la Secretaría de Salud y del Instituto de Salud del Estado de México, para precisar sus respectivos marcos de actuación.

Para dar mayor certeza jurídica, se incorporan al texto legal, las normas relativas a la integración y funcionamiento del Consejo de Salud del Estado de México y de la Comisión de Arbitraje Médico, esta última como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con atribuciones para resolver los conflictos que se susciten entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos.

Se propone la creación del Instituto Materno Infantil del Estado de México y del Centro Estatal de Trasplantes.

El primero, como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tendrá por objeto la investigación científica y tecnológica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, en las áreas de ginecología, obstetricia, pediatría y estomatología.

Y, el segundo, como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con facultades de decisión y vigilancia en la asignación de órganos, tejidos y células (Codigo Administrativo del Estado de México, 2001, pág. 6).

Con estos cambios jurídicos es como el Estado de México arranca esta tercera etapa de la descentralización de la salud, tomando como punto de referencia la reforma a la Ley General de Salud, específicamente, en su artículo 77, es donde se crea la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con el objetivo de ampliar la cobertura a la población abierta en los estados del país y se establece que se otorguen recursos especiales para el registro al sistema de protección social en salud. Las modificaciones a la Ley fueron aprobadas en abril de 2003 entraron en vigor el 1 de enero de 2004, teniendo como objetivo principal la cobertura universal en salud para el 2010.

De lo anterior, se origina que se lleve a cabo otro acuerdo de coordinación para la ejecución del sistema de protección social en salud en el Estado de México; el resultado de la reforma y los acuerdos derivados se transforman en el seguro popular. Como una forma de protección financiera para los ciudadanos carentes de seguridad social, queda establecido el Programa Nacional de salud 2001–2006 subtítulo “La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud”, que después de una investigación de las inequidades y necesidades del

sistema de salud fue presentado en el “Programa Salud para Todos”, que posteriormente se denominó Seguro Popular.

Una vez que este se puso en marcha, se realizaron diversas modificaciones a la estructura del Instituto de Salud, destacando el cambio de denominación de la Unidad del Programa de Ampliación de Cobertura por el de Unidad Estatal de Protección Social en Salud.

Todo esto se concretó el 5 de agosto de 2004 en la sesión 133 del Consejo Interno del Instituto, que más adelante en la sesión 137 del 15 de marzo de 2005, aprueba la estructura de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud, que permite iniciar la institucionalización de la Unidad del Seguro Popular.

1.1.4. La descentralización hacia los municipios

La descentralización de los servicios de salud a nivel municipal fue una posibilidad que se planteó en la primera etapa del proceso en la década de los ochenta como respuesta a la promoción de establecer el municipio libre para el fortalecimiento del federalismo derivada de la reforma al artículo 115 constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

Sin embargo, hay que recordar que el proceso de descentralización hacia los estados fue complicado y en la primera etapa ni siquiera logró concretarse en todo el país, por tanto, uno de los primeros aspectos a considerar antes de iniciar el procedimiento es la desigualdad que existe entre los municipios. En el caso específico del Estado de México se cuenta con municipios con una infraestructura muy desarrollada, pero también hay otros cuyas características no permitirían operar de manera adecuada algunos aspectos operativos del proceso descentralizador en su territorio.

Como se menciona, en la década de los ochenta se planteó la posibilidad de implantar acciones descentralizadoras en los municipios, como ejemplo se puede citar el caso del Estado de Guerrero, donde se llegó a formalizar la

descentralización a 46 de 75 municipios aunque posteriormente se vio obligado a solo realizarlo en: Acapulco, Chilpancingo, Iguala, Taxco y Zihuatanejo; considerados los más importantes de la entidad.

En el Estado de México, a pesar de contar con un marco jurídico que le permitía realizar el proceso descentralizador a nivel municipal, se tomó la decisión de operar en los municipios a través de las jurisdicciones sanitarias y estas a su vez en las coordinaciones municipales, para ello se anota lo que al respecto consideraba la Ley de Salud del Estado de México (2013)

Artículo 15.- La Secretaría podrá convenir con los ayuntamientos, la prestación por parte de éstos, de los servicios de salubridad local.

Artículo 17.- Compete a los Ayuntamientos:

I. Asumir, en los términos de esta ley y de los convenios que suscriban con el Ejecutivo los servicios de salud.

II. Asumir la administración de los establecimientos de salud que se descentralicen en su favor.²

III. Formular y desarrollar programas municipales de salud, en el marco de Sistemas Nacional y Estatal de Salud.

IV. Vigilar y hacer cumplir, en la esfera de su competencia los Ordenamientos Legales de la materia.

V. Establecer en sus Bandos Municipales, las normas y disposiciones relacionadas con los Servicios de salud que estén a su cargo.

VI. Auxiliar a la Autoridades Sanitarias Federales y Estatales en el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 22.- Los municipios promoverán la desconcentración de los servicios de salud básicos de su competencia a sus correspondientes Delegaciones Municipales.

Una vez derogada esta Ley y la entrada en vigor del Reglamento de Salud del Estado de México, la participación municipal quedó muy reducida, limitándose solamente a la coordinación con el Gobierno Estatal en la realización de algunas funciones, además de las que le otorga, tanto la Constitución Federal en su

² El subrayado es nuestro.

artículo 115 y las correspondientes en la Constitución del Estado Libre y Soberano de México en su Título quinto.

No en vano, la participación en materia de salud por parte de los municipios es amplia, pues aún cuando de manera directa no otorga servicios médicos, lo cierto es que con las acciones emprendidas con los servicios que le otorga el artículo 115 en materia de agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales; alumbrado público, limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; mercados y centrales de abasto; panteones, rastro, calles, parques y jardines; contribuye de manera importante a mantener una calidad de vida saludable en su entorno.

Para impulsar la descentralización en los municipios se debe tomar básicamente dos criterios:

- El más importante es ajustarse a las características socioeconómicas y geográficas de cada municipio, lo que determinará las necesidades particulares de los mismos.
- La voluntad política de las autoridades estatales de impulsar la descentralización, otorgando todos los medios necesarios para su ejecución, desde recursos humanos, financieros, infraestructura y la capacitación necesaria:

El propósito del proceso de descentralización consiste en el acercamiento entre las instituciones estatales que realizan acciones que inciden en la salud y los municipios, para llevar a cabo esfuerzos conjuntos, sobre todo mediante acciones preventivas y de salud pública que contribuyan a mejorar las condiciones reales de salud de la población.

El objetivo de todo este proceso es que los servicios básicos de salud se presten por la autoridad más próxima a la comunidad y que los problemas se resuelvan en el lugar en donde se producen.

Esto permitirá que la población acceda a servicios adecuados, que la infraestructura y los programas respondan eficaz y oportunamente a las necesidades; además, que la operación

del sistema de servicios amplíe su cobertura y mejore su calidad (Ruiz de Chavez & Lara Ponte, 1990, pág. 601).

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD

1.2.1. Concepto de política pública

Las políticas públicas se han convertido en una herramienta muy importante en el perfeccionamiento de la actuación gubernamental, como una rama de la administración pública que admite hacer una prospectiva de un problema en el que se incluyen tanto elementos teóricos como prácticos.

Sobre la definición de política pública, es conveniente distinguir entre política y políticas, en inglés, el término *policies* hace referencia a las políticas, mientras que *politics* se refiere a la política, causando desorientación en castellano.

En español se pueden diferenciar tres significados diferentes de la palabra política. Primero, la política entendida como el ámbito de gobierno y de la sociedad humana (Polity, en inglés); en la segunda acepción, la política se entiende como la actividad de organización y lucha por el control del poder (politics, en inglés); y, en la tercera, la política como propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas (policy, en inglés) (Molina Marin & Cabrera Arana, 2008).

A pesar del reiterado uso del concepto, hay diferentes concepciones, debido a que es un tema amplio; esto permitirá comparar las diferentes posturas sobre la materia y proporcionará adoptar alguna de las propuestas que más se adecue al presente proyecto de investigación:

Mead (1995) capturó el alcance y el sentido de ese campo académico al escribir que una política pública es «una aproximación al estudio de la política que analiza al gobierno a la luz de los asuntos públicos más importantes.» Por su parte, Anderson (1990) definió a una política como «una secuencia intencionada de acción seguida por un actor o conjunto de actores a la hora de tratar con un asunto que los afecta... y son aquellas desarrolladas por cuerpos gubernamentales y sus funcionarios.» De manera similar, Lynn (1980) define una política como «un conjunto específico de acciones de gobierno que producirán, por su diseño o por otras razones, una clase particular de efectos.»

Algunos, como Somit y Tanenhaus (1967) han considerado a la política pública como «la totalidad de la acción gubernamental» y Brewer y de León (1983) han considerado a estas como «las decisiones más importantes de una sociedad y que consta de un proceso conformado por sistemas y niveles, articulado en seis etapas: iniciación, estimación, selección, implementación, evaluación y terminación.»

Jean Claude Thoenig (1997) se ha referido a las public policies como «el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública gubernamental y que abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación». Agregaríamos que unos cinco años antes, Thoenig ya había conceptualizado junto con Meny (1992) a nuestra disciplina como «un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico».

Laswell también nos entrega su conceptualización y nos señala que «la política pública es un programa proyectado de valores, fines y prácticas» (En De León, 1997). Thomas R. Dye por su parte y al ser citado en el Manual de Ciencia Política (Caminal, 1997) señala que al hablar de política pública hacemos alusión «a todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer» debido a que el no actuar también se considera paradójicamente en determinadas ocasiones como «actuar del poder público.»

Baena del Alcázar (1999) las define como «toda decisión conformadora, en principio de carácter innovador, que va acompañada de las medidas necesarias para su seguimiento y ejecución» y Subirats (1989) no lleva a cabo una definición concreta y concisa, sino que va acotando sus características y cualidades para concluir considerando que estas «normalmente implican una serie de decisiones. Decidir que existe un problema. Decidir que se debe intentar resolver. Decidir la mejor manera de resolver. Decidir legislar sobre el tema» para continuar diciendo que este proceso de elaboración «implica decisiones e interacciones entre individuos, grupos e instituciones, decisiones e interacciones influenciadas sin duda por las conductas, las disposiciones del conjunto de individuos, grupos y organizaciones afectadas».

Aguilar Villanueva en una conferencia impartida en la Universidad Autónoma de Campeche en 1999 ofreció su definición consistente «en un proceso realizado por las autoridades legítimamente electas para resolver necesidades mediante la utilización de recursos públicos, mediante el cual también se vinculan las decisiones de gobierno con la administración pública, tendiendo siempre a la búsqueda de la racionalidad» y Alcántara (1995) se refiere a éstas como «determinados flujos del régimen político hacia la sociedad, que son productos del sistema político y por tanto del uso estratégico de recursos para enfrentar los problemas nacionales», o como lo planteó Peters (En Pallares, 1988), «son el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno que, actuando directamente o a

través de agentes, van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos». Oslak (1982) haciendo referencia a la región latinoamericana nos puntualiza que «son un conjunto de sucesivas tomas de posición del estado frente a cuestiones socialmente problematizadas» y Chandler y Plano (1988) las definen como «el uso estratégico de recursos para aliviar los problemas nacionales».

En su capítulo sobre las políticas públicas, De Kostka (2004) nos entrega una serie de definiciones a cargo de Dror, Wildavsky y Dunn, comenzando con la del autor hebreo en donde nos expone a las políticas como «una supradisciplina orientada a la búsqueda del aprovechamiento (...) y caracterizada por una serie de diferentes paradigmas relacionados con las Ciencias Sociales contemporáneas». Siguiendo con la línea conceptual, Wildavsky se refiere a el actuar público como «un problema sobre el cual algo pudiera o debería hacerse» y Dunn la materializa como «las soluciones a los problemas con los que se enfrenta el poder gubernamental». Finalmente, Frohock (En Ruíz, 1999) nos describe la política pública como «una práctica social y no un evento singular o aislado, ocasionado por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas» (González Tachiquin, 2008, págs. 107-108).

Una vez revisadas estas propuestas, considero más adecuada la que el este autor retoma de todos los conceptos presentados y dirá que:

Así pues, una política pública implica el establecimiento de una o más estrategias orientadas a la resolución de problemas públicos así como a la obtención de mayores niveles de bienestar social resultantes de procesos decisionales tomados a través de la coparticipación de gobierno y sociedad civil, en donde se establecen medios, agentes y fines de las acciones a seguir para la obtención de los objetivos señalados. En nuestro concepto concurren los aspectos institucionales, los fenómenos participativos, las fórmulas de representación y otros elementos relacionados con las dimensiones y rendimientos efectivos de la democracia, pero ante todo predomina un elemento central para su existencia que es la presencia de la autoridad gubernamental (González Tachiquin, 2008, pág. 110).

Las políticas Públicas tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios, es una relación entre sociedad y Estado donde todos los actores involucrados del sector público y privado participen manifestando su postura y aporten propuestas siempre en la búsqueda del bien común, además de ser un medio para resolver problemas específicos que sean reconocidos socialmente en

un entorno que está influenciado por diferentes intereses, sociales, económicos, políticos entre otros. Refuerzo mi comentario con la siguiente cita:

Las Políticas Públicas entendidas desde una perspectiva instrumental se orientan a comprender y operacionalizar el complejo toma de decisiones, entender la maquinaria integrada por los actores gubernamentales, los actores políticos y las diversas sociedades de públicos, los actores extrainstitucionales representados por los medios y la opinión pública interactúan con el objetivo de moldear y producir acciones públicas vinculatorias en la búsqueda de la siempre presente necesidad de materializar el bien común. “Las Políticas Públicas, buscan explicar la operación del sistema político como un todo, siendo esta su principal aportación a la ciencia política. (León y Ramirez, Gutierrez Cortés, & Garduño Barrera, 2006).

Sin embargo, hay que destacar que las políticas Públicas exploran la operación de sistemas, entendiendo por sistema a un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo; se puede resaltar que:

la estructuración de un sistema de salud público pretende dar una respuesta organizada a los problemas que se presentan cumpliendo tres funciones principales: la provisión de servicios, la financiación y la gestión.

Un sistema de salud “saludable” necesita de políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud, pero también, que fortalezcan al sistema monitoreando su equidad y oportunidad; generando estrategias que en definitiva den respuesta a los problemas en tiempo y forma, proporcionando buenos tratamientos y servicios acorde a las necesidades de la población (CUYO, 2010).

Con los elementos presentados, es conveniente revisar cuáles son las etapas del proceso de una política pública, lo que permitirá tener un marco para analizar los aspectos para establecer las políticas en salud y la descentralización vista desde la política pública.

Para autores como Parsons el proceso de las políticas públicas tiene tres grandes etapas: formulación, implementación y evaluación. Howlett y Ramesh dividen este proceso en cuatro fases: formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación; Jones, por su parte, presenta el proceso de las políticas públicas como un ciclo de cinco fases interrelacionadas: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisiones, implementación y evaluación; Gonzalez-Rosseti considera seis etapas: definición del problema, formulación, legislación, implementación, cambio institucional y consolidación. Schouwstra y Ellman presentan un modelo del proceso basado en la metodología del marco lógico, donde diferencian también seis momentos interrelacionados en las políticas públicas que ocurren con cierta simultaneidad: Propósito, objetivos, estrategias, actividades, *indicadores de desempeño* y *evaluación* (Molina Marin & Cabrera Arana, 2008, pág. 9).

COMPARATIVO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE UNA POLITICA PÚBLICA

CUADRO 2

PARSONS	HOWLETT Y RAMESH	JONES	GONZALEZ-ROSSETTI	SCHOUWSTRA Y ELLMAN
Formulación	Formulación	Identificación del problema	Definición del problema	Propósito
Implementación	Toma de decisiones	Formulación de soluciones	Formulación	Objetivos
Evaluación	Implementación	Toma de decisiones	Legislación	Estrategias
	Evaluación	Implementación	Implementación	Actividades
		Evaluación	Cambio institucional	Indicadores de desempeño
			Consolidación	Evaluación

Fuente: Elaboración propia basándose en Molina Marin & Cabrera Arana, 2008.

Con estos elementos se presentan las etapas del proceso de la política pública que para fines de este trabajo se utilizarán y se muestran en el siguiente cuadro tomando como referencia a Howlett y Ramesh.

CUADRO 3
ETAPAS DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS

ETAPA DEL PROCESO	CARACTERÍSTICA
Formulación	Un problema afecta a la comunidad llega a ser percibido por la sociedad como una situación socialmente problemática y, para la cual, el Estado debe generar la solución.
Toma de decisiones	La toma de decisiones supone la selección entre varias opciones, lo cual conlleva procesos de negociación y consenso entre instituciones y actores.
Implementación	La implementación implica una red compleja de acciones y actores interrelacionados para poner en marcha una política. Este proceso puede generar conflictos entre actores que se benefician y aquellos que son afectados y cada uno busca ejercer poder sobre el Estado y las instituciones con el fin de influir las decisiones y asegurar la obtención de resultados a su favor.
Evaluación	La evaluación permite el análisis de los resultados e impacto de las políticas, que también es una actividad política.

Fuente: Elaboración propia basado en Molina Marin & Cabrera Arana, 2008

1.2.2. Concepto de salud

Gozar de una buena salud, nos permite disfrutar del entorno que rodea a los seres humanos, así como realizar sus actividades laborales, aprovechar las comodidades tecnológicas y hacer valer los derechos fundamentales, convirtiéndose en la base para vivir la existencia con plenitud.

La salud es un fenómeno social. A través del tiempo se han desarrollado diferentes definiciones como la propuesta por la OMS en su Constitución aprobada en 1948 que especifica: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1942, pág. 1)

René Dubos (1956) expresó lo que para él significaba; “Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona, en cuestión, funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”. En esta percepción, se circunscribe a la salud entre dos dimensiones: física y mental.

Otra de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Milton Terris (1990) que explica a la salud como “Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En los conceptos anteriores hay factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales que muchas veces determinan un estado de salud; por consiguiente es necesaria la intervención del gobierno y esto implica revisar el siguiente significado.

1.2.3. Salud Pública

Encargada de la protección de la salud de la población y una de las funciones más importante del Gobierno, aunque como disciplina es relativamente reciente, pues tiene aproximadamente un siglo de existencia, es así como según Winslow (1920) la define:

el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que se asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a longevidad.

Más recientemente Terris (1990) dice que la salud pública es

La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

La salud pública es una respuesta organizada a los problemas y necesidades de la población y tiene como prioridad la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo para la salud humana, dando origen a una serie de normas jurídicas que están contempladas desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, normas internacionales, hasta bandos y reglamentos municipales; temas que serán desarrollados más adelante. La salud, tiene que ver con el resultado de las acciones que el gobierno realiza con el fin de abatir las desigualdades sociales y la pobreza, esto se ve reflejado en la implementación de las políticas públicas en salud.

1.2.4. Políticas en salud

Una política de salud, como elección de varias alternativas, define un curso de acción para resolver un problema y debería apoyarse como estrategia en los elementos derivados de los procesos de investigación y vinculantes de organizaciones sociales.

El objetivo fundamental de una política de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren salud de calidad a toda la población. En el diseño de una política de salud es primordial generar las condiciones que garanticen servicios de calidad en materia de salud para todos los habitantes de un país, un estado o un municipio; para tal caso es necesario tomar en cuenta el entorno político, social y económico que impere en ese momento, lo cual determinará el rumbo en la toma de decisiones en el que se considera sería el primer responsable del desarrollo de una política de salud; el gobierno. Según Vicente Navarro (2008) los principales componentes de una política de salud son tres:

- 1.- Determinantes Estructurales: Políticos, económicos, sociales y culturales en las intervenciones de política de salud.
- 2.- Intervenciones de los estilos de vida
- 3.- Estrategias de Empowerment

Como se puede observar, las políticas públicas en salud tienen como característica la interrelación, tanto de sectores gubernamentales (Federación, estados y municipios), así como de las condiciones de vida entorno a la sociedad, como son básicamente la prestación de servicios públicos; este comentario hay que reforzarlo con el concepto de salud que se propuso en la 1ª conferencia internacional para la promoción de la salud, donde la OMS elaboró la carta de Ottawa y propuso lo siguiente: “La salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de salud” (Martínez, 2007).

Es así como al interior de la administración pública, las diferentes áreas que existan tienen consecuencias en la población, es decir, las acciones de las dependencias como encargadas del sector ambiental o energía tienen efectos en la salud.

Entre las consideraciones previas para su construcción, se encuentran las condiciones de vida de la población y del ambiente, así como su situación y la atención en salud, el financiamiento y la organización del sistema de salud, la respuesta institucional y la situación de los recursos humanos en salud y su legislación vigente, direccionan prospectivamente la gobernanza en materia de salud de los pueblos (Martínez Herrera, 2007, pág. 103).

Para entender el sentido de las políticas de salud es conveniente tomar en consideración algunos conceptos clave. En esta ocasión retomamos tres de ellos: el concepto de seguridad humana que da sustento ético a la acción gubernamental en busca del beneficio integral de los gobernados; el de subsidiariedad que facilita la comprensión de las obligaciones así como la responsabilidad de cada nivel gubernamental; el de atención primaria que se enfoca a las acciones correctivas que deben tomarse cerca de los beneficiarios y que por tanto

corresponden de forma más lógica a los niveles municipales e incluso comunitarios (García del Castillo, Pérez Cabrera, & Santín del Río, 2003).

CONCEPTOS A CONSIDERAR EN UNA POLÍTICA DE SALUD

Cuadro 4

1.- Seguridad Humana	Origen de la intervención gubernamental para incidir sobre la calidad de vida de los gobernados de forma integral. Salvaguarda del “centro vital”
2.- Subsidiariedad	Vía para definir los espacios de actuación de los gobiernos locales. Descentralización con base en la mejor oportunidad de la respuesta de cada instancia de gobierno.
3.- Atención Primaria a la Salud	Cuidado de las causas y la aplicación de acciones preventivas en primera instancia. Proceso salud enfermedad: lugar específico de la innovación local.

Fuente: Elaboración propia con base en García del Castillo, Pérez Cabrera, & Santín del Río, 2003

1.2.5. La Descentralización como política pública

La participación de los gobiernos locales en los distintos tipos de políticas públicas tiene una importancia mayor a medida que la acción del Estado se orienta a la búsqueda de mejores resultados con estrategias basadas en una adecuada distribución de capacidades y competencias.

La descentralización encuentra un cruce con los esquemas de optimización de la acción pública basados en la tecnología y la aplicación de modelos administrativos inspirados en la calidad e innovación. En este sentido, el sector salud también es un espacio tocado por la descentralización y el cambio administrativo para crear mejores servicios y satisfactores para los ciudadanos, aunque faltaría valorar hasta donde la incorporación de los municipios puede representar una alternativa real de mejora en el sector (García del Castillo, Pérez Cabrera, & Santín del Río, 2003).

La descentralización, vista desde esta perspectiva, cumple con los elementos requeridos para ser política pública, como se ha visto, el nuevo modelo económico obligó a realizar reformas estructurales que resolvieran las necesidades de hacer eficiente el gasto y mejorar el servicio; la respuesta inmediata para solucionar el problema fue crear un sistema nacional de salud, con administraciones locales financiado con recursos federales. Es así como Finot (2001) dice que:

las propuestas de descentralización impulsadas como políticas públicas se justifican a partir de las siguientes racionalidades: a) mejorar la participación de las comunidades en el ejercicio de los programas, b) promover la democracia, c) mejorar la eficiencia del gasto, y d) mejorar la atención de los ciudadanos.

Myriam Cardozo afirma que:

La política de descentralización en general y de servicios de salud en particular se constituye en una política pública debido al interés público que genera su impacto social.

Esta se estudia como una política pública transversal que se intersecta con políticas sectoriales como la de la salud a través de un conjunto de decisiones, acciones u omisiones que traducen, en un lugar y periodo determinados, la posición asumida por los organismos gubernamentales responsables frente a las cuestiones socialmente problematizadas por la sociedad o por el propio aparato burocrático y que se ordenan analíticamente en las etapas de: surgimiento del problema, formulación de la política, ejecución y evaluación de los resultados de este (Cardozo Brum, 1998 b, pág. 190).

Siguiendo con la misma autora, se destacan las etapas que presenta para el proceso que debe tener la descentralización como una política pública, que comparadas con el cuadro antes mencionado, coincide en algunos aspectos; con estos elementos se está en la posibilidad de realizar un análisis de la descentralización bajo el siguiente esquema:

COMPARATIVO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE UNA POLITICA PÚBLICA

CUADRO 5

Etapas del proceso según Myriam Cardozo Brum	Etapas del proceso propuesto por Howlett y Ramesh	Característica del proceso descentralizador
Surgimiento del problema	Formulación	La economía mundial da un giro que obliga principalmente a los países latinoamericanos a incorporarse al modelo económico neoliberal.
Formulación de la política	Toma de decisiones	Se toma la decisión de iniciar con la descentralización de los servicios de salud a los estados.
Ejecución	Implementación	Los estados asumen en etapas esta función.
Evaluación	Evaluación	Resultados de las tres etapas del proceso descentralizador.

FUENTE: Elaboración propia

Las etapas descritas en el cuadro anterior permitirán realizar una crítica más detallada de lo que ha sido la descentralización en México y las repercusiones resultantes en las entidades federativas y sus efectos en los municipios del Estado de México.

1.3. INNOVACIÓN DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES EN MATERIA DE SALUD EN EL ESTADO DE MEXICO

México está dentro del mundo de la globalización, es evidente que en los ámbitos políticos, sociales y económicos está inmerso en dicho proceso, y se manifiesta cuando otros países sufren alguna crisis interna (social, política o económica) que afecte a la mayoría.

Ante esta situación, es urgente la necesidad de fortalecer a los gobiernos locales como una medida ante cualquier cambio que genere inestabilidad al interior de una nación. “De ahí que los gobiernos locales deben renovarse, generar mayor creatividad, afinar mejor sus sistemas de acción y desempeño, y

fortalecer sus mecanismos de hechura de políticas públicas. Es decir, los gobiernos locales deben innovar” (Cabrero, 2002).

Nuestro país cuenta con un sistema de salud a nivel nacional y en el caso de los estados existen los sistemas estatales, ambos regidos bajo leyes, normas y reglamentos que les facilitan un funcionamiento más ordenado y estable para realizar sus actividades; sin embargo, la salud es una cuestión que en materia municipal no está reglamentado de manera uniforme, por lo que algunos municipios han decidido tener participación en la materia y, según las características y sus necesidades, cada uno ha ido detectando estrategias particulares que le permiten resolver este problema. A este tipo de acciones es lo que podría llamarse innovación.

1.3.1. ¿Qué es innovación?

La palabra innovación por sí sola tiene varias definiciones, la Real Academia Española (RAE) nos menciona que innovar proviene del latín *innovare* y que significa: mudar o alterar algo, introduciendo novedades. Cassano y Krakowiak citados en Cravacuore, Ilari, & Villar, (2007) opinan que:

El concepto innovación, que proviene del campo de la economía, define originalmente al progreso tecnológico que aumenta la productividad, reduce los costos y permite aumentar la calidad y el valor del producto o del servicio. En un sentido más general, puede asimilarse a la utilización de nuevos recursos, la generación de nuevos productos y la aplicación de nuevas formas de organización... En el campo de la economía “las innovaciones no necesariamente se refieren a algo nuevo y original, muchas veces una innovación puede tratarse de la combinación de elementos existentes o soluciones conocidas, adaptadas a circunstancias específicas en formas o procesos nuevos. En estos casos, la voluntad política puede ser el factor detonador o el origen del proceso de innovación”

Los autores presentan una perspectiva del concepto de innovación desde el campo de la economía, sin embargo, en su comentario dan algunas características de lo que en este trabajo se pretende entender por innovación, ya que innovar no necesariamente significa introducir novedades como dice la definición de la RAE. Más bien, en materia de administración pública incluye otros

aspectos, y Cravacuore, Ilari, & Villar, (2007) resumirán que “En síntesis, innovar es enfrentar los hechos de manera diferente, mediante el empleo de técnicas y procedimientos nuevos y más eficientes, que permitan la construcción de nuevas capacidades y de ese modo faciliten el logro de resultados más eficaces”.

Con base en esa definición proporcionarán tres interpretaciones sobre el papel de los actores de la innovación:

La primera centra el proceso innovador en los actores estatales y su poder de cambio, y considera que existen actores políticos o burocráticos que proponen el cambio organizacional; para ello, teniendo en cuenta las condiciones contextuales y gozando del poder y de los conocimientos suficientes para adoptarlo o implantarlo, deciden desarrollar innovaciones con el fin de aumentar la eficiencia de la organización, lograr una mayor satisfacción de las demandas ciudadanas o incrementar su prestigio personal, poder político o decisonal. Desde esta perspectiva, la innovación es un elemento desequilibrante, dado que su adopción genera una alteración del medio que incentiva a otros a seguir el camino, produciendo la eliminación progresiva de la ganancia de prestigio excepcional, lo que refuerza el proceso motivando a éste o a otros actores a realizar nuevas innovaciones.

Una segunda interpretación pone el énfasis de la innovación en el entorno de los actores y en el conjunto de retos y alteraciones que los cambios sociales y tecnológicos provocan. Desde esta perspectiva, la función de los actores es transmitir la fuerza del entorno a la organización en lugar de tomar decisiones independientes, constituyéndose en catalizadores entre el contexto y la organización. Esta perspectiva pone el énfasis en el origen del cambio iniciado por la presión de los actores públicos no estatales o privados: el actor estatal adopta la innovación en términos de la búsqueda de su conservación política, como consecuencia de los espacios que los actores no estatales han ido adquiriendo en los procesos de la gestión pública.

La tercera perspectiva privilegia como origen de la innovación a la existencia de una trayectoria histórica generadora de una cultura organizacional innovadora y de valores colectivos que estimulan el desarrollo de la innovación de sus miembros. Este es un proceso de larga construcción y particularmente difícil de concretarse en los gobiernos locales, en particular por la brevedad de los períodos de gobierno y por la alta rotación de sus funcionarios (Cravacuore, Ilari, & Villar, 2007).

El término Innovación ha sido utilizado tanto en la gestión privada como en la pública; en el caso de la primera cito:

La innovación es la herramienta específica de los empresarios innovadores; el medio por el cual explotar el cambio como una oportunidad para un negocio diferente (...). Es la acción de dotar a los recursos con una nueva capacidad de producir riqueza. La innovación crea un 'recurso'. No existe tal cosa hasta que el hombre encuentra la aplicación de algo natural y entonces lo dota de valor económico (Drucker, 1985, citado en Sanchez González, 2010 pag. 15).

Desde el punto de vista de la gestión pública:

La innovación es el medio para mejorar el desarrollo de la administración pública, es decir, el desarrollo es el fin a alcanzar en las innovaciones administrativas... Existen diversas tipologías en torno a la innovación en el ámbito de la gestión pública, una de ellas establece una primera distinción en torno a la innovación técnica y a la administrativa. La innovación técnica estaría relacionada con productos, servicios, el proceso productivo tecnológico y las operaciones de dichos servicios... Mientras que innovación administrativa es la que ocurre en el sistema social de la organización, es decir, el sistema de relaciones entre los miembros de la organización, la cual estaría relacionada con la estructura y dirección de la organización, con los procesos administrativos y con los recursos humanos (Sanchez Gonzalez, 2010).

Se recupera la idea de gestión en este tema y se define como “el conjunto de procesos a través de los cuales se articulan los recursos y por otro, al lugar donde se constituye la demanda” (Jiménez, 2009) permite relacionar la innovación con las políticas públicas, pues esta se convierte en “el proceso de implementación sostenible de nuevas políticas (Cravacuore 2007, citado en Jiménez, 2009).

Aunque en este apartado se pretende dejar claro qué es una innovación existen elementos que la van relacionando con la gestión pública y las políticas públicas y consiste en promover el desarrollo, la difusión y el uso eficiente de los nuevos productos, servicios y procesos en los mercados o dentro de organizaciones.

Ahora desarrollo el concepto de innovación dentro del ámbito municipal y cito a Enrique Cabrero que señala:

Innovar en materia de gobiernos municipales significa readecuar las estructuras de administración, los mecanismos de interacción con la ciudadanía, y el marco institucional de gobierno a un nuevo escenario, de tal forma que los resultados sean mejores tanto en la calidad de las acciones y servicios del gobierno local, como en la gobernabilidad democrática y en la confianza de los ciudadanos. Innovar no necesariamente significa inventar nuevas cosas. Puede ser ese el caso o puede simplemente requerirse de mejorar sustancialmente las prácticas de gobierno y de sentar un precedente en la historia del municipio en cuestión (Cabrero, 2002).

Se retoma el comentario inicial, donde se habla sobre la globalización y las consecuencias que esta trae consigo, afectando a la mayoría de los países en el mundo, y la urgente necesidad de que una de las posibles soluciones para enfrentar este reto, es precisamente el fortalecimiento de los municipios; hay que mencionar que:

Es claro que sin células fuertes el conjunto del organismo tiende a debilitarse. Es cada día más evidente que si fallan los gobiernos locales falla el conjunto nacional, e incluso el proceso de internacionalización se debilita, se atrofia o hasta se paraliza. Cada día es más claro que lo global depende de la dinámica local (Cabrero, 2002).

Y como anteriormente se indica, los gobiernos locales deben innovar, principalmente porque en el caso mexicano, a pesar de estar facultados para otorgar ciertos servicios y de contar con autonomía en el artículo 115 constitucional; lo cierto es que en la práctica se encuentran limitados para resolver algunos problemas que no entran en su campo de acción, en este caso, la salud es uno de ellos.

Se innova para mejorar el impacto final de la acción del gobierno municipal. Las reestructuraciones internas, la adopción de nuevos sistemas de gestión, el diseño de nuevos mecanismos de interacción con la ciudadanía, son sólo medios para el fin último: mayor

bienestar social y un clima democrático y abierto entre gobernantes y gobernados (Cabrero, 2002).

Esto tiene como consecuencia que para que haya políticas públicas innovadoras se debe tomar en cuenta que existe un compromiso de las autoridades en turno para llevar a cabo innovaciones en sus gobiernos, comenzando por tender un puente de comunicación muy fuerte entre este nivel y los ciudadanos.

Para ejecutar lo anterior, es necesario aclarar qué es innovar, pues en muchas ocasiones, se ha confundido con modernización, o bien de imitar experiencias sin tomar en cuenta las condiciones locales del lugar en el que se quieren aplicar.

Innovar tampoco se refiere a implantar las últimas técnicas administrativas de moda y a la adquisición de sistemas altamente sofisticados de gestión. Esto puede ayudar en algunos casos y en algún tipo de municipios, sin embargo también imaginar mejoras modestas pero útiles a los sistemas ya en operación y construir una acción pública local de entendimiento mutuo entre gobierno y ciudadanos, es una innovación (Cabrero, 2002).

Durante la década de los 80 y los 90 algunos cambios estructurales se presentaban como innovación. Al respecto, Guillermo Schweinheim (2012) refiere:

Un catálogo incompleto y desordenado incorporaría: la puesta en marcha de programas sociales focalizados, el financiamiento concursable de proyectos de investigación y desarrollo tecnológico, la descentralización de escuelas y hospitales a las provincias, las tareas de los municipios en materia de desarrollo local, la creación de entes de regulación y control de servicios públicos privatizados, la incorporación de sistemas y tecnologías de información al sector público, el presupuesto por programas y resultados, la reingeniería de procesos, la aplicación de normas y sistemas de calidad total en el sector público, la aplicación de la planificación estratégica a ciudades, políticas públicas y organizaciones del sector público, la introducción de contratos de locación de servicios para la flexibilización de la contratación de personal que no se burocratice... y podría seguir.

Algunos de los aspectos anteriores eran presentados como innovación, sin embargo es claro que no contaban con algunos elementos clave, en realidad de lo que se estaba hablando era de modernización:

En verdad, de lo que se trató fue una vez más de procesos de modernización de las políticas públicas, de los sistemas de gestión y de los modelos institucionales del Estado argentino. Recordando a Guillermo O'Donnell, no se trató más que de un proceso de incorporación de roles, instituciones, políticas, tecnologías de gestión y sistemas administrativos desarrollados en los Estados y administraciones públicas de los países del capitalismo avanzado, o promovidos por la cooperación internacional o multilateral o la banca multilateral (Schweinhein, 2012).

La innovación requiere tomar en cuenta ciertos aspectos para ser considerada como tal; creatividad, medios disponibles, pero sobre todo, con autogobiernos municipales capaces de tomar decisiones, entendiendo autogobierno la autonomía del municipio en que ninguna autoridad externa tenga influencia sobre él. Entonces, para identificar un proyecto innovador debe contar con siguientes características:

- Progreso tecnológico que aumenta la productividad, reduce los costos y permite aumentar la calidad y el *valor del producto o del servicio*.
- Enfrentar los hechos de manera diferente.
- Empleo de técnicas y procedimientos nuevos y más eficientes.
- Readecuar las estructuras de administración, los mecanismos de interacción con la ciudadanía, y el marco institucional.
- No necesariamente significa inventar nuevas cosas.
- Como herramienta, se aprovechan los cambios.
- Creación de cualquier bien, servicio o proceso que sea nuevo.
- Movimiento de carácter cultural y estructural, busca reformar radicalmente la orientación, la capacidad y la velocidad de respuesta.
- La generación de una idea o invención.
- La comercialización de dicha invención.

1.3.2. La innovación en México

A nivel nacional, este tema ha sido materia de estudio por parte de un sector de investigadores, principalmente del Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C. (CIDE), que con apoyo de diversas instituciones académicas, organismos de promoción municipal, organismos no gubernamentales e institutos de cooperación internacional, han organizado un premio que tiene por objetivo identificar, analizar, reconocer y difundir las mejores experiencias de gobierno local, para contribuir a su institucionalización y al desarrollo de mejores prácticas democráticas y de gestión (Gobierno y gestión local, 2015).

El Premio consiste en reconocer programas y políticas gubernamentales locales que en el transcurso de por lo menos un año, muestren un impacto positivo y sobresaliente en su diseño e implementación donde el tema de la salud está presente:

En materia de salud pública es posible distinguir tres tipos de innovación a saber: a) Programas Ligados a Políticas del Sector. Se trata de acciones desarrolladas por los municipios que recuperan las líneas dictadas por las secretarías de salud Federal o Estatal; incluirían los municipios saludables, los programas de salud pública, vacunación, detección y control de enfermedades b) Nuevas Actividades. En estas incluiríamos políticas impulsadas por los municipios para atacar problemas de salud locales creando por ejemplo: albergues, centros de atención y rehabilitación, clínicas dentales, etcétera, o bien atacando problemas de madres adolescentes y mascotas entre otros. C) Programas Descentralizadores. Resultan sin duda los más provocativos pues proponen mayores espacios de decisión y acción para los gobiernos municipales; en ellos aparecería de fondo la pregunta ¿hasta dónde llevar la descentralización? (García del Castillo, Pérez Cabrera, & Santín del Río, 2003).

La innovación en los municipios ya es centro de atención de académicos e investigadores nacionales y con sus investigaciones se pueden intercambiar experiencias que puedan ser de utilidad. El objetivo del presente trabajo es demostrar cómo en el Estado de México algunos municipios están realizando acciones innovadoras en materia de salud; mediante un estudio de caso que bien puede ser considerado para participar en este premio.

CAPÍTULO 2. ESTRUCTURA, COBERTURA E INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

2.1. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DERIVADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización de estos servicios trajo como consecuencia una serie de modificaciones en la estructura administrativa del sector, hay que recordar que en el Estado de México el Sistema Estatal de Salud está conformado por dependencias y organismos auxiliares de la administración pública estatal, así como de las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten los mismos. Lo anterior se encuentra regulado en el reglamento de salud del Estado de México en el capítulo III³. La atención a la ciudadanía se puede dividir en Población derechohabiente y no derechohabiente; la primera es atendida principalmente por instituciones del régimen de seguridad social como son el Instituto Mexicanos del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), mientras que a la no derechohabiente la atiende el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) y el Instituto Materno Infantil (IMIEM). La cobertura de este servicio puede observarse en los siguientes cuadros:

³ **CAPÍTULO III - DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD**

Artículo 9.- El Sistema Estatal de Salud con la intervención que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México, definirá los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de los servicios de salud, de conformidad con las disposiciones del Libro, el presente Reglamento y demás disposiciones.

Artículo 10.- La Secretaría y el Instituto, promoverán la participación, en el Sistema Estatal de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado. Asimismo, fomentarán la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de éstos.

Artículo 11.- La Secretaría, con la participación que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México, elaborará el Programa Estatal de Salud, tomando en cuenta las prioridades y los servicios de los Sistemas Nacional y Estatal de Salud.

CUADRO 6
POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y DERECHOHABIENCIA AÑO 2010

	<i>No derechohabientes</i>			<i>Derechohabientes</i>			
POBLACIÓN TOTAL	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS ORIENTE	IMSS PONIENTE	ISSSTE	ISSEMyM
15 031 728	6 397 486	1 245 750	170 978	3 657 552	1 370 637	1 212 716	976 609

Fuente: http://portal2.edomex.gob.mx/igecem/productos_y_servicios/productos_estadisticos/index.htm 2010

CUADRO 7
POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y DERECHOHABIENCIA AÑO 2011

	<i>No derechohabientes</i>			<i>Derechohabientes</i>			
POBLACIÓN TOTAL	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS ORIENTE	IMSS PONIENTE	ISSSTE	ISSEMyM
15 222 056	5 907 172	1 264 949	176 312	4 629 436	1 283 292	947 045	1 013 850

Fuente: http://portal2.edomex.gob.mx/igecem/productos_y_servicios/productos_estadisticos/index.htm 2011

CUADRO 8
POBLACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y DERECHOHABIENCIA AÑO 2012

	<i>No derechohabientes</i>			<i>Derechohabientes</i>			
POBLACIÓN TOTAL	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS ORIENTE	IMSS PONIENTE	ISSSTE	ISSEMyM
16 106 485	6 305 039	1 311 846	180 916	4 792 402	1 416 033	996 899	1 103 350

Fuente: http://portal2.edomex.gob.mx/igecem/productos_y_servicios/productos_estadisticos/index.htm 2012

CUADRO 9
Cuadro comparativo de población derechohabiente y no derechohabiente

AÑO	No derechohabientes	Derechohabientes	Población total
2010	7,814,214	7,217,514	15,031,728
	51.98	48.01	100
2011	7,348,433	7,873,623	15,222,056
	48.27	51.72	100
2012	7,797,801	8,308,684	16,106,485
	48.41	51.58	100

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del IGECEM 2012

Los datos anteriores reflejan los siguientes resultados: en los años a investigar se evidencia que entre 52% y 48% de la población total no contaba con servicio médico por parte de alguna institución de seguridad social, por lo que tocaba a la Secretaría de Salud responder a esta demanda a través de sus instituciones como el ISEM, EL DIFEM y el IMIEM, por lo que la pregunta es: ¿Con la actual estructura que tiene la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud del Estado de México se cubre en su totalidad el territorio estatal y los municipios en materia de salud?

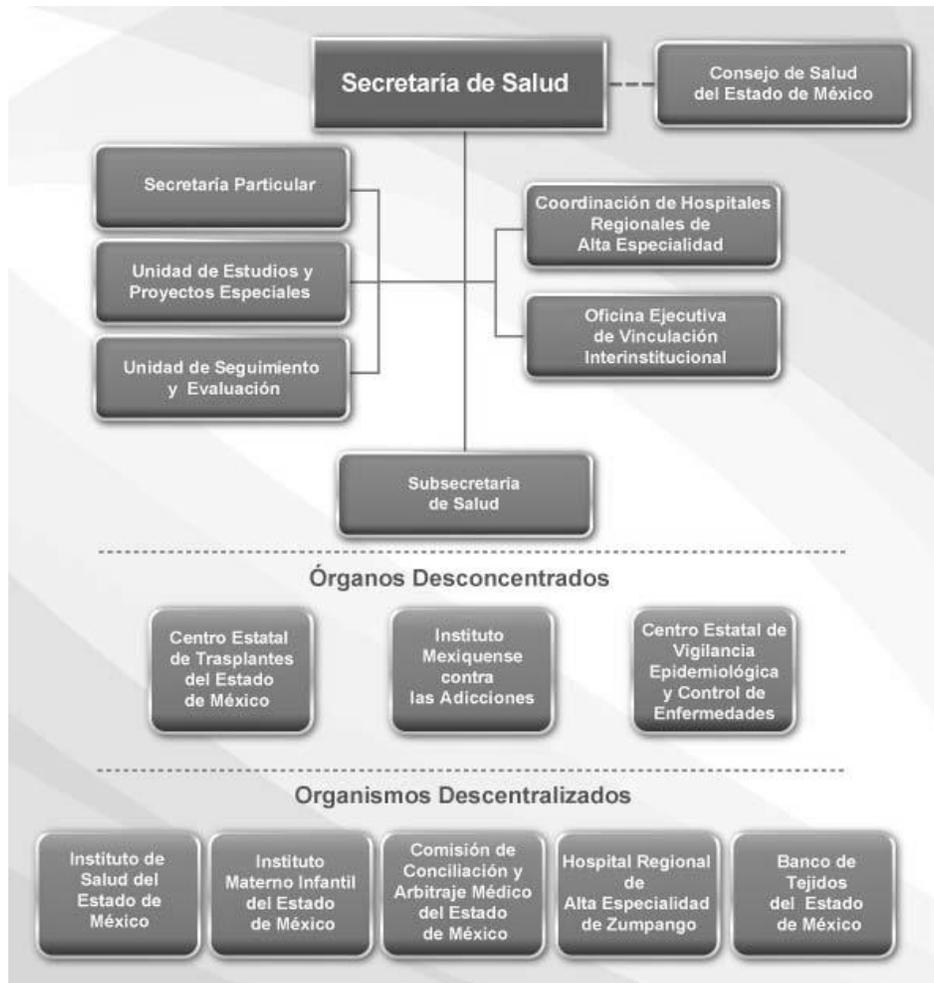
A continuación se realiza una revisión de la estructura orgánica de las dependencias encargadas de la salud en el Estado de México de manera gradual, desde el nivel más alto hasta llegar al nivel municipal que es el que más interesa.

2.1.1. Secretaría de Salud

El surgimiento de la Secretaría de Salud es relativamente reciente al publicarse su creación en la Gaceta de Gobierno del 4 de marzo de 2000, con el propósito de ser la dependencia encargada de conducir la política estatal en materia de salud y garantizar que las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud operen de manera coordinada, su formación tuvo como consecuencia reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública en los artículos 19 fracción III, 25 y 26 y, en este último están asentadas sus funciones.

En un principio, esta Secretaría, solo estaba conformada por tres unidades administrativas la oficina del C. Secretario de Salud y dos unidades de apoyo. Para octubre de 2004 se integró como un órgano colegiado la consulta y apoyo en la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud; en 2006 se agregaron tres unidades administrativas más para que en 2007 se formalizaran la integración de coordinaciones y subdirecciones al interior de las unidades administrativas, para finalmente en 2009 se realizaran las últimas modificaciones, destacando entre ellas la oficina Ejecutiva de Vinculación interinstitucional y la Subsecretaria de Salud para quedar organizada de la siguiente manera:

**ORGANIGRAMA 1
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**



Fuente: <http://salud.edomex.gob.mx/> 2012

Son diversas las funciones y atribuciones que tiene, en general, la Secretaría de Salud, destacando la fracción IX dentro del artículo 26 de la Ley orgánica de la Administración Pública, que estipula:

IX. Impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud a los municipios, mediante los convenios que al efecto se suscriban, en términos de la Ley de Salud del Estado

de México y demás disposiciones legales en la materia;⁴ (Gobierno del Estado de México, 2012 a).

Cabe aclarar que no es mi objetivo revisar cada una de las áreas que componen a la Secretaría de Salud, por lo que únicamente se destacarán aquellas que se vinculan o relacionan con el nivel municipal y específicamente aquellas que tienen que ver con la atención de la salud en la población abierta a través de la consulta general, por ello, del organigrama anterior se resaltará primero al Consejo de Salud del Estado de México; a la Oficina ejecutiva de vinculación interinstitucional y después más detalladamente al Instituto de Salud de Salud del Estado de México.

2.1.2. Consejo de salud del Estado de México

Es la instancia encargada de la coordinación, consulta y apoyo para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. Entre las funciones relacionadas con los municipios, se encuentran las siguientes:

- Apoyar las estrategias, integración, funcionamiento y participación sectorial de los comités permanentes y comités municipales de salud.
- Promover la participación institucional, sectorial e intersectorial en la implementación y realización de los programas en materia de salud a nivel estatal y municipal (Secretaría de salud, 2012 a).

El Consejo está integrado por el Secretario de Salud, los secretarios de Educación, del Medio Ambiente, el Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población, los directores generales del ISEM, del ISSEMyM, y de Protección Civil, así como del Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, además de los delegados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Instituto Mexicano del Seguro Social

⁴Existe una incongruencia en la redacción de la fracción IX y otras dentro del artículo 26, ya que se menciona a la Ley de Salud del Estado de México como vigente, la cual fue derogada hasta que el 13 de marzo de 2002 se publicó en la Gaceta de Gobierno del Estado de México, el Reglamento de Salud del Estado de México como parte del Código Administrativo del Estado de México invalidando la Ley de Salud del Estado de México.

y un representante de los municipios en la Entidad⁵; tres representantes de los sectores social y privado a invitación del presidente y un Secretario Técnico nombrado por el presidente.

Este Consejo está reglamentado internamente y para los fines de esta investigación se recalca que existe un vínculo interinstitucional entre el gobierno estatal y el municipal, aunque no están especificadas las atribuciones que pudiera tener el municipio en materia de salud, ni tampoco las funciones del representante de los municipios ante este consejo.

2.1.3. Oficina Ejecutiva de Vinculación Interinstitucional

Su principal objetivo es la coordinación entre las dependencias y organismos auxiliares, tanto del poder Ejecutivo como del Legislativo, así como de organizaciones civiles, los gobiernos federal, estatal y municipal para el desarrollo de programas y proyectos estratégicos; las funciones que competen al nivel municipal y no se encuentran definidas en el manual, nada más menciona que esta oficina es un medio de vinculación entre todos los órdenes de gobierno y los integrantes del sistema estatal de salud.

2.1.4. Instituto de Salud del Estado de México

Es un organismo descentralizado con personalidad jurídica, patrimonio propio y funciones de autoridad y se encuentra bajo la coordinación sectorial de la Secretaría de Salud. Su objetivo principal es la prestación de los servicios de salud a la población abierta, el ejercicio del control sanitario en materia de salubridad local y el mejoramiento de la calidad de vida; su estructura orgánica está representada de la siguiente manera:

⁵ El subrayado es nuestro

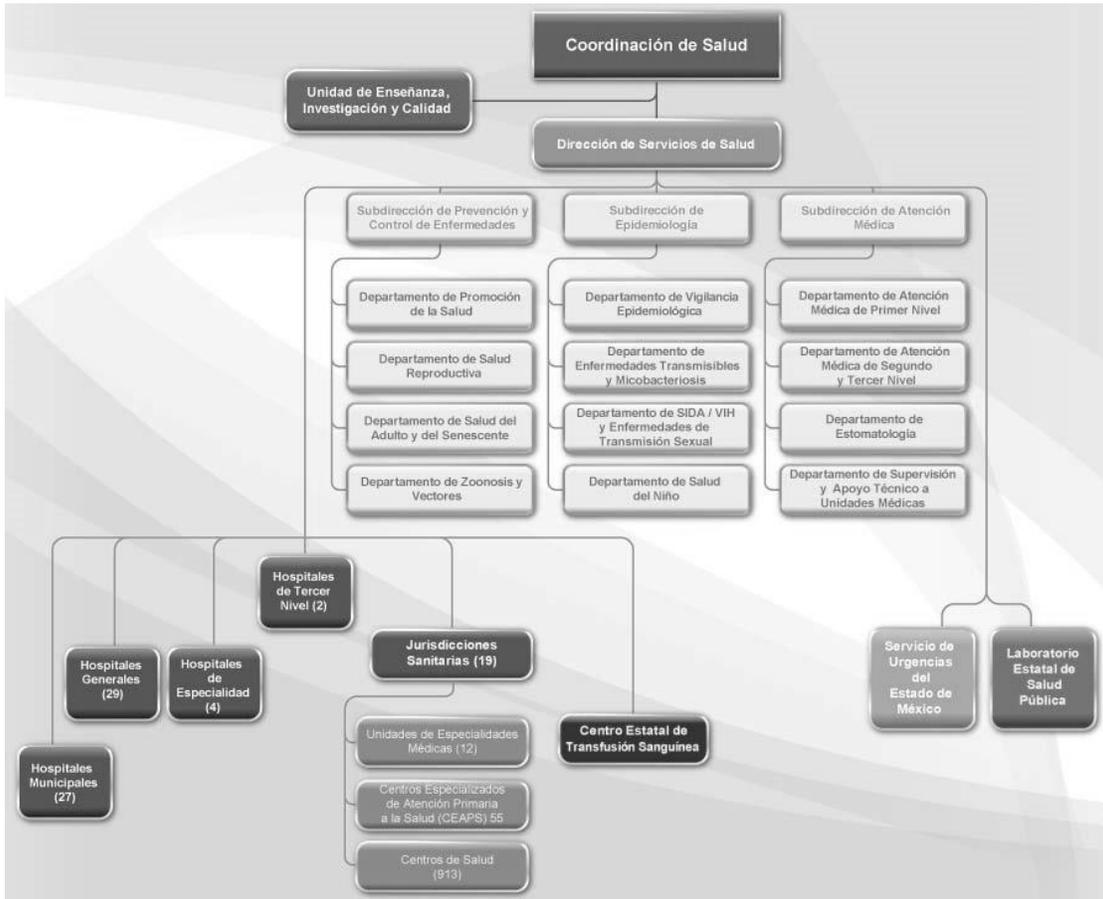
ORGANIGRAMA 2
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



FUENTE: <http://salud.edomex.gob.mx/html/organi.htm> 2012

Dentro de este organigrama se pondrá más atención a la Coordinación de Salud como la encargada de la planeación, coordinación, dirección y control de la prestación de los servicios de salud a la población de la entidad; su estructura orgánica se representa de la siguiente forma:

ORGANIGRAMA 3 COORDINACIÓN DE SALUD DEL ISEM



FUENTE: <http://salud.edomex.gob.mx/html/organi.htm> 2012

Entre las funciones de mayor interés del caso de estudio sobresalen:

- Desarrollar acciones que coadyuven a mejorar la prestación de los servicios de salud a la población abierta del Estado de México.
- Coordinar la operación de las unidades de salud y vigilar la aplicación adecuada de los programas prioritarios de salud en los diferentes niveles de la estructura.
- Promover y coordinar el desarrollo de convenios de colaboración intersectoriales para la integración de esfuerzos compartidos dirigidos a elevar el nivel de salud de la población mexiquense.

Dentro de la Coordinación de Salud está la Dirección de Servicios de Salud, que realiza planes; organiza, dirige, supervisa y controla el cumplimiento de programas y acciones en materia de prevención, detección y control de enfermedades; promueve la salud, previene y controla adicciones, ejecuta la vigilancia y control epidemiológico y atención médica de primero, segundo y tercer nivel. Para atender los asuntos de salud pública y de atención médica se auxiliará de las Jurisdicciones sanitarias como integrante de la estructura orgánica de esta coordinación.

2.1.5. Jurisdicciones Sanitarias

Son unidades técnico-administrativas desconcentradas que cuentan con recursos y facultades para otorgar atención médica a población abierta y debido a que está integrada por varios municipios, la coloca en una posición estratégica para concertar con los mismos, los objetivos de los programas de salud; buscando que se ajusten a la situación socioeconómica y a las condiciones epidemiológicas locales.

Reglamentadas internamente en el Instituto de Salud del Estado de México tienen entre otras las siguientes funciones:

- Elaborar y actualizar diagnósticos de salud municipal y jurisdiccional y el estudio de regionalización operativa de los servicios de salud.
- Participar, en el ámbito de su competencia, en las acciones de coordinación y concertación que establezca el Instituto con los gobiernos federal, del Estado de México y de los municipios, así como con los sectores públicos, social y privado (Secretaría de Salud, 2011).

Dentro de su Manual de Organización se destacan las siguientes funciones:

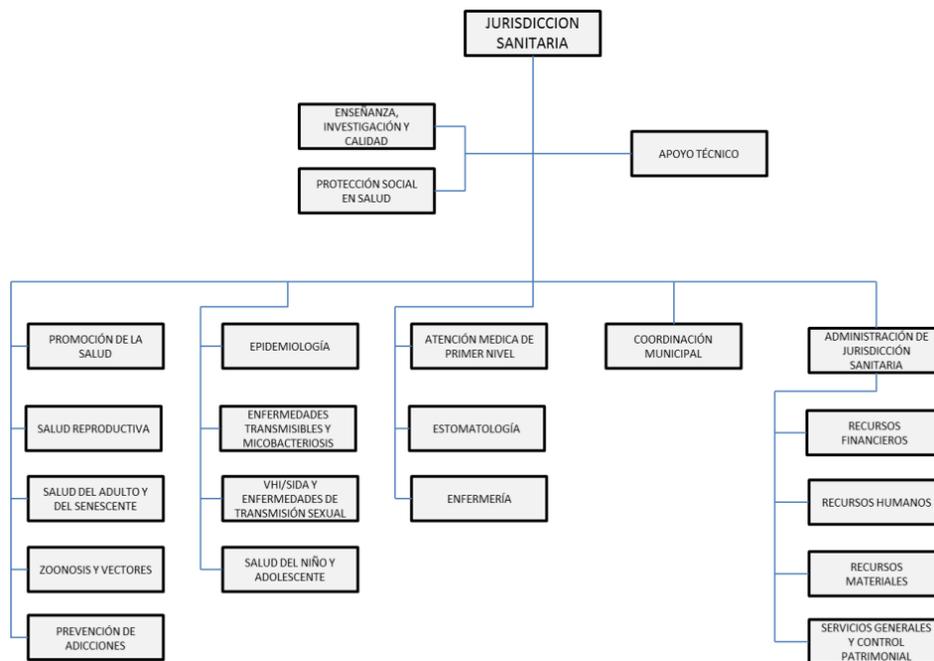
- Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico jurisdiccional de salud y el estudio de regionalización operativa de los servicios de salud en su ámbito de competencia.
- Organizar, dirigir, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica para población abierta, con base en la normatividad establecida y conforme al modelo de atención correspondiente.

- Supervisar, a través de las coordinaciones municipales, los servicios que brindan las unidades de primer nivel de la jurisdicción, a efecto de asegurar que se otorguen con calidad y calidez, de acuerdo con los estándares establecidos.
- Promover, establecer, mantener y evaluar la coordinación con las demás entidades del sector, así como con las autoridades federales, estatales y municipales que se encuentren ubicadas dentro del ámbito jurisdiccional, en su carácter de órgano coordinador del sistema local de salud que representa.
- Participar y coordinar las actividades de los comités de Planeación del desarrollo Municipal en las acciones relativas a la salud, en los municipios incluidos en su circunscripción (Secretaría de Salud, 2011).

Las anteriores funciones solamente son algunas que tienen que ver directamente con el municipio, a pesar de ser el primer puente entre los municipios y el gobierno estatal; también contaban con otras atribuciones que pueden ser observadas en el siguiente organigrama:

ORGANIGRAMA 4

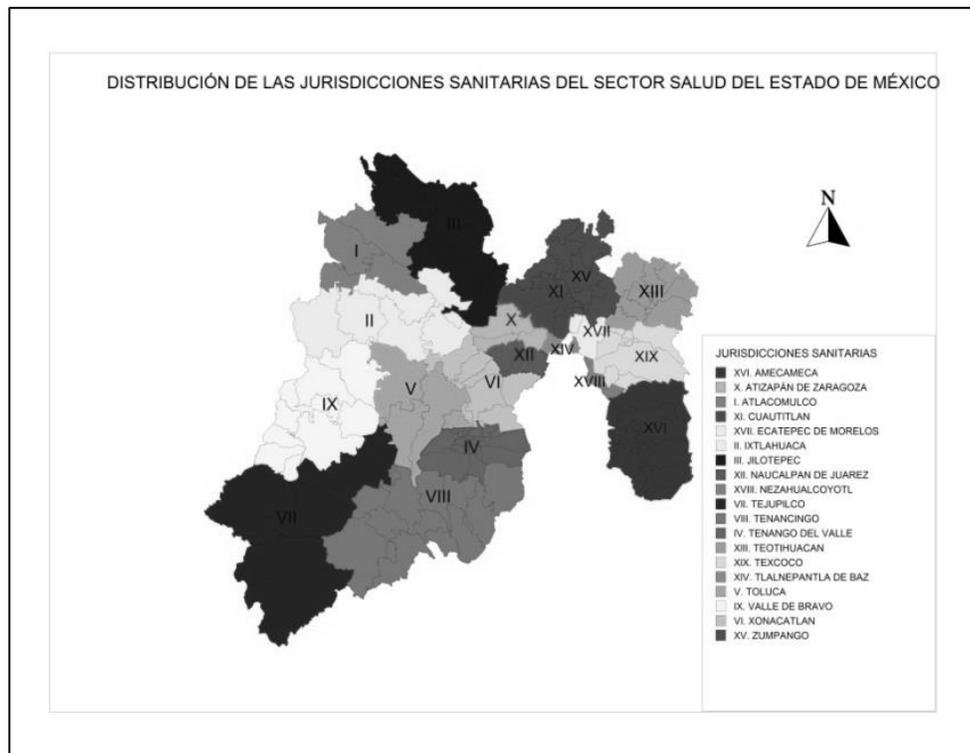
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM



FUENTE: Manual General de Organización Tipo Jurisdicción Sanitaria 2011

Para la conformación de una Jurisdicción sanitaria es determinante la regionalización, es decir, áreas geodemográficas delimitadas que cuenten con características culturales, económicas, políticas y sociales comunes. Las jurisdicciones sanitarias en el Estado de México están conformadas de la siguiente manera:

MAPA 2



FUENTE: Elaboración propia

Derivado de la estructura orgánica presentada, es de suma importancia destacar a la Coordinación municipal como un aspecto importante a analizar.

2.1.6. Coordinaciones Municipales de Salud

Se integran como un nivel de organización para apoyar a las jurisdicciones sanitarias y controlar los programas de salud en los municipios, entran a la estructura organizativa del ISEM en 1979 y su objetivo se centra en asegurar los servicios de salud pública, orientar las acciones del personal al interior de la

coordinación y procurar la disponibilidad de los servicios integrales de atención primaria; su estructura orgánica queda representada de la siguiente manera:

ORGANIGRAMA 5
TIPO COORDINACIÓN MUNICIPAL



FUENTE: Manual de Organización Tipo de Coordinación Municipal 2010

Sin duda alguna, todas las funciones asignadas a esta coordinación están relacionadas con los municipios, sin embargo, destacaremos dos

- Elaborar, integrar, analizar y mantener actualizado el Diagnóstico de Salud Municipal, de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- Gestionar ante las autoridades municipales correspondientes, y ante las instancias de salud y educación públicas y privadas, apoyos para la prestación de los servicios de atención médica en las unidades a cargo de la coordinación (Secretaría de Salud, 2010 a).

Esta última, refleja la necesidad que existe por parte de la Coordinación de solicitar apoyo a los municipios, aunque no especifica de qué tipo, se sabe que es de tipo económico y logístico para la realización de actividades en conjunto.

Dentro de la estructura orgánica de la Coordinación existen cinco unidades que proporcionan los servicios de salud pública a población abierta; el análisis de ellas es muy importante para el presente caso de estudio, lo cual derivará si el servicio

es suficiente y abarca a toda la población de una comunidad, de un municipio o región.

Consultorio comunitario

Surge como consecuencia de la construcción del Modelo de Atención a la Salud del Estado de México (MASalud) en 2005, el cual tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los mexiquenses, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el Sistema Estatal de Salud.

El MASalud considera al consultorio comunitario como un órgano desconcentrado por servicio, de carácter sustantivo, al que se transfieren prestaciones médicas de atención primaria a la salud y se desarrollan actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes ambulatorios; así como proporciona servicios intramuros y extramuros (Secretaría de Salud, 2010 b).

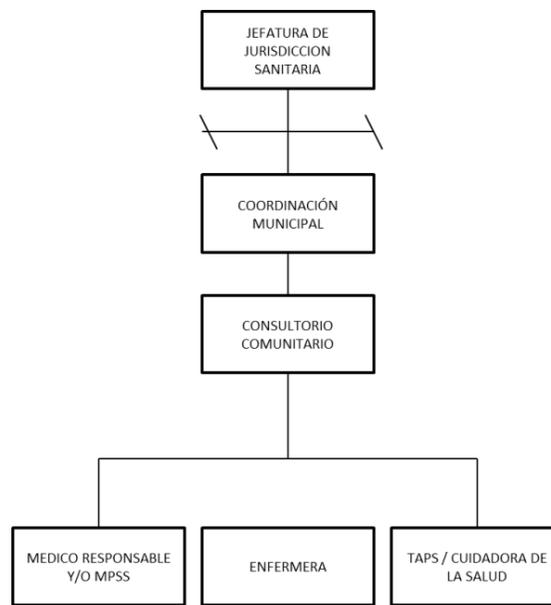
Un consultorio comunitario debe contar con un médico y/o una enfermera general, y/o un técnico en atención primaria a la salud (TAPS) o cuidadora de la salud (C.S.) y las auxiliares de la salud, además el área geográfica que debe cubrir con una población promedio de 3,000 habitantes o 500 familias y tiene varias modalidades:

- **Brigada móvil:** Módulo en que se transporta de una localidad a otra y que permite atender periódicamente a población dispersa, con todos los servicios de un consultorio comunitario.
- **Consultorio habilitado:** Tomando en consideración que en la entidad funcionan servicios básicos de salud de diferentes sistemas como DIFEM, municipios, etc., en instalaciones que son ajenas al ISEM y que no llenan las especificaciones requeridas, éstos se asumirán a los consultorios comunitarios, habilitándoles sus instalaciones para su mejor funcionamiento.
- **Casa de salud:** Espacio físico proporcionado generalmente por los habitantes de la comunidad rural dispersa. Es el primer eslabón en la red de servicios de salud para estas localidades. Puede ser sede de las brigadas móviles que visitan la comunidad periódicamente. El cuidado y la seguridad de esta unidad está a cargo de un promotor de salud de la propia comunidad.

- **Unidad móvil:** Es un vehículo habilitado para ofrecer servicios de consulta externa médica, odontológica y de enfermería, cuenta con una ruta preestablecida y sede.
- **Consultorio subcontratado:** El consultorio es privado, pero mediante un contrato con el médico propietario, éste atiende a pacientes de la responsabilidad del ISEM y el servicio y los pacientes son coordinados por el centro de salud que le corresponda (Secretaría de Salud, 2010 b).

Su estructura orgánica es la siguiente:

**ORGANIGRAMA 6
CONSULTORIO COMUNITARIO**



FUENTE: Manual de Organización tipo de Consultorio Comunitario 2010

Centro de Salud

Desde 1956 se crearon los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, antecedente de los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salud y Asistencia, construyéndose alrededor de 2,000 centros de salud en la década de los 70, de los cuales la mayoría se ubican en el medio rural. De esta forma es como se incorporó el centro de salud; se redefinieron rangos y coberturas de población, se formularon manuales de organización para cada tipo de unidad y la guía

metodológica para la atención modular, con el propósito de alcanzar la plena cobertura, facilitar el acceso e incrementar la calidad de los servicios.

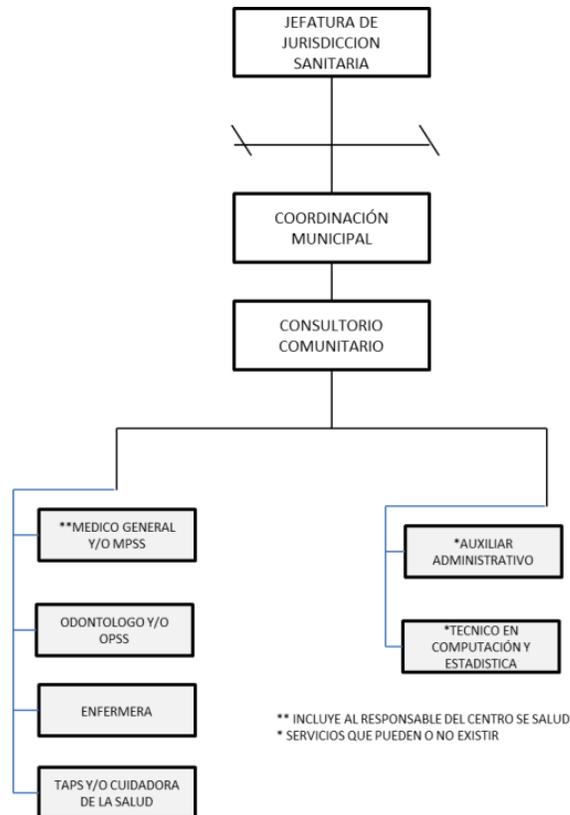
Para ello, se implementó como estrategia el Núcleo Básico de operación, el cual estaba formado por un médico general y uno o más recursos auxiliares instrumentándose así el Programa de Desarrollo Integral y Atención Primaria a la Salud, se definió que el área geográfica de responsabilidad atendería de 450 a 500 familias, o bien de 2,500 a 3,000 habitantes a la cual se le identificó como microrregión y actualmente se denomina Área Geoestadística Básica (AGEB).

Los centros de salud contaban anteriormente desde uno hasta doce núcleos básicos de salud, de acuerdo con las necesidades locales regionales. Independientemente de su complejidad, basaban su operación en la formulación de un diagnóstico de salud que se establecía preferentemente con la participación de la comunidad.

El objetivo general es otorgar servicios de atención primaria de salud a la población abierta en el área geográfica determinada, con la finalidad de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a algún padecimiento que ponga en riesgo la salud de la población (Secretaría de Salud, 2010 c).

Su estructura orgánica es la siguiente:

ORGANIGRAMA 7 CENTRO DE SALUD



FUENTE: Manual de Organización tipo Centro de Salud 2010

Cuenta con diversas funciones, pero se destacan las estas:

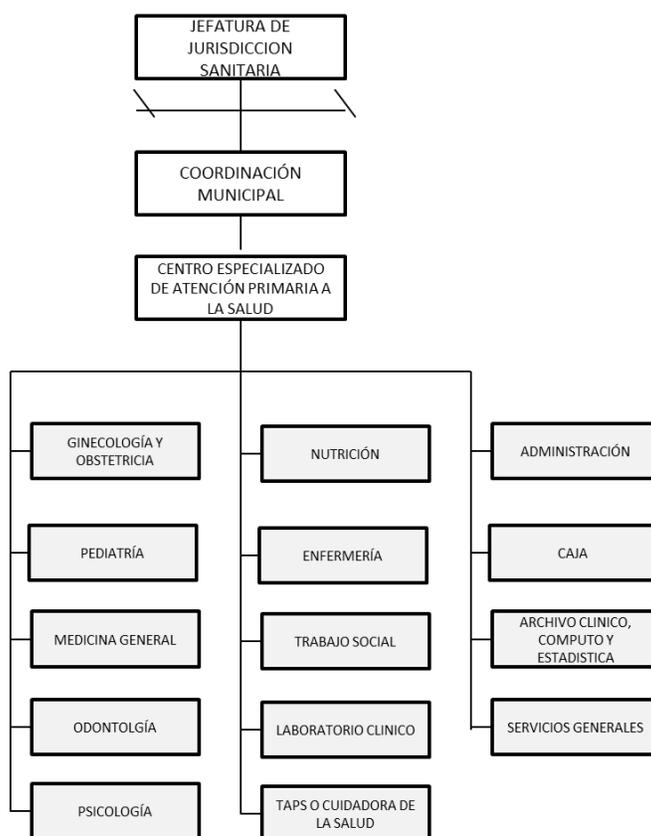
- Proporcionar servicios de atención médica con enfoque de riesgo, mediante acciones de promoción, prevención, curación, control, consulta externa y rehabilitación, de manera oportuna y con calidad al individuo, familia y comunidad, enfocada al cuidado de la salud.
- Otorgar atención estomatológica integral con énfasis en grupos específicos de alto riesgo.
- Operar el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica e informar sobre la frecuencia, distribución y daños a la salud en la población de su área de influencia.
- Desarrollar acciones de educación para la salud a la población de su responsabilidad y fomentar el autocuidado de la salud individual y familiar (Secretaría de Salud, 2010 c).

Centro especializado de atención primaria a la salud

En 2008 cuando se considera crear nuevas unidades de atención, transfiriendo prestaciones médicas generales y de especialidad en atención primaria a la salud, como órgano desconcentrado, denominado centro especializado de atención primaria a la salud que refuerza a las unidades de primer nivel prestando servicios de salud pública y de consulta general; odontológica, nutricional y de especialidad obstétrica y pediátrica, que habrán de proporcionarse a los usuarios de responsabilidad sin exclusión de los que no sean, en el ámbito geográfico determinado.

Su estructura orgánica se presenta a continuación:

ORGANIGRAMA 8
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD



FUENTE: Manual de Organización Tipo Centro especializado de atención primaria a la salud

Sus funciones principalmente son desarrollar actividades de planeación, gestión, coordinación y evaluación de las actividades realizadas a la Coordinación Municipal (CM) y la Jurisdicción Sanitaria que le corresponde.

Hospital municipal

Este nivel tiene como objetivo principal preservar la salud mediante acciones hospitalarias, tanto de promoción, prevención, como de curación y rehabilitación; cuenta con diversas funciones entre las que destacan⁶:

- Brindar atención médica integral, proporcionando servicios de consulta externa, general y de especialidad, con calidad y oportunidad al individuo, a la familia y a la comunidad, enfocada al cuidado de la salud.
- Coordinar y vigilar que la referencia y contrarreferencia entre las unidades de primero y segundo nivel de atención se realice de manera adecuada.

Unidades de especialidad médica

Se conforman por servicios ambulatorios de salud mental, contra las adicciones, sobrepeso, riesgo vascular y diabetes, y odontológica, con tecnología de vanguardia conforme a las normas técnicas aplicables y al modelo de atención a la salud (MASalud).

Este nivel presenta cobertura mayor hacia la población y algunas de sus funciones son las siguientes:

- Promover y operar permanentemente las actividades de los comités de la unidad de especialidad médica.
- Elaborar y ejecutar programas de investigación básica y clínica en la especialidad que atiende la unidad (Secretaría de Salud, 2010 a).

⁶ La estructura orgánica del nivel hospital municipal y unidades de especialidad médica no fue posible integrarla porque no se encontró información.

2.2. ELECCIÓN DE INDICADORES PARA EVALUAR LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Una evaluación de los servicios de salud requiere contar con información que admita medir el desempeño de la operación del sistema de salud que se esté analizando, sea nacional, estatal y de existir, el municipal.

Sin embargo, para expresar correctamente la información derivada en materia de salud, se requiere el uso de indicadores que facilite presentar información objetiva y veraz que pueda ser verificable, es decir, una evaluación de los servicios que se prestan a la ciudadanía. Básicamente tienen dos funciones: una descriptiva y una valorativa.

Los indicadores tienen dos funciones básicas; En primer lugar, una función descriptiva, que consiste en la aportación de información sobre el estado real de una actuación o programa y, a su vez, una función valorativa, que consiste en añadir a dicha información un juicio de valor lo más objetivo posible, sobre si el desempeño en dicho programa está siendo o no el adecuado.

En general los indicadores permiten:

- Establecer los compromisos y magnitud de los retos a lograr para satisfacer las necesidades de la población.
- Detectar y prevenir desviaciones que puedan impedir el logro de los objetivos, manteniendo en control la operación.
- Autoevaluarse y mejorar la prestación de bienes o servicios de las entidades públicas.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos.
- Informar a la comunidad sobre el cumplimiento de los objetivos y resultados de la gestión (Martinez Vilchis, Guadarrama Rico, & Patiño, 2007).

2.2.1. Indicadores en salud

Un indicador en salud puede reflejar el estado de las condiciones sanitarias que guarda determinado sector de la población y brinda elementos para revisar la ocurrencia de una enfermedad, de los servicios o de otros eventos relacionados, así, para la OMS (2001) un indicador en salud es:

una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población

especificada.” En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud sanitaria de una población y sirven para vigilarla y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación.

De manera general, un conjunto básico de indicadores de salud, tiene como propósito generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación de desigualdades en salud, evidencia que —a su vez— debe servir de base empírica para la determinación de grupos humanos con mayores necesidades en salud, la estratificación del riesgo epidemiológico y la identificación de áreas críticas como insumo para el establecimiento de políticas y prioridades en salud. La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud.

El objetivo de presentar diferentes opciones de indicadores es contar con un instrumento que permita definir una base de los mismos para evaluar al Estado de México y el caso de estudio en materia de salud. Analizar estos indicadores mostrará el curso de los recursos asignados y qué estrategias se han llevado a cabo financieramente y administrativamente. En tal caso realizar una revisión de los indicadores ya elaborados en la materia por instituciones encargadas del tema.

2.2.2. Indicadores Internacionales

Organización Mundial de la Salud

Es una autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el mundo, propone una serie de indicadores para revisar el estado de salud en alguna región del planeta, se rescata en el siguiente cuadro:

CUADRO 10
INDICADORES EN SALUD PROPUESTOS POR LA OMS PARA LA EVALUACIÓN DE LA
SALUD MUNDIAL

Esperanza de Vida al nacer—para los dos sexos	Tasa anual de crecimiento del PNB	% de población con facilidades de disposición adecuada de excretas- Total	Cantidad de ayuda internacional para salud recibida (en millones de US\$)
Esperanza de Vida en 65 años—para los dos sexos	% de pobreza (total)	El Gasto Total en Salud como un porcentaje del Producto Nacional Bruto, PNB	Cantidad de ayuda dada para salud (millones de US\$)
Tasa de Mortalidad Infantil—para los dos sexos	% de pobreza en áreas rurales	% del Gasto Nacional de Salud dedicado a la asistencia médica local	Apoyo continuo a la Política Salud para Todos
Probabilidad de muerte antes de los 5 años—para los dos sexos	tasa de alfabetismo (para los sexos)	Gasto total del gobierno en salud como % de PNB	Participación Comunitaria
Tasa de Crecimiento anual de la población (%)	% de recién nacidos con peso de al menos 2 500 g al nacer	Gasto total del gobierno en salud como % del total de gastos del gobierno	Distribución equitativa de recursos
Tasa total de fertilidad	% de niños con peso para la edad y/o estatura para la edad aceptable	Gasto total del gobierno en salud per cápita (US\$)	% de mujeres embarazadas atendidas por personal capacitado durante el embarazo
Tasa bruta de nacimientos	% de niños con peso para la edad aceptable únicamente	Gasto recurrente del gobierno en salud como % del total de gastos en salud	% de partos atendidos por personal capacitado
Tasa bruta de muertes	% de niños con estatura para la edad aceptable únicamente	% de gastos recurrentes del gobierno en salud vigentes para salarios	% de niños atendidos por personal capacitado
PNB per capita (US \$)	% de la población de más de 15 años que regularmente fuma—Total	% de drogas esenciales disponibles en caso de instalaciones lejanas	% de mujeres de en época de parto que están usando planificación familiar
Producto Interno Bruto per cápita (PPP\$)	% de población con abastecimiento de agua potable—Total	Cantidad de ayuda internacional para salud recibida como % del total de gastos del gobierno	% de población con acceso a la asistencia médica local
		DMFT a la edad de 12 años (valor medio)	Tasa de mortalidad Materna (por 100 000 nacimientos vivos)

FUENTE: <http://www.who.int/gho/es/> 2010

Organización Panamericana de Salud (OPS)

Es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia, dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Es parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas, de la OMS. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

La OPS lanzó una iniciativa llamada Datos Básicos en Salud (DBS) en 1995 para monitorear el alcance de metas en salud y el cumplimiento de mandatos adoptados por OPS/OMS y sus Estados miembros en la región de las Américas. Con ésta se busca proporcionar una plataforma estandarizada de información sobre la situación de salud y sus tendencias como insumo estratégico para: la formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud; la reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública; la programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica; la movilización de recursos; y la disseminación de información técnica en salud (PAHO, 2001).

Sus indicadores se basan en cinco factores que cito en el siguiente cuadro:

CUADRO 11
INDICADORES EN SALUD PROPUESTOS POR LA OPS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MUNDIAL

A. Demográficos	B. Socioeconómicos	C. Mortalidad	D. Morbilidad y Factores de Riesgo	E. Recursos, Servicios, Cobertura
-----------------	--------------------	---------------	------------------------------------	-----------------------------------

FUENTE: <http://www.paho.org> 2010

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

Agrupación a 34 países miembros, México es integrante desde 1994; su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo para compartir experiencias y buscar soluciones a problemas comunes, en materia de salud, presentan una serie de indicadores de los países miembros.

CUADRO 12
INDICADORES EN SALUD PROPUESTOS POR LA OCDE PARA LA EVALUACIÓN DE LA
SALUD MUNDIAL

• Las causas de mortalidad, suicidios, muertes por cada 100 000 habitantes
• Cobertura de seguro de salud
• Camas de hospital, la densidad por cada 1 000 habitantes
• Tasa de mortalidad infantil, muertes por cada 1 000 nacidos vivos
• Exámenes de resonancia magnética, por cada 1 000 habitantes
• Las mujeres con sobrepeso u obesidad
• Hombres con sobrepeso u obesidad
• Médicos, densidad por cada 1 000 habitantes
• El gasto público en salud, % del total
• El gasto en salud pública, % del PIB
• El consumo de tabaco, % de la población adulta que son fumadores diarios
• Gasto total en salud
• Gasto total en salud por habitante

FUENTE: <http://www.ocde.org> 2010

Banco Mundial

Organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas, que se define como una fuente de asistencia financiera y técnica para los llamados países en desarrollo, que se ha propuesto dos objetivos: acabar con la pobreza extrema y promover la prosperidad compartida. En materia de salud propone los siguientes indicadores:

CUADRO 13
INDICADORES EN SALUD PROPUESTOS POR EL BANCO MUNDIAL PARA LA EVALUACIÓN
DE LA SALUD MUNDIAL

Crecimiento de la población (% anual)	Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)
Embarazadas que reciben atención médica prenatal (%)	Población entre 15 y 64 años de edad (% del total)
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	Población, mujeres (% del total)
Esperanza de vida al nacer, total (años)	Población, total
Esperanza de vida al nacer, varones (años)	Prevalencia de desnutrición, altura para la edad (% de niños menores de cinco años)
Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)	Prevalencia de desnutrición, peso para la edad (% de niños menores de cinco años)
Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años)
Gasto en salud, total (% del PIB)	Prevalencia de VIH, mujeres (% entre 15 y 24 años de edad)
Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud)	Prevalencia de VIH, total (% de la población entre 15 y 24 años de edad)
Incidencia de tuberculosis (por cada 100 000 personas)	Prevalencia de VIH, varones (% entre 15 y 24 años de edad)
Inmunización contra el sarampión (% de niños entre 12 y 23 meses de edad)	Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)
Inmunización con vacuna DPT (% de niños entre 12 y 23 meses de edad)	Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)
Madres adolescentes (% de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron hijos o se encuentran embarazadas en la actualidad)	Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1 000 nacidos vivos)
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)	Tasa de mortalidad en un año (por cada 1 000 personas)
Mejora de las instalaciones sanitarias, sector urbano (% de la población con acceso)	Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100 000 nacidos vivos)
Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total)	Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1 000)
Necesidades de anticoncepción insatisfechas (% de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad)	Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1 000 personas)
Población de 65 años de edad y más (% del total)	

FUENTE: <http://www.bancomundial.org> 2010

2.2.3. Indicadores nacionales

Indicadores usados a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En México, la Secretaría de Salud es la instancia responsable de la evaluación de los servicios de salud, la realiza a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño y muestra los indicadores en salud:

medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma (Dirección General de Evaluación del desempeño, 2010).

Su propuesta es muy amplia, por ello, presento solo los indicadores más rutinarios en el siguiente cuadro.

CUADRO 14

INDICADORES USADOS RUTINARIAMENTE DENTRO DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN MÉXICO A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.

INDICADORES USADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	INDICADORES USADOS EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS DE CONSULTA EXTERNA
Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano	Promedio de consultas por consultorio
Porcentaje de ocupación hospitalaria	Porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre
Promedio de días de estancia hospitalaria	Promedio de consultas prenatales
Porcentaje de partos por cesárea	Porcentaje de consultas por infección respiratoria aguda
Razón de médicos por cama censable	Porcentaje de pacientes controlados con hipertensión arterial

FUENTE: DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SSA 2010

Propuesta de indicadores en salud: Desarrollos Instrumentales de un Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión por Resultados.

La propuesta presentada en este documento se apega al objetivo de este apartado, pues nos muestra una batería de indicadores que mide servicios médicos que permiten encontrar resultados cuantitativos y se ven reflejados en el siguiente cuadro:

CUADRO 15
PROPUESTA DE INDICADORES EN SALUD
DESARROLLOS INSTRUMENTALES DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR RESULTADOS.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	INTERPRETACIÓN
Cobertura de los servicios de salud	$\frac{\text{Población con acceso a los servicios de salud}}{\text{población total}} \times 100$	%	Indica el porcentaje de la población total que recibe atención en las unidades médicas del sector salud.
Tiempo de atención médica	Número de horas de atención por día	Horas x día	Señala el número de horas que se otorga atención médica al día en las unidades médicas del primer nivel del sector salud.
Calidad del servicio	$\frac{\text{Población}}{\text{número de médicos}}$	Habitantes x médico	Refleja el número de personas que en promedio le corresponde atender a cada médico del sector salud que presta sus servicios en las diferentes instituciones de salud que operan en él. Entre menor número de personas por médico, mayor en la calidad del servicio.
Capacidad de hospitalización	$\frac{\text{Población}}{\text{número de camas censables}}$	Habitantes x cama	Refiere el promedio de número de habitantes por cada cama censable que existe en las unidades médicas del sector salud.

Fuente: Desarrollo Instrumentales de un Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión por resultados 2007

Recordar que el objetivo de este trabajo de investigación consiste en revisar los servicios médicos y no epidemiológicos, por lo que una vez revisados los

indicadores existentes relacionados a la salud, se considera que los siguientes son los que se adecuan más al caso de estudio.

CUADRO 16
INDICADORES PROPUESTOS PARA LA INVESTIGACIÓN

INDICADOR	DESCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Consultorios por 1 000 habitantes 	Relación del número de consultorios existentes (de medicina general y/o familiar, de especialidad u otros) entre la población de responsabilidad institucional por 1 000 habitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos por 1 000 habitantes 	Relación del número total de médicos entre la población de responsabilidad institucional por 1 000 habitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Camas censables 	Relación del número de camas censables disponibles entre la población de responsabilidad por 1 000 habitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Gasto en Salud 	Cuantifica el gasto total en salud como porcentaje del PIB.
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Universal 	Consiste en garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud.

FUENTE: Elaboración propia con base en todos los indicadores presentados.

Sin embargo, los anteriores indicadores no ofrecen una propuesta específica hacia los municipios, por lo que al adentrarse respecto a su participación en los servicios de salud, se utilizará la propuesta de la Agenda para el Desarrollo Municipal; por el momento solo se presenta en qué consiste, pues más adelante se desarrollará ampliamente.

La Agenda para el Desarrollo Municipal es un programa y una metodología, desarrollada en México por la Secretaría de Gobernación a través del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal –INAFED-, para lograr un diagnóstico adecuado de las condiciones de los

municipios y sus gobiernos, y en ese sentido, enfocar los programas y acciones de los tres órdenes de gobierno, federal, estatal y municipal, impulsando condiciones de equidad entre los municipios mexicanos para alcanzar un desarrollo integral en los mismos (SEGOB, 2014).

2.3. REVISIÓN DE INDICADORES EN SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

Una vez presentada la estructura orgánica de la Secretaría de Salud y del Instituto de Salud del estado de México, es necesario fundamentar si es suficiente para cubrir las necesidades de la población del Estado de México, utilizando indicadores que permitan establecer objetividad en los resultados; siendo estos indicadores:

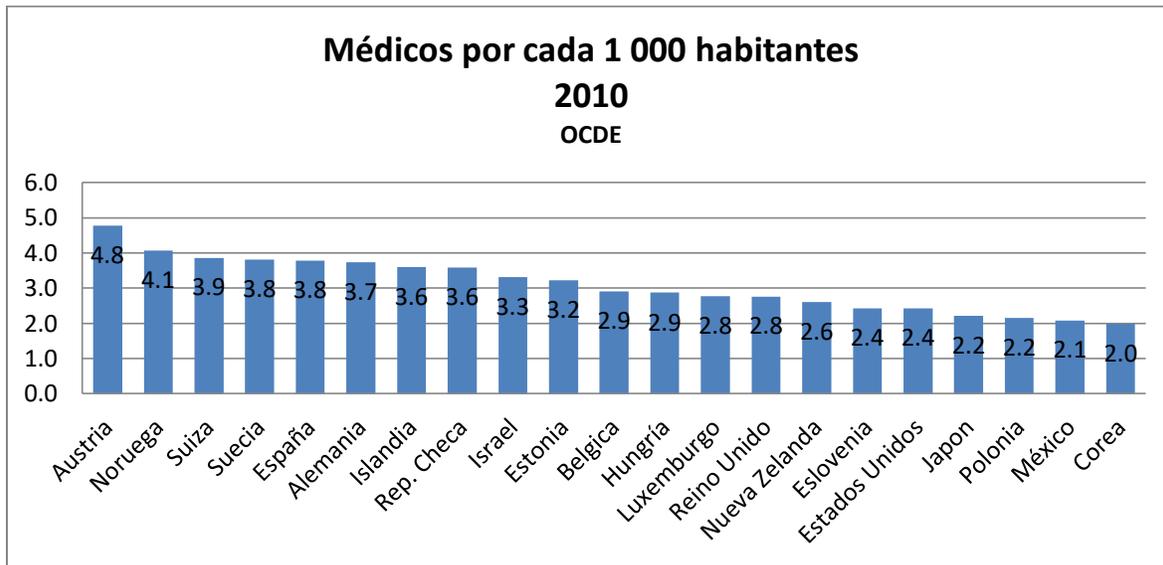
- Consultorios por 1 000 habitantes
- Médicos por 1 000 habitantes
- Camas censables
- Gasto en Salud
- Cobertura Universal

Por ende, previamente presentaré cómo se encuentran estos indicadores a nivel internacional y nacional para tener un punto de comparación y una base crítica del caso de estudio.

2.3.1. Médicos por habitantes

Consiste en la relación del número de médicos existentes entre la población de responsabilidad institucional, por cada 1 000 habitantes.

GRÁFICA 1



FUENTE: Elaboración propia con base en <http://www.oecd-ilibrary.org/social/2010>

Según los datos expuestos, México aún no cumple con la pauta establecida por la OCDE, esta tiene un parámetro de 3.2 por cada 1 000 habitantes, cabe destacar que otras organizaciones como el Banco Mundial marcan en sus estadísticas a países no miembros de la OCDE con niveles más altos y a México lo coloca en 2.0 en 2010 y 2.1 para 2011.

CUADRO 17
INDICADORES DEL DESARROLLO MUNDIAL
DEL BANCO MUNDIAL

Médicos (por cada 1 000 personas)

PAÍS	AÑO 2010
Qatar	7.7
Cuba	6.7
Grecia	6.1
Bielorrusia	5.1
Austria	4.8
Georgia	4.7
México	2.0

FUENTE: <http://datos.bancomundial.org/indicador/2010>

Para el caso del Estado de México, se registran las siguientes cifras del indicador médicos por cada 1 000 habitantes.

CUADRO 18
MÉDICOS POR HABITANTE

ENTIDAD	POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA AL 2011	PERSONAL MÉDICO	HABITANTES/PERSONAL MÉDICO
Estado de México	15,416,461	17,906	861

FUENTE: Elaboración propia con base en: Estadística básica municipal del sector salud IGCEM 2012

Para determinar el número de médicos por habitantes, se aplica la siguiente fórmula propuesta por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud a nivel nacional.

$$\text{Médicos por mil habitantes} = \frac{\text{Número total de médicos}}{\text{Total de población de responsabilidad institucional}} \times 1,000 \quad \text{Razón por mil habitantes}$$

FUENTE: Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, S.S.A. 2012

Al emplear la formula da como resultado 1.16 médicos por cada 1 000 habitantes del Estado de México, cantidad que está por debajo de la cifra nacional y de lo establecido por la OCDE; se necesitaría duplicar el número actual para colocarse al nivel nacional y un aproximado de 50 000 médicos para estar con los estándares de la OCDE.

2.3.2. Consultorios por habitantes

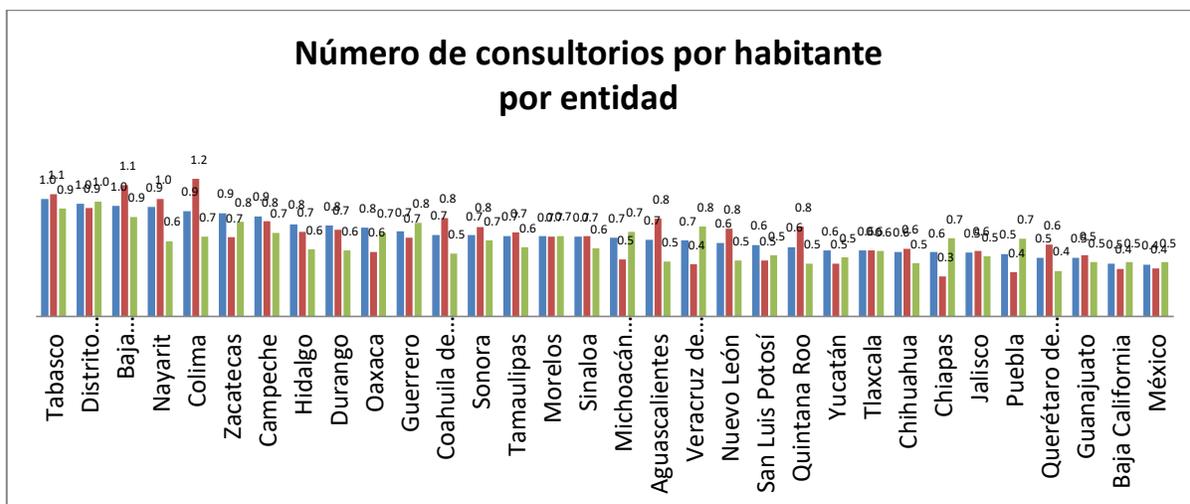
Relación del número de consultorios existentes (de medicina general y/o familiar, de especialidad u otros) entre la población de responsabilidad, la fórmula para su cálculo es:

$$\text{Consultorios médicos por mil habitantes} = \frac{\text{Total de unidades médicas}}{\text{Total de población de responsabilidad institucional}} \times 1,000 \quad \text{Razón por mil habitantes}$$

FUENTE: Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, S.S.A. 2012

De este índice no se encontró información en los organismos internacionales como la OCDE o el Banco Mundial, la OMS y por la OPS; pero a nivel nacional sí se encontró información por lo que se representa un resultado sobre la base de un comparativo con los demás estados de la república.

GRÁFICA 2



FUENTE: Elaboración propia con base en <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html> 2012

A nivel nacional se cuenta con una disponibilidad de 0.6 consultorios por cada 1 000 habitantes y el Estado de México se encuentra en 0.4 debajo de la media nacional y de nueva cuenta refleja la insuficiencia de este servicio, según la gráfica 2 a nivel nacional. Este dato también puede ser corroborado en el Plan de Desarrollo 2011–2017 en donde se reconoce esta deficiencia.

CUADRO 19

UNIDADES MEDICAS POR HABITANTES

ENTIDAD	POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA AL 2011	TOTAL DE UNIDADES MÉDICAS	HABITANTES/UNIDAD MÉDICA
Estado de México	15,416,461	1809	8522

FUENTE: Elaboración propia con base en Estadística básica municipal del sector salud IGECEM 2012.

2.3.3. Camas censables

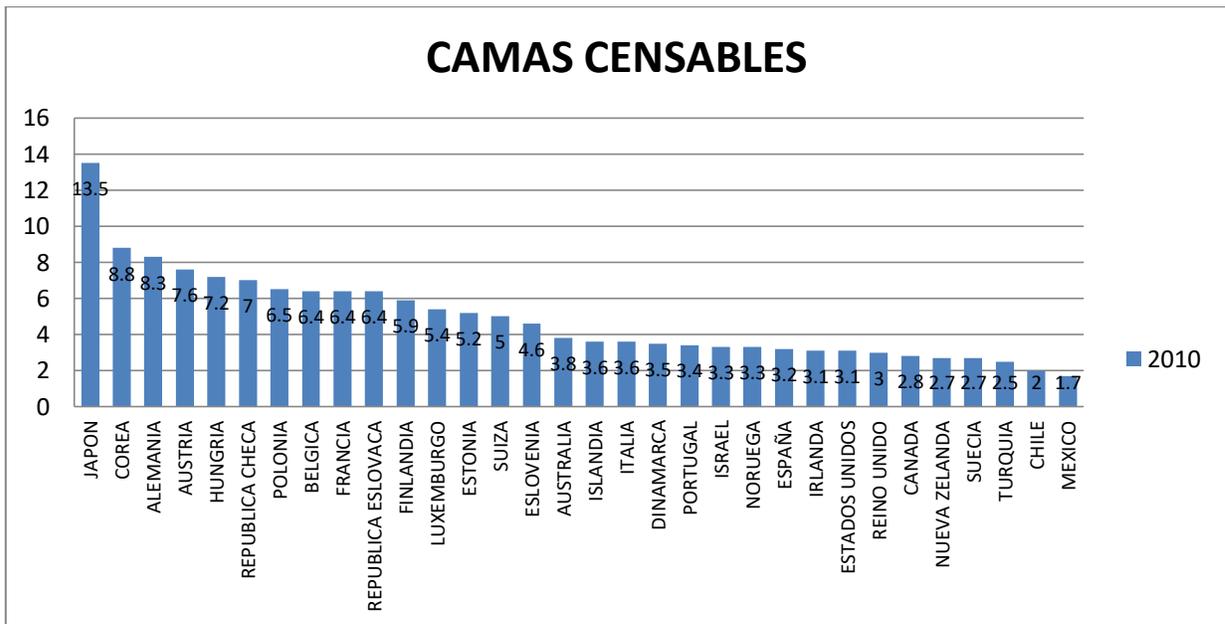
Este indicador se refiere a la relación del número de camas censables disponibles entre la población de responsabilidad por cada 1 000 habitantes, su fórmula es la siguiente:

$$\text{Relación del número de camas censables disponibles entre la población de responsabilidad por mil habitantes} = \frac{\text{Número de camas censables}}{\text{Total de población de responsabilidad institucional}} \times 1,000 \quad \text{Razón por mil habitantes}$$

FUENTE: Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, S.S.A. 2012

La OCDE tiene una media porcentual de 4.8 camas, México está 3.1 puntos debajo de la media y se coloca en el último lugar de la lista de los países que presentan información al respecto. La OPS coloca a México también con 1.7 camas estando muy debajo de países como Cuba con 5.1 y Argentina con 4.5

GRÁFICA 3



FUENTE: Elaboración propia con base en <http://www.oecd-ilibrary.org/social> 2012

En el caso del Estado de México, por consiguiente, la información al respecto es:

CUADRO 20
CAMAS CENSABLE POR HABITANTE

ENTIDAD	POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA AL 2011	TOTAL DE CAMAS CENSABLES	HABITANTES/CAMA CENSABLE
Estado de México	15,416,461	8,745	1763

FUENTE: Elaboración propia con base en Estadística básica municipal del sector salud IGECEM 2012.

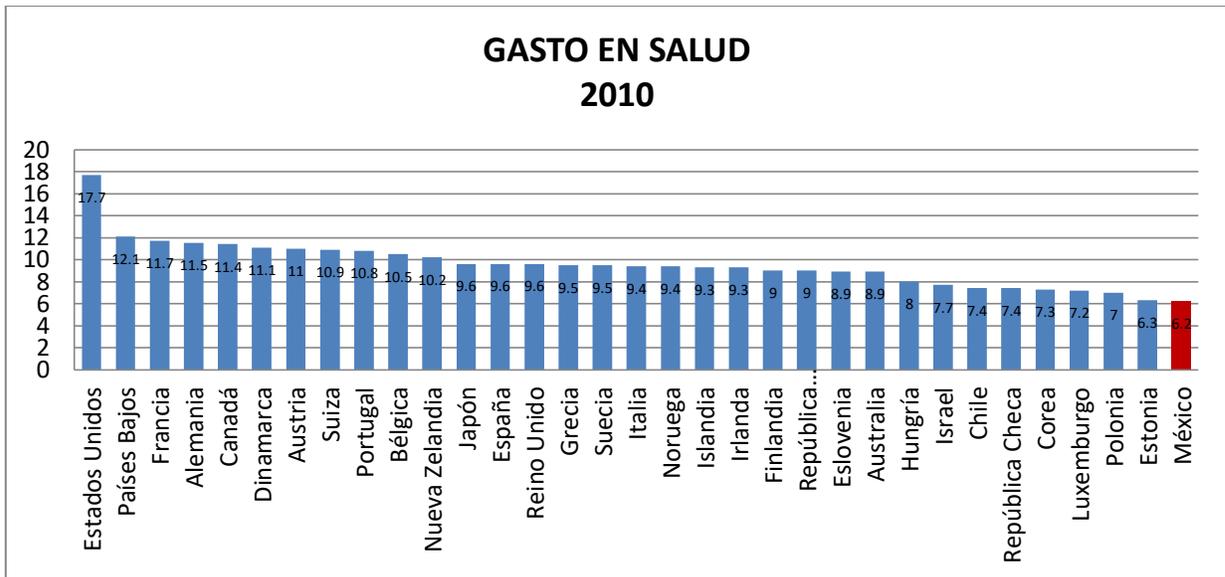
Según las cifras reflejadas en el Plan de Desarrollo 2011-2017 del Estado de México, arroja en 0.5 camas por cada 1 000 habitantes. Debajo del nivel nacional y muy lejano de los estándares internacionales.

2.3.4. Gasto en salud

Cuantifica el gasto total en salud como porcentaje del PIB. Los gastos en salud se definen generalmente como las actividades realizadas por instituciones o personas a través de la aplicación del conocimiento médico, paramédico y/o de enfermería y la tecnología; el propósito principal de los cuales es promover, restaurar o mantener la salud.

Para el Banco Mundial el gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud; pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios. Este organismo coloca a México con un gasto promedio de 6.3% para el 2010, debajo de países no miembros de la OCDE como Cuba con 10.6%; en cuanto a su ubicación dentro de los países miembro de la OCDE esta, en el último lugar con un gasto de 6.2% según, la siguiente gráfica.

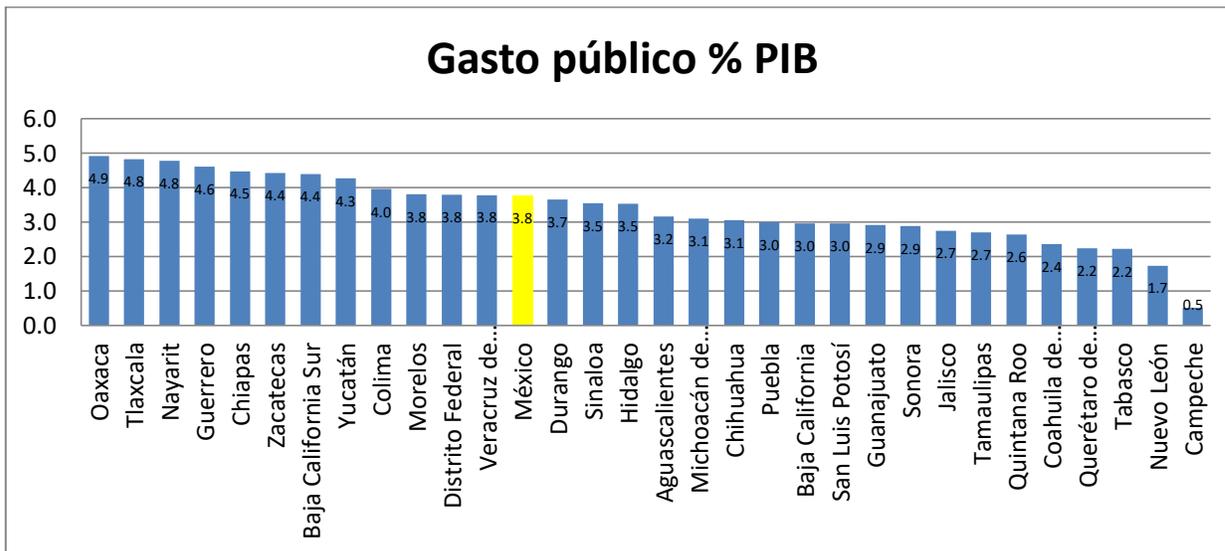
GRÁFICA 4



FUENTE: Elaboración propia con base en <http://www.oecd-ilibrary.org/social> 2012

Como se ha visto, el índice nacional del gasto público es de 6.2% del PIB. Por su parte, el Estado de México, se coloca en la posición 13 a nivel nacional, como enseguida se demuestra:

GRÁFICA 5

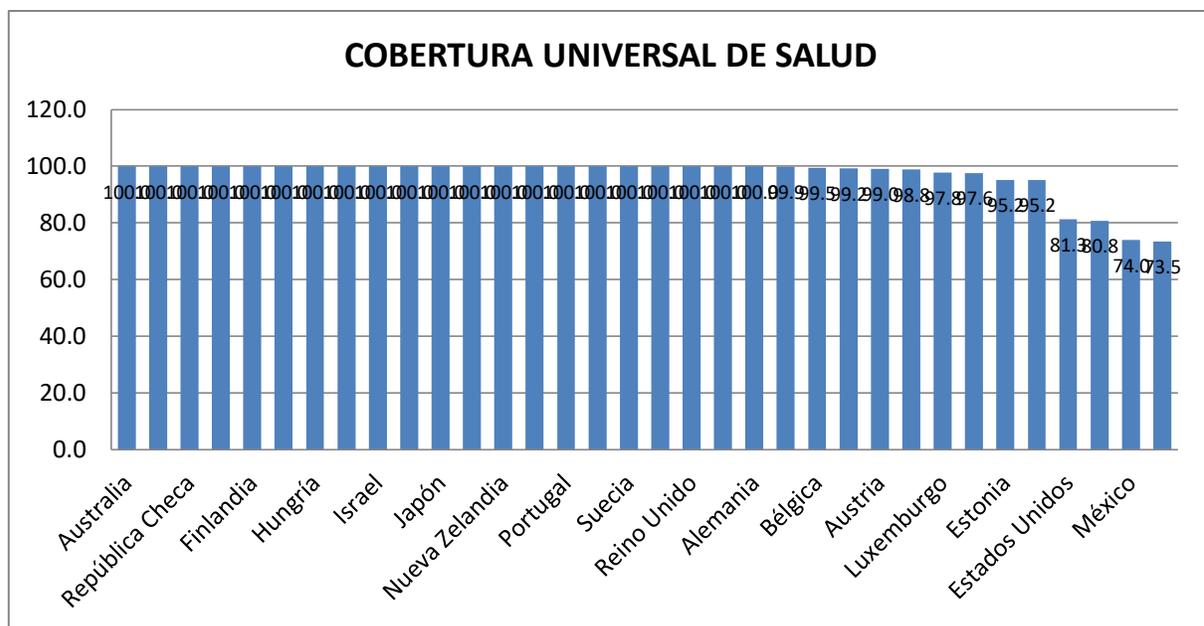


FUENTE: Elaboración propia en base a <http://www.sinais.salud.gob.mx> 2012

2.3.5. Cobertura universal

En México la cobertura en salud es una meta que aún no se alcanza, comparando con los países miembros de la OCDE; se ubica en el penúltimo lugar de los integrantes, con relación a esta gráfica.

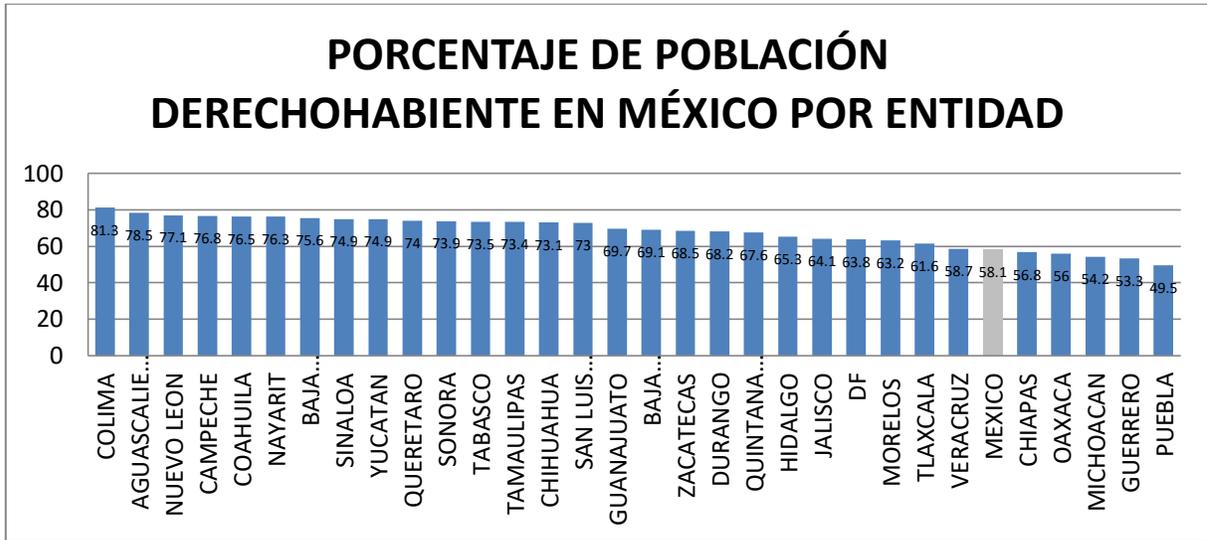
GRÁFICA 6



FUENTE: Elaboración propia con base en <http://www.oecd-ilibrary.org/social> 2012

Para contrarrestar esta insolvencia, a partir del 2000 se implementó el seguro popular, con el objetivo de lograr la cobertura universal y garantizar a todos los mexicanos el derecho a la salud. Este programa en 14 años no se ha concretado al 100% y no ha logrado que todos los ciudadanos accedan a este, que les permite una mejor calidad de vida. Por el momento el porcentaje de derechohabientes en el país es de 74%, mientras que en las entidades federativas se encuentra representado en la siguiente gráfica, donde el Estado de México se ubica en el lugar 27 de 31 estados y el D.F.

GRÁFICA 7



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI 2010

El Estado de México es una entidad a la que aún le falta elevar su cobertura en los servicios de salud, sus resultados se observan en el siguiente cuadro, comparados con el nivel nacional e internacional se encuentra en los últimos lugares.

**CUADRO 21
COMPARATIVO DE RESULTADOS**

INDICADOR	OCDE	MÉXICO	ESTADO DE MÉXICO
Médicos por habitante	3.2	2.1	1.1
Consultorios por habitante		0.6	0.4
Camas censables	4.8	1.7	0.5
Gasto en salud	6.6	6.2	3.8
Cobertura Universal	100	74	58.1

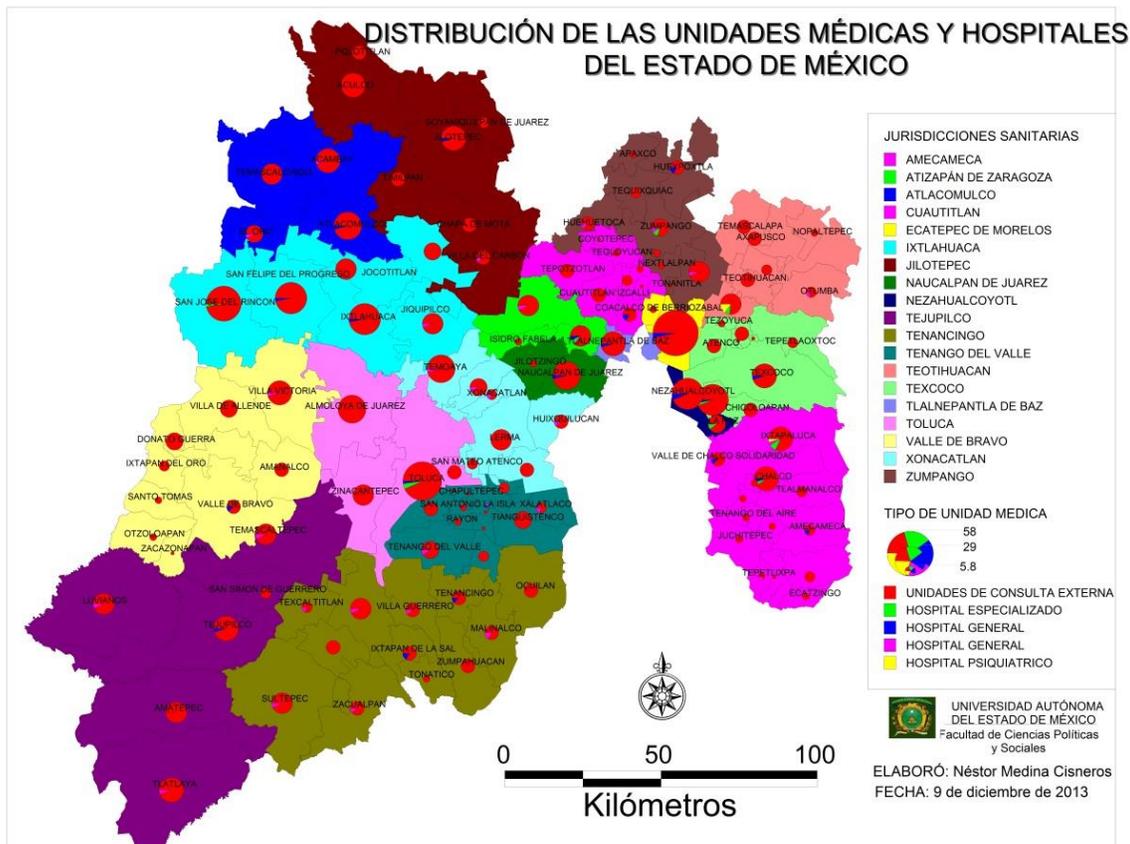
Fuente: Elaboración propia.

El país en sus indicadores en salud comparados con los de la OCDE, el Banco Mundial y la OPS, se encuentra abajo de todos ellos. Las entidades se mantienen en el promedio general y el Estado de México no está entre los niveles

más elevados, por lo que después de esta revisión se concluye que los servicios proporcionados por las instituciones encargadas de la salud, no cumplen la cobertura en recursos físicos, materiales y humanos, por lo que no les permite dar un servicio eficiente, destacando que la población no derechohabiente nada más tiene la opción del servicio privado o los otorgados por la Secretaría de Salud que en la entidad tiene la siguiente cobertura (mapa 3).

A pesar de que con la estructura diseñada para cubrir el territorio estatal abarca todos los municipios del Estado; los indicadores revisados muestran que la cobertura no es del 100%. Aún faltan recursos para estar al nivel de otros países y probablemente elaborar nuevas estrategias para elevar la calidad en los servicios de salud, una posibilidad podría ser la participación municipal.

MAPA 3



FUENTE: Elaboración propia

CAPÍTULO 3. ESTRUCTURA Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL CASO DE ESTUDIO

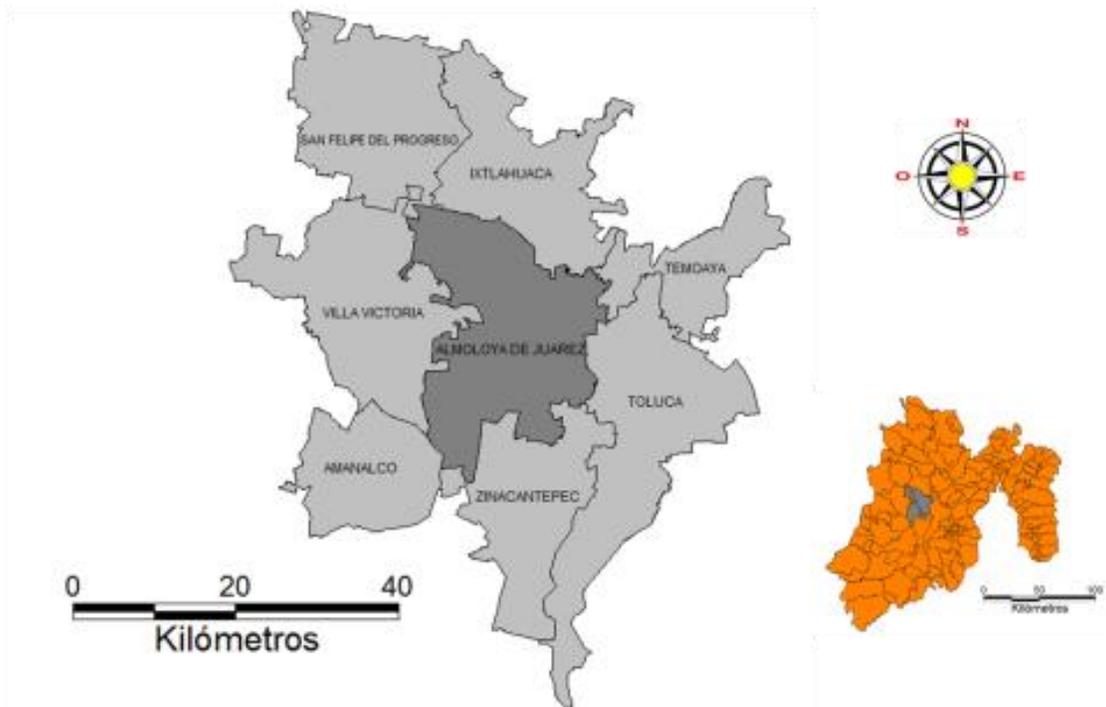
3.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3.1.1. Aspectos geográficos

Almoloya de Juárez se encuentra localizado en el valle de Toluca, al oeste de la capital del Estado de México, al norte con San Felipe del Progreso e Ixtlahuaca, al sur con Zinacantepec, al este con Toluca y Temoaya, y al oeste con Villa Victoria y Amanalco de Becerra; cuenta con una superficie de 483.8 km². Tiene una altitud promedio de 2 605 metros sobre el nivel medio del mar y se encuentra entre las coordenadas siguientes: Longitud oeste 99°42'07", 99°56'13" Latitud norte 19°14'20" 19°33'01" y se integra según el Bando Municipal 2013 por 2 Villas, 54 Delegaciones y 26 Subdelegaciones

MAPA 4

UBICACIÓN Y COLINDANCIAS DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUAREZ



Fuente: Elaboración propia

3.1.2. Población

Tasa de crecimiento

En los últimos diez años el municipio ha mantenido un crecimiento poblacional constante, representado en una tasa de crecimiento de 3.44% de 2005 a 2010, mientras que en el Estado de México en el mismo periodo oscilaba en 2.55%, es decir, la tasa de crecimiento fue mayor a la estatal; de 2000 a 2010 ha habido un incremento de 37,062 habitantes más, situación que para el caso de estudio, tiene como consecuencia que los servicios de salud sean más escasos y no aumenten al mismo ritmo que el crecimiento poblacional.

CUADRO 22

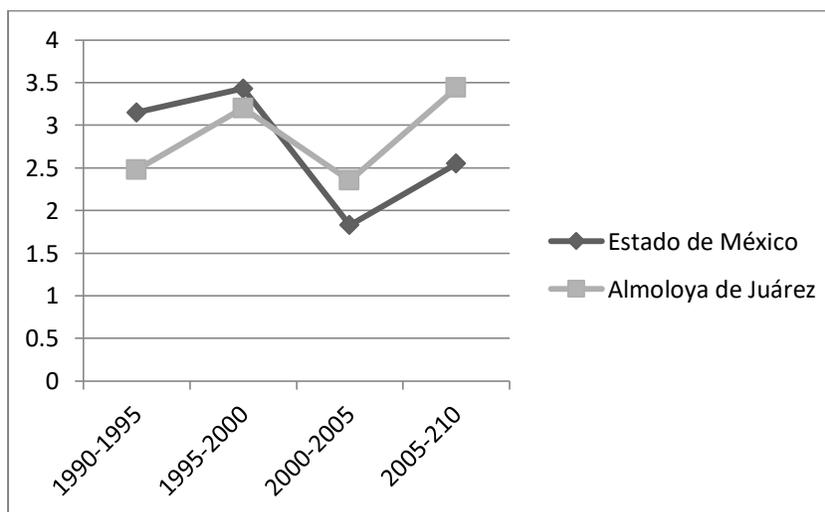
Tasas de Crecimiento Intercensal en el Estado de México y en el municipio de Almoloya de Juárez

ÁMBITO	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-210
Estado de México	3.15	3.43	1.83	2.55
Almoloya de Juárez	2.48	3.2	2.35	3.44

Fuente: Elaboración propia con base en REGIÓN XIII TOLUCA, PROGRAMA REGIONAL, 2012-2017

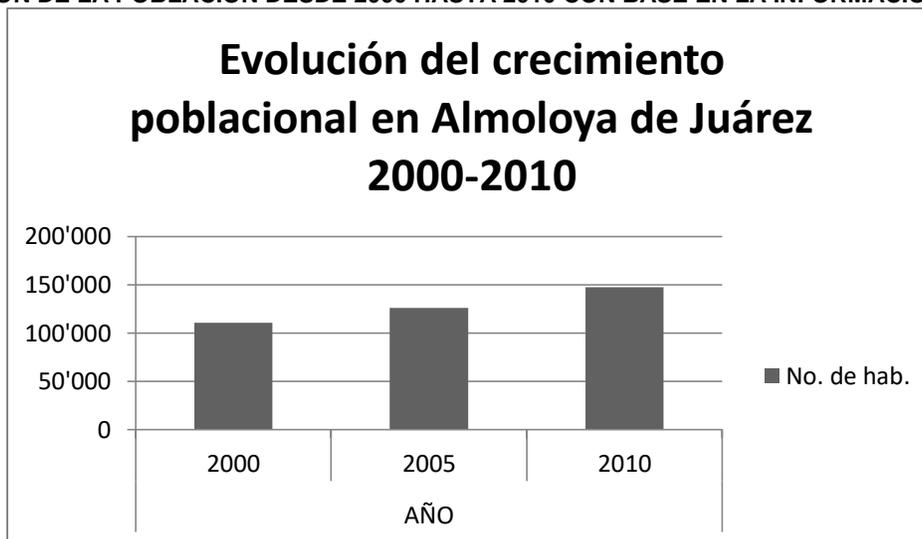
GRÁFICA 8

Tasas de Crecimiento Intercensal en el Estado de México y en el municipio de Almoloya de Juárez



Fuente: Elaboración propia con base en REGIÓN XIII TOLUCA, PROGRAMA REGIONAL, 2012-2017

GRÁFICA 9
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DESDE 2000 HASTA 2010 CON BASE EN LA INFORMACIÓN CENSAL.



FUENTE: Elaboración propia

Población total urbana y no urbana

Comunidad ubicada como semiurbana de acuerdo a la clasificación de los criterios de población presentados en este trabajo, con una población total de 147 653 habitantes para el 2010 clasificados de la siguiente manera:

CUADRO 23
Población total urbana y no urbana, según tamaño de la localidad

		2010
Total		147 653
Urbana	15 000-29 999	16 509
		16 509
No urbana		131 144
Mixta	5 000-9 999	59 245
	2 500-4 999	21 960
		37 285
Rural	1 000-2 499	71 899
	500-999	45 744
	25-499	16 817
	1-249	7 235
		2 103

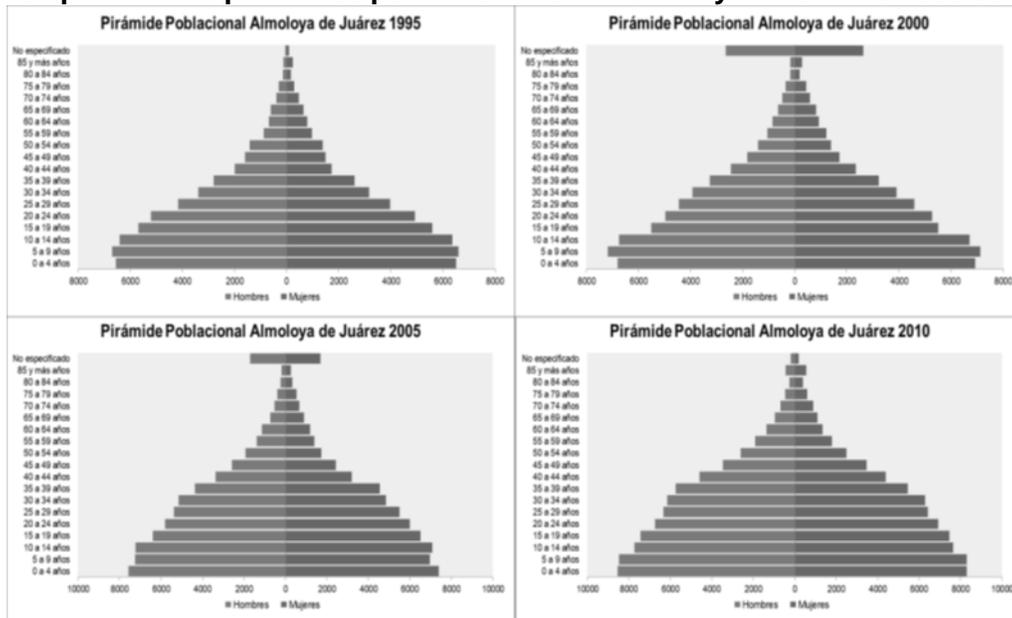
FUENTE: Estadísticas básicas municipales IGCEM 2010

Lo anterior representa que 11.18% de la población sea urbana, el 40.12% mixta y el 48.69% represente a población rural, correspondiente a casi la mitad del municipio.

Pirámide poblacional

Es la representación gráfica de la composición de la población por edades y sexo, proporciona una rápida impresión global de la estructura de la población.

GRÁFICA 10
Comparativo de pirámides poblacionales de Almoloya de Juárez 1995-2010



FUENTE: Plan de Desarrollo Municipal de Almoloya de Juárez 2013-2015

El comparativo anterior refleja una población en crecimiento, es una pirámide de tipo progresiva de base ancha y cima pequeña, el grueso de la población tiene de 0 a 9 años; lo que muestra que los servicios de atención médica deben reforzar sus estrategias hacia el sector infantil.

3.1.3. Pobreza

Puede ser definida como el “conjunto de carencias que sufre una persona, familia o comunidad que afecta la calidad de vida” (COPLADEM, 2012). Es un problema que provoca grandes costos sociales y humanos, entre sus indicadores establecidos para su medición, se encuentran el acceso a la educación, el ingreso corriente, alimentación, servicios básicos, calidad de vivienda y la salud.

Según el Plan de Desarrollo del Estado de México 2012-2017 se identifican dos tipos de pobreza:

- 1) Pobreza multidimensional extrema: recurrente en zonas rurales
- 2) Pobreza multidimensional moderada:

En el caso de Almoloya de Juárez existen las siguientes cifras

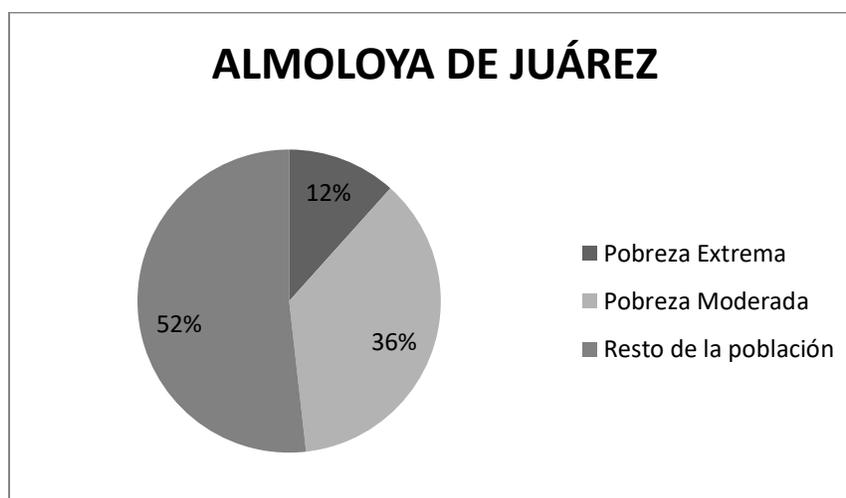
CUADRO 24
Tipos de pobreza

ÁMBITO	Pobreza Extrema	Pobreza Moderada
ALMOLOYA DE JUÁREZ	17 187	54 012

FUENTE: Plan de Desarrollo del Estado de México 2012-2017

Como resultado, se observa que 48.22% de la población vive en algún tipo de pobreza dividida con 11.64% de pobreza moderada extrema y 36.58% de multidimensional moderara; cifras representadas en la siguiente gráfica.

GRÁFICA No. 11



Fuente: Plan de Desarrollo del Estado de México 2012-2017

3.1.4. Marginación

Es vista como un problema estructural de la sociedad, con la característica de estar en desventaja al no contar con facilidades para el desarrollo y encontrarse expuesta a riesgos y vulnerabilidades.

El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar localidades del país según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas adecuadas y la carencia de bienes (CONAPO, 2010).

El progreso de un municipio depende del avance de sus localidades, proporcionando servicios que reduzcan la desigualdad entre las localidades y dotarlas de recursos públicos que alcancen una distribución equitativa.

Para el caso de Almoloya de Juárez, este indicador, presenta una tendencia a la baja, de 2000 a 2010 se ha pasado de un índice de marginación alto a medio, tal como se describe en los siguientes cuadros

**CUADRO 25
COMPARATIVO DEL ÍNDICE DE MARGINACION**

ANO	2000	2005	2010
	ALTO	ALTO	MEDIO
Grado de marginación general	1.7	0.92	-0.352

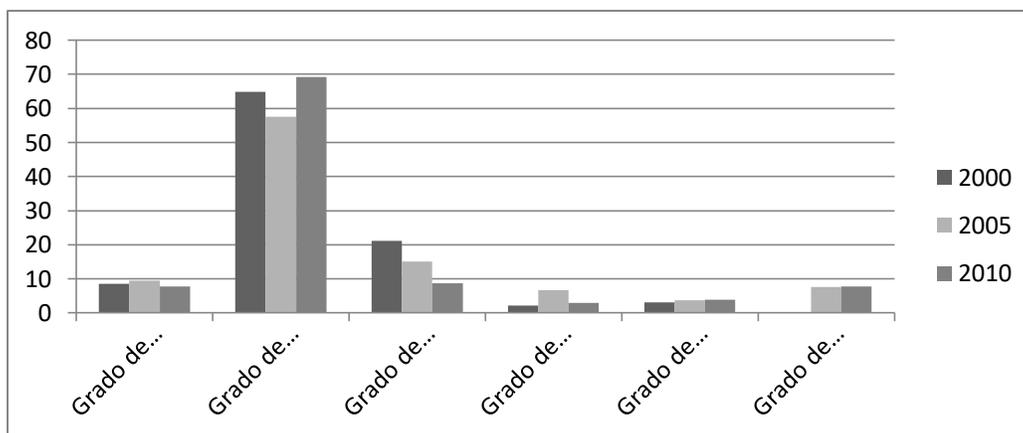
FUENTE: Elaboración propia con base en COESPO, IGECM y CONAPO 2012

CUADRO 26
EVOLUCIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DEL ÍNDICE DE MARGINACIÓN

AÑO	2000		2005		2010	
	Número	%	Número	%	Número	%
Grado de marginación muy alto	8	8.5	10	9.43	8	7.69
Grado de marginación alto	61	64.8	61	57.55	72	69.23
Grado de marginación medio	20	21.2	16	15.09	9	8.65
Grado de marginación bajo	2	2.1	7	6.6	3	2.88
Grado de marginación muy bajo	3	3.1	4	3.77	4	3.85
Grado de marginación n.d.			8	7.55	8	7.69
Total de localidades (Iter, 2005 y 2010)	94	100	106	100	104	100

FUENTE: Elaboración propia con base en COESPO, IGECM y CONAPO 2012

GRÁFICA 12
EVOLUCIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DEL ÍNDICE DE MARGINACIÓN



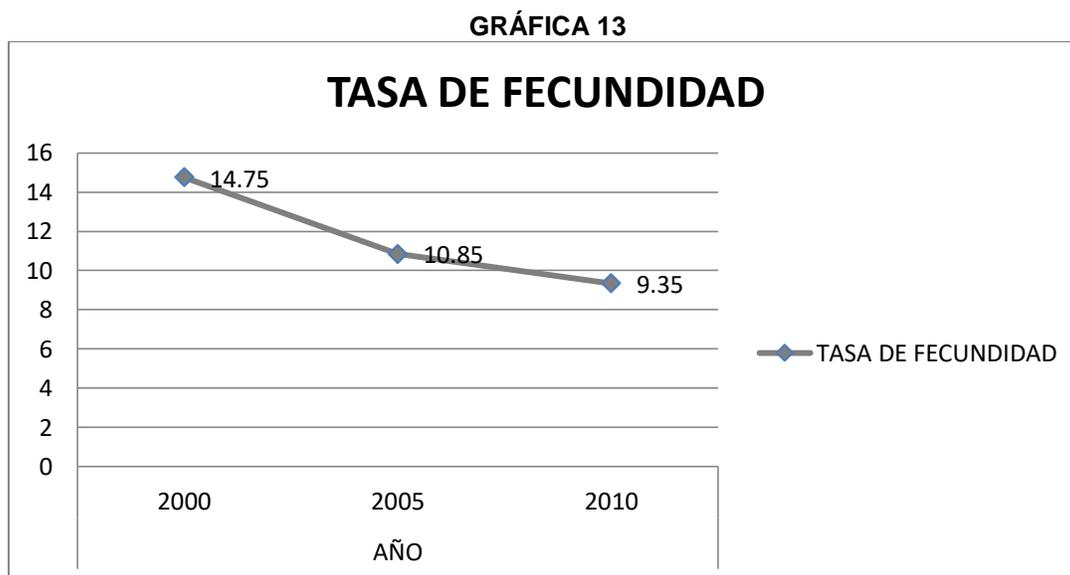
Fuente: Elaboración propia

Lo anterior servirá como marco de referencia para revisar el desarrollo de las comunidades a las que fue aplicado el sistema municipal de salud, pues la

población, la pobreza y la marginación son factores que hay que considerar en la prestación del servicio; por un lado, la población como se puede observar, tiene un aumento acelerado en comparación al crecimiento de los servicios en salud, que no alcanzan a cubrir a toda la población y por el otro, presenta grados de pobreza y marginación de medio a altos.

3.1.5. Tasa de fecundidad

Es la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en cierto periodo y la cantidad de población femenina en edad fértil, se refiere al número de nacimientos por cada 1 000 mujeres en edad fértil.⁷



FUENTE: Elaboración propia

Esta gráfica muestra un comportamiento decreciente, probablemente esta tendencia sea consecuencia de la difusión de métodos de planificación familiar; inclinación que persiste en el país y en la entidad donde la tasa ha disminuido de 9.5 a 7.76 hijos por cada mil mujeres; lo que coloca al municipio con una mayor tasa que la estatal.

⁷ Se considera la edad fértil entre los 15 y 49 años de edad.

3.1.6. Derechohabiencia

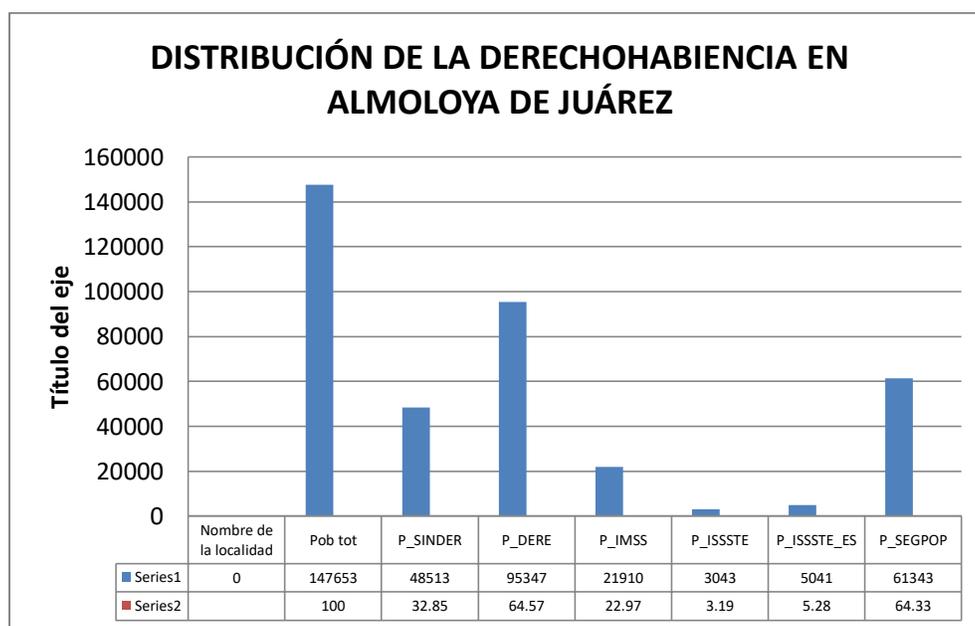
La distribución de la derechohabiencia se encuentra presentada en el siguiente cuadro y gráfica, respectivamente.

**CUADRO 27
DISTRIBUCIÓN DE LA DERECHOHABIENCIA EN EL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ**

Nombre de la localidad	Pob. Tot.	P_SINDER	P_DERE	P_IMSS	P_ISSSTE	P_ISSSTE_ES	P_SEGPOP
ALMOLOYA DE JUÁREZ	147 653	48 513	95 347	21 910	3 043	5 041	61 343
		32.85	64.57	22.97	3.19	5.28	64.33

FUENTE: Elaboración propia en base a Estadísticas Básicas Municipales IGCEM 2012

GRÁFICA 14



FUENTE: Elaboración propia con base en Estadísticas Básicas Municipales IGCEM 2012

Se observa que la cobertura no es al 100%, además de que la que existe en su mayoría depende del seguro popular, lo cual indica recibir atención de unidades dependientes del ISEM, lo que nos lleva a revisar la infraestructura para brindar atención médica.

3.2. INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD

En el 2000 existían en el municipio 21 unidades médicas con 22 consultorios, todos eran de primer nivel: 19 dependían del ISEM y 2 del ISSEMyM, en el lapso de 10 años, se refleja un incremento en el número de unidades médicas, pasa el ISEM de 19 a 27, un aumento de 8 unidades más, destacando entre ellas un CEAPS que se concentrará en atención primaria a la salud con mayor cobertura de servicios como consulta general, odontológica, nutricional y en las especialidades de obstetricia y pediatría, la distribución de unidades médicas y los consultorios en servicio se pueden observar en los siguientes cuadros.

CUADRO No. 28

Infraestructura	TOTAL	ISEM	DIF	ISSEMYM
Unidades médicas	30	27	1	2

Fuente: IGCEM Salud 2011

CUADRO No. 29

Consultorios médicos en servicio del sector salud por municipio y tipo de atención según institución Almoloya de Juárez.

Municipio	Total	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS	ISSSTE	ISSEMyM
Almoloya de Juárez	65	61	2	0	0	0	2
Generales	51	48	1		0		2
Dentales	6	5	1		0		
Ginecobstetricia	2	2			0		
Pediatría	2	2			0		
Otros	4	4			0		

FUENTE: IGCEM Salud 2011

Lo que reflejan los cuadros anteriores, se refiere a que el tipo de atención que recibe la ciudadanía es muy limitada, 78% de los consultorios son para medicina general; 9.2% para dentales; 3% para ginecobstetricia igual que pediatría y 6.1% no especificado. No se cuenta con consultorios o servicio de cirujanos, oftalmólogos, traumatólogos, otorrinolaringólogos e internistas; lo que obliga a

buscar estos servicios en hospitales públicos o en la iniciativa privada que cuenten con estas especialidades.

Además, la concentración de los consultorios dentales, así como de ginecología, pediatría y otros; se ubica en solo algunas regiones del municipio, reduciendo aún más la accesibilidad a ellos. Se agrega que la distribución geográfica de la infraestructura genera concentraciones ineficientes en algunos lugares y deja población sin el acceso; factor que influye en la calidad de los servicios, pues a pesar de que exista cobertura en un punto determinado, esto no garantiza la llegada al mismo.

En el mapa siguiente se hace referencia a la distribución geográfica de las unidades médicas, de acuerdo con la distribución de la población.

**MAPA 5
DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISEM
DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ**



FUENTE: elaboración propia

La ubicación de los centros de salud beneficia de manera directa a 27 comunidades del municipio, dejando a 55 dentro de un área geográfica establecida por el ISEM para cada centro de salud, que generalmente se enfrenta a dificultades de accesibilidad. Se aplica el índice de consultorios por cada mil habitantes con base en la siguiente tabla, se obtendrá un resultado de 0.20 unidades médicas, colocando a este municipio por debajo de lo registrado a nivel estatal que es de 0.40, que de acuerdo a lo presentado en las cifras oficiales, representa una unidad médica por cada 5 055 habitantes.

**CUADRO 30
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES POR UNIDAD MÉDICA**

Habitantes por unidad médica	5 055	(Habitantes por unidad)
------------------------------	-------	-------------------------

FUENTE: Estadísticas básicas municipales 2010 IGCEM

Personal médico del sector salud del municipio de Almoloya de Juárez y tipo de personal, según institución

Para el 2000 se disponía de 26 médicos en contacto directo con el paciente con promedio de 3 823 habitantes por médico; todos laboraban para instituciones para población abierta pertenecientes al ISEM. El incremento al año 2010 es notorio, el aumento registrado fue de 73 médicos distribuidos de la siguiente forma.

**CUADRO 31
Personal médico del sector salud por municipio y tipo de personal, según institución**

Municipio Almoloya de Juárez	Total	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS	ISSSTE	ISSEMyM
Médicos en contacto directo con el paciente	73	68	2	0	0	0	3
Médicos generales	48	44	1				3
Médicos especialistas	5	5	0	0	0	0	0
Pediatras	2	2					
Ginecobstetras	3	3					
Pasantes	11	11					
Odontólogos	9	8	1				
Médicos en otras labores	0	0					
Enfermeras	49	45	1	0	0	0	3
Generales	16	13	1				2
Especialistas	0	0					
Auxiliares	31	31					
Pasantes	1	1					
Otras	1	0					1

FUENTE: IGCEM Salud 2011

Si bien, aumentaron 47 médicos más que en el 2000, la población también tuvo un incremento considerable, como lo vimos en este mismo diagnóstico. A continuación se realizara el resultado de la distribución de los médicos por cada mil habitantes reflejados en la siguiente tabla.

**CUADRO 32
DISTRIBUCIÓN DE HABITANTES POR MÉDICO**

Habitantes por médico	2 369	(Habitante por médico)
-----------------------	-------	------------------------

FUENTE: Estadísticas básicas municipales IGCEM 2010

El resultado es de 0.43 habitantes por médico, insuficientes de acuerdo a los niveles revisados anteriormente, aunque el número de habitantes por médico ha mejorado en comparación al 2000; aún no satisface las necesidades de la población.

3.2.2. Camas censables y no censables del sector salud del municipio y tipo de atención según institución.

No existen camas censables en Almoloya de Juárez, solamente no censables que cubren la recuperación del paciente.

Según la NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, (Diario Oficial de la Federación, 2012), en materia de información en salud, las define así:

Cama censable: a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

Cama no censable: a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

Como en el municipio no se cuenta con hospitales, las camas censables no pueden ser contabilizadas; sin embargo, en las no censables nada más se cuenta con recuperación, faltando otros tipos de atención dentro de este rubro como son: aplicación de tratamiento, camas y camillas de urgencia, cunas de recién nacido, terapia intensiva y trabajo de parto.

CUADRO 33
Camas no censables del sector salud del municipio y tipo de atención según institución

Municipio	Total	ISEM	IMIEM	IMSS	ISSSTE	ISSEMyM
Almoloya de Juárez	4	4	0	0	0	0
Recuperación	4	4				

FUENTE: IGCEM Salud 2011

3.2.3. Servicios generales del sector salud del municipio y tipo de atención según institución.

Se incluyen dentro de los servicios generales aquellos como contar con archivo clínico, aulas de enseñanza e investigación, bibliotecas y ambulancias; este último no se encuentra registrado para ninguna institución de salud; no obstante el municipio cuenta con ambulancias que están en coordinación con el ISEM, ISSEMyM y particulares que requieran auxilio.

CUADRO 34
SERVICIOS GENERALES

Municipio: Almoloya de Juárez	Total	ISEM	DIFEM	IMIEM	IMSS	ISSSTE	ISSEMyM
Archivo clínico	2	0					2

FUENTE: IGCEM Salud 2011

3.3. DAÑOS Y RIESGOS PARA LA SALUD

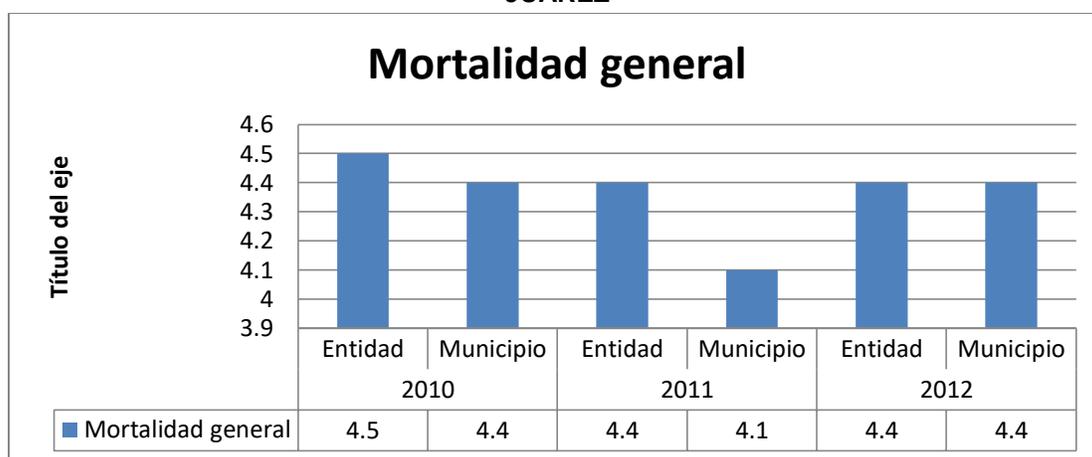
Son el reflejo de los factores demográficos, socioeconómicos y del medio donde vive el individuo. Se debe concentrar información de daños a la salud de los últimos cinco años, pero de lo correspondiente a habitantes de la localidad en estudio y no del que corresponde a la totalidad de la demanda otorgada de la unidad médica sede del Servicio Social. Contar con estas estadísticas es de gran importancia para la toma de decisiones así como para evaluar las estrategias y programas de salud.

3.3.1. Mortalidad General (2010–2012)

Es un indicador que señala la proporción de población que fallece durante un año, también se le conoce como tasa de mortalidad bruta; señala la tendencia ascendente, descendente o estacionaria de un periodo, siendo como mínimo 5 años de análisis. Se calcula de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Número de defunciones registradas} \times 1\,000}{\text{Población Total}}$$

GRÁFICA No. 15
COMPARATIVO DE MORTALIDAD GENERAL EN EL ESTADO DE MÉXICO Y ALMOLOYA DE JUÁREZ



FUENTE: Elaboración propia con base en datos 2010-2011-2012 IGCEM

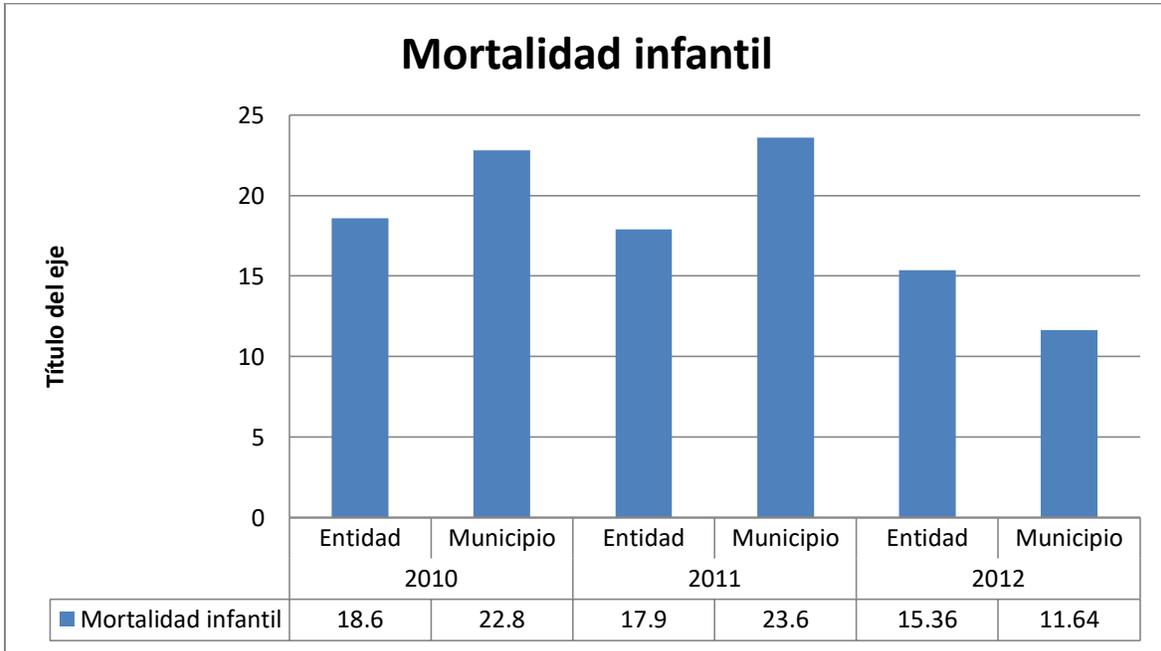
La tasa de mortalidad mantiene una tendencia estable, manteniéndose muy similar a los indicadores estatales, aunque no están representados (ver anexo 1). Las tres causas de mortalidad más severas son diabetes mellitus, cirrosis y enfermedades isquémicas del corazón.

3.3.2. Mortalidad infantil

Es una variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un periodo determinado. Por lo general, la mortalidad infantil es expresada como tasa o índice. Se expresa en tanto por ciento o tanto por mil, y se agrupa por edad o meses de nacimiento, sexo, localidad o país, o grupo social. Su cálculo es con la siguiente fórmula.

Defunciones registradas de menores de 1 año X 1 000
Nacidos vivos registrados

GRÁFICA 16



FUENTE: Elaboración propia en base a daños 2010-2011-2012 IGECEM

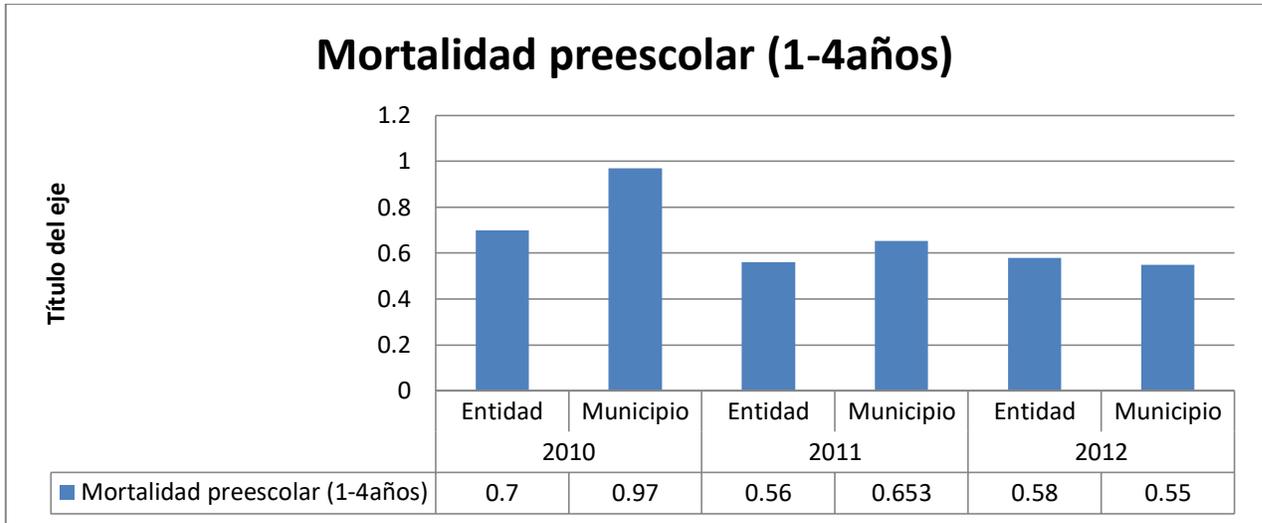
Presenta una tendencia descendente, incluso menor en comparación con la entidad en el último año. Dentro de las causas más importantes de mortalidad infantil están las infecciones respiratorias agudas, asfixia y trauma al nacimiento y malformaciones congénitas del corazón.

3.3.3. Mortalidad en edad Preescolar

De acuerdo con la (OMS) se consideran muertes preescolares a todas aquellas defunciones que suceden después de un año de nacido hasta antes de cumplir los cinco. A pesar de haber superado el primer año de vida; la edad preescolar se mantiene como un periodo de vida de gran vulnerabilidad, sobre todo durante el segundo y tercer año. Su fórmula de cálculo es la siguiente.

Defunciones de 1 a 4 años de edad X 1 000
Población de 1 a 4 años

GRÁFICA 17



FUENTE: Elaboración propia en base a daños 2010-2011-2012 IGECEM

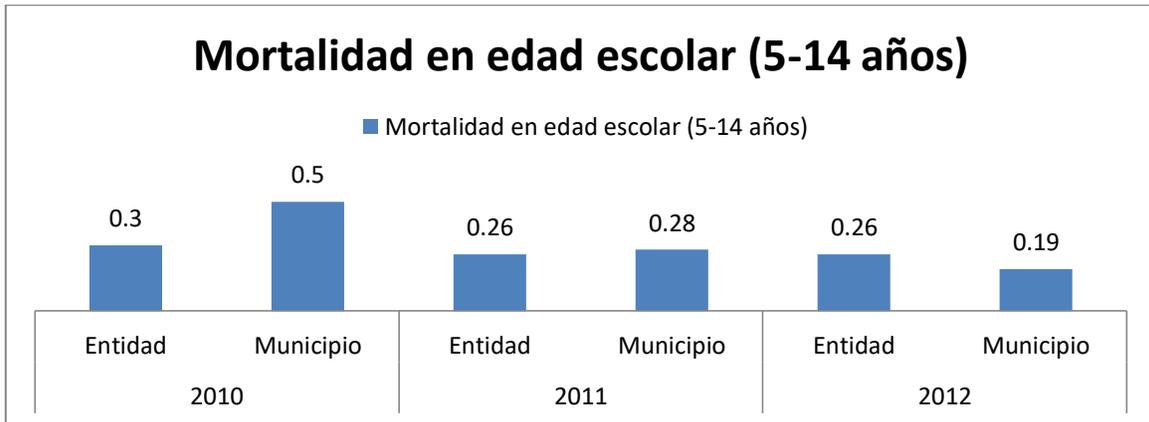
Es notorio que en 2010 existió un alza muy importante que posteriormente se estabilizó, llama la atención la cifra tan elevada en ese año, revisando las causas de mortalidad del periodo en cuestión, se detecta que las infecciones respiratorias agudas bajas representó 0.4 de muertes (ver anexo No.1), en los siguientes años, la misma causa siguió siendo una constante, aunque en el último año fue desplazada al segundo sitio por las malformaciones congénitas del corazón.

3.3.4. Mortalidad en edad escolar

Se considera población escolar a la que se encuentra en el periodo que abarca desde que el menor ingresa a la escuela primaria hasta que llega a la adolescencia, independientemente del año escolar que esté cursando, es decir, abarca de los 6 a los 12 años de edad. Su fórmula de cálculo es:

$$\frac{\text{Defunciones registradas de 5 a 14 años de edad} \times 1,000}{\text{Población de 5 a 14 años}}$$

GRÁFICA 18



FUENTE: Elaboración propia con base en daños 2010-2011-2012 IGECEM

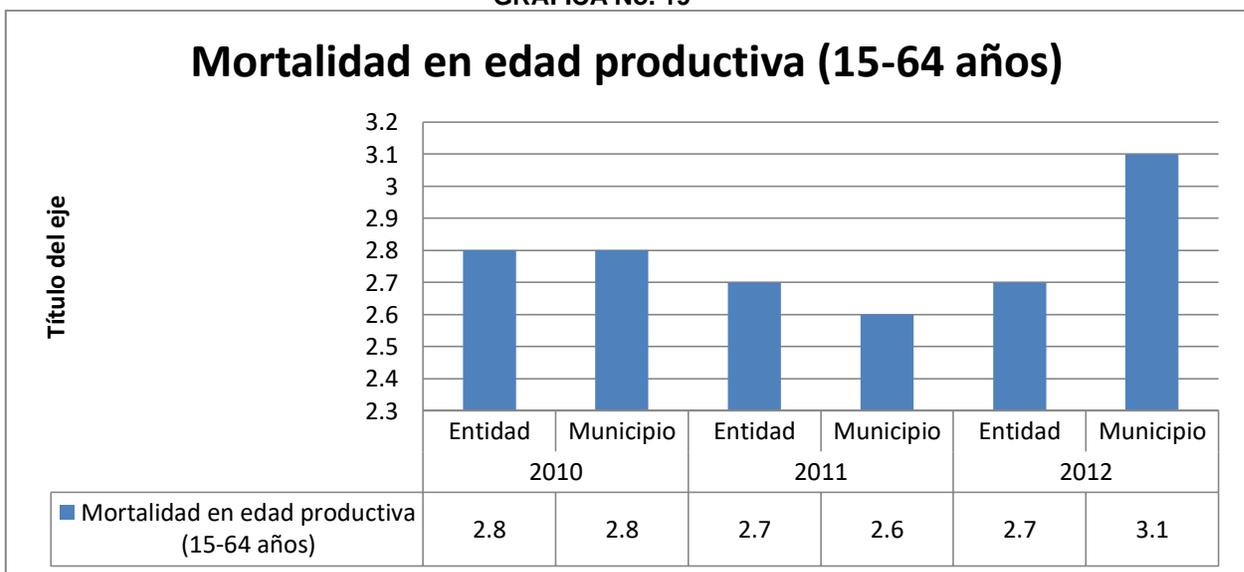
Muy parecida a la anterior, se refleja un alza en el 2010 con tendencia a la baja en los años siguientes, donde las causas más importantes son las infecciones respiratorias, la diabetes y enfermedades hipertensivas.

3.3.5. Mortalidad en edad productiva

Es la relación entre las muertes del grupo de 15 a 64 años de edad y la población del mismo grupo de edad en un determinado año. Su cálculo se considera así:

$$\frac{\text{Defunciones registradas de 15 a 64 años de edad} \times 1,000}{\text{Población de 15 a 64 años}}$$

GRÁFICA No. 19



FUENTE: Elaboración propia con base en daños 2010-2011-2012 IGECEM

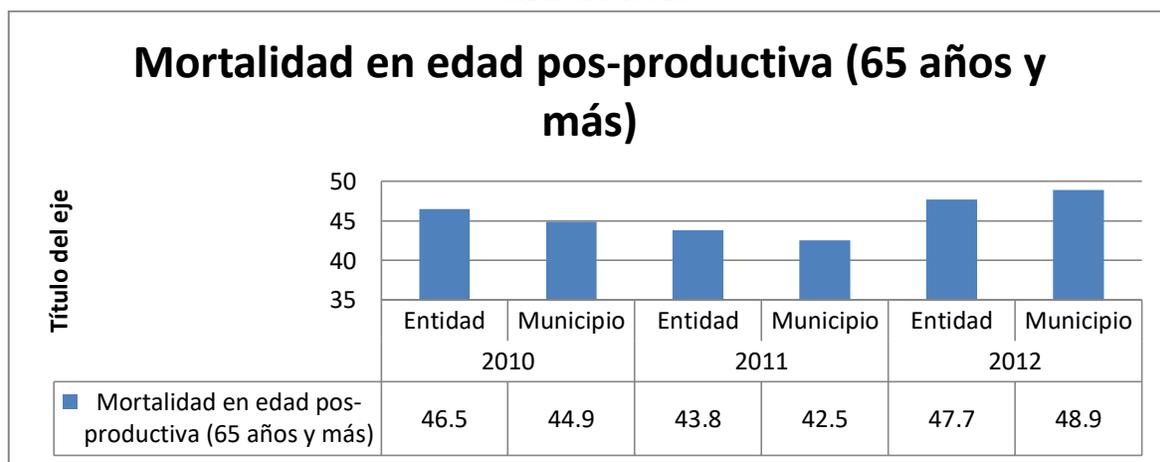
El comportamiento en este grupo de edad pone en alerta al observar un alza en el último año, las principales causas de mortalidad se encuentran en la diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y de las enfermedades isquémicas del corazón.

3.3.6. Mortalidad en edad pos-productiva

Es la relación entre las muertes del grupo de 65 años y más, y la población del mismo grupo de edad dentro de un periodo. Se utiliza esta fórmula para su cálculo:

$$\frac{\text{Defunciones registradas de 65 años y más} \times 1\,000}{\text{Población de 65 años y más}}$$

GRÁFICA No. 20



FUENTE: Elaboración propia en base a datos 2010-2011-2012 IGCEM

Los resultados son muy parecidos a los de mortalidad productiva, se presenta un alza en el último año y las causas de mortalidad son muy similares, presentándose la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, como las principales.

El análisis de los daños a la salud permitirá finalmente identificar las patologías en la localidad que son un verdadero problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Esto facilitará también dirigir la toma de decisiones de los encargados de la Salud Pública que deberán estar preparados para dar solución a los problemas.

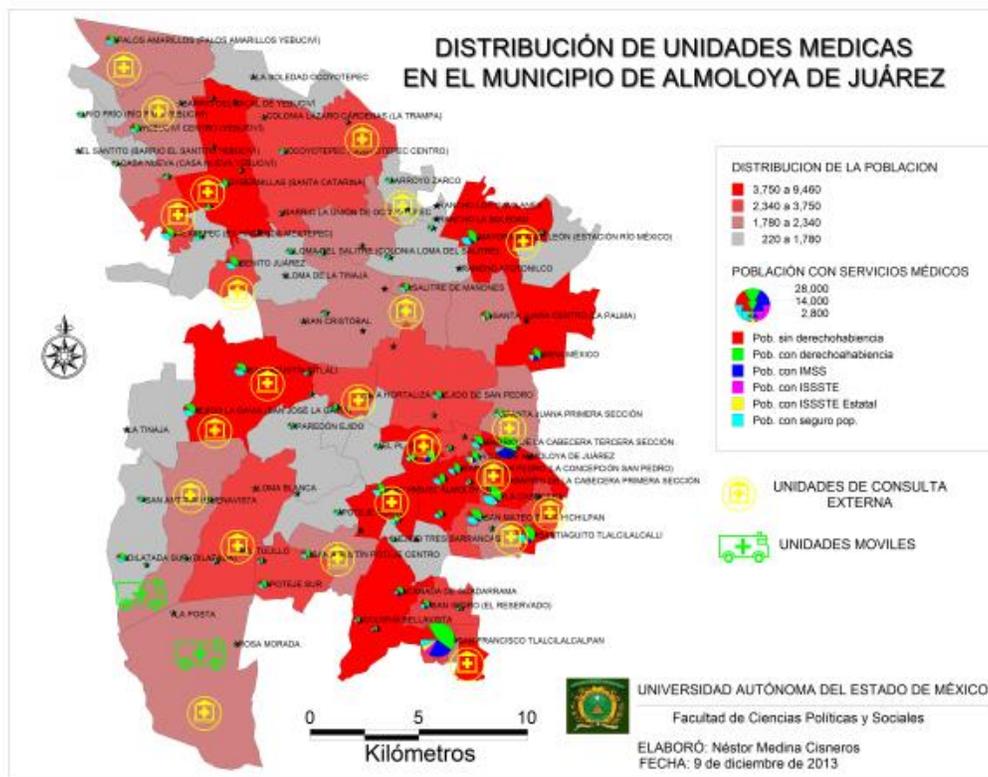
CUADRO 35

COMPARATIVO DE DAÑOS Y RIESGOS PARA LA SALUD

	2010		2011		2012	
	Entidad	Municipio	Entidad	Municipio	Entidad	Municipio
Mortalidad general	4.5	4.4	4.4	4.1	4.4	4.4
Mortalidad infantil	18.6	22.8	17.9	23.6	15.36	11.64
Mortalidad preescolar (1-4 años)	0.7	0.9	0.56	0.653	0.58	0.55
Mortalidad en edad escolar (5-14 años)	0.3	0.5	0.26	0.28	0.26	0.19
Mortalidad en edad productiva (15-64 años)	2.8	2.8	2.7	2.6	2.7	3.1
Mortalidad en edad pos-productiva (65 años y más)	46.5	44.9	43.8	42.5	47.7	48.9

FUENTE: Elaboración propia

MAPA 6



FUENTE: Elaboración propia

CAPÍTULO 4. CASO DE ESTUDIO

4.1. SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ

Surge como una propuesta del H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez 2000–2003, como un sistema de atención primaria a la salud en comunidades sin acceso o alejados geográficamente de los centros de salud del ISEM,

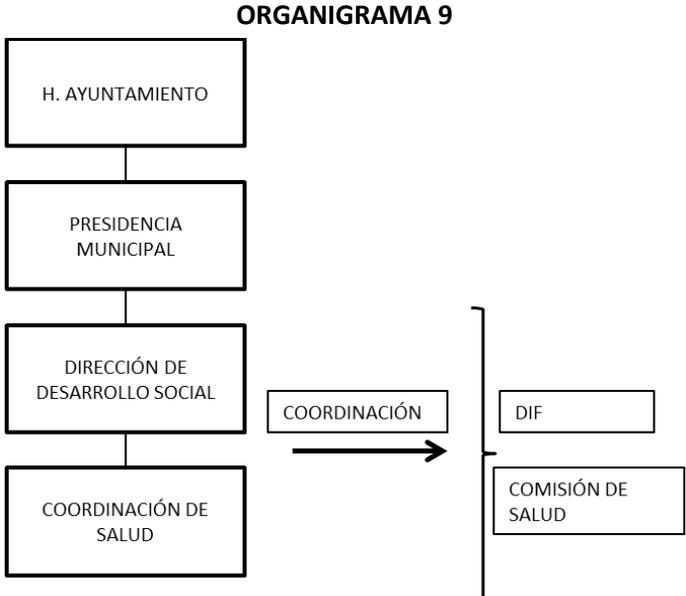
Al momento de la propuesta se basaba en los siguientes recursos para la salud con los que se contaba: existían 21 unidades médicas de primer nivel, con 22 consultorios, responsabilidad de la Secretaría de Salud para la atención de población abierta, asimismo se disponía de 26 médicos en contacto directo con el paciente con un promedio de 3 823 habitantes por médico con 0 camas censales, únicamente de tránsito.

Como puede observarse, las deficiencias médicas en infraestructura y recursos humanos eran evidentes, sin embargo, en varias localidades estaban construidas las denominadas Casas de Salud, que originalmente solamente se ocupaban para recibir pláticas o reuniones del programa oportunidades, algunas de ellas, contaban con infraestructura suficiente para dar consulta, pero no entraban dentro de las especificaciones requeridas por el ISEM, y por lo tanto, no las reconocía como parte del sistema.

Las Casas de Salud son unidades edificadas, equipadas, operadas y dotadas de personal médico por los ayuntamientos y no por la dependencia estatal encargada de la salud en la entidad; cuya característica principal está en brindar principalmente servicios de auxilio primario que puedan detectar síntomas y dar tratamiento para enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, curaciones y proporcionar medicamentos del cuadro básico para alivios de dolor y en caso de

que el padecimiento requiera de una valoración médica mayor, enviará al paciente al centro de salud más cercano.

Para darles utilidad, se tomó la decisión de incorporar médicos en los inmuebles, contratándolos directamente por el municipio. En un inicio se operó a través de una coordinación de salud dependiente de la Dirección de Desarrollo Social municipal en coordinación continua con la comisión de salud dependiente de la 10ª Regiduría,



Elaboración propia con base en el Bando de Policía y Buen Gobierno 2005, H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez.

Sus objetivos son los siguientes:

4.1.1. Objetivo general

Brindar los medios necesarios para coadyuvar a la población abierta en el rubro de atención primaria a la salud, en el municipio de Almoloya de Juárez.

4.1.2. Objetivos específicos

Proporcionar consulta y fomento a la salud para la población de las comunidades del municipio de Almoloya de Juárez.

Establecer el Sistema de Salud Municipal como base de atención, para la población abierta de cada comunidad, en donde el municipio estableció Casas de Salud

4.2. DESCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS

1. La promoción y difusión se realizará mediante los delegados y líderes de la comunidad.
2. La capacitación de la población se efectuará en el momento en que el paciente solicite atención médica.
3. Será a cargo del médico de la comunidad el servicio de consulta externa.
4. En cuanto a la continuidad en el trabajo se propondrá el programa a los integrantes de la siguiente administración.
5. Para la evaluación de la labor desarrollada, se llevará a efecto una reunión mensual y una presentación semestral de resultados.
6. Para el seguimiento a la población atendida se registrará una hoja de evolución a manera de expediente.
7. Acuerdos de colaboración interinstitucional; en un inicio el DIF Municipal proporcionará papelería y medicamentos; el ISEM otorgará en comodato el mobiliario para siete consultorios y el municipio para tres.

El criterio para establecer este modelo, consiste en elegir poblaciones con alto grado de marginalidad, con el fin de contar con atención de salud más cerca y se eligen diez comunidades para ser atendidas; 9 de ellas de carácter rural y una suburbana, quedando distribuidas de la siguiente manera: Santa María Nativitas-El Tepetatal, Col. Bellavista, San Cristóbal, Salitre de Mañones, la Gavia, Arroyo Zarco Centro, San Nicolás Amealco, Río Frio y Palos Amarillos.

Para la época referida, Almoloya de Juárez estaba conformado por 55 delegaciones y 21 subdelegaciones, dando un total de 76 comunidades de las cuales solo 21 contaban con servicio.

CUADRO 36
COMUNIDADES CON SERVICIO DE CENTROS DE SALUD Y CASAS DE SALUD

No.	COMUNIDADES CON CENTROS DE SALUD	GRADO DE MARGINALIDAD	No.	COMUNIDADES CON CASAS DE SALUD	GRADO DE MARGINALIDAD
1	CABECERA MUNICIPAL	MUY BAJA	1	SANTA MARÍA NATIVITAS	ALTA
2	BARRIO SAN PEDRO	BAJA	2	EL TEPETATAL	ALTA
3	SAN MIGUEL ALMOLOYÁN	MEDIA	3	COL. BELLAVISTA	MEDIA
4	SAN MATEO TLALCHICHILPAN	MEDIA	4	SAN CRISTÓBAL	MEDIA
5	SANTIAGUITO TLALCILALCALI	MEDIA	5	SALITRE DE MAÑONES	ALTA
6	SAN FRANCISCO TLALCILALCALPAN	BAJA	6	LA GAVIA	ALTA
7	EJIDO SAN PEDRO LA HORTALIZA	ALTA	7	ARROYO ZARCO CENTRO	MUY ALTA
8	PAREDÓN EJIDO	MEDIA	8	SAN NICOLÁS AMEALCO	ALTA
9	CIENEGUILLAS DE GUADALUPE	ALTA	9	RÍO FRÍO	ALTA
10	POTEJE CENTRO	ALTA	10	PALOS AMARILLOS	MUY ALTA
11	SAN ANTONIO BUENAVISTA	ALTA			
12	EL ESTANCO	ALTA			
13	DILATADA	ALTA			
14	SANTA JUANA JUANA 1ª SECCIÓN	MEDIA			
15	MAYORAZGO DE LEÓN	MEDIA			
16	OCOYOTEPEC	ALTA			
17	SAN AGUSTÍN CITLALI	ALTA			
18	MEXTEPEC	ALTA			
19	TABERNILLAS	ALTA			
20	YEBUCIVI	ALTA			
21	BENITO JUÁREZ	ALTA			

FUENTE: Elaboración propia

Cabe destacar que la casa de salud de Santa María, se compartiría con el Tepetatal, al ubicarse esta en el límite entre ambas comunidades. Posteriormente, el ISEM retomó a las comunidades de Palos Amarillos y la Gavia para integrarlas al sistema estatal y se distribuiría entre ambos sistemas la comunidad de Salitre de Mañones.

4.3. EVOLUCIÓN DEL MARCO JURÍDICO

A pesar de haber iniciado con este programa, su marco jurídico no quedó establecido, y en el último Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno de la administración 2000-2003 nada más se señaló lo siguiente:

Artículo 95. El Municipio para regular los servicios públicos de salud y el ejercicio del control sanitario, observará lo que le corresponde en cuanto a su competencia, lo dispuesto en los Libros Primero y Segundo del Código Administrativo (H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2003).

Lo anterior únicamente demuestra que el municipio se ajustaba a las normas establecidas por el gobierno estatal, dejando solo un esquema sin reglas muy precisas para el denominado sistema municipal de salud.

El servicio fue bien recibido en las comunidades piloto, sin embargo, al final de la administración únicamente quedaban 2 médicos distribuidos en 5 comunidades, por ello, el proyecto se retomó por las autoridades entrantes de la administración 2003-2006 y decidieron darle continuidad al proyecto, conservando el mismo número de comunidades con los que se inició, buscando fortalecer la infraestructura establecida y la posibilidad de aumentar el número de casas de salud, médicos y comunidades con el servicio.

Por lo cual, se tomó la decisión de crear la Dirección de Salud con el objetivo de darle orden a todo lo establecido, de esa forma, en su primer Informe de Gobierno, el Presidente municipal en turno anunció:

La atención a la salud es un derecho de los ciudadanos, por lo que a esta administración representa un compromiso ineludible, por ello se creó la Dirección de Salud, misma que permitirá coordinar acciones con las dependencias federales y particulares en la materia (H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2004).

Con la creación de dicha dirección, era necesario regular sus funciones para determinar las tareas que le tocaría coordinar y es así como en el Bando de Policía y Buen Gobierno (2005) se encuentran las actividades a realizar.

DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL

Artículo 59. Son Dependencias y entidades de la administración pública municipal, además de las señaladas en el artículo anterior, las que enseguida se citan:

XI. Dirección de salud (Bando mpal., 2005).

SECCION II DE LA SALUD

ARTÍCULO. 125. El ayuntamiento reconoce el derecho a la protección de la salud en términos de lo dispuesto de la salud en términos de lo dispuesto por el artículo 4° de la Constitución Federal y Libros Primero y Segundo del Código Administrativo, para lo cual procurará.

- I. Participar en el establecimiento y conducción de la política municipal en materia de salud, en los términos de las disposiciones aplicables;
- II. Apoyar y coadyuvar dentro del territorio municipal en la coordinación y aplicación de los programas y servicios de salud de las dependencias o entidades federal y estatal, en términos de la legislación aplicable, convenios que al efecto se celebren y programas que en materia de salud el propio municipio implemente.
- IX. Conformar el sistema municipal de salud⁸ con la finalidad de garantizar este derecho constitucional a la población; coordinar las diferentes acciones intra e interinstitucionales para optimizar los recursos en la materia, estableciendo las condiciones adecuadas para el desarrollo pleno de las capacidades físicas y mentales de las personas, de la familia y de la comunidad en general; (Gaceta de Gobierno del Estado de México, 2005).

Con este marco de referencia, la dirección de salud comienza a tomar responsabilidades asignadas a otras dependencias, como la perrera municipal a cargo de la regiduría con la comisión de salud; el servicio de una unidad móvil dental a cargo del DIF municipal entre otras.

⁸ El subrayado es nuestro

Al empezar solo se contaba con cuatro personas para la realización de las actividades asignadas, quedando organizada dicha Dirección de la siguiente forma.

ORGANIGRAMA 10
ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD 2003-2006



Elaboración propia con base en Bando de Policía y Buen Gobierno 2005, H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez

Entre las tareas más urgentes por resolver, se encontraba la inmediata coordinación con las autoridades encargadas de la salud en la entidad, de esa manera se procedió a renovar los convenios existentes entre el municipio y el ISEM, sobre todo, el correspondiente al comodato de mobiliario y equipo, en el cual se exigía contar con médicos en las Casas de Salud para su conservación. Ante esta situación se contrató a cuatro médicos que se sumaron a los dos ya existentes para cubrir las siguientes comunidades de acuerdo con el siguiente calendario.

CUADRO 37
COMUNIDADES Y DIAS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD

MEDICOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Médico 1	Col. Bellavista	San Nicolás Amealco	Arroyo Zarco Centro	San Nicolás Amealco	Arroyo Zarco Centro
Médico 2	Santa María N./Tepetatal	Salitre de Mañones	Salitre de Mañones	Salitre de Mañones	Santa María N./Tepetatal
Médico 3	Ejido San Diego	San Cristóbal	Loma del salitre	Ejido San Diego	San Cristóbal
Médico 4	Loma Blanca	Paredón Centro	La Tinaja	Loma Blanca	Paredón Centro
Médico 5	El Ocote	Piedras Blancas Sur	El Ocote	Piedras Blancas Sur	El Ocote
Médico 6	Río Frío	Piedras Blancas Centro	Río Frío	Piedras Blancas Centro	Río frío

FUENTE: Elaboración propia

Bajo este esquema se pretendía dar cobertura a 15 comunidades; 10 más de las que quedaron al final de la administración anterior, con el objetivo de proporcionar consulta a población abierta mediante una cuota simbólica de recuperación de 15 pesos y venta de medicamento a precio muy económico.

Además de la Coordinación del Sistema Municipal de Salud, la Dirección de Salud implementó las siguientes actividades en coordinación con el ISEM o de manera individual:

- Gestión de obras de mantenimiento y rehabilitación de las casas de salud.
- Ferias de salud
- Ferias caninas y felinas
- Donación medicamentos
- Promoción de clínicas de displasia
- Promoción de brigadas universitarias
- Semanas nacionales de vacunación

Durante los tres años de la administración 2003-2006, se mantuvo la Dirección de Salud bajo el mismo esquema; se sostuvo el Sistema Municipal de Salud con el mismo número de médicos y se entregó el programa a la administración entrante, quien apoyó este sistema y buscó su ampliación, por lo tanto, el Presidente municipal en turno anunció en su segundo informe lo siguiente:

2° informe del gobierno municipal 2006-2009

No es sensato centralizar y alejar los servicios médico-asistenciales a la población más necesitada.

Tampoco es sensato tratar de prevenir y erradicar las enfermedades sin el personal, ni el instrumental, ni el equipo necesario para atender a la población en las casas de salud.

Ante los problemas de salud que aquejan a nuestra población, nos hemos propuesto abatir estos índices bajo el programa de coordinación sectorial, que es uno de los seis ejes rectores

de mi gobierno; además de generar convenios de participación y atención de infraestructura establecida principalmente en los ramos de educación, salud y comunicaciones.

Es así, que esté afán y teniendo como principal arma nuestra voluntad política transformada en acciones, hemos creado por vez primera en el municipio, un Sistema Municipal de Salud⁹ que brinde servicios básicos a la población que así lo requiera; atención que nos permite contar con un médico en las casas de salud establecidas tanto en las micro-regiones como en las comunidades consideradas como puntos de encuentro.

El objetivo principal de este sistema municipal de salud, es acercar estos servicios a la gente y asegurar los recursos médicos tanto humanos como materiales para mejorar la atención.

Como parte del Programa de Fortalecimiento de las 25 casas de salud del municipio, se logró conformar una plantilla de 17 médicos que brindan atención médica. Una gestión importante ante el Instituto de Salud del Estados de México, fue el dotar a las casa de salud con 45 equipos de cirugía menor, entre otros implementos, para mejorar la atención de la población (H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2007).

Además, se comenzó a darle un orden jurídico que le permitiera definir sus atribuciones y responsabilidades, así como plasmarlo en los lineamientos necesarios alternos al Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno, por lo que en este periodo se publicó un Reglamento Interno que define las funciones de cada dependencia, y para el caso de salud se determinó lo siguiente:

REGLAMENTO INTERNO DE LA ADMINISTRACIÓN 2006-2009, DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO

DE LA DIRECCIÓN DE SALUD

Artículo 32.- La Dirección de Salud es el área responsable de promover la vigencia plena del derecho a la salud que tiene la población del municipio, para ello cuenta con las siguientes atribuciones:

Participar en el establecimiento y conducción de la política municipal en materia de salud, en términos de las disposiciones aplicables;

Apoyar y coadyuvar dentro del territorio municipal en la coordinación y aplicación de los programas y servicios de salud de las dependencias o entidades federal y estatal, en términos

⁹ El subrayado es nuestro

de la legislación aplicable, convenios que al efecto se celebren y programas que en materia de salud el propio municipio lleve a cabo;

Promover la evaluación de programas y servicios de salud en el territorio municipal;

Sugerir a las dependencias competentes sobre la asignación de recursos que requieran los programas de salud del municipio;

Coadyuvar en el proceso de programación de actividades de salud en el municipio:

Apoyar en el territorio municipal la coordinación entre instituciones de salud y educativas para fomentar la salud;

Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud;

Proteger la salud de las personas no fumadoras de los efectos de la inhalación involuntaria de humos producidos por el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas, así como inducir a la población del municipio para que observen y apoyen las medidas que se adopten y en su caso, sancionar a quienes fumen en lugares prohibidos en términos del Reglamento para la Protección de los No Fumadores en el Estado de México:

Conformar el Sistema Municipal de Salud¹⁰ con la finalidad de garantizar este derecho constitucional a la población del municipio, en las mejores condiciones de suficiencia, calidad y oportunidad; coordinar las diferentes acciones intra e interinstitucionales para optimizar los recursos en la materia, estableciendo las condiciones adecuadas para el desarrollo pleno de las capacidades físicas y mentales de las personas, de la familia y de la comunidad en general:

X. Constituir el Comité Municipal de Salud, como órgano de consulta y participación de representantes de organizaciones sociales, servidores públicos federales, estatales y municipales, interesados en mejorar la cobertura y calidad de los servicios en el municipio: y

XI. Las demás que le encomiende el C. Presidente (Gaceta de Gobierno del Estado de México, 2007).

De la misma forma, se le daba un lugar en el Bando Municipal, sin especificar sus funciones particulares, solamente se destaca lo siguiente:

SECCIÓN II

DE LA SALUD

Artículo 64. El H. Ayuntamiento a través de la dependencia administrativa correspondiente es el responsable de promover la vigencia del derecho a la salud que tiene la población del municipio, de conformidad con las siguientes:

- I. Ejercer el control sanitario en: ...

¹⁰ El subrayado es nuestro

- II. Vigilar en la esfera de su competencia el cumplimiento de la Ley General de Salud, del Reglamento de Salud estipulado en el Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México, así como en el Bando de Policía y Buen Gobierno del Municipio y de otras disposiciones legales (Gaceta de Gobierno del Estado de México, 2007).

A partir de este periodo se le comienza a dar formalidad jurídica al Sistema Municipal de Salud, normatividad que se mantiene en la siguiente administración, donde se le sigue dando continuidad al proyecto conservando el mismo esquema jurídico y administrativo

Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno 2010

SECCIÓN II

DE LA SALUD

Artículo 103. En materia de salud, de manera enunciativa el Ayuntamiento:

Conformará el Sistema Municipal de Salud¹¹ con la finalidad de garantizar este derecho Constitucional a la población del Municipio, en las mejores condiciones de suficiencia, calidad y oportunidad; coordinando las diferentes acciones interinstitucionales para optimizar los recursos en la materia, estableciendo las condiciones adecuadas para el desarrollo pleno de las capacidades físicas y mentales de las personas, de la familia y de la comunidad en general (Gaceta de Gobierno del Estado de México, 2010).

De la documentación encontrada de esta administración, destaca la referente a las cuentas públicas 2010 y 2011, donde uno de los aspectos, es que no se ubica a la Dirección de Salud como una dependencia que reciba recursos financieros de manera directa, por lo que no queda claro aún, la asignación de sus recursos.

Al revisar el Manual para la Planeación, Programación y Presupuestación municipal para el ejercicio fiscal 2012, al interior del mismo en la parte IV.3.Catálogo de Dependencias Generales y Auxiliares de los Ayuntamientos y Organismos IV.3.1. Catálogo de dependencias generales para municipios, no se ubica a la Dirección de Salud, debido a que no es una dependencia que exista de forma regular en las administraciones municipales, es hasta el apartado IV.3.2

¹¹ El subrayado es nuestro

Catálogo de dependencias auxiliares para municipios que aparece con la clave 153 Atención a la salud.

En el Informe de Resultados de Cuenta Pública 2011 del Municipio de Almoloya de Juárez en la parte “Evaluación de metas físicas” se identificó el programa 06 01 “Salud” descrito de la siguiente forma.

**CUADRO 38
RESULTADOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN ANUAL DE METAS
FÍSICAS**

CÓDIGO	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO Cuarto Trimestre
06 01	Programa	Salud 4 proyectos	25
06 01 01	proyectos	Fomento a la Prestación de los Servicios de salud	100
06 01 02		Orientación y Apoyo para la Salud	NO PROGRAMADO
06 01 03		Control y Regulación Sanitaria comunitaria	NO PROGRAMADO
06 01 04		Infraestructura y Equipamiento para la salud	NO PROGRAMADO

FUENTE: Informe de Resultados de Cuenta Pública 2011, Municipio de Almoloya de Juárez OSFEM. Al concluir el ejercicio fiscal 2011, la entidad municipal solo cumplió con 25.00% del programa "Salud" (4 proyectos).

4.4. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD (2013-2015) REVISIÓN A TRAVÉS DE LA AGENDA PARA EL DESARROLLO MUNICIPAL

La actual administración también retomó el proyecto del Sistema Municipal de Salud, con lo cual serían ya 15 años con la idea de acercar a la ciudadanía servicios de atención primaria. Al revisar el Plan de Desarrollo 2013-2015, es notoria la intención de reforzar la salud del municipio, planteándose el siguiente objetivo:

Mejorar la atención de los servicios de salud de primer y segundo nivel mediante la gestión para incremento de personal médico y paramédico, infraestructura instalada y equipamiento; además de profesionalizar la salud pública mediante la igualdad de oportunidades, respeto, libertad, justicia y trato de género (H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2013).

Aunque no especifica a las Casas de Salud, dentro del Plan de Desarrollo, se contempla la contratación de médicos contando con el apoyo del municipio para su buen funcionamiento, aprovechando la existencia de las Casas de Salud establecidas; la Dirección de Salud llevaba ya nueve años de existencia y el sistema 12, al inicio de esta administración; esta área que tomaba cada vez más importancia y en esta etapa su consolidación se puede observar al analizar la documentación que a través del Sistema de Información Pública de Oficio Mexiquense (IPOMEX) se puede consultar específicamente de esta área, que servirá de base para la revisión de este apartado.

Anteriormente ya se realizó una revisión de indicadores en salud, tanto de servicios como epidemiológicos; en México existe una instancia responsable de certificar que los municipios cumplan con ciertas características solicitadas, por esto, a nivel federal se implementó la agenda para el desarrollo municipal (antes agenda desde lo local) como una de las herramientas más importantes para certificar que los municipios cuenten con los elementos necesarios para ejecutar acciones y programas en materia de salud; consiste en certificar la calidad del desempeño de las administraciones municipales a través de la medición del cumplimiento de sus funciones en torno a cuatro cuadrantes: desarrollo institucional, desarrollo económico, desarrollo social y desarrollo ambiental; cada uno consta de indicadores de desempeño con un parámetro específico para recabar evidencia.

En general, este programa ha sido útil y probado en otros gobiernos locales de Centro y Sudamérica, sin embargo cabe aclarar que no evalúa ni califica a los municipios; solamente certifica que cumplan con el mayor número posible de lo solicitado.

La implementación del programa consta de cuatro etapas:

- 1) A través de un cuestionario se lleva a cabo un autodiagnóstico, utilizando un semáforo en verde (prácticas mínimamente aceptables), amarillo (prácticas por debajo de lo aceptable) y rojo (prácticas inaceptables).

- 2) Se verifica el autodiagnóstico con las evidencias documentales.
- 3) Resultados de la verificación con base en el número de indicadores verdes que se obtuvieron.
- 4) Los resultados de la verificación se presentan en la red SIGLO (Sistema de Información de los Gobiernos Locales).

Para el presente caso de estudio corresponde el EJE B.2. DESARROLLO SOCIAL, TEMA B.2.3 Salud, el cual cuenta con los siguientes parámetros de medición:

B.2.3.1. Marco normativo en materia de salud

B.2.3.2. Instancia responsable de promover la salud

B.2.3.3. Diagnóstico en materia de salud

B.2.3.4. Programa municipal de salud

B.2.3.5. Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud

B.2.3.6. Inversión per cápita en salud

4.4.1. Marco normativo en materia de salud e instancia responsable de promover la salud

En primer lugar, ha quedado definida la instancia responsable de la salud en el municipio de Almoloya de Juárez; sus funciones se encuentran dentro del Bando de Policía y Buen Gobierno, además del Reglamento Interno de la Administración, pero cabe destacar que en esta administración se cuenta con su propio manual, el cual se presenta en resumen:

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD

IV. OBJETIVO GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE SALUD

Establecer y dirigir las bases en materia de salud en el municipio de Almoloya de Juárez, mediante la realización de jornadas médicas que favorezcan e impulsen a una mejor calidad de vida para toda la población, así como acercar los servicios médicos a las comunidades más

necesitadas del municipio y brindar la mayor cantidad de medidas preventivas y detección de enfermedades crónico-degenerativas.

Asimismo, contribuir con un censo estadístico para la detección de algún riesgo sanitario, mediante la aplicación de jornadas de esterilización semanales, la captura de animales callejeros para evitar enfermedades transmisibles, y la creación y aplicación de leyes en materia de salud pública que mejoren la calidad de vida de la población del municipio.

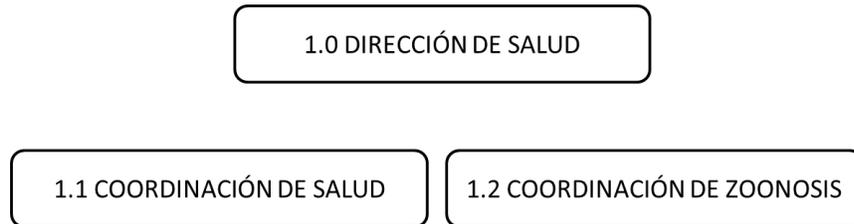
V. ESTRUCTURA ORGÁNICA

La estructura de la Dirección de Salud Municipal se rige principalmente por el Director del Área, se subdivide en dos coordinaciones (salud y zoonosis), la cual se mostrará de manera jerárquica descendente.

1. DIRECCIÓN DE SALUD
- 1.2. COORDINACIÓN DE SALUD
- 1.3. COORDINACIÓN DE ZONOSIS

ORGANIGRAMA 11

VI. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD 2015



FUENTE: Manual de organización de la Dirección de Salud 2015

VII. OBJETIVO Y FUNCIONES POR UNIDAD ADMINISTRATIVA

1.0 DIRECCION DE SALUD

OBJETIVO. Promover y aplicar todos los programas en materia de salud, llevando a cabo en coordinación con el ISEM, jornadas médicas para coadyuvar en los problemas prioritarios asociados a la atención de la salud.

1.1 COORDINACIÓN DE SALUD

OBJETIVO. Realizar a través de sus médicos municipales, consultas en las casas de salud del municipio, fomentando principalmente la prevención de enfermedades, y coadyuvando en la realización de ferias de salud mediante consulta general, consulta odontológica, veterinaria y psicológica.

1.2 COORDINACIÓN DE ZONOSIS

OBJETIVO. Mantener libre de casos de rabia y otras zoonosis a la población del municipio de Almoloya de Juárez, mediante el fomento de la cultura de tenencia responsable de mascotas y animales de compañía (H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2015).

4.4.2. Diagnóstico en materia de salud

En este apartado, el criterio de verificación es contar con información oficial reciente, utilizando fuentes de consulta oficiales como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Salud, ISEM o Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), mismas que se han presentado en este trabajo, a las que también el municipio ha accedido, además de contar con los diagnósticos elaborados por el ISEM y los hace llegar a los municipios a través de las jurisdicciones sanitarias correspondientes.

Agregado a lo anterior, en el Primer Presupuesto Basado en Resultados Municipales (PbRM 2013), el titular de la Dirección de Salud manifiesta el siguiente análisis FODA.

CUADRO 39
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS 2013

DIAGNÓSTICO: Servicios médicos de salud preventiva insuficientes
FORTALEZAS: Bajo costo de consulta médica, sistemas de información, profesionistas de salud de alto nivel académico, situación política y social.
OPORTUNIDADES: Políticas municipales de desarrollo municipal, políticas de nivel estatal y federal para el equipamiento de Casa de Salud.
DEBILIDADES: Plantilla de médicos (insuficientes), poco compromiso institucional, Casas de Salud con bajo o nulo equipamiento, recursos financieros (insuficientes)
AMENAZAS: Contracción de la economía, menos demanda de los servicios, mayor cobertura por estatales, instituciones, situación política.

FUENTE: PbRM IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2013

En ese momento, la principal dificultad para el funcionamiento de las Casas de Salud, es la asignación de recursos, tanto materiales, humanos y financieros; en el

FODA en el apartado de las debilidades es evidente el problema, por lo cual, las estrategias de solución propuestas son:

- Incrementar la plantilla de médicos municipales
- Contratación del M.V.Z. con especialidad en pequeñas especies
- Entrega semestral de material consumible a cada médico, para brindar atención de 1er. Nivel.
- Atención permanente al grupo Alcohólicos Anónimos.
- Mediante convenio con las universidades llevar a cabo congresos de especialidades médicas, así como maestrías y doctorados.
- Acciones de integración social, involucrando a grupos étnicos, delegados, parteras e instituciones sanitarias.
- Dar pláticas sobre hábitos higiénicos y la tenencia responsables de mascotas a la población escolar (H. Ayuntamiento d Almoloya de Juárez, 2013).

Para el término de la administración se presenta el siguiente diagnóstico:

**CUADRO 40
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS 2015**

DIAGNÓSTICO: Baja cobertura en los servicios de salud
FORTALEZAS: Bajo costo de consulta médica, profesionistas de salud de alto nivel académico y sistemas de información adecuados.
OPORTUNIDADES: Políticas municipales, estatales y federales encaminadas a la prevnción y tratamiento de enfermedades, así como el equipamiento para casas de salud.
DEBILIDADES: Personal médico insuficientes, falta de compromiso institucional, escasos insumos de medicamentos.
AMENAZAS: economía limitada

Fuente: PbRM IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2015

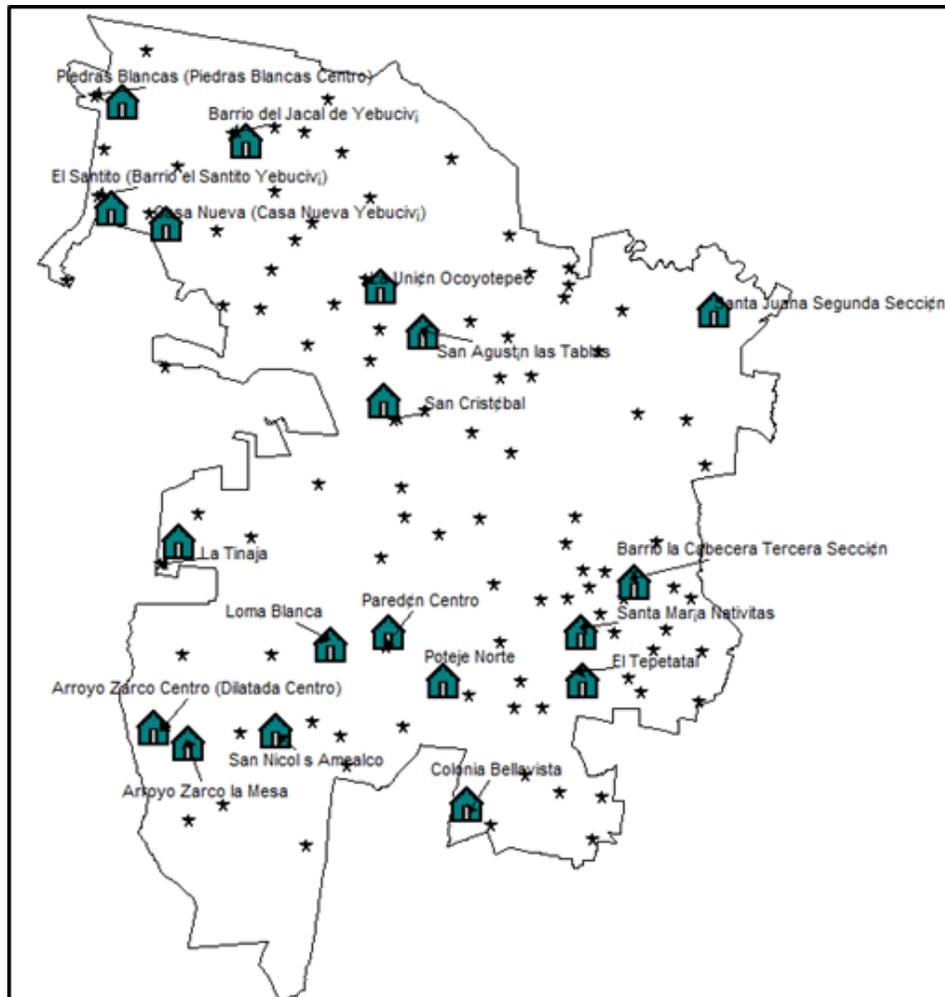
Al comparar con el PbRM 2013, se observa que se registran las mismas características en el PbRM 2015 y sus estrategias son similares.

Incrementar la plantilla de médicos para tener una mayor cobertura de salud.
Realizar platicas de higiene personal contribuyendo a la prevención de enfermedades (H.Ayuntamiento de Almoloya de Juárez, 2015).

A pesar de las carencias, el sistema municipal se mantuvo con 19 Casas de Salud reconocidas por la Dirección de Salud ubicadas en todo el municipio representadas en el siguiente mapa.

MAPA 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS CASAS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ 2014



FUENTE: Elaboración propia

4.4.3. Programa municipal de salud

De la misma forma, que en el punto anterior, en los PbRM se puede encontrar la información oficial al respecto, aquí se solicita que los programas puedan ser implementados con los niveles de gobierno Estatal y Federal y que incluyan los elementos enunciados en la evidencia; al respecto se enuncian los siguientes programas o acciones realizadas por el Ayuntamiento, a través de la Dirección de Salud.

CUADRO 41

Calendarización de metas de actividad por proyecto PbRM 2013

CÓDIGO	Descripción de las metas de actividad	Unidad de medida	Cantidad programada anual
1	ENTREGA DE MOBILIARIO A CADA CASA DE SALUD X MÉDICO	EQUIPO	4
2	CONSULTA ONDONTOLÓGICA	CONSULTA	200
3	FLUORACIÓN EN PRIMARIAS	FLUORADOS	2000
4	CAMPAÑAS DE CAPACITACIÓN A LA POBLACIÓN SOBRE HÁBITOS	CAMPAÑAS	24
5	CAPACITACIÓN A TODO PERSONAL MÉDICO	CAPACITACIÓN	2
6	TALLER DE CAPACITACIÓN A TODO EL PERSONAL DEL C.A.C. Y F.	CAPACITACIÓN	4
7	ESTERILIZACIÓN DE MASCOTAS DOMÉSTICAS	ESTERILIZACIÓN	980
8	SEMANAS NACIONAL DE SALUD VACUNACIÓN DE NIÑOS	SEMANAS	2
9	SEMANAS NACIONAL DE SALUD VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA	SEMANAS	3
10	FERIAS DE SALUD DE ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	FERIAS	12

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2013

CUADRO 42

Calendarización de metas de actividad por proyecto PbRM 2014

CÓDIGO	Descripción de las metas de actividad	Unidad de medida	Cantidad programada anual
1	ÍNDICE DE FERIAS DE SALUD LLEVADAS A CABO	FERIA	12
2	CAMPAÑAS DE CAPACITACIÓN A LA POBLACIÓN	CAMPAÑA	50
3	CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	CONSULTA	5 000
4	ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD	CONSULTA	2 500

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2014

CUADRO 43

Calendarización de metas de actividad por proyecto PbRM 2015

CÓDIGO	Descripción de las metas de actividad	Unidad de medida	Cantidad programada anual
1	Promoción a la salud	Promoción	12
2	Consulta médica	Consulta	5 000
3	Jornadas médicas	Jornadas	14
4	Servicios de salud	Servicios	12
5	Pláticas de orientación	Pláticas	50

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2015

Al respecto, en los avances y resultados presentados en los informes de la administración 2013-2015 se publica en el primer informe de gobierno la entrega de mobiliario en las Casas de Salud de las comunidades de Santa Juana Primera Sección, San Cristóbal, San Nicolás Amealco y Cabecera Segunda Sección.

En el segundo se hizo entrega de equipo médico y medicamentos a la Casa de Salud en la comunidad de la Soledad. Y en el tercer informe se está brindando atención médica en las Casas de Salud de nuestro municipio; reflejando que se encuentra en activo el sistema.

4.4.4. Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud

En este apartado, se solicita que el municipio cuente por lo menos con un convenio vigente con otras instancias para garantizar el derecho a la salud. En la revisión efectuada, se encontraron por lo menos dos convenios de colaboración, ambos con el (ISEM), el primero referente a “La Promoción Activa y Organizada en Materia de Protección a la Salud y Seguridad Sanitaria (esterilización de perros y gatos)” de fecha 6 de julio de 2012 y, el segundo relacionado con la “Transferencia de Recursos Federales con carácter de subsidios” del 13 de junio de 2014. Ambos documentos, los presento completos en el anexo 4.

4.5.5. Inversión per cápita en salud

Este parámetro solicitado, ha sido complicado localizarlo dentro de la cuenta pública, debido a que no es un área que se ubique dentro del catálogo, sin embargo, al indagar en las clasificaciones presentadas en los respectivos informes por función y no por área administrativa, se encontró lo siguiente:

CUADRO 44
CUENTA PÚBLICA 2014
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
(Miles de pesos)

Función	Aprobado	Ampliaciones/ reducciones	Modificado	Comprometido	Devengado	Ejercido	pagado	Subejercicio
Salud, Seguridad y Asistencia social	11 322.35	430.71	11 753.06	0.00	63.10	11 674.78	11 611.68	78.28

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2014

Lo anterior sobre la base de la cuenta pública, no refleja un presupuesto específico; pero revisando los presupuestos de acuerdo con los resultados se pueden reflejar en la siguiente información;

**CUADRO 45
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS 2013**

Código, dependencia auxiliar	Denominación Dependencia auxiliar	Proyectos ejecutados		Presupuesto autorizado por proyecto
121	Recursos materiales	0702-0102-06	Riesgo y control sanitario	1 268,400.00

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2013

**CUADRO 46
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS 2014**

Código, dependencia auxiliar	Denominación Dependencia auxiliar	Proyectos ejecutados		Presupuesto autorizado por proyecto
153	Atención a la salud	0702-0102-06	Riesgo y control sanitario	5 089 209.41

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2014

**CUADRO 47
PRESUPUESTO BASADO EN RESULTADOS 2015**

Código, dependencia auxiliar	Denominación Dependencia auxiliar	Proyectos ejecutados		Presupuesto autorizado por proyecto
153	Atención a la salud	02 0301 0102 01	Promoción de la salud	4 913 884.60

FUENTE: Elaboración propia con base en IPOMEX <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web> 2015

Como se ha mencionado, no se encuentran datos específicos de la Dirección de Salud, de hecho, en el primer PbRM 2013, esta área fue ubicada dentro de Recursos materiales, así como para los ejercicios siguientes en Atención a la salud.

En este punto lo que interesa es describir si el presupuesto autorizado cubre el parámetro solicitado en la Agenda para el Desarrollo Municipal, donde se establecen los siguientes rangos:

\$52 por habitante

\$52 por habitante – \$127 por habitante

Mayor o igual a \$127 por habitante.

Se toma como referencia el último presupuesto manifestado en el PbRM 2015 el cual es de \$4 913 884.60 si esta cantidad se divide entre los 147 653 habitantes registrados por el INEGI en el censo 2015, se obtiene un resultado de \$33.27 por habitante; cifra que está por debajo del primer rango.

Una vez revisados los parámetros propuestos por la Agenda para el Desarrollo Municipal, se observa que el municipio cumple con los parámetros solicitados, los cuales a manera de resumen presento a continuación.

CUADRO 48
RESUMEN DE PARÁMETROS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE LA AGENDA PARA EL
DESARROLLO MUNICIPAL

PARÁMETROS DE MEDICIÓN	EVIDENCIAS
B.2.3.1. Marco normativo en materia de salud	Se encontraron evidencias
B.2.3.2. Instancia responsable de promover la salud	Se encontraron evidencias
B.2.3.3. Diagnóstico en materia de salud	Se encontraron evidencias
B.2.3.4. Programa municipal de salud	Se encontraron evidencias
B.2.3.5. Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud	Se encontraron evidencias
B.2.3.6. Inversión per cápita en salud	Se encontraron evidencias
MUNICIPIO SALUDABLE	

FUENTE: Elaboración propia

4.5. LA PARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA SALUD A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (APS)

A pesar de que con la estructura diseñada para cubrir el territorio estatal se abarcan todos los municipios del Estado, pero los indicadores revisados muestran que la meta de la cobertura total aún no está cumplida, y que faltan recursos para estar al nivel de otros países y que además existen dificultades que no permiten lograr el objetivo.

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) identifica los siguientes obstáculos para garantizar atención a la salud; que pueden resumirse en:

La *inequidad* que existe en el acceso a los recursos —financieros, materiales y humanos— y servicios para la salud entre distintos grupos poblacionales y entre entidades federativas, que se refleja en diferencias en las condiciones de salud. En este rubro el Seguro Popular de Salud también ha ayudado a cerrar las brechas, pero todavía hay un importante rezago que combatir

El *alto gasto* se refleja en el alto porcentaje de hogares mexicanos que sufren por gastos catastróficos o empobrecedores al atender sus necesidades de salud.

La *insuficiencia* se relaciona de manera muy estrecha con el nuevo perfil epidemiológico del país, el cual obliga a movilizar mayores recursos financieros con el fin de atender problemas de salud más complejos, más prolongados y más costosos.

El *alto costo de la inversión* que implica la salud, si tomamos en cuenta que la tecnología de este sector está en continua actualización. Esto limita al sistema de salud a un uso más eficiente racional de sus siempre limitados recursos.

La *inadecuada calidad* se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud.

La *insatisfacción* es un reflejo de la calidad heterogénea de los servicios. Se han hecho progresos importantes en la atención pronta, en el trato digno a los usuarios y en el abasto de medicamentos, pero estos progresos deberán extenderse a todo el sistema para mejorar el nivel general de satisfacción de los usuarios con los servicios.

La *inadecuada información* y la brecha en materia de tecnología de la información impiden la documentación objetiva de los problemas y el apoyo al diseño, implantación y evaluación de los programas y políticas de salud.

La *resistencia al cambio* en todos los niveles del sistema, sólo pueden combatirse con la formación de una nueva cultura institucional que incorpore incentivos generadores de comportamientos eficientes y comprometidos con el objetivo último del Sistema Nacional de Salud: mejorar las condiciones de salud de la población.

Finalmente, los *intereses creados*, reflejados, entre otras cosas, en la apropiación corporativista de las políticas sociales y las instituciones públicas, han dificultado la implantación de las reformas financiera y organizacional que el sistema de salud requiere para adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y políticos que vive el país (FUNSALUD, 2006, págs. 26-28).

En este sentido, el caso de estudio presentado, lo que intenta es operar en el ámbito de la atención primaria a la salud, pues es en este nivel donde se pueden aplicar mejores medidas de prevención que ayuden a bajar los índices de mortalidad y morbilidad, además de evitar la saturación en el segundo y tercer nivel de atención.¹²

El argumento de este apartado, es que los municipios como prestadores de servicios de salud, deben enfocarse única y exclusivamente al primer nivel de atención; entendiendo a la APS como la OMS (2000) la describe:

es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Una referencia más al respecto se encuentra en:

¹²La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel. La APS, en consecuencia, no es sinónimo de primer nivel de atención.

NIVELES DE ATENCIÓN Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.^{1,2} Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El **primer nivel** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (2-4) En el **segundo nivel de atención** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (1-4). El **tercer nivel de atención** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros (Vignolo, 2011).

La atención primaria de la salud (APS), es fundamentalmente asistencia sanitaria basada en métodos y técnicas prácticos científicamente adecuados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su plena participación (...). Forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función básica y el foco de atención, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la asistencia lo más cerca posible de los lugares donde la población vive y trabaja, y constituye el principal elemento de un proceso continuo de atención (Fajardo y Barba, 1994 tomado de González González, 2007, pág. 31).

La ventaja de la prevención reside en que favorece a la detección oportuna de una enfermedad; permitiendo en términos económicos ser más barata de lo que sería en un segundo y tercer nivel, además conservar el paciente una mejor calidad en el proceso de su enfermedad, en otras palabras, la APS implica el empleo de recursos poco complejos. De esta manera, debería ser la que:

Operativamente se vincule al campo de acción de la salud pública, como un plano de actividad que pese a sus enormes posibilidades de trabajo, ha recibido una atención menor en referencia al despliegue de recursos humanos, económicos, de infraestructura, de organización, características de los servicios médico-hospitalarios que se prestan en el segundo y en el tercer nivel de atención (González González, 2007, pág. 2).

No se puede negar el hecho de que los servicios de salud proporcionados por las entidades y la federación son insuficientes, además, de los tres niveles existentes, el primero es al que menor atención se le da, y aunque algunos municipios del Estado de México cuentan con recursos, están impedidos para aplicarlos, porque el marco legal existente les limita esa participación; así que considerando que las características y condiciones de cada municipio son diferentes, las nuevas propuestas para consolidar el avance del sistema de salud, deben centrarse en la prevención.

Mientras que en el sistema estatal de salud predomina la visión de la curación de enfermedades y no la prevención, esta última deberían de descargarla en los municipios mediante la aplicación de la APS, incluyendo las actividades ya consideradas y citadas a continuación:

- Atención al parto y planificación familiar
- Orientación nutricional
- Vacunación
- Tratamiento de las enfermedades endémicas de importancia nacional
- Atención de urgencias
- Provisión de agua y eliminación adecuada de desechos
- Educación para la salud
- Distribución de medicamentos esenciales

El municipio al ser un espacio territorial bien definido, tiene una relación más cercana con los ciudadanos, por ello, la participación ciudadana es más efectiva; esto permite conocer con más detalle los problemas existentes que den elementos para diagnósticos más fidedignos de la situación para tomar decisiones más acertadas.

A continuación se revisan cada uno de los puntos anteriores con el propósito de determinar qué acciones puede llevar a cabo un municipio.

Atención al parto y planificación familiar: Generalmente en todos los municipios existe la figura de las denominadas parteras, que son personas dedicadas a proveer atención a la mujer durante el nacimiento de sus hijos, y que no están registradas formalmente en el sistema de salud. Estas personas son parte de la vida cotidiana de muchas mujeres en las comunidades y podrían ser capacitadas con el uso de algunas técnicas utilizadas por médicos profesionales, además de proporcionarles herramientas para su trabajo, como un estetoscopio, aparatos para medir la presión y otros aditamentos de mucha utilidad que no implican un alto costo.

Vacunación: Aquí la vinculación entre los niveles estatal y municipal es esencial para cubrir 100% de toda la población sujeta a ser vacunada, por un lado, el ISEM proporciona el medicamento a utilizar mientras, que los ayuntamientos dan recursos para la movilización del personal de salud, así como orientación para cubrir a todos los habitantes.

Tratamiento de las enfermedades endémicas de importancia nacional: Las enfermedades endémicas son aquellos padecimientos infecciosos que afectan de

forma permanente o en determinados periodos a una región. En caso de algún brote o incidencia de algún tipo de ella, será el municipio quien la detecte primero, de allí la importancia que este tenga los elementos para descubrir a tiempo cualquier tipo de enfermedades y, segundo, tener una coordinación permanente con los otros niveles de atención que no brinda el municipio.

Atención de urgencias: Accidentes cardiovasculares, afecciones respiratorias, problemas digestivos, problemas en diabéticos e hipertensos descompensados, problemas de piel (reacciones alérgicas), infecciones del tracto urinario, esguinces, contusiones, urgencias dentales (determinados servicios), e intoxicaciones son algunos ejemplos de urgencias que pueden ser atendidas mediante la APS y que evitaría la saturación de hospitales generales y de especialidades.

Provisión de agua y eliminación adecuada de desechos: Este apartado, se encuentra establecido en el Art. 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al cual se le debe reforzar y dar continuidad en sus programas y acciones; pues la prestación del servicio de agua es primordial para mantener un municipio saludable y, se complementa con un adecuado servicio de recolección y depósito de los desechos generados por la población.

Educación para la salud: El municipio puede participar principalmente en todas las escuelas en los diferentes niveles educativos a través de programas diseñados para cada rubro en materia de educación para la salud. Asimismo, se incluiría la orientación nutricional como parte de este programa, sin dejar a un lado a la población que no asiste a las escuelas; utilizando a las Casas de Salud para su orientación, en ambos rubros.

Distribución de medicamentos esenciales: Es importante contar siempre con los medicamentos básicos y que lleguen a quien lo necesita. Sin embargo, se debe tener personal capacitado para su adecuada distribución, en este caso el municipio puede aportar su conocimiento de las comunidades para suministrar los medicamentos esenciales a través de las Casas de Salud recetados por médicos profesionales.

CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo México adopta el centralismo como forma de organización en su administración pública, el Estado era el encargado de proveer todos los servicios de interés general, esta tendencia generalmente adopta políticas económicas proteccionistas, desarrollando una sociedad paternalista y clientelista; sin embargo, los cambios en la economía mundial y la propia crisis del centralismo, obligaron a realizar ajustes en lo económico y lo político; ante este panorama, se presenta la descentralización como una alternativa de solución.

La llegada del modelo económico neoliberal inserta a México en el mundo globalizado, provocando cambios en las estructuras administrativas cuyo objetivo sería transferir a las entidades federativas los servicios públicos que anteriormente se encontraban bajo control de la federación.

En este contexto, se da la descentralización de los servicios de salud, se comienza con un proceso para la creación de un sistema con la participación de los estados con sus competencias correspondientes. El Estado de México al integrarse al proceso descentralizador, formalmente firma los acuerdos de coordinación y la entrega de unidades médicas y recursos materiales el 7 de marzo de 1986; con lo cual inicia una serie de adecuaciones que derivaron principalmente en la promulgación de la Ley de Salud del Estado de México y del organismo encargado de administrar los servicios de salud, el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Para el 2000, se crea la Secretaría de Salud del Estado de México, se deroga la Ley de Salud y se transforma en un reglamento que se integra al Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México; todo este esquema de la descentralización, permite la posibilidad de llegar hasta los municipios, sin embargo, en el Estado de México, nunca se concretó.

A pesar de que el artículo 17 en su fracción II de la Ley de Salud del Estado de México decía que los municipios podrían asumir la administración de los establecimientos de salud que se descentralizaran a su favor; durante el tiempo que tuvo vigencia esta Ley, no se conoce algún caso de un municipio que asumiera esta responsabilidad.

Este fue el primer reto al que se enfrentaron los municipios, porque en México la descentralización administrativa y la pluralidad política han complicado la función de los municipios en todos los ámbitos de su competencia, lo que los obliga a reconsiderar las acciones que deben tomar en materia de salud. Cada municipio cuenta con diferentes condiciones socioeconómicas y epidemiológicas, y esto los lleva a tomar acción en la solución de los problemas que en la materia enfrentan, debiendo considerar las características del municipio y desde luego a las normas jurídicas que en la materia se deben considerar. La mejor opción para realizar estas actividades es la ***innovación***.

Se ha visto, que innovar es utilizar la creatividad adecuada a una región en particular, ya sea una comunidad o municipio, con el fin de resolver un problema que afecta a la población, es en esta parte donde aparecen las políticas públicas y la relación que tienen con la innovación, buscando al final del proceso el bien común.

De manera informal, se ha observado que en el caso del Estado de México, algunos municipios han tomado parte en la realización de acciones tendientes a mejorar los servicios de salud en su ámbito de acción, lo que conduce a reflexionar si estos actos cumplen con los elementos de una política pública y si se pueden contemplar como innovaciones.

Se parte de la idea de que los municipios para resolver problemas relacionados a su región, recurren a realizar acciones que podrían considerarse innovadoras; como en este punto el estudio de caso propuesto para este trabajo,

donde se tiene identificada alguna acción o programa que podría considerarse innovación. En el Estado de México no se cuenta con una Ley o Reglamento en salud que le permite a la entidad descentralizar estos servicios a los municipios, sin embargo, el ISEM tiene una estructura que abarca todo el Estado de México a través de las Jurisdicciones Sanitarias y estas a su vez, mediante las coordinaciones municipales. A pesar de ello, este esfuerzo no es suficiente y muchas comunidades no tienen acceso cercano a un centro de salud.

Al revisar la estructura y la cobertura de los servicios de salud, es evidente que la actual organización no cubre la totalidad del territorio estatal en cada uno de los municipios, a pesar de existir con una configuración que les faculta para llegar a ellos, esta es insuficiente, pues para el 2012, se contaba con 52% de cobertura y 48% estaba sin servicio médico. Siendo aún más precisos, la revisión de los indicadores seleccionados para este trabajo reflejan los siguientes resultados.

El Estado de México, en todos los indicadores, se mantiene por debajo de los promedios de la OCDE y de los generales del país, esta situación se ve reflejada en los municipios, pues la cobertura del servicio no llega a todos los habitantes, sobre todo para aquellos que viven en comunidades cuyas características geográficas les impide acceder con facilidad a los servicios de salud.

Ante este escenario, el municipio de Almoloya de Juárez decidió actuar para resolver la problemática de la cobertura de este servicio, por lo que diseñó e implementó su propio sistema municipal de salud. Esto es, comenzó contratando médicos que pudieran otorgar consulta a la población abierta, utilizando como consultorios a las denominadas Casas de Salud que ya existían pero que no están formalmente reconocidas por la Secretaría de Salud.

Este sistema municipal de salud es una innovación, porque readecua las estructuras de la administración, los mecanismos de interacción con la ciudadanía, y el marco institucional; ha enfrentado los problemas de forma diferente mediante el empleo de técnicas y procedimientos nuevos que no significó inventar recientes cosas, sino aprovechar los cambios para la creación de cualquier bien, servicio o proceso que busque reformar radicalmente la orientación, la capacidad y la velocidad de respuesta; por lo que la participación municipal es una alternativa para aumentar los servicios en esta materia.

Al tomar esta determinación, se vio obligado a readaptar su estructura organizacional y creó la Dirección de Salud como responsable para establecer y conducir todo lo relacionado en materia de salud, incluyendo una coordinación con los ámbitos estatal y federal. Al crearse esta dirección se requirió contar con un marco jurídico que le permitiera ejercer sus atribuciones con formalidad legal. Sin embargo, para contar con mayor certeza sobre si las acciones realizadas por el municipio están mejorando el servicio, era necesario buscar un mecanismo que de manera ordenada permitiera medir si el municipio desempeña acciones y programas en materia de salud.

Para lo anterior, se eligió como parámetro de medición a la Agenda para el Desarrollo Municipal, herramienta que certifica pero no evalúa las actividades en salud que realizan los municipios; al aplicar los parámetros de medición propuestos hay evidencia en cada uno de ellos. El municipio cumple con todos los parámetros solicitados, sin embargo; esto no significa que el problema de la salud esté resuelto, por lo tanto, es preciso hacer una crítica a esta certificación que realiza el INAFED a través de la Agenda para el Desarrollo Municipal.

En primer lugar, esta agenda únicamente certifica, lo cual significa que tan solo con presentar una serie de documentos previamente establecidos queda asentado que se ha cumplido.

No se revisan ni se piden datos epidemiológicos, por lo tanto no se conocen los índices de mortalidad y morbilidad, tampoco las enfermedades más recurrentes.

Al no evaluar, cuando se solicita una nueva certificación, no se revisan los avances o retrocesos de la anterior certificación, por lo que no se sabe la continuidad de los programas.

La realidad del municipio en la cobertura de servicios por parte de la Secretaría de Salud es evidente: 64.57% de la población es derechohabiente, quedando 32.85% sin derechohabiencia, solo 27 comunidades cuentan con un centro de salud, dejando a 55 sin servicio, lo que significa 0.20 unidades médicas por cada mil habitantes; en tal caso, 5 055 habitantes por consultorio, de la misma forma el personal médico no satisface la demanda, pues los datos muestran que se cuenta con un médico por cada 2 369 habitantes, y no existen camas censables, nada más de recuperación.

El énfasis que hoy en día los gobiernos federal y estatal le dan a la inversión en infraestructura para hospitales de especialidades, enfocadas a la atención de enfermedades crónicas, porque políticamente son más redituables, es notorio que estas acciones no resuelven la problemática actual, más bien, es síntoma de un aumento de ciertas enfermedades que no han sido atendidas desde la prevención. Ante esta situación, el papel del municipio es una opción favorable mediante la aplicación de políticas públicas enfocadas en la atención primaria a la salud, que combinada con otros sectores son una garantía para lograr la cobertura total en cada una de sus comunidades; lo que significaría la universalidad de la salud en todo el país.

Por este motivo, los municipios realizan acciones para solucionar este problema, y las encaminan para atender a sus habitantes y acercarles este servicio de diferentes maneras.

En el caso de Almoloya de Juárez, se tomó la decisión de crear un Sistema Municipal de Salud, que como se analiza en la presente investigación, consiste en dar servicios de atención primaria a la comunidad, utilizando las Casas de Salud construidas por el Ayuntamiento y que no reconoce el ISEM.

El sistema municipal lleva 15 años en funcionamiento, lo que refleja una continuidad en este programa. Para su consolidación se creó la Dirección de Salud como la dependencia encargada de conducir este proyecto, que en un inicio no contaba con certeza jurídica y hoy se rige por un marco jurídico que le da claridad a sus funciones.

A petición de la ciudadanía el número de Casas de Salud ha aumentado, sobre todo, en las zonas rurales del municipio, lo que indica el interés tanto de los habitantes como del gobernante en turno, de proveer este servicio.

La realidad es que muchos problemas de salud pueden ser resueltos con atención primaria, y es allí donde radica la importancia de contar con un sistema de este tipo, que permita cubrir todo el territorio municipal y proporcionar seguridad a toda la población no derechohabiente.

Si este sistema se refuerza y se le facilitan los medios, daría atribuciones al municipio para contar con mayor cobertura en médicos y lugares de atención; ya sea Centro o Casa de Salud, y así reducir los riesgos. Para ello, se proponen las siguientes estrategias:

- Reorganizar el sector salud a partir de los sistemas locales que cada municipio ha establecido.
- Descentralizar los insumos necesarios en APS a los municipios en forma equitativa de acuerdo a las características y circunstancias precisas.
- Otorgar a la salud mayor importancia en las partidas presupuestales enfocadas a la APS que ofrece el gobierno federal y estatal.

- Contar con un marco jurídico que comprenda a los municipios en las leyes estatales y nacionales.
- Promover la participación ciudadana en los programas y acciones en salud.

La prevención es indispensable para mantener una población saludable; el municipio, como órgano de gobierno con mayor cercanía, debería tener las condiciones necesarias para proveer APS. Sin embargo, el municipio se encuentra limitado para hacerlo, principalmente, no depende de un marco jurídico que parta desde la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, hasta leyes y reglamentos estatales que les den claridad en su participación,

La atención primaria a la salud es la base para alcanzar la cobertura universal, esto implicaría contar con un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS), pues a pesar, que se ha mencionado en este trabajo la existencia del mismo, es cuestionable si realmente cumple con los requisitos para serlo, ya que no se distingue una interrelación entre los tres niveles de gobierno; comenzando por la nula presencia del municipio, además de que no es identificable la coordinación entre todas las instituciones que prestan este servicio, a tal grado, que no hay uniformidad en las propias entidades del país. Si se habla de la operación del SNS, este debería responder a las necesidades básicas de los ciudadanos, y el solo hecho de no contar con la cobertura total de la población, ya pone en duda su buen funcionamiento.

El fortalecimiento a estos Sistemas de Salud, tanto nacional como en las entidades, se puede lograr estableciendo mayor participación de los municipios, esto implicaría modificar el artículo 115 constitucional, donde se le otorguen facultades en la prestación de servicios, además de agregar la figura del municipio en el artículo 4º, posteriormente brindarle los recursos humanos, materiales y financieros que requieran para que otorguen servicios de salud enfocados única y exclusivamente en APS.

**ANEXO 1 - DAÑOS Y RIESGOS PARA LA SALUD EN
ALMOLOYA DE JUÁREZ (2010–2011–2012)**

MORTALIDAD GENERAL 2010				
	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	Total general	Tasa por 1 000 hab. General
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		629	4.4
1	Diabetes mellitus	80	90	0.6
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	64	0.4
3	Enfermedades isquémicas del corazón	108	52	0.4
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	31	0.2
5	Enfermedades hipertensivas	107	29	0.2
6	Enfermedad cerebrovascular	109	28	0.2
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	19	0.1
8	Agresiones (homicidios)	161	17	0.1
9	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	15	0.1
10	Nefritis y nefrosis	122	13	0.1
11	Desnutrición calórico protéica	55	13	0.1
12	Asfixia y trauma al nacimiento	52	11	0.1
13	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	153	9	0.1
14	Malformaciones congénitas del corazón	141	9	0.1
15	Enfermedades infecciosas intestinales	10	6	0
16	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	68	5	0
17	Tumor maligno del estómago	64	5	0
18	Tumor maligno de la mama	70	5	0
19	Uso de alcohol	87	4	0
20	Caídas accidentales	155	4	0
	Causas mal Definidas		5	0
	Las demás Causas		195	0.9

MORTALIDAD INFANTIL 2010				
Orden	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	Total Menores de 1 año	Tasa Menores de 1 año por 1000 nacimiento
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		66	22.8
1	Asfixia y trauma al nacimiento	52	11	3.8
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	10	3.5
3	Malformaciones congénitas del corazón	141	8	2.8
4	Desnutrición calórico protéica	55	3	1
5	Bajo peso al nacimiento y prematurez	51	2	0.7
8	Enfermedades infecciosas intestinales	10	1	0.3
9	Infecciones respiratorias agudas altas	41	1	0.3
10	Anencefalia y malformaciones similares	134	1	0.3
	Causas mal Definidas		2	0.7
	Las demás Causas		27	9.3
	Nacimientos		2 891	

MORTALIDAD PRE ESCOLAR 2010				
Orden	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	Total de 1 a 4 años	Tasa de 1 a 4 años por 1000 hab
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		12	9.7
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	6	4.8
2	Enfermedades infecciosas intestinales	10	3	2.4
3	Envenenamiento accidental	154	1	0.8
	Causas mal Definidas		0	0
	Las demás Causas		2	1.6
	Población		12 418	

MORTALIDAD ESCOLAR 2010				
Orden	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	Total 5 a 14 años	Tasa por 1000 hab de 5 a 14 años
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		15	0.5
1	Diabetes mellitus	80	1	0
2	Agresiones (homicidios)	161	1	0
3	Nefritis y nefrosis	122	1	0
4	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	153	1	0
5	Leucemia	77	2	0.1
6	Linfomas y mieloma múltiple	76	1	0
7	Enfermedades de la piel	125	1	0
8	Ahogamiento y sumersión accidentales	157	1	0
	Las demás Causas		6	0.2
	Población		31103	
	Total 006 ALMOLOYA DEL RIO		0	0
	Causas mal Definidas		0	0
	Las demás Causas		0	0
	Población		1732	

MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 2010				
Orden	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	15 a 64 años	Tasa por 1000 hab de 15 a 64 años
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		255	2.8
1	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	41	0.5
2	Diabetes mellitus	80	36	0.4
3	Agresiones (homicidios)	161	16	0.2
4	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	12	0.1
5	Enfermedad cerebrovascular	109	10	0.1
6	Enfermedades isquémicas del corazón	108	8	0.1
7	Enfermedades hipertensivas	107	8	0.1
8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	153	8	0.1
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	7	0.1
10	Nefritis y nefrosis	122	7	0.1
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	3	0

12	Desnutrición calórico protéica	55	3	0
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	68	3	0
14	Tumor maligno de la mama	70	3	0
15	Tumor maligno del cuello del útero	71	3	0
16	Melanoma y otros tumores malignos de la piel	69	3	0
17	Uso de alcohol	87	2	0
18	Caídas accidentales	155	2	0
19	Leucemia	77	2	0
20	Tumor maligno del ovario	73	2	0
	Las demás Causas		76	0.6

MORTALIDAD EN EDAD POS-PRODUCTIVA 2010				
Orden	Causa	CLAVE CIE. 1/ DÉCIMA REV.	65 y más años	Tasa por 1000 hab. de 65 y más años
	Total 005 ALMOLOYA DE JUAREZ		281	44.9
1	Diabetes mellitus	80	53	8.5
2	Enfermedades isquémicas del corazón	108	44	7
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	23	3.7
4	Enfermedades hipertensivas	107	21	3.4
5	Enfermedad cerebrovascular	109	18	2.9
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	16	2.6
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	8	1.3
8	Desnutrición calórico protéica	55	7	1.1
9	Nefritis y nefrosis	122	5	0.8
10	Tumor maligno del estómago	64	4	0.6
11	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	3	0.5
12	Tumor maligno de la próstata	74	3	0.5
13	Tumor maligno del cuerpo del útero	72	3	0.5
14	Enfermedades infecciosas intestinales	10	2	0.3
15	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	68	2	0.3
16	Tumor maligno de la mama	70	2	0.3
17	Uso de alcohol	87	2	0.3
18	Caídas accidentales	155	2	0.3
19	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	88	2	0.3
20	Úlcera péptica	117	2	0.3
	Causas mal Definidas		3	0.5
	Las demás Causas		56	6.9

MORTALIDAD GENERAL 2011

	Municipio/causa	ISEM		
		Número C.I.E. "I0a. Rev.	Defunciones	Tasa
	Total ALMOLOYA DE JUAREZ		614	417.7
1	Diabetes mellitus	80	95	64.6
2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	72	49
3	Enfermedades isquémicas del corazón	108	66	44.9
4	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	35	23.8
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	35	23.8
6	Enfermedades hipertensivas	10	30	20.4
7	Enfermedad cerebrovascular	109	17	11.6
8	Asfixia y trauma al nacimiento	52	15	10.2
9	Agresiones (homicidios)	161	13	8.8
10	Nefritis y nefrosis	122	12	8.2
11	Malformaciones congénitas del corazón	141	10	6.8
12	Accidentes de vehículo de motor (transito)	151	9	6.1
13	Tumor maligno del estómago	64	8	5.4
14	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	7	4.8
15	Enfermedades infecciosas intestinales	10	6	4.1
16	Desnutrición calórico protéica	55	6	4.1
17	Tumor maligno del colon y recto	65	5	3.4
18	Tumor maligno del hígado	66	5	3.4
19	Tumor maligno de la próstata	74	5	3.4
20	Leucemia	77	5	3.4
	Causas mal Definidas	164	3	2
	Las demás Causas		155	105.5
	POBLACION		146 987	

MORTALIDAD PRE ESCOLAR 2011

Número de orden	Municipio/causa	Sector salud			
		Número C.I.E. "I0a. Rev.	Defunciones	Tasa	
Principales	Total ALMOLOYA DE JUAREZ			8	63.9
1	Enfermedades infecciosas intestinales		10	1	8
2	Infecciones respiratorias agudas bajas		40	2	16
3	Desnutrición calórico protéica		55	1	8
4	Causas mal Definidas		164	0	0
	Las demás Causas			4	31.9
	POBLACION			12 520	

MORTALIDAD ESCOLAR 2011

Número de orden	Municipio/causa	Sector salud		
		Número C.I.E. "I0a. Rev.	Defunciones	Tasa
5	Total ALMOLOYA DE JUAREZ		9	28.7
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	1	3.2
2	Leucemia	77	1	3.2
3	Malformaciones congénitas del corazón	141	1	3.2
4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	1	3.2
	Las demás Causas		5	15.9
	POBLACION		31 355	

MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 2011

Número de orden	Municipio/causa	Sector salud		
		Número C.I.E. "I0a. Rev.	Defunciones	Tasa
5	Total ALMOLOYA DE JUAREZ		243	260
1	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	48	51.3
2	Diabetes mellitus	80	38	40.7
3	Agresiones (homicidios)	161	13	13.9
4	Enfermedades isquémicas del corazón	108	10	10.7
5	Enfermedades hipertensivas	107	9	9.6
6	Accidentes de vehículo de motor (transito)	153	9	9.6
7	Nefritis y nefrosis	122	7	7.5
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	6	6.4
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	6	6.4
10	Tumor maligno del estómago	64	5	5.3
11	Tumor maligno del colon y recto	65	5	5.3

12	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	5	5.3
13	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	4	4.3
14	Tumor maligno de la próstata	74	3	3.2
15	Leucemia	77	3	3.2
16	VIH/SIDA	9	2	2.1
17	Desnutrición calórico protéica	55	2	2.1
18	Anemia	58	2	2.1
19	Tumor maligno del esófago	63	2	2.1
20	Tumor maligno del hígado	66	2	2.1
	Causas mal Definidas	164	0	0
	Las demás Causas		62	66.3
	POBLACION		93 478	

MORTALIDAD POS PRODUCTIVA 2011

Número de orden	Municipio/causa	Sector salud		
		Número C.I.E. "10a. Rev.	Defunciones	Tasa
5	Total ALMOLOYA DE JUAREZ		285	4 258.8
1	Diabetes mellitus	80	57	851.8
2	Enfermedades isquémicas del corazón	108	56	836.8
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	29	433.4
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	24	358.6
5	Enfermedades hipertensivas	107	21	313.8
6	Enfermedad cerebrovascular	109	15	224.1
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	10	149.4
8	Nefritis y nefrosis	122	5	74.7
9	Desnutrición calórico protéica	55	3	44.8
10	Tumor maligno del estómago	64	3	44.8
11	Tumor maligno del hígado	66	3	44.8
12	Enfermedades infecciosas intestinales	10	2	29.9
13	Tumor maligno del páncreas	67	2	29.9
14	Tumor maligno de la próstata	74	2	29.9
15	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	2	29.9
16	Tumor maligno de la boca y orofaringe	62	1	14.9
17	Tumor maligno del esófago	63	1	14.9
18	Tumor maligno de la mama	70	1	14.9
19	Tumor maligno del cuello del útero	71	1	14.9
20	Causas mal Definidas	164	3	44.8
	Las demás Causas		44	657.5
	POBLACION		6 692	

MORTALIDAD GENERAL 2012

Clave	Municipio	Num.	Causas	Sector Salud		
				Número C.I.E. * 10a Rev.	Defunciones	Tasa
5	Almoloya de Juarez				710	446.96
		1	Diabetes mellitus	80	93	58.55
		2	Enfermedades isquémicas del corazón	108	75	47.21
		3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	62	39.03
		4	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	47	29.59
		5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	28	17.63
		6	Enfermedades hipertensivas	107	25	15.74
		7	Accidentes de vehículo de motor (transito)	151	24	15.11
		8	Enfermedad cerebrovascular	109	23	14.48
		9	Malformaciones congénitas del corazón	141	19	11.96
		10	Nefritis y nefrosis	122	17	10.7
		11	Asfixia y trauma al nacimiento	52	14	8.81
		12	Agresiones (homicidios)	161	14	8.81
		13	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	11	6.92
		14	Ahogamiento y sumersión accidentales	157	11	6.92
		15	Enfermedades infecciosas intestinales	10	8	5.04
		16	Caídas accidentales	155	8	5.04
		17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	8	5.04
		18	Desnutrición calórico protéica	55	7	4.41
		19	Tumor maligno de la mama	70	6	3.78
		20	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	68	5	3.15
			Causas mal definidas		2	1.26
			Las demás causas		203	127.79
			Población	158 850		

MORTALIDAD INFANTIL 2012						
Clave	Municipio	Num.	Causas	Número C.I.E. * 10a Rev.	Defunciones	Tasa
5	Almoloya de Juarez				58	11 646.59
		1	Malformaciones congénitas del corazón	141	16	3 212.85
		2	Asfixia y trauma al nacimiento	52	14	2 811.24
		3	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	5	1 004.02
		4	Enfermedades infecciosas intestinales	10	3	602.41
		5	Defectos de la pared abdominal	133	1	200.8
			Las demás causas		19	3 815.26
			Nacidos vivos	498		

MORTALIDAD PRE ESCOLAR 2012						
Clave	Municipio	Num.	Causas	Sector Salud		
				Número C.I.E. * 10a Rev.	Defunciones	Tasa
5	Almoloya de Juarez		Total		7	55.49
		1	Malformaciones congénitas del corazón	141	2	15.85
		2	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	1	7.93
		3	Enfermedades inflamatorias del corazón (exc. Fiebre reumática)	110	1	7.93
		4	Accidentes de vehículo de motor (transito)	151	1	7.93
		5	Agresiones (homicidios)	161	1	7.93
			Las demás causas		1	7.93
			Población	12615		

MORTALIDAD ESCOLAR 2012						
Clave	Municipio	Num.	Causas	Sector Salud		
				Número C.I.E. * 10a Rev.	Defunciones	Tasa
5	Almoloya de Juarez		Total		6	19
		1	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	1	3.17
		2	Enfermedades hipertensivas	107	1	3.17
		3	Accidentes de vehículo de motor (transito)	151	1	3.17
		4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	1	3.17
			Las demás causas		2	6.33

MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA 2012						
Clave	Municipio	Num.	Causas	Sector Salud		
				Número C.I.E. * 10a Rev.	Defunciones	Tasa
5	Almoloya De Juarez		Total		316	312.78
		1	Diabetes mellitus	80	40	39.59
		2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	39	38.6
		3	Enfermedades isquémicas del corazón	108	26	25.74
		4	Accidentes de vehículo de motor (transito)	151	22	21.78
		5	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	16	15.84
		6	Agresiones (homicidios)	161	13	12.87
		7	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	152	11	10.89

		8	Ahogamiento y sumersión accidentales	157	11	10.89
		9	Enfermedades hipertensivas	107	9	8.91
		10	Enfermedad cerebrovascular	109	8	7.92
		11	Nefritis y nefrosis	122	7	6.93
		12	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	7	6.93
		13	VIH/SIDA	9	4	3.96
		14	Enfermedades infecciosas intestinales	10	4	3.96
		15	Tumor maligno de la boca y orofaringe	62	4	3.96
		16	Tumor maligno de la mama	70	4	3.96
		17	Tumor maligno del colon y recto	65	3	2.97
		18	Tumor maligno del cuello del útero	71	3	2.97
		19	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	3	2.97
		20	Caídas accidentales	155	3	2.97
			Las demás causas		79	78.2
			Población	101 028		

MORTALIDAD EN EDAD POS PRODUCTIVA 2012					
Clave	Municipio	Num.	Causas	Sector Salud	
				Número C.I.E. * 10a Rev.	Tasa
5	Almoloya de Juárez				4 891.72
		1	Diabetes mellitus	80	802.67
		2	Enfermedades isquémicas del corazón	108	742.09
		3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	113	378.62

		4	Infecciones respiratorias agudas bajas	40	24	363.47
		5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	118	23	348.33
		6	Enfermedades hipertensivas	107	15	227.17
		7	Enfermedad cerebrovascular	109	15	227.17
		8	Nefritis y nefrosis	122	10	151.45
		9	Desnutrición calórico protéica	55	5	75.72
		10	Caídas accidentales	155	5	75.72
		11	Tumor maligno del estómago	64	3	45.43
		12	Tumor maligno del hígado	66	3	45.43
		13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	68	3	45.43
		14	Linfomas y mieloma múltiple	76	3	45.43
		15	Anemia	58	2	30.29
		16	Melanoma y otros tumores malignos de la piel	69	2	30.29
		17	Tumor maligno de la mama	70	2	30.29
		18	Tumor maligno de la próstata	74	2	30.29
		19	Tumor maligno de la vejiga	75	2	30.29
		20	Leucemia	77	2	30.29
			Causas mal definidas		2	30.29
			Las demás causas		73	1 105.56
			Población	6 603		

**ANEXO 2. AVANCES Y RESULTADOS PRESENTADOS EN LOS
INFORMES DE LA ADMINISTRACION 2013-2015**

PRIMER INFORME DE GOBIERNO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ

Haciendo referencia a nuestro “Segundo Compromiso Verbal”, el cual se refiere en la “Especial Atención al Sector Salud”, informo que durante este año hemos logrado desarrollar una serie de acciones que nos han permitido, no solamente cumplir con las metas propuestas, sino superarlas, tanto en cobertura como en eficacia y calidad. Al respecto informo a ustedes las acciones desarrolladas: Se lograron impartir pláticas en los centros educativos del municipio sobre bulliying, drogadicción, alcoholismo, planificación familiar y salud bucal, logrando sensibilizar a 4,310 alumnos.

En lo que respecta al tema de muerte materna en adolescentes participamos con el proyecto “Promoción del Plan de Seguridad en el Embarazo para Prevenir la Mortalidad Materna en Adolescentes”, motivo por el cual nuestro municipio está incluido dentro de los 9 mejores a nivel estado, asignándonos un fondo que asciende a \$400,000.00 pesos, para el fortalecimiento de los trabajos en este rubro.

Durante este año se reforzaron las acciones encaminadas a orientar los esfuerzos hacia la implementación de ferias de salud, habiendo logrado llevar a cabo 13 “Ferias de Salud”, y 1 “Magna Feria”, beneficiando con esto a 12 comunidades, atendiendo a un total de 4,190 familias.

En coordinación con el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), a través de las unidades móviles se realizaron 994 mastografías, 250 pruebas de niveles para la detección y prevención de antígenos prostático, así como ultrasonidos y estudios de papanicolaou. Se lograron implementar 5 “Caravanas Odontológicas”, atendiendo a 1,310 niños de 10 comunidades. Desarrollando a su vez 3 “Campañas Nacionales de Vacunación” donde se aplicaron 64,951 vacunas.

El municipio cuenta con 20 casas de salud las cuales brindaron 2,498 consultas. Y dotamos de mobiliario a 4 de estas.

SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ

En el segundo compromiso verbal, se encuentra la “Especial Atención al Sector Salud”, en donde se llevaron a cabo significativas acciones en pro de la atención de tan sensible sector, al respecto informo que durante el presenta año:

Se llevaron a cabo 14 ferias de salud en 13 comunidades del municipio, logrando brindar 1,824 consultas médicas generales, 688 consultas odontológicas, 586 exámenes de glucosa en sangre, 831 mediciones de peso y talla, 15 consultas psicológicas y 87 exámenes de mastografía.

Se hizo entrega de equipo médico y medicamentos a la casa de salud en la comunidad de la Soledad.

A través de las “Campañas de Capacitación a la Población”, se realizaron cursos: Psico-educativos a autoridades educativas, alumnos y padres de familia en San Nicolás Amealco y fraccionamiento “Rancho San Juan”.

El “Programa de Acción de Entornos y Comunidades Saludables” contempla combatir los problemas que amenazan la salud integral de las personas y familias.

En este sentido, la Dirección de Salud de este Ayuntamiento, conjuntamente con el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el departamento de Promoción de la Sal, registraron a nivel estatal y nacional el proyecto de “Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Escolares del Municipio de Almoloya de Juárez” miso que resultó seleccionado a Nivel Nacional, por lo que actualmente se encuentra en ejecución en nuestro municipio, desarrollando las siguientes actividades:

La capacitación del personal de salud.

Sensibilización a las autoridades educativas de las escuelas participantes (zona centro).

Talleres educativos con la temática de alimentación correcta y de elaboración de alimentos saludables.

Formación de Comités Escolares de Salud.

Torneos inter-escolares deportivos y tablas rítmicas.

15 ferias de salud con la temática “Kermes escolar”.

Implementación de rutinas de actividad física en los escolares.

Paseo en bicicleta los domingos y clases de zumba para los servidores públicos y población en general del municipio.

Mencionando también, que el proyecto fue aceptado para su presentación en la categoría oral en el III Congreso Internacional de Promoción de la Salud, próximo a celebrarse en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

TERCER INFORME DE GOBIERNO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ

Dirección de Salud

Nuestra Dirección de Salud se enfocó a brindar una “Especial atención a éste Sector” cubriendo así el Segundo Compromiso Verbal de esta administración, trabajando en conjunto con dependencias Estatales y Federales para cumplir con tan importante labor, así como brindando atención médica en las casas de salud de nuestro municipio:

En coordinación con el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), se realizaron 2 ferias de salud.

Dentro de las actividades del proyecto de “Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Escolares del Municipio de Almoloya de Juárez”, se realizaron 9 ferias de salud escolar, en igual número de comunidades.

Por medio de las Campañas Odontológicas, se realizaron 4 jornadas de salud bucal en escuelas primarias del municipio.

Se realizaron 13 talleres educativos, en escuelas de nivel primaria y secundaria, los cuales se desprenden de la Campaña de Capacitación a la Población.

Se llevó a cabo la 1er y 3er Semana Nacional de Vacunación.

Como miembros del Comité Intersectorial de Salud, nuestro municipio fue sede para esta reunión regional.

Se llevaron a cabo 23 jornadas de esterilización y vacunación de mascotas.

**ANEXO 3. INDICADORES DE GESTIÓN DE LA AGENDA PARA EL
DESARROLLO MUNICIPAL.**

Sección:  Eje: **B.2. DESARROLLO SOCIAL**

Tema: **B.2.3. Salud**

Objetivo: Garantizar el derecho a la protección de la salud mediante una mayor inversión en infraestructura básica y en acciones de promoción de la salud.

No. Total de indicadores: **6**

Indicador de Gestión	Estatus			Parámetros	Evidencias
	D	A	V		
B.2.3.1. Marco normativo en materia de salud. Nivel: Gestión Dimensión: Marco Legal				El municipio no cuenta con disposiciones normativas en materia de salud.	<input type="checkbox"/> 1. Disposiciones normativas actualizadas en materia de salud.
Descripción: El municipio cuenta con disposiciones normativas en materia de salud.				El municipio cuenta con disposiciones normativas en materia de salud, pero no están actualizadas.	
Criterios de verificación: 1.- Por "disposiciones normativas" se entenderá: Reglamento, Lineamientos, Círculares, Acuerdos, así como Convenios de coordinación con el gobierno estatal o federal. 2.- Por "actualizadas" se entenderá que las disposiciones normativas en la materia han sido revisadas por la administración en turno. Para tal efecto, el verificador deberá comprobar que existan elementos de dicha revisión en la unidad responsable de esta materia o en el área jurídica de la administración pública municipal. 3.- Las disposiciones normativas pueden ser parte de un ordenamiento jurídico de mayor alcance.				El municipio cuenta con disposiciones normativas actualizadas en materia de salud.	
Observaciones:					✓ = Si lo tiene X = No lo tiene D= Diagnóstico A= Actualización de diagnóstico V= Verificación

Indicador de Gestión		Estatus		Parámetros	Evidencias
		D	A		
B.2.3.2. Instancia responsable de promover la salud. Nivel: Gestión Dimensión: Unidad Responsable Descripción: El municipio cuenta con una instancia responsable de promover la salud de su población.				El municipio no cuenta con una instancia responsable de diseñar e instrumentar acciones en materia de salud.	La instancia responsable de promover la salud cuenta con los siguientes elementos: <input type="radio"/> 1. Organigrama actualizado. <input type="radio"/> 2. Manual de organización actualizado del municipio, con las siguientes funciones: a) Promoción de la salud. <input type="radio"/> 3. Si la legislación estatal lo exige, evidencia de operación del Consejo Municipal de Salud: a) Acta de instalación del Consejo Municipal de Salud. b) Reportes de avances de programas y actividades del Consejo. c) Actas o minutas de reuniones del Consejo.
				El municipio cuenta con una instancia responsable de diseñar e instrumentar acciones en materia de salud, pero no se encuentra formalmente establecida.	<input checked="" type="checkbox"/> = Si lo tiene X = No lo tiene
Criterios de verificación: 1.- El municipio puede contar con una unidad que desempeñe específicamente la función o con una dependencia de mayor alcance que la lleve a cabo formalmente. 2.- Por "actualizado" se entiende que los documentos referidos han sido avalados por la administración en turno. 3.- Para acreditar el parámetro en color verde, el verificador deberá cotejar que la instancia responsable de promover la salud se encuentre en el organigrama y en el manual de organización. También verificará que cuente con las funciones de promover la salud.				El municipio cuenta con una instancia responsable de diseñar e instrumentar acciones en materia de salud, formalmente establecida.	<input checked="" type="checkbox"/> = Si lo tiene X = No lo tiene
Observaciones:					
D= Diagnóstico A= Actualización de diagnóstico V= Verificación					

Indicador de Gestión		Estatus		Parámetros	Evidencias
		D	A V		
B.2.3.3. Diagnóstico en materia de salud.				El municipio no cuenta con un diagnóstico en materia de salud.	<p>1. Diagnóstico en materia de salud en el municipio, con todos los elementos siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> a) Rubros en materia de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Infraestructura en materia de salud. ii. Cobertura de servicios de salud. iii. Población derechohabiente. iv. Población no derechohabiente. v. Principales causas de morbilidad en mujeres y hombres. vi. Principales causas de mortalidad en mujeres y hombres. vii. Nacimientos y defunciones. viii. Adicciones, por sexo y rango de edad. ix. Infecciones de transmisión sexual y VIH. <p><input type="checkbox"/> b) Recursos humanos y materiales con que se cuenta para la promoción de la salud.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Cuenta pública municipal en la que se presente el Gasto de inversión en el rubro de salud, de los últimos tres años.</p> <p>✓ = Sí lo tiene ✗ = No lo tiene</p>
Nivel: Gestión	Dimensión: Planeación			El municipio cuenta con un diagnóstico en materia de salud, pero no incorpora todos los elementos de la evidencia.	
Descripción: El municipio cuenta con un diagnóstico en materia de salud.				El municipio cuenta con un diagnóstico en materia de salud, con todos los elementos de la evidencia.	
Criterios de verificación: <ol style="list-style-type: none"> 1.- El diagnóstico debe contar con la información oficial más reciente. 2.- Deberá contener información de la cabecera y de todas las localidades del municipio con base en el último Censo o Conteo del INEGI. 3.- El diagnóstico puede ser parte de un documento de mayor alcance o ser elaborado por el propio municipio (realizado por la administración municipal y/o por una persona o institución externa) o provenir de alguna dependencia o entidad estatal o federal competente. 4.- Fuentes oficiales de consulta: INEGI, CONAPO, Secretaría de Salud o Dependencia Estatal de Salud, y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 					
Observaciones:					D= Diagnóstico A= Actualización de diagnóstico V= Verificación

Indicador de Gestión		Estatus		Parámetros	Evidencias
		D	A		
B.2.3.4. Programa municipal de salud.					<p>1. Programa para la atención y promoción de la salud, con todos los elementos siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> a) Objetivos enfocados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Infraestructura en materia de salud. ii. Cobertura de servicios de salud. iii. Población derechohabiente. iv. Población no derechohabiente. v. Principales causas de morbilidad en mujeres y hombres. vi. Principales causas de mortalidad en mujeres y hombres. vii. Salud materna y perinatal. viii. Difusión hacia la población sobre problemas prioritarios de salud, entre ellos: salud sexual y reproductiva, nutrición, prevención de la mortalidad materna y perinatal entre otros. ix. Prevención y combate de adicciones. x. Prevención del VIH. <p><input type="checkbox"/> b) Metas.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Estrategias y líneas de acción.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Esquema de coordinación y vinculación.</p> <p><input type="checkbox"/> e) Calendario de actividades.</p> <p><input type="checkbox"/> f) Responsables.</p> <p><input type="checkbox"/> g) Presupuesto asignado para la operación del programa.</p> <p><input type="checkbox"/> h) Indicadores de seguimiento y cumplimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> i) Informes de avances y resultados, firmados por la funcionaria o funcionario responsable.</p> <p>✓ = Sí lo tiene ✗ = No lo tiene</p>
Nivel: Gestión	Dimensión: Programa o Acciones			<p>El municipio no cuenta con un programa para la atención y promoción de la salud.</p>	
Descripción: El municipio cuenta con un programa enfocado a impulsar la atención y promoción de la salud.				<p>El municipio cuenta con un programa para promover la atención y promoción de la salud, pero no incorpora todos los elementos de la evidencia.</p>	
Criterios de verificación:					
1.- El programa o programas pueden ser implementados en forma concurrente con los gobiernos estatal y/o federal.					
2.- El programa deberá incluir todos los elementos enunciados en la evidencia, independientemente de que puedan variar sus denominaciones.					
3.- El programa debe presentarse con los elementos formales del caso: logotipos, firma(s) de autoridades responsables y fechas de emisión.					
Observaciones:					
					D= Diagnóstico A= Actualización de diagnóstico V= Verificación

Indicador de Gestión		Estatus			Parámetros	Evidencias
		D	A	V		
B.2.3.5. Coordinación para garantizar el derecho a la protección de la salud.	Nivel: Gestión	Dimensión: Vinculación			<p>El municipio no cuenta con un convenio vigente con otras instancias para garantizar el derecho a la protección de la salud.</p>	<input type="radio"/> 1. Convenio(s) vigente(s) y/o acuerdos de colaboración vigentes. <input type="radio"/> 2. Minutas de reuniones de seguimiento, del año en curso, firmadas por los asistentes (deben contener: fecha, asistentes y compromisos o acuerdos). <input type="radio"/> 3. Acuerdos derivados de reuniones con las dependencias involucradas, del año en curso, firmados por los asistentes. <input type="radio"/> 4. Documentos que avalen la incorporación del municipio a la Red Estatal de Municipios por la Salud. <input type="radio"/> 5. Mecanismos de vinculación con los programas de escuelas y viviendas saludables: a) Convenios vigentes. b) Minutas de reuniones. c) Acuerdos. d) Informe de resultados.
					<p>El municipio cuenta con un proyecto de convenio para garantizar el derecho a la protección de la salud.</p>	
					<p>El municipio cuenta con un convenio vigente para garantizar el derecho a la protección de la salud.</p>	<p>✓ = Sí lo tiene ✗ = No lo tiene</p>
Criterios de verificación:						
1.- Se entiende por "convenio o acuerdo de colaboración vigente", al documento original que está firmado por el presidente municipal y que no ha concluido su vigencia.						
2.- Se entiende por "proyecto de convenio" al documento que está en calidad de borrador, no cuenta con todas las firmas correspondientes y/o no ha sido publicado.						
Observaciones:		<p>D= Diagnóstico A= Actualización de diagnóstico V= Verificación</p>				

ANEXO 4. CONVENIOS DE COLABORACIÓN MUNICIPAL

REFERENCIAS

- Acosta Romero, M. (1972). *Teoría general del derecho administrativo*. México: UNAM. Obtenido de biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1920/6.pdf
- Cabrero, E. (2002). *Innovación en Gobiernos Locales: un panorama de experiencias municipales*. México: CIDE.
- Cámara de Diputados. (27 de septiembre de 2015). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Cardozo Brum, M. (1993 a). La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. *Gestión y política pública CIDE*.
- Cardozo Brum, M. (1998 b). El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993). En E. Cabrero, *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993)*. México: CIDE.
- Código Administrativo del Estado de México*. (2001). Obtenido de <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig008.pdf>
- CONAPO. (2010). *Índices de marginación*. Recuperado el 08 de septiembre de 2013, de Secretaría de Gobernación: <http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indicadores>
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. (22 de julio de 1942). Recuperado el 14 de mayo de 2013, de OMS: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- COPLADEM. (2012). *Programa Regional 2012-2017*. Recuperado el 15 de agosto de 2013, de Secretaría de Finanzas: <http://copladem.edomex.gob.mx/>
- Cravacuore, D., Ilari, S., & Villar, A. (2007). La articulación de la gestión municipal, actores y políticas. (U. N. Quilmes, Ed.) *Revista Cuestiones de Sociología*.
- CUYO, U. N. (Ed.). (03 de noviembre de 2010). "El sistema de salud". Recuperado el 04 de diciembre de 2013, de Plataforma de información para políticas públicas: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/la-salud-en-mendoza>
- Diario Oficial de la Federación. (08 de agosto de 2012). NOM-040-SSA2-2004. México: SEGOB.
- Dirección General de Evaluación del desempeño. (2010). *Manual de Indicadores de Servicios de Salud*. (S. d. Salud, Ed.) Recuperado el 14 de agosto de 2013, de <http://www.dged.salud.gob.mx>
- Dubos, R. (1956). *El concepto de salud*. Obtenido de www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.htm

- Figueroa Mejía, A. R. (2008). Seguimiento del programa de descentralización del sector salud hacia la población en situación de pobreza. Caso específico: ISEM (Instituto de salud del Estado de México) 1993-1999. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UAEM.
- Finanzas, S. d. (2012). *Estadística básica municipal del sector salud*. Obtenido de igecem.edomex.gob.mx/
- Finot, I. (2001). *Descentralización en América Latina: Teoría y práctica*. Santiago de Chile: ILPES-CEPAL.
- FUNSALUD. (2006). *La Salud en México:2006/2012 visión de funsalud*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Gaceta de Gobierno del Estado de México. (15 de abril de 2005). *Bando de Policía y Buen Gobierno*. Obtenido de Almoloya de Juárez: <http://www.edomex.gob.mx/portal/page/portal/legistel/gaceta-de-gobierno>
- Gaceta de Gobierno del Estado de México. (15 de abril de 2007). *Bando de Policía y Buen Gobierno*. Obtenido de <http://www.edomex.gob.mx/portal/page/portal/legistel/gaceta-de-gobierno>
- Gaceta de Gobierno del Estado de México. (15 de abril de 2007). *Reglamento Interno de la Administración 2006-2009 del Municipio de Almoloya de Juárez*. Obtenido de <http://www.edomex.gob.mx/portal/page/portal/legistel/gaceta-de-gobierno>
- Gaceta de Gobierno del Estado de México. (16 de abril de 2010). *Bando de policía y buen Gobierno 2010*. Obtenido de <http://www.edomex.gob.mx/portal/legistel/gaceta-de-gobierno>
- García del Castillo, R., Pérez Cabrera, A., & Santín del Río, L. (2003). La acción de los gobiernos municipales en la política de salud pública: en búsqueda de una primera explicación. En E. Cabrero, *Políticas Públicas municipales, una agenda en construcción*. México: Porrúa-CIDE.
- Gobierno del Estado de México. (2012 a). Ley orgánica de la administración pública. Toluca, Estado de México, México.
- Gobierno y gestión local. (13 de agosto de 2015). *Premio municipal*. Recuperado el 13 de agosto de 2015, de <http://premiomunicipal.org.mx/ee/index.php/premio>
- González González, N. (2007). *Organización y administración de los servicios de salud. El lugar y la dimensión de la salud pública*. Toluca, México: UAEM.
- González Tachiquin, M. (2008). *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*. Obtenido de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/qdiuris/cont/2/cnt/cnt6.pdf>

- H. Ayuntamiento d Almoloya de Juárez. (2013). *Presupuesto Basado en Resultados Municipales PbRM*. Obtenido de [Http://ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web](http://ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web)
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez. (2003). Bando de Policia y Buen Gobierno. *Gaceta municipal*.
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juarez. (2004). Primer informe de Gobierno. *Gaceta Municipal*.
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez. (2007). Segundo Informe de Gobierno. *Gaceta municipal*. Obtenido de Almoloya de Juárez.
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez. (2013). *Plan de Desarrollo Municipal 2013-2015*. Obtenido de http://almoloyadejuarez.gob.mx/plan_desarrollo_municipal
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez. (2015). *Manual de Organización de la Dirección de Salud*. Obtenido de <http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web>
- H. Ayuntamiento de Almoloya de Juárez. (2015). *Presupuesto Basado en Resultados PbRM*. Obtenido de <Http://www.ipomex.org.mx/ipo/portal/Almoloyadejuarez.web>
- INEGI. (2010). *Censo de población*. Obtenido de www.inegi.gob.mx/
- ISEM. (17 de febrero de 2013). Obtenido de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/MANUALGENERALISEM.pdf>
- Jiménez, C. (2009). Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. (U. N. Lanus, Ed.) *Salud colectiva*.
- León y Ramirez, J., Gutierrez Cortés, M., & Garduño Barrera, F. (2006). "Modelo prospectivo de política pública". *Ciudadanía, democracia y políticas públicas*. (J. León y Ramirez, & F. Garduño Barrera, Recopiladores) México: UNAM.
- Ley de Salud del Estado de México*. (1986). Obtenido de <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/abr/leyabr020.pdf>
- Martinez Herrera, E. (2007). La gestión del conocimiento en políticas en salud y participación social. *Rev. CES Med* 21.
- Martínez Silva, M. (1981). *Diccionario de Política y Administración Pública*. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- Martinez Vilchis, J., Guadarrama Rico, L. A., & Patiño, J. C. (2007). *Desarrollos Instrumentales de un Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión por Resultados*. Toluca Méx.: UAEM.
- Molina Marin, G., & Cabrera Arana, A. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Navarro, V. (2008). ¿Qué es una política nacional de salud? *CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo*, 13.
- OMS. (2001). Recuperado el 06 de junio de 2013, de Indicadores en Salud: <http://www.who.int/gho/es/>
- PAHO. (2001). Recuperado el 07 de junio de 2013, de Indicadores en salud: <http://www.paho.org>
- Ruiz de Chavez, M., & Lara Ponte, R. (1990). Estrategias para la descentralización municipal en salud. *Salud Pública*.
- Sales Heredia, F. (2012). A treinta años de la descentralización de los servicios de salud. *CESOP*, 4.
- Sanchez Gonzalez, J. J. (2010). ¿Innovando en la gestión pública? *Espacios públicos*.
- Schweinhein, G. (agosto de 2012). Innovación en políticas públicas y administración del Estado para el desarrollo con equidad. *Voces en el fenix*.
- Secretaría de Finanzas. (2012). *Estadística básica municipal en salud*. Obtenido de igecem.edomex.gob.mx
- Secretaria de Salud. (2010 a). Manual de Organización tipo Coordinación Municipal. Toluca, Estado de México, Mexico: Gobierno del Estado de México.
- Secretaría de Salud. (2010 b). Manual de Organización tipo Consultorio Comunitario. Toluca, Estado de México, México: Gobierno del Estado de México.
- Secretaria de Salud. (2010 c). Manual de Organización tipo Centro de Salud. Toluca, Estado de México, México: Gobierno del Estado de México.
- Secretaria de Salud. (2011). Manual de Organización tipo Jurisdicción Sanitaria. Toluca, Estado de México, México: Gobierno del Estado de México.
- Secretaría de salud. (2012 a). Manual General de Organización de la Secretaría de Salud. Toluca, Estado de México, México: Gobierno del Estado de México.
- Secretaria de Salud. (2012). *Diireccion General de Información*. Obtenido de <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
- Secretaría de Salud. (2012). Manual de Organizaciín tipo Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud. Toluca, Estado de Méxio: Gobierno del Estado de México.
- SEGOB. (2014). *Agenda para el desarrollo municipal*. Recuperado el 09 de enero de 2014, de INAFED: www.inafed.gob.mx
- Terris, M. (1990). *Boletín salud pública*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/saludpublica/DesafiosSalud.htm>

Terris, M. (1990). *La salud pública ¿Que es y que hace?* Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>

Winslow, C. (1920). *Salud pública, ¿Qué es y que hace?* Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>

CONVENIO DE COLABORACIÓN, QUE PARA LA PROMOCIÓN ACTIVA Y ORGANIZADA EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA SALUD Y SEGURIDAD SANITARIA, CELEBRAN POR UNA PARTE; EL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, EN LO SUCESIVO "EL ISEM", REPRESENTADO POR EL DIRECTOR GENERAL, DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, ASISTIDO POR LOS COORDINADORES DE SALUD Y DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR Y LIC. CÉSAR NOMAR GÓMEZ MONGE, RESPECTIVAMENTE; Y POR LA OTRA, EL HONORABLE AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ, EN LO SUCESIVO "EL AYUNTAMIENTO", REPRESENTADO POR SU PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL, M. EN D. EFRÉN SÁNCHEZ LÓPEZ ASISTIDO POR EL SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO, LIC. EDGAR TINOCO GONZÁLEZ; A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE DENOMINARÁ "LAS PARTES"; Y LO HACEN DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. DE "EL ISEM":

1. Que el Instituto de Salud del Estado de México, es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, a quién le compete la prestación de los servicios de salud en la Entidad, en términos del artículo 2.5 del Código Administrativo del Estado de México.
2. Que el Doctor Gabriel Jaime O'Shea Cuevas, fue designado Secretario de Salud y Director General por el C. Gobernador Constitucional del Estado de México, Doctor Eruviel Ávila Villegas, según consta en el nombramiento expedido en fecha 16 de septiembre de 2011, por lo tanto cuenta con las facultades necesarias para suscribir el presente Convenio, conforme a lo establecido en los artículos 1.39 y 1.40 del Código Administrativo del Estado de México y 294 fracciones VIII y X del Reglamento de Salud del Estado de México, y el artículo 12 fracción III del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.
3. Que los Coordinadores de Salud y de Administración y Finanzas, participan en la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos 13 fracciones VI y XIX, 16 fracciones III y XV Y 30 fracciones IV, XXIV del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.
4. Que señala como domicilio para efectos del presente Convenio, así como para recibir toda clase de comunicaciones, el ubicado en la Avenida Independencia Oriente 1009, Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales en la Ciudad de Toluca de Lerdo, México, C.P. 50070.

II. DE "EL AYUNTAMIENTO":

1. Que como Autoridad coadyuvante en la prevención y control de la rabia en los términos de su Ley Orgánica y del control de la población canina y felina, así como la regulación de su tenencia de acuerdo al Código para la Biodiversidad del Estado de México, tiene entre sus atribuciones, apoyar la vacunación de animales domésticos que puedan constituirse en transmisores de enfermedades al hombre que pongan en riesgo su salud, y ejecutar acciones para la prevención y control de enfermedades, como lo es el CONTROL DE LA POBLACIÓN DE PERROS Y GATOS, que implica la esterilización, captura y sacrificio de animales, participando

en la vigilancia epizootológica y en programas encaminados a fomentar la tenencia responsables de perros y gatos.

2. Que el M. en D. Efrén Sánchez López, electo Presidente Municipal Constitucional, lo que se acredita mediante Constancia de Mayoría, expedida por el Instituto Estatal Electoral del Estado de México, a través del Consejo Municipal Electoral de Almoloya de Juárez de fecha 9 de julio del año 2009, por lo que está facultada para suscribir el presente Convenio, en términos de los artículos 115 de la Constitución Política del los Estados Unidos Mexicanos, 112, 113, 122, 123, 128 y 138 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, 1, 2, 31 fracción II, 48 y 91 fracciones IV y V de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México.
3. Que el Lic. Edgar Tinoco González, fue designado Secretario del Ayuntamiento, según consta en el nombramiento expedido por el Presidente Municipal, en Sesión Ordinaria de Cabildo de fecha 23 de febrero de 2012.
4. Que cuenta con los elementos mínimos para realizar las acciones encaminadas a prevenir y controlar los problemas de rabia en su Municipio.
5. Que tiene establecido su domicilio; en domicilio conocido Loma de Juárez, Barrio San Pedro, Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, mismo que señala para todos los efectos legales derivados del presente Instrumento.

III. DE "LAS PARTES":

Que es su voluntad suscribir el presente Convenio de Colaboración, a fin de contribuir mutuamente en el cumplimiento de sus responsabilidades, para el mejoramiento y calidad de vida de la comunidad, y comprometerse a apoyar las áreas de interés común.

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.

El objeto del presente Convenio de Colaboración, es fortalecer la coordinación entre Estado y Municipio, con la finalidad de fortalecer las actividades de Prevención y Control de la Rabia que se llevan a cabo, según lo establecido en la normatividad vigente en la materia, mediante transferencia de insumos, capacitación de recursos humanos y asesoría técnica, en materia de protección a la salud y seguridad sanitaria, con diversas acciones de prevención y control en perros y gatos, que pueden constituirse en transmisores de rabia y pongan en riesgo la salud del ser humano.

SEGUNDA.- ACTIVIDADES.

Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio de Colaboración, "LAS PARTES" llevarán a cabo las siguientes acciones:

- a) Vacunación antirrábica de perros y gatos;
- b) Estabilización de la población de perros y gatos a través de la esterilización, entrega voluntaria, captura y sacrificio;
- c) Vigilancia epidemiológica y epizootológica de la rabia; y
- d) Fomento de la tenencia responsable y trato humanitario de animales domésticos;

TERCERA.- COMPROMISOS DE "LAS PARTES".

"EL ISEM", a través de la Jurisdicción Sanitaria se compromete a:

- a) Impartir capacitación y asesoría al personal que designe "EL AYUNTAMIENTO", sobre prevención y control de la rabia, vigilancia epidemiológica y epizootiológica, manejo de vacunas, técnicas de esterilización, procedimiento para la recepción de mascotas no deseadas, sacrificio y monitoreo de virus rábico así como de la normatividad vigente en la materia;
- b) Proporcionar a "EL AYUNTAMIENTO", insumos para la vacunación antirrábica canina (incluye biológico, jeringas con agujas y certificados de vacunación por cada dosis) para disponibilidad permanente y gratuita de quien la solicite en su Centro de Atención Canina y para las actividades de apoyo durante las semanas de vacunación intensiva u operativos especiales;
- c) Brindar atención gratuita a personas agredidas, referidas por "EL AYUNTAMIENTO", así como la aplicación del tratamiento preventivo de rabia para su personal ocupacionalmente expuesto;
- d) Consensuar, de manera anual con "EL AYUNTAMIENTO", las metas programáticas y realizar la aportación de insumos de acuerdo a estas;
- e) Aportar mensualmente material de curación y medicamento (según listado autorizado del Anexo Uno) para realizar el 50% de las esterilizaciones que "EL AYUNTAMIENTO", tenga programadas realizar de acuerdo a su calendarización anual (incluye formato de responsiva de esterilización, 100%);
- f) Aportar mensualmente el 50% del medicamento barbitúrico necesario para el sacrificio de hembras gestantes, gatos, cachorros y otros caninos de máximo 4 kg de peso vivo, que el "EL AYUNTAMIENTO" programe realizar de acuerdo a su calendarización anual*, así como el 100% de los formatos de registro individualizado para este tipo de eutanasia;
- g) Realizar el diagnóstico gratuito de rabia a través del Laboratorio Estatal de Salud Pública;
- h) Informar sobre los formatos que permitan realizar el registro y control de las actividades así como las especificaciones de los reportes que se deberán generar y su periodicidad;
- i) En base a la disponibilidad, apoyar con médicos veterinarios cirujanos y anestesiistas así como con personal técnico de apoyo para vacunación antirrábica, los operativos masivos de esterilización a solicitud expresa y por escrito previa programación anual o en casos extraordinarios con quince días de anticipación; y
- j) Supervisar y Verificar mensualmente el desarrollo de los programas que se deriven del objeto del presente Convenio; para que se ejecuten conforme a lo establecido, y que la debida aplicación de los insumos otorgados a "EL AYUNTAMIENTO", sean empleados, única y exclusivamente para su debido cumplimiento.

"EL AYUNTAMIENTO", dentro de los rubros que se señalan a continuación, se compromete a:

- A. Dar cumplimiento a las metas acordadas con la Jurisdicción contempladas en el Anexo Dos.

*Se estima que el 30% del total de los animales a eliminar anualmente corresponden a este tipo de animales (hembras gestantes, gatos, cachorros y otros caninos de máximo 4 Kg de peso vivo).

B. Vacunación:

- a) Apoyar en las campañas intensivas de vacunación antirrábica y operativos especiales en coordinación con la Jurisdicción Sanitaria;
- b) Establecer la cantidad del biológico requerido de manera mensual para realizar la actividad de vacunación permanente intramuros;
- c) Contar con refrigeradores que cubran la normatividad vigente en materia de conservación de biológicos y manejo de red de frío;
- d) Contar con personal capacitado para la aplicación de la vacuna y para el manejo de la red de frío;
- e) Aplicar las vacunas gratuitamente a todo perro o gato con dueño de acuerdo al esquema de vacunas establecido en la NOM-011-SSA2-2011;
- f) Requisitar y entregar los comprobantes de vacunación de cada dosis aplicada, así como los reportes correspondientes, a la Jurisdicción Sanitaria en los tiempos requeridos.

C. Estabilización de la población de perros y gatos:

- a) Presentar mensualmente a la Jurisdicción Sanitaria Toluca de "EL ISEM", el cronograma de esterilizaciones, especificando fecha, lugar y cantidad de cirugías a realizar;
- b) Responsabilizarse de la organización y difusión de los operativos programados;
- c) Aportar mensualmente material de curación y medicamento para realizar el 50% de las esterilizaciones que tenga programadas realizar;
- d) Realizar las esterilizaciones de manera totalmente gratuita previa autorización de sus dueños, llevando un conteo de los animales beneficiados en zonas estratégicas;
- e) Optimizar el uso de medicamento y material proporcionado a fin de que todo remanente sea empleado para incrementar el número de cirugías comprometidas;
- f) Llenar los formatos (responsivas de esterilización) que comprueben la realización de las cirugías y la utilización del material proporcionado, así como capturar en la base de datos dichas responsivas;
- g) Reportar a la Jurisdicción Sanitaria de Toluca, las estadísticas totales de los resultados obtenidos, en cada operativo, adjuntando copia de las responsivas utilizadas y el archivo con la base de datos;
- h) Realizar permanentemente la recepción gratuita de mascotas no deseadas para su sacrificio humanitario y registrarlo en el formato correspondiente;
- i) Aportar mensualmente el 50% del medicamento barbitúrico y el 100 % del tranquilizante necesario para el sacrificio de hembras gestantes, gatos, cachorros y otros caninos de máximo 4 kg de peso vivo, que programe realizar de acuerdo a su calendarización anual;
- j) Facilitar el acceso a sus instalaciones y registros al personal de "EL ISEM" habilitado para realizar funciones de supervisión y/o verificación del uso de medicamentos controlados humanos y veterinarios utilizados en las actividades de esterilización y eutanasia;
- k) Proporcionar en caso de ser solicitado el soporte documental que compruebe el financiamiento realizado por el municipio de medicamentos y material para cubrir el 50% de las metas de esterilización y sacrificio comprometidas.

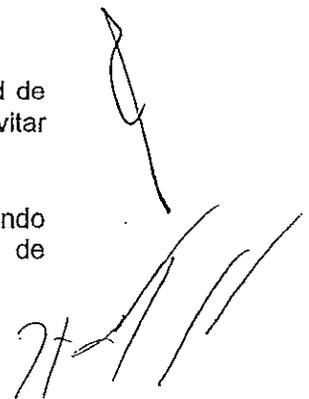
D. Vigilancia epidemiológica y epizootiológica de la rabia.

- a) Realizar la titulación de anticuerpos contra la rabia a todo el personal que este destinado al manejo directo de los animales;

- b) Verificar que el personal operativo que tenga contacto directo con perros o gatos tenga y mantenga vigente su tratamiento pre-exposición contra la rabia;
- c) Registrar y referir al 100% de personas agredidas por animales sospechosos de rabia o que refiera contacto con ellos, a las unidades de salud más cercanas a su domicilio para su atención médica, y reportar de inmediato a la Jurisdicción Sanitaria;
- d) Difundir entre la población información sobre el riesgo de enfermar de rabia, animales que la transmiten, importancia de acudir a las unidades de salud para solicitar la atención médica en caso de exposición a riesgo y del cumplimiento puntual del tratamiento indicado;
- e) Retirar permanentemente de la vía pública, a todos los animales con o sin dueño, comunitarios, y sospechosos a rabia de acuerdo a la NOM-042-SSA2-2006; de los animales sospechosos a rabia, notificar inmediatamente a la Jurisdicción Sanitaria, a fin de iniciar las acciones correspondientes de prevención y control;
- f) Realizar el sacrificio de animales en apego a la NOM-033-ZOO-1995, Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres;
- g) Garantizar el muestreo de encéfalos para monitoreo de virus rábico en el 10% de los animales sacrificados y muertos en vía pública con mayor énfasis en aquellos que cumplan con las siguientes características: enfermos, con heridas cicatrizadas en hocico, cabeza, orejas y/o cuello, marcha anormal, alteraciones en el ladrido, piezas dentarias rotas, hembras en celo y postración sin causa aparente, así como en el 100% de los animales agresores muertos durante el periodo de observación o aquellos con signos de la enfermedad de acuerdo a la NOM-011-SSA2-2011;
- h) Realizar la disposición final de cadáveres de acuerdo a la normatividad vigente en la materia;
- i) Apoyar otros municipios para la realización de las actividades de estabilización de la población y vigilancia epizootiológica a través de los convenios de colaboración correspondientes entre ambos;
- j) En caso de realizar actividades de adopción, estas deberán realizarse obligatoriamente a través de organizaciones no gubernamentales legalmente constituidas, mismas que deberán garantizar la ausencia de rabia y otras zoonosis en los animales entregados, además de contar con un expediente clínico en el cual se ubique el lugar origen del animal (sitio exacto), destino, adoptante, historial de vacunación antirrábica y el seguimiento médico supervisado mensual sobre el estado de salud del animal durante 6 meses, así como la valoración, por un experto, sobre la conducta de riesgo de agresión del animal hacia sus adoptantes;
- k) Conocer y aplicar las normas NOM-011-SSA2-2011 para la prevención y control de rabia NOM-042-SSA2-2006 prevención y control de enfermedades, especificaciones sanitarias para los centros de atención canina; NOM-033-ZOO-1995, Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres; NOM-046-ZOO-1995 Sistema Nacional de Vigilancia Epizootiológica.

E. Fomento de la tenencia responsable y trato humanitario;

- a) Incluir en el Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno la obligatoriedad de los habitantes de vacunar a sus mascotas contra la rabia, esterilizarlos, evitar que deambulen libremente en la vía pública y que agredan a las personas;
- b) Contar con el Reglamento de Tenencia Responsable de Mascotas;
- c) Aplicar las sanciones correspondientes a propietarios infractores del Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno y del Reglamento de tenencia de mascotas;



- d) Implementar programas encaminados a fomentar la tenencia responsable y trato humanitario;
- e) Reportar a la Jurisdicción Sanitaria, las actividades de fomento de tenencia responsable de perros y gatos.

CUARTA.- RELACIÓN LABORAL.

"LAS PARTES" manifiestan contar con el personal y recursos necesarios, o en su caso con los Convenios de Colaboración correspondientes, para la realización del objeto de este Instrumento legal, por lo que estará a cargo de cada una de ellas las responsabilidades de carácter laboral, civil, fiscal, de seguridad social o de otra, índole que, en su caso, pudieran llegar a generarse con su propio personal, y de ninguna manera podrán considerarse como patrones substituidos o solidarios.

QUINTA.- VIGENCIA.

El presente Convenio tendrá una vigencia de un año contado a partir de la fecha de su firma, pudiendo prorrogarse de común acuerdo de "LAS PARTES", ponderado con 15 días de anticipación a su vencimiento, debiendo constar por escrito.

SEXTA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA Y/O RESICIÓN.

Cualquiera de "LAS PARTES" podrá dar por terminado el presente Instrumento por causa justificada, o rescindirlo por el incumplimiento de la otra, con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a su contraparte, notificándola con 30 (treinta) días naturales de anticipación.

En tal caso, tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios tanto a ellas como a terceros, independientemente de concluir los programas que se estén ejecutando.

SÉPTIMA.- MODIFICACIONES.

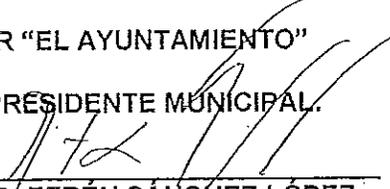
El presente Convenio podrá ser modificado o adicionado por voluntad de "LAS PARTES" mediante acuerdo escrito, dichas modificaciones o adiciones obligarán a los signatarios a partir de la fecha de su firma y serán consideradas parte integral del presente Instrumento.

OCTAVA.- INTERPRETACIÓN Y CONTROVERSIAS.

"LAS PARTES", convienen que el presente Convenio, es producto de la buena fe, por lo que toda controversia e interpretación que se derive del mismo respecto de su operación, formalización y cumplimiento, será resuelta en forma interna.



LEÍDO EL PRESENTE CONVENIO POR "LAS PARTES", Y NO EXISTIENDO ERROR, DOLO, MALA FE, VIOLENCIA O CUALQUIER OTRO VICIO DEL CONSENTIMIENTO QUE PUDIERA INVALIDARLO, LO FIRMAN POR DUPLICADO, EN LA CIUDAD DE TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MÉXICO A LOS 06 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL DOCE.

<p>POR "EL ISEM"</p> <p>EL DIRECTOR GENERAL</p>  <p>DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS</p>	<p>POR "EL AYUNTAMIENTO"</p> <p>EL PRESIDENTE MUNICIPAL.</p>  <p>M. EN D. EFRÉN SÁNCHEZ LÓPEZ</p>
<p>EL COORDINADOR DE SALUD</p>  <p>DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR</p>	<p>EL SECRETARIO DEL H. AYUNTAMIENTO</p>  <p>LIC. EDGAR TINOCO GONZÁLEZ</p>
<p>EL COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS</p>  <p>LIC. CÉSAR NOMAR GÓMEZ MONGE</p>	

ANEXO UNO

INSUMOS POR CADA 100 ESTERILIZACIONES

DESCRIPCION DE INSUMOS	CANTIDAD	PRESENTACION	BASE DE CALCULO
HIDROCLORURO DE XILAZINA	4	FRASCO C/25 ML	1 ML. PARA CADA PERRO EN PROMEDIO
CLORHIDRATO DE KETAMINA 500 MG. **	20	FRASCO C/10 ML	2 ML. PARA CADA PERRO EN PROMEDIO.
DIAZEPAM 10 MG. AMP. **	2	CAJAS C/50 AMP.	2 ML. PARA CADA PERRO EN PROMEDIO.
CLORURO DE BENZALCONIO	1	FRASCO DE 500 ML	500 ML. PARA 100 ANIMALES EN PROMEDIO
PENICILINA BENZATINICA DE 1'200,000 U. I. *	20	FRASCO C/5 ML.	1 ML. PARA CADA PERRO EN PROMEDIO
JERINGA DE 1 ML CON AGUJA 22 X 32	20	PIEZA	1 JERINGA PARA CADA 5 PERROS EN PROMEDIO
JERINGA DE 3 ML CON AGUJA 22 X 32	20	PIEZA	1 JERINGA PARA CADA 5 PERROS EN PROMEDIO
JERINGA DE 5 ML CON AGUJA 22 X 32	20	PIEZA	1 JERINGA PARA CADA 5 PERROS EN PROMEDIO
JERINGA DE 10 ML. CON AGUJA 22 X 32	20	PIEZA	1 JERINGA PARA CADA 5 PERROS EN PROMEDIO
SUTURA DE ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 (VYCRIL)	100	CAJA C/12 PZAS.	1 SUTURA PARA CADA PERRO EN PROMEDIO
GASA SECA CORTADA DE ALGODÓN 10X10 CM.	3	PAQUETE C/200 PZAS.	6 GASAS PARA CADA PERRO EN PROMEDIO
HOJA DE BISTURÍ No.22	30	PIEZA	1 NAVAJA PARA CADA 3 PERROS EN PROMEDIO
CUBREBOCAS	20	PIEZA	2 CUBREBOCAS POR CIRUJANO PARA REALIZAR 100 CIRUGIAS
GUANTES DE CIRUJANO No. 6 ½	20	PAR	3 PARES DE GUANTES PARA CADA CIRUJANO EN PROMEDIO.
GUANTES DE CIRUJANO No. 7 ½	10	PAR	3 PARES DE GUANTES PARA CADA CIRUJANO EN PROMEDIO.
AGUA OXIGENADA	2	FRASCO	10 ML. PARA CADA ANIMAL EN PROMEDIO
BOLSAS AMARILLAS PARA RESIDUOS PELIGROSOS	2	BOLSA	2 BOLSAS EN PROMEDIO PARA 100 CIRUGIAS
BOLSAS ROJAS PARA RESIDUOS PELIGROSOS	2	BOLSA	2 BOLSAS EN PROMEDIO PARA 100 CIRUGIAS
TOALLAS SANITAS (HOJA DOBLE)	2	PAQUETE C/250 PZAS.	4 TOALLAS EN PROMEDIO PARA CADA PERRO

INSUMOS QUE SE PROPORCIONARAN EN UNA SOLA EXIBICION (ANUAL)

DESCRIPCION DE INSUMOS	CANTIDAD	PRESENTACION	BASE DE CALCULO
JABON LIQUIDO QUIRURGICO	1	GALON	SOLO SE USARA LO INDISPENSABLE
SOLUCION SALINA FISIOLÓGICA	3	FRASCO	SOLO PARA EMERGENCIAS
EQUIPO DE VENOCISIS	3	EQUIPO	SOLO PARA EMERGENCIAS
SULFATO DE ATROPINA	1	CAJA C/50 PZAS.	SOLO CUANDO SE REQUIERA
ADRENALINA	1	CAJA C/50 PZAS.	SOLO CUANDO SE REQUIERA
CONTENEDORES PARA RESIDUOS PELIGROSOS (PUNZOCORTANTES)	3	PIEZA	SE REEMPLAZARA HASTA SU LLENADO

INSUMOS POR CADA 100 SACRIFICIOS

DESCRIPCION DE INSUMOS	CANTIDAD	PRESENTACION	BASE DE CALCULO
PENTOBARBITAL SODICO	10	FRASCO	10 ML. POR CADA PERRO EN PROMEDIO

* La descripción del producto puede cambiar de acuerdo a disponibilidad.

** En cuanto a estos insumos, también pueden ser sustituidos por Zoletil-Zolazepam (33 Frascos de 5 ml por cada 100 animales).

CONVENIO DE COLABORACIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, EN LO SUCESIVO "EL ISEM", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, DRA. ELIZABETH DÁVILA CHÁVEZ, ASISTIDA POR LOS COORDINADORES DE SALUD Y DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, DR. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO Y MTRO. LEOPOLDO MORALES PALOMARES, RESPECTIVAMENTE; Y POR LA OTRA PARTE, EL MUNICIPIO DE ALMOLOYA DE JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "EL MUNICIPIO", REPRESENTADO POR EL PRESIDENTE MUNICIPAL, C. VICENTE ESTRADA INIESTA, ASISTIDO POR EL SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO, C. ADOLFO JONATHAN SOLÍS GÓMEZ; A QUIENES DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", Y LO HACEN AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Que la Ley General de Salud contempla en su artículo 110, que la Promoción de la Salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población, y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva; y en su artículo 116 faculta a las autoridades sanitarias para el establecimiento de normas, ejecución de medidas y realización de actividades tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente.

II. Que México, como país miembro de la Organización Mundial de la Salud, signó en el marco de la 5a. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: "Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad" la -Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las Ideas a la Acción'- y en la cual se compromete a desempeñar una función de liderazgo para asegurarse que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las alianzas a favor de la salud.

III. Que es fundamental abordar los Determinantes de la Salud requiriendo mecanismos reforzados de colaboración para acciones de Promoción de la Salud de los sectores incluyendo a la sociedad.

IV. Que los gobiernos municipales contribuyen a la creación de Entornos y Comunidades Saludables, ya que actúan como ejes del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que les confiere el artículo 115 constitucional.

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top, several smaller initials, and a circled '1' at the bottom.

V.- Que con fecha 28 de diciembre de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el ACUERDO por el que se dan a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación, en lo sucesivo "Reglas de Operación", del Programa Comunidades Saludables, en lo sucesivo "**El Programa**", para el ejercicio fiscal 2014, con el propósito de impulsar y fortalecer la participación de las autoridades municipales, los sectores social y/o privado en el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud, en un marco de respeto a la diversidad cultural, a fin de fortalecer los Determinantes de la Salud, y generar entornos saludables, a través de recursos semilla que permitan el impulso inicial de proyectos dirigidos a este fin, sin menoscabo de la ulterior continuidad de los mismos por las sucesivas administraciones municipales y consecuentemente propiciar un desarrollo sustentable de los municipios participantes.

DECLARACIONES

I. DE "EL ISEM":

1. Que el Instituto de Salud del Estado de México, es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, a quién le compete la presentación de los servicios de salud en la Entidad, en términos del artículo 2.5 del Código Administrativo del Estado de México.
2. Que la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, fue designada Directora General por el C. Gobernador Constitucional del Estado de México, Doctor en Derecho Eruviel Ávila Villegas, según consta en el nombramiento expedido en fecha 16 de diciembre de 2012, por lo tanto cuenta con las facultades necesarias para suscribir el presente Convenio, conforme a lo establecido en los artículos 294 fracciones VIII y X del Reglamento de Salud del Estado de México, y 12 fracción III del Reglamento Interno de Salud del Estado de México.
3. Que los Coordinadores de Salud y de Administración y Finanzas, participan en la suscripción del presente Convenio, de conformidad con los artículos 13 fracciones VI y XXIX, 16 fracciones III y XV y 30 fracciones IV y XXIV del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.
4. Que cuenta Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la claveISE870331 CR6.
5. Que señala como domicilio para los efectos de este Convenio, así como para recibir toda clase de comunicaciones, el ubicado en la Avenida Independencia Oriente 1009, Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales en la Ciudad de Toluca de Lerdo, México, C.P. 50070.

II. DEL "EL MUNICIPIO":

1. Que es un Órgano de Gobierno del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, que cuenta con la capacidad legal suficiente para celebrar este acto, de conformidad con lo dispuesto con los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 113 de la Constitución Política de Estado Libre y Soberano de México.
2. Que la representación jurídica del Municipio y del Ayuntamiento, corresponde al Presidente Municipal Constitucional, C. Vicente Estrada Iniesta, de conformidad con lo señalado en el artículo 48 fracción IV de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, quien acredita su personalidad con la Constancia de Mayoría, expedida por el Instituto Electoral del Estado de México, el 4 de junio de 2012.
3. Que la validación de los documentos oficiales emanados del Ayuntamiento o de cualquiera de sus miembros, corresponde al Secretario del Ayuntamiento, el C. Adolfo Jonathan Solís Gómez, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 91 fracción V de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, personalidad que acredita con el nombramiento de fecha 1 de enero de 2013.
4. Que cuenta Registro Federal de Contribuyentes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con la claveMAJ8501015A8.
5. Para los efectos del presente Instrumento, señala como domicilio legal el ubicado en Av. Morelos s/n Col. Centro, Almoloya de Juárez, Estado de México, C.P. 50900.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.

El presente Convenio de Colaboración tiene por objeto garantizar que los recursos presupuestarios federales con carácter de subsidios, en lo sucesivo "**LOS SUBSIDIOS**" que se otorguen a "**EL MUNICIPIO**", a través de "**EL ISEM**", se ejerzan conforme a lo establecido en cada uno de los proyectos que sean aprobados mediante el Dictamen emitido por el Comité Nacional de Comunidades Saludables, en lo sucesivo "CNCS", así como garantizar la correcta utilización y comprobación de los recursos financieros y el resguardo municipal de los bienes adquiridos con dichos recursos.

Los recursos se entenderán devengados para cada una de las "**PARTES**" conforme a lo establecido por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including a large signature at the top, several smaller initials in the middle, and a signature at the bottom left of the signature block.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS

Conforme a lo establecido en las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Comunidades Saludables, para el ejercicio fiscal 2014, "EL ISEM", recibirán "LOS SUBSIDIOS", que serán transferidos para apoyar al proyecto aprobado en "EL MUNICIPIO".

"LOS SUBSIDIOS", que se transfieran en los términos de este Convenio de Colaboración no pierden su carácter federal.

TERCERA.- MONTO DEL APOYO

El monto para apoyar económicamente los proyectos aprobados a que se refiere el objeto del presente convenio será de \$500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.) de conformidad con lo siguiente:

Municipio	Nombre del proyecto	Importe asignado (Número y letra)
Almoloya de Juárez	Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Escolares en el Municipio de Almoloya de Juárez	\$500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.)

CUARTA.- OBLIGACIONES DE "EL ISEM".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "EL ISEM" se comprometen a:

1. Transferir "LOS SUBSIDIOS" a que hace referencia la Cláusula Segunda del presente Convenio de Colaboración, a "EL MUNICIPIO", dentro de los primeros 15 días hábiles posteriores a su recepción, e informarán de inmediato al "CNCS" el cumplimiento de esta actividad.

El retraso en la entrega de los recursos a "EL MUNICIPIO" sin causa justificada ante el "CNCS", será comunicado por éste al Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud Federal, para el deslinde de las responsabilidades derivadas de incumplimiento del ejercicio o de la comprobación de "Los Subsidios".

2. Dar seguimiento a las acciones definidas en cada uno de los proyectos aprobados por "CNCS" a efecto de verificar el cumplimiento de las metas establecidas en los mismos.

3. Verificar que el ejercicio de "**LOS SUBSIDIOS**" asignado a los proyectos aprobados, se realice de conformidad con las acciones establecidas en lo mismo.

4. Supervisar y dar seguimiento a la integración del Comité de la Contraloría Social en "El Programa", de conformidad al acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para La Promoción y Operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008. A través de:

- a. Integrar un Programa Estatal de Trabajo de acuerdo a los proyectos municipales de salud de "El Programa" que hayan sido beneficiarios en su Entidad e incluir la descripción de las actividades, responsables, metas y calendarización de las actividades para su cumplimiento, el cual se anexará al presente convenio, como parte integrante de su contexto.
- b. Supervisar y dar seguimiento a las actividades establecidas en el Programa Estatal de Trabajo, a fin de verificar su cabal cumplimiento.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE "EL MUNICIPIO".

Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "**EL MUNICIPIO**" se compromete a:

1. Nombrar a un Coordinador de proyecto que se encargará dar continuidad y sustentabilidad al Programa Municipal de Salud y, particularmente, a los proyectos apoyados por "El Programa" a través de las diferentes administraciones municipales comprometiéndose a informar del estado que guarda el proyecto y hacer entrega del expediente técnico a su sucesor; establecer y mantener el enlace con las autoridades, comités y personal de salud locales, así como con las instituciones y organizaciones públicas, sociales y privadas, para el adecuado desarrollo de los proyectos.

2. Informar a "**EL ISEM**" el avance y evaluación de los proyectos, objeto del presente instrumento.

3. Comprobar "**LOS SUBSIDIOS**" asignados, de conformidad con lo establecido en las "Reglas de Operación", en el apartado 4.9.2.2 para el ejercicio fiscal 2014.

4. Integrar el Comité de la Contraloría Social de "El Programa", de conformidad con lo señalado en el acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril de 2008. Para quedar como sigue:

- a. El coordinador de Participación Social y el coordinador del proyecto en "**EL MUNICIPIO**", serán los encargados de conformar los Comités de Contraloría Social, así mismo darán acompañamiento durante las actividades de

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, a smaller signature, and the number '5'.

seguimiento y vigilancia de los proyectos municipales de salud de "El Programa".

- c. El Comité de Contraloría Social debe estar constituido únicamente por población beneficiada en donde se va a ejecutar el proyecto de "El Programa"; cada proyecto tendrá que ser vigilado por un sólo comité que nombrará a un vocal.
- d. El Comité de Contraloría Social deberá dar vigilancia y seguimiento del proyecto a través del Expediente Comunitario.

SEXTA.- REGLAS DE OPERACIÓN.

Todo lo relativo a Mecanismos de comprobación, Control y Seguimiento, Resguardo de los Soportes Administrativos y los Expedientes Técnicos, y Evaluación e Indicadores, se realizará conforme a lo dispuesto por las "Reglas de Operación".

SÉPTIMA.- RELACIONES LABORALES.

El personal de cada una de "**LAS PARTES**" que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este convenio de colaboración, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

OCTAVA.- VIGENCIA.

El presente convenio comenzará a surtir sus efectos desde el momento de su firma, tendrá una vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2014.

NOVENA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.

"**LAS PARTES**" no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente convenio de colaboración.

Una vez superados dichos eventos se reanudarán las actividades en la forma y términos que señalen "**LAS PARTES**".

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page, including a large signature, a signature with a checkmark, and initials 'J', 'R', 'G' with a small '6' below them.

DÉCIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

"**LAS PARTES**" acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra, con treinta días naturales de anticipación y de conformidad con lo establecido en las "Reglas de Operación".

DÉCIMA PRIMERA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente convenio, "**LAS PARTES**" lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

1. Recurriendo y apoyándose de conformidad con lo establecido en las "Reglas de Operación".
2. En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

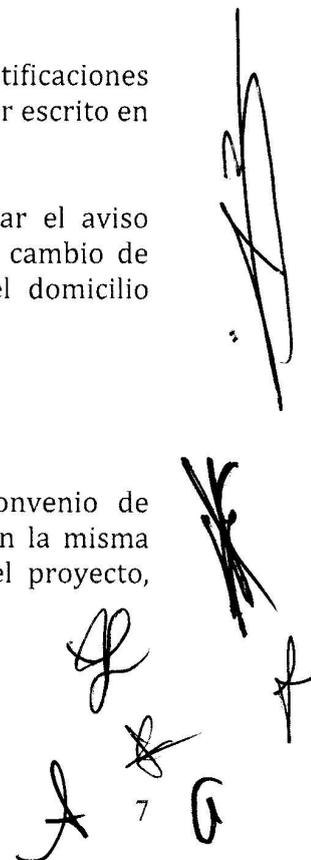
DÉCIMA SEGUNDA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.

"**LAS PARTES**" convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones del mismo.

En caso de que "**LAS PARTES**" cambien de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra, con quince días de anticipación a que dicho cambio de ubicación se lleve a cabo, de lo contrario se tomará como vigente el domicilio expresado en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

DÉCIMA TERCERA.- ANEXOS.

"**LAS PARTES**" reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio de Colaboración, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio: Anexo 6 Expediente Técnico del proyecto, descrito en las "Reglas de Operación".

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature on the right side and several smaller initials and numbers (like '7') at the bottom right.

LEÍDO QUE FUE EL CONVENIO, Y ENTERADAS "LAS PARTES" DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL, LO FIRMAN POR CUADRUPLICADO EN LA CIUDAD TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, A LOS 13 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL CATORCE.

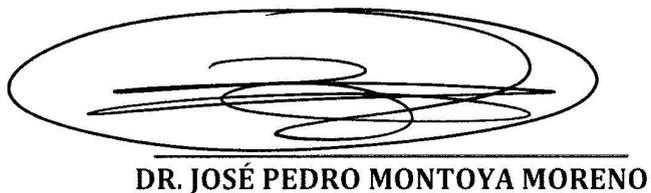
**POR "EL ISEM"
LA DIRECTORA GENERAL**


DRA. ELIZABETH DÁVILA CHÁVEZ

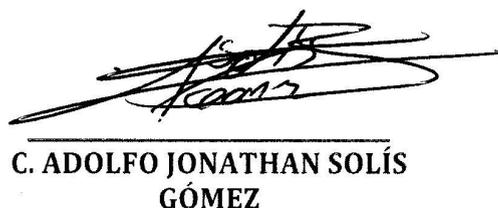
**POR "EL MUNICIPIO"
EL PRESIDENTE MUNICIPAL**


C. VICENTE ESTRADA INIESTA

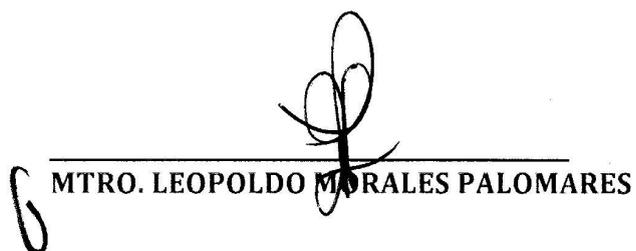
EL COORDINADOR DE SALUD


DR. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO

EL SECRETARIO


C. ADOLFO JONATHAN SOLÍS
GÓMEZ

**EL COORDINADOR DE
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**


MTRO. LEOPOLDO MORALES PALOMARES